

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit HSA
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit
Olten

Suizidalität und Depressionen im Alter

Präventive Möglichkeiten der Sozialen Arbeit

Diana Caran

Matrikel-Nr. 17-527-763

Eingereicht bei: Dr. Christine Matter

Bachelor-Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit
Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten

Vorgelegt im Januar 2021 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Frage, inwiefern die Soziale Arbeit dazu beitragen kann, Alterssuizide nachhaltig vorzubeugen und welche Aspekte Professionelle der Sozialen Arbeit im Umgang mit suizidgefährdeten älteren Menschen besonders berücksichtigen müssen. Schwerpunkt­mässig werden Depressionen im Alter thematisiert, die in einem engen und komplexen Zusammenhang mit der Suizidalität stehen.

Sowohl bei der Entstehung von Altersdepressionen als auch bei der Entstehung von Suizidalität sind Risikofaktoren auf sozialer Ebene vorzufinden. Mangelndes soziales Netzwerk, geringe soziale Teilhabe und die damit einhergehende Einsamkeit beeinflussen die psychische Gesundheit im Alter. Auch die heutigen Altersbilder, die tendenziell negativ assoziiert sind, wirken sich auf das psychische und körperliche Wohlbefinden älterer Menschen aus. Professionelle der Sozialen Arbeit sind hier gefordert mit ihren Methoden, Ansätzen und Fachkenntnissen, die Gesundheit älterer Menschen zu erhalten und fördern.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| 1. Einleitung | 1 |
| 1.1 Ausgangslage..... | 1 |
| 1.2 Konkrete Fragestellung..... | 2 |
| 1.3 Relevanz für die Soziale Arbeit..... | 2 |
| 1.4 Struktureller Aufbau | 3 |
| 2. Alter und Altern | 4 |
| 2.1 Definition Alter..... | 4 |
| 2.1.1 Biologisches Alter..... | 5 |
| 2.1.2 Psychologisches Alter..... | 5 |
| 2.1.3 Soziales Alter | 5 |
| 2.2 Definition Altern..... | 6 |
| 3. Suizidalität und Suizid im Alter..... | 7 |
| 3.1 Schlüsselbegriffe im Zusammenhang mit Suizid | 8 |
| 3.2 Epidemiologie von Suizid und Suizidalität im Alter..... | 9 |
| 3.3 Suizidmethoden im Alter..... | 11 |
| 3.4 Risikofaktoren und Motive für Suizid im Alter..... | 13 |
| 3.4.1 Körperliche Risikofaktoren..... | 13 |
| 3.4.2 Psychische Risikofaktoren | 14 |
| 3.4.3 Soziale Netzwerke und Beziehungen..... | 14 |
| 3.4.4 Altern | 15 |
| 3.5 Schutzfaktoren | 15 |
| 3.5.1 Interne Schutzfaktoren | 16 |
| 3.5.2 Externe Schutzfaktoren..... | 17 |
| 3.6 Suizidprävention im Alter | 17 |
| 3.7 Suizidalität und Depressionen | 19 |
| 4. Psychische Störungen im Alter | 20 |
| 4.1 Depressionen im Alter | 21 |
| 4.2 Definition (nach ICD-10) | 22 |
| 4.3 Epidemiologie von Depressionen im Alter | 23 |
| 4.4 Ursachen und Erklärungsmodelle zur Entstehung einer Depression..... | 24 |
| 4.4.1 Das biopsychosoziale Erklärungsmodell für Depression | 24 |

| | |
|---|-----------|
| 4.5 Risikofaktoren | 26 |
| 4.6 Behandlungen | 30 |
| 4.6.1 Medikamentöse Behandlung..... | 30 |
| 4.6.2 Psychotherapeutische Verfahren..... | 30 |
| 4.6.3 Soziotherapeutische Massnahmen | 31 |
| 5. Altersbilder und deren Wirkung | 31 |
| 5.1 Definition Altersbilder..... | 32 |
| 5.2 Altersstereotype | 33 |
| 5.3 Der Einfluss auf die Gesundheit | 33 |
| 6. Suizidalität und Depressionen im Alter: Die Rolle der Sozialen Arbeit | 34 |
| 6.1 Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung | 35 |
| 6.2 Rollen und Aufgaben der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen | 36 |
| 6.2.1 Bedarf..... | 37 |
| 6.2.2 Aufgaben der Sozialen Altenarbeit | 38 |
| 6.3 Soziale Arbeit mit depressiven und suizidgefährdeten älteren Menschen | 41 |
| 6.4 Der Umgang mit suizidgefährdeten älteren Menschen | 42 |
| 6.4.1 Gespräche mit suizidgefährdeten alten Menschen..... | 42 |
| 6.4.2 Wissen über Alterssuizidalität und Depressionen im Alter | 43 |
| 6.4.3 Eigene Haltung zum Thema Suizid | 43 |
| 7. Schlussfolgerung und Ausblick | 44 |
| 7.1 Zusammenfassung | 44 |
| 7.2 Beantwortung der Fragestellung..... | 46 |
| 7.3 Persönliches Fazit | 49 |
| Literaturverzeichnis..... | 50 |
| Ehrenwörtliche Erklärung | 57 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Suizid nach Alter und Geschlecht (ohne assistierten Suizid) (BFS, 2019: o.S.) | 9 |
| Abbildung 2: Graduelle Ausprägung von Suizidalität (Pöldinger 1980, zit. in Althaus/Hegerl 2004: 1130) | 11 |
| Abbildung 3: Suizidmethoden: Männer ab 70 Jahren (2004-2013) (BFS Todesursachenstatistik, Auswertung BAG 2015: 20) | 12 |
| Abbildung 4: Suizidmethoden: Frauen ab 70 Jahren (2004-2013) (BFS Todesursachenstatistik, Auswertung BAG 2015: 20) | 12 |
| Abbildung 5: Hauptkategorien affektiver Störungen nach ICD-10 (DGPPN et al., 2015: 28) | 22 |
| Abbildung 6: Zunehmende Prävalenz von Depressivität im höheren Alter (BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007; FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009: 33) | 23 |
| Abbildung 7: Das biopsychosoziale Modell (Peveling o.J.: o.S.) | 25 |

1. Einleitung

Fachpersonen der Sozialen Arbeit sind in unterschiedlichen Arbeitsfeldern tätig. Im Hinblick auf den demografischen Wandel und die damit verbundene steigende Lebenserwartung werden es Sozialarbeitende immer häufiger mit älteren Menschen zu tun haben, insbesondere im Bereich der Gesundheitsarbeit (vgl. Jost 2013: 158). Sozialarbeitende sind, abhängig vom Arbeitsfeld, in ihrer Praxistätigkeit mit depressiven und/oder suizidgefährdeten älteren Menschen direkt oder indirekt konfrontiert. Depressionen sind im höheren Lebensalter weit verbreitet und beeinflussen die Lebensqualität der Betroffenen erheblich.

1.1 Ausgangslage

Depressionen gehören zusammen mit der Demenz zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter (vgl. Wolfersdorf/Schüler 2005: 11). Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, an Altersdepressionen zu erkranken (vgl. ebd.: 14). Zugleich werden Depressionen im Alter oft nicht als solche erkannt. In etwa der Hälfte aller Fälle werden sie nicht korrekt diagnostiziert. Das Nichterkennen wird damit begründet, dass körperliche Beschwerden bei der Altersdepressionen stark im Vordergrund stehen oder die Symptome werden als typische, altersbedingte Beschwerden abgetan (vgl. Bojack 2003: 8). Im Zusammenhang mit Depressionen im Alter sollte der Suizidalität besondere Beachtung geschenkt werden. Suizidversuche im Alter enden im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen öfter tödlicher (vgl. Radman 2015: 290).

Die Schweiz weist im europäischen Vergleich hohe Suizidraten auf. Die Suizidrate steigt, wie auch in den meisten anderen Ländern, mit zunehmendem Alter an. Betroffen sind insbesondere ältere Männer, bei ihnen ist die Suizidrate dreimal so hoch (vgl. Stoppe et al. 2011: 1f.). Hinzu kommt, dass den Suiziden im Alter im Unterschied zu Suizidhandlungen jüngerer Menschen ein grösseres Verständnis entgegengebracht wird und sie in der Bevölkerung auf breitere Akzeptanz stossen. Dies macht es nicht einfacher, Prävention und Therapie in der Öffentlichkeit zu rechtfertigen und auch politisch durchzusetzen (vgl. Erlemeier 2011: 7).

Professionelle der Sozialen Arbeit kommen mit der Thematik Suizid im Alter in Kontakt. Sei dies in ihrer Tätigkeit in Spitälern, Beratungsstellen oder psychiatrischen Kliniken. Dabei stellt sich die Frage, welche präventiven Dienstleistungen sie anbieten können bzw. bereits anbieten, um Alterssuizide vorzubeugen.

1.2 Konkrete Fragestellung

Die Erkenntnisse aus der Ausgangslage führen zu folgender Fragestellung:

Inwiefern kann die Soziale Arbeit dazu beitragen, Alterssuizide nachhaltig vorzubeugen und welche Aspekte müssen Professionelle der Sozialen Arbeit im Umgang mit suizidgefährdeten älteren Menschen besonders berücksichtigen?

Das Ziel dieser Arbeit ist es, Antworten auf die Frage zu finden, weshalb sich Menschen im höheren Lebensalter suizidieren. Aus den erworbenen Erkenntnissen soll abgeleitet werden, ob und welche Handlungsmöglichkeiten seitens der Sozialen Arbeit erforderlich sind, um die Lebensqualität der betroffenen Personen zu verbessern und welchen Beitrag sie somit an die Suizidprävention im Alter leistet. Insbesondere wird dies aus der Perspektive der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen respektive der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit beleuchtet, da sie einen engen Bezug zur Thematik *Suizidalität und Depressionen im Alter* hat. Dabei sollen die Rollen und Aufgaben der Sozialen Arbeit mit depressiven und suizidgefährdeten älteren Menschen dargelegt werden. Um Antworten auf die obengenannte Frage zu finden, werden die untenstehenden Teilfragen miteinbezogen:

- *Was ist eine Depression und welche Erklärungsansätze gibt es für die Entstehung einer Depression?*
- *Welche Rolle übernehmen Depressionen bei Suizidalität?*
- *Welche Motive liegen für Alterssuizid zugrunde?*
- *Welche Einflussfaktoren stehen im Zusammenhang mit Suizid im Alter?*
- *Wie wirken sich die negativen Altersbilder auf die Gesundheit älterer Menschen aus?*

1.3 Relevanz für die Soziale Arbeit

Suizidalität und Depressionen im Alter scheinen auf den ersten Blick eine medizinische und psychologische Angelegenheit zu sein oder etwas allgemeiner gesagt: Themen aus dem Gesundheitsbereich. Bei der Entstehung von Suizidalität nehmen psychosoziale Faktoren eine nicht zu unterschätzende Rolle ein (vgl. Althaus/Hegerl 2004: 1123). Fakt ist, dass sich die soziale Teilhabe positiv auf die Lebensqualität im Alter auswirkt. Ein soziales Netzwerk und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben können Vereinsamung und die Entstehung von psychischen Störungen ausbremsen (vgl. BAG 2019: 34).

Hinsichtlich des Wohlergehens der Menschen nimmt die Soziale Arbeit eine fundamentale Rolle ein. Denn nach Böhnisch (2016) fungiert die Soziale Arbeit als Kerndisziplin für die

soziale Integration (vgl. Dörr 2020: 190). Sie ist für die psychosozialen Prozesse der Lebensbewältigung und die damit verbundenen Schwierigkeiten ihrer Klientinnen und Klienten zuständig (vgl. ebd.). Der Auftrag der Sozialen Arbeit soll durch die internationale Definition hervorgehoben werden:

Soziale Arbeit fördert als Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungen, den sozialen Zusammenhalt und die Ermächtigung und Befreiung von Menschen. Dabei sind die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, der Menschenrechte, der gemeinschaftlichen Verantwortung und die Anerkennung der Verschiedenheit richtungweisend. Soziale Arbeit wirkt auf Sozialstrukturen und befähigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens angehen und Wohlbefinden erreichen können. Dabei stützt sie sich auf Theorien der eigenen Disziplin, der Human- und Sozialwissenschaften sowie auf wissenschaftlich reflektiertes indigenes Wissen. (IFSW 2014, zit. in AvenirSocial: o.J.).

Aus der Definition kann abgeleitet werden, dass ein zentrales Ziel der Sozialen Arbeit die Verbesserung des Wohlbefindens von Menschen ist (vgl. Liel 2019: 6). Mit ihrem ressourcenorientierten und lebensweltbezogenen Blick leistet sie für die Förderung der Gesundheit einen bedeutsamen Beitrag (vgl. ebd.: 8). Dabei legt sie den Fokus auf die sozialen Aspekte der Gesundheit (vgl. ebd.: 6f.). In unserer stark individualisierten Gesellschaft wird das Wort Eigenverantwortung in Bezug auf das eigene Krank- und Gesundwerden grossgeschrieben. Gesellschaftliche Zusammenhänge und Benachteiligungen sowie deren Auswirkungen auf Gesundheit werden weniger Beachtung geschenkt. Vor diesem Hintergrund besteht die Aufgabe der Sozialen Arbeit, psychosozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen mehr Gewicht zu verleihen (vgl. ebd.: 6).

1.4 Struktureller Aufbau

Die vorliegende Bachelor-Thesis wurde mittels Literaturrecherche erstellt. Im ersten Teil der Einleitung wurde die Aktualität des Themas akzentuiert sowie die Relevanz für die Soziale Arbeit vorgestellt. Weiter wird die Adressatengruppe, nämlich „ältere Menschen“ erläutert, indem dem Alter(n) eine Definition erteilt wird. Der Hauptteil befasst sich mit den Themen Suizidalität, Suizid und Depressionen im Alter. Dabei werden die Themen mit den heutigen Altersbildern in Verbindung gebracht, wobei deren Einfluss auf die Gesundheit älterer Menschen im Mittelpunkt steht. In einem weiteren Schritt wird auf die Rolle der Sozialen Arbeit eingegangen. Abgerundet wird die Arbeit mit einer Zusammenfassung und die damit verbundene Beantwortung der Fragestellung sowie einem persönlichen Fazit.

2. Alter und Altern

In der heutigen Zeit sind durch den demografischen Wandel die Begriffe „Alter“ und „Altern“ wieder stärker in den Mittelpunkt der wissenschaftlichen und politischen Diskussion gerückt. Eine Unterscheidung der beiden Begriffe ist für die gerontologische Forschung sowie für die Praxis bedeutsam, denn „Alter“ und „Altern“ unterscheiden sich inhaltlich voneinander (vgl. Kruse/Wahl 2010: 7). Zum besseren Verständnis werden sie vorweg in ihren Bedeutungen erläutert.

2.1 Definition Alter

Mit dem Begriff „Alter“ ist eine Lebensphase gemeint. Das Alter kann unterschiedlich eingeteilt werden. Baltes (2002) beispielsweise unterteilt das Alter in ein drittes, chancenreiches, aktives Lebensalter und in ein viertes, risikoreiches, relativ wahrscheinlich multimorbides Lebensalter. Anders sieht das Strube (2006), die die Heterogenität der Gruppe der alten Menschen hervorhebt, indem sie die Bandbreite vom aktiven 65-Jährigen über den multimorbiden 80-Jährigen bis zum kachektischen 100-Jährigen aufspannt (vgl. Meyer 2019: 19f.). Sie verweist auf die WHO, welche die Lebensphase Alter folglich differenziert:

Menschen im Alter von 65 bis 74 Jahre gelten als „ältere Menschen“ (junge, aktive Alte), im Alter zwischen 75 und 90 Jahre als „Hochbetagte“, in der Altersspanne von 90 bis 100 Jahre als „Höchstbetagte“ und über 100 Jahre als „Langlebige“. Diese Einteilung bzw. die Zahl der Lebensjahre wird mittlerweile als weniger aussagekräftig betrachtet, da die großen Unterschiede in der Lebens- und Gesundheitssituation der älteren Menschen zeigen, dass allein das biologische Alter kein Maßstab für körperliche und geistige Fitness darstellt. (Strube 2006, zit. in ebd.: 20).

Nach Maercker (2002: 3) gilt als Richtwert, woran sich alte Menschen von noch nicht alten Menschen unterscheiden, gewöhnlich das 65. Lebensjahr. Zu berücksichtigen gilt, dass diese Altersgrenze vor allem aus sozialpolitischen Gründen gesetzt wurde und nicht etwa, weil genau nach der Vollendung des 65. Lebensjahres körperliche und psychologische Altersprozesse einsetzen. Ab wann die Lebensphase Alter beginnt, hängt nebst der Anzahl Lebensjahre auch von der Selbsteinschätzung der alternden Menschen ab (Stichwort „psychologisches Alter“). Sicher ist jedoch, dass sie mit dem Tod endet. Durch die stetig steigende Lebenserwartung, die sich in den letzten Jahrzehnten zeigt, erweitert sich die Lebensphase Alter und nicht zuletzt auch die damit verbundenen individuellen und gesellschaftlichen Herausforderungen (vgl. Meyer 2019: 20). Die Lebensphase Alter kann nicht nur kalendarisch unterteilt werden, sondern sie weist weitere Unterscheidungsmerkmale auf, welche im nächsten Abschnitt vorgestellt werden.

2.1.1 Biologisches Alter

Das biologische Alter bezeichnet den Alterszustand des Organismus eines Menschen. Hier sind Veränderungen auf Zell- und Organebene gemeint. Mit zunehmendem Alter nimmt die Funktionsfähigkeit des Organismus und seiner Organe insgesamt ab. Der Lebensdauer und dem Ausmass sowie dem Verlauf von organischen Abbauprozessen liegen genetische Ursachen zugrunde, diese können jedoch durch Umwelteinflüsse und eine gesundheitsbewusste Lebenshaltung bis zu einem gewissen Grad beeinflusst werden. Das biologische Alter kann sich bei zwei gleichaltrigen Personen voneinander unterscheiden (vgl. Kühnert/Ignatzi 2019: 41).

2.1.2 Psychologisches Alter

Das psychologische Alter basiert darauf, wie eine Person handelt und sich fühlt. Dies bedeutet, dass das subjektive Altersgefühl eines Menschen und nicht etwa das tatsächliche Alter eine bedeutende Rolle einnimmt. Das psychologische Alter wird stark von äusseren Lebensumständen und von inneren Vergleichsprozessen geprägt (vgl. Kühnert/Ignatzi 2019: 42).

2.1.3 Soziales Alter

Das soziale Alter bezieht sich auf die von der Gesellschaft festgelegten Altersgrenzen, Rechte und Pflichten eines Menschen. Genauer gesagt beschreibt das soziale Alter „die Stellung eines Menschen, die sich vielfach am kalendarischen Alter orientiert“ (Kühnert/Ignatzi 2019: 41). Dazu zählen beispielsweise der Eintritt ins Rentenalter, die Bestimmung der Schulreife oder das Ende einer Schöffentätigkeit. Anhand des sozialen Alters werden auch sogenannte Altersnormen gebildet, welche die Rollen und Aufgaben an ein bestimmtes Alter definieren. Die Zusammenhänge zwischen dem sozialen und dem kalendarischen Alter sind nachweisbar vorhanden (vgl. ebd.).

2.2 Definition Altern

Das Alter bezieht sich auf einen Abschnitt im Lebenslauf, während das Altern einen Prozess meint. Nach Wolfersdorf und Schüler (2005: 8) ist das Altern „ein individueller Prozess, bei dem es ausgeprägte interindividuelle Unterschiede gibt. Altern ist nicht nur ein persönliches, individuell unterscheidbares, sondern auch ein durch die Gesellschaft bestimmtes Geschehen.“ Mit Letzterem meinen die beiden Autoren, dass der Prozess des Alterns immer in einem gesellschaftlichen Kontext zu betrachten ist. Die Gesellschaft bestimmt gewisse Altersgrenzen, sie regelt beispielsweise, ab welchem Alter die Pensionierung erfolgt, ordnet den älteren Menschen gewisse Rollen und soziale Funktionen zu. Sie präsentiert Bilder vom Alter, die auf das Selbstbild alternder Menschen Einfluss ausüben. Diese sogenannten Altersbilder wirken sich auch auf die Einstellung der jüngeren Generationen gegenüber älteren und gegenüber der Lebensphase Alter aus (vgl. ebd.). Der Effekt von Altersbildern auf das Individuum wird im Kapitel 5 ausführlicher behandelt.

Biologische, psychische und soziale Einflussfaktoren prägen das Altern. Über die biologischen Veränderungen im Körper hinaus, die das Altern mit sich bringt, erfahren Menschen im Alter auch soziale Veränderungen. Eine neue finanzielle Lage, Rollenverluste, Statureinbussen, Wechsel der Bezugspersonen sowie Personenverluste (Verwitwung, Tod von Verwandten und Freunden) sind Beispiele von Veränderungen auf der sozialen Ebene (vgl. Erlemeier 2011: 13). Aufgrund der heutzutage durchschnittlich hohen Lebenserwartung durchläuft der Mensch im Prozess des Alterns verschiedene Phasen, „die ihn durch eine relativ lange Zeit des gesunden Alterns führen“ (Erlemeier/Sperling 2014: 5). In der Phase der Hochaltrigkeit (80+) stellen sich häufig Krankheiten, Funktionsverluste und Einbussen an Selbständigkeit ein.

Aus diesem Grund unterscheiden Gerontologinnen und Gerontologen das dritte Lebensalter vom vierten. Das dritte Lebensalter verkörpert – wie bereits im Unterkapitel 2.1 erwähnt – das junge und aktive Alter, welches die Jahre zwischen 60 und 75/80 umfasst, während das vierte Lebensalter die Phase der Hochaltrigkeit (80+) bezeichnet. Mit dem Eintritt ins vierte Lebensalter werden Hilfe- und Pflegebedürftigkeit wahrscheinlicher (vgl. ebd.).

3. Suizidalität und Suizid im Alter

Suizid ist ein globales Phänomen. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sterben jährlich weltweit rund 800'000 Menschen durch Suizid (vgl. WHO 2018). In der Schweiz allein begehen jeden Tag zwei bis drei Personen Suizid – assistierte Suizide sind dabei ausgenommen.¹ Assistierte Suizide werden in der Schweiz seit 2008 nicht mehr statistisch als Suizide erfasst, sondern sie werden der Diagnose zugeordnet, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Tode geführt hätte (vgl. Minder/Harbauer 2015: 67).

Es ist deutlich erkennbar, dass die Suizidrate in der Schweiz mit zunehmendem Alter steigt. Zu dieser Erkenntnis kommt das Bundesamt für Statistik bei den Erhebungen der Todesursachen. Zumal davon auszugehen ist, dass der Dunkelzifferproblematik – gerade im höheren Lebensalter – eine wesentliche Rolle zuzuschreiben ist (vgl. Linnemann/Leyhe 2015: 633). Grund für die Dunkelziffer sind nach Schmidtke und Weinacker (1999, zit. in ebd.) indirekte suizidale Handlungen. Solche Handlungen lassen sich schwer von Unfällen abgrenzen, was Auswirkungen auf die tatsächliche Suizidrate hat. Nach Linnemann und Leyhe sind Suizide im Alter komplexe und multifaktorielle Geschehen. Zur Risikogruppe gehören vereinsamte und depressive alte Menschen. Suizide im Alter werden häufiger von Männern ausgeübt (vgl. ebd.). Obschon Suizide und Suizidversuche in unserer Gesellschaft allgegenwärtig sind, scheint das Suizidthema weiterhin ein tabuisiertes Thema zu sein. Es kursieren immer noch Vorurteile, zum Beispiel, dass Personen, die über Suizid reden, diesen nicht ernst meinen oder dass die meisten Suizide sogenannte Bilanzsuizide seien. Nebst der Tabuisierung des Suizidthemas erfahren psychisch erkrankte Personen nach wie vor Stigmatisierungen (vgl. Stoppe et al. 2011: 3). Ältere Menschen müssen eine weitere Stigmatisierung hinnehmen, nämlich die des Alters an sich. Negative Altersstereotypen wie etwa, dass Hoffnungslosigkeit und Einsamkeit im Alter dazugehören und normal seien, sind bekannte Stereotypen. Hinzu kommt, dass Suizide im Alter eher gesellschaftlich akzeptiert respektive als weniger schwerwiegend angesehen werden als bei Jüngeren (vgl. Stoppe et al. 2011: 3). In den nächsten Abschnitten wird erläutert, was unter den Begriffen „Suizid“, „Bilanzsuizid“, „Suizidversuch“ und „Suizidalität“ verstanden wird.

¹ <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/suizid> (Zugriffsdatum: 01.11.2020).

3.1 Schlüsselbegriffe im Zusammenhang mit Suizid

Suizidalität

Suizidalität wird definiert als „Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, passives Unterlassen oder durch Handeln lassen den eigenen Tod anstreben bzw. als möglichen Ausgang einer Handlung in Kauf nehmen“ (Wolfersdorf/Schüler 2005: 175). Suizidalität ist per se keine Krankheit, sondern sie gilt als menschliche Denk- und Verhaltensmöglichkeit. Sie kann durch psychische Erkrankungen, psychosozialen Krisen, lebensbeeinträchtigende, insbesondere chronisch schmerzhaft, körperliche Erkrankungen ausgelöst werden (vgl. ebd.).

Suizidgedanken

Unter Suizidgedanken werden Gedanken verstanden, bei denen es inhaltlich darum geht, sich selbst zu töten. Entwickelt der Mensch Suizidgedanken, kann er als suizidgefährdet eingestuft werden, vor allem dann, wenn sich Suizidgedanken über einen längeren Zeitraum hinweg kontinuierlich verstärken (vgl. Erlemeier 2011: 51f.).

Suizid

Es gibt einige Begriffe, welche die Handlung beschreiben, sich selbst das Leben zu nehmen. Zu den bekanntesten gehören Selbstmord, Selbsttötung, Suizid und Freitod. Die deutschsprachigen Bezeichnungen Selbstmord und Freitod haben etwas Wertendes an sich (vgl. Eink/Haltenhof 2017: 24), weshalb in der vorliegenden Arbeit auf diese beiden Bezeichnungen verzichtet wird. Nach Wolfersdorf (2008: 18) wird Suizid wie folgt definiert: „Suizid ist eine selbst verursachte bzw. veranlasste selbstschädigende Handlung mit dem Ziel, tot zu sein (hoher Todeswunsch) in dem Wissen, mit der Erwartung oder in dem Glauben, mit der angewandten Methode das Ziel zu erreichen.“ (zit. in Erlemeier 2011: 55)

Bilanzsuizid

Bilanzsuizide werden als Suizide verstanden, die auf rationalen Entscheiden beruhen respektive dem Suizidenten oder die Suizidentin war es möglich, frei von Affekten seine/ihre Lebensumstände objektiv zu betrachten und einen für ihn/sie rationalen Entschluss zu fassen (vgl. Hirzel 2000: 8f.). Der Begriff wird häufig im Zusammenhang mit älteren Menschen verwendet, da suizidale Handlungen bei älteren Menschen mit einer grösseren gesellschaftlichen Akzeptanz einhergehen. Insbesondere dann, wenn Krankheiten, Leiden und Gebrechen beim Suizidenten

oder bei der Suizidentin bekannt sind, wird der selbstgewählte Tod häufig als nachvollziehbare „Erlösung“ wahrgenommen (vgl. Einz/Haltenhof 2017: 57).

Suizidversuch

„Ein Suizidversuch ist eine selbstverursachte bzw. veranlasste selbstschädigende Handlung mit dem Ziel, unter Einsatz des eigenen Lebens (Todeswunsch) etwas verändern zu wollen (kommunikative Bedeutung).“ (Wolfersdorf 2008: 18, zit. in Erlemeier 2011: 55). Suizidversuche sind nicht selten als missglückte Suizide zu betrachten und sollten ernstgenommen werden. Denn Ursachen, Anlässe und Motive lassen sich zwischen Suizid und Suizidversuch, speziell im Alter, nicht klar voneinander abgrenzen. Bei früheren Suizidversuchen ist die Gefahr besonders gross, dass die handelnde Person einen weiteren Versuch startet, mit dem Unterschied, dass es ihr diesmal gelingen wird, den Suizid erfolgreich durchzuführen (vgl. ebd.: 80f.).

3.2 Epidemiologie von Suizid und Suizidalität im Alter

Vollendete Suizide im Alter, vor allem im hohen Alter, sind keine Seltenheit. Dabei handelt es sich in den meisten Fällen nicht um sogenannte Bilanzsuizide, wie bei älteren Menschen oft angenommen wird. Vielmehr sind sie Ausdruck von psychosozialen Krisen und verkannten oder ungenügend behandelten Depressionen (vgl. Stoppe 2012: 1415). Werden die statistischen Zahlen zwischen 1995 und 1999 sowie 2013 und 2017 miteinander verglichen, so sind die Suizidraten in der Schweiz generationsübergreifend gesunken, wie die nachfolgende Abbildung 1 illustriert:

Suizid nach Alter und Geschlecht (ohne assistierten Suizid)

Pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner

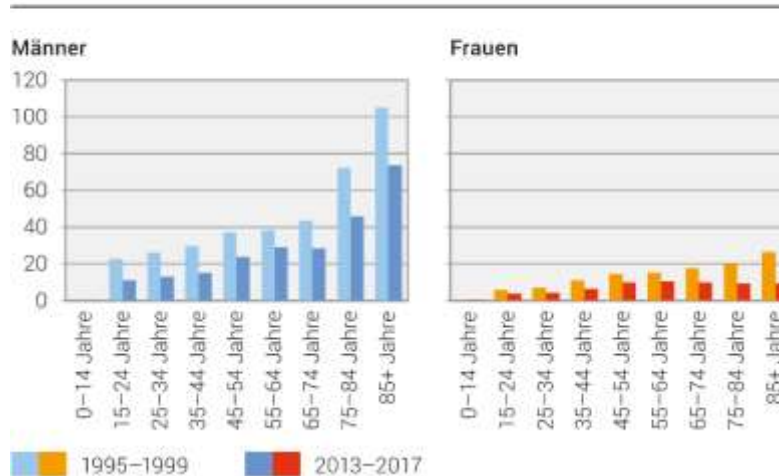


Abbildung 1: Suizid nach Alter und Geschlecht (ohne assistierten Suizid) (BFS, 2019: o.S.)

Zwar sind die Suizide im Alter bei beiden Geschlechtern prozentual gesunken, trotzdem ist der Anteil der Suizide bei älteren Menschen vergleichsweise hoch – im stärkeren Ausmass betrifft es die Männer. Das männliche Geschlecht scheint unabhängig der Altersgruppe einen Risikofaktor für suizidales Verhalten darzustellen. „Der hohe Anteil von Männern in der Suizidstatistik kann unter anderem auch auf das gesellschaftliche Männerbild von Härte, Erfolg und Leistung zurückgeführt werden.“ (Hollstein 2015, zit. in BAG 2016: 21)

Ältere Männer leiden in der Regel öfter unter Einsamkeit und Verlusten als ältere Frauen. Anders als ältere Frauen pflegen ältere Männer „weniger bzw. weniger intensive soziale Kontakte und stehen im Fall des Verlustes von Ehefrau und Angehörigen mit Einsamkeit und Verlustgefühlen allein da“ (Grond 1993: 94, zit. in Bojack 2003: 40).

Das Erfassen von Alterssuiziden stellt eine Besonderheit dar. Nicht selten zeigt sich im Alter ein indirektes suizidales Verhalten. Darunter werden Risikoverhalten und passive Unterlassungshandlungen verstanden, die als hochriskant eingestuft werden. Dazu zählen das Verweigern der Nahrungsaufnahme, Medikamenteneinnahme als auch das Nicht-Befolgen ärztlicher Massnahmen. Solche passive Unterlassungshandlungen kommen in stationären Alterseinrichtungen besonders oft vor (Erlemeier 2006, zit. in Schmidtke/Sell/Löhr 2008: 4). Dies hat zur Folge, dass nicht die suizidale Handlung als Todesursache dokumentiert wird, sondern beispielsweise prämorbide Erkrankungen oder durch den Suizidversuch verursachte, nachfolgende Krankheit (vgl. Schaller/Erlemeier 2014: 22).

Keine Person bringt sich gerne um und trotzdem entscheiden sich Menschen, sich das Leben zu nehmen. Da stellt sich die Frage, wie es dazu kommt, dass sich Menschen bewusst für den Tod entscheiden. Dabei ist es nicht der Wunsch nach dem Tod, der Menschen dazu bringt, sich zu suizidieren, sondern der Wunsch nach Ruhe, Abstand und Erlösung vom nicht mehr ertragbaren Leid (vgl. Harbauer/Minder 2013: 16).

Nach Pöldinger (1980) lässt sich die Entwicklung von suizidalem Verhalten in verschiedene Stadien gliedern. Er differenziert zwischen einer Erwägungs-, einer Ambivalenz- und einer Entschlussphase (siehe nachfolgende Abbildung 2). Dabei geht von passiven Todeswünschen und bei Suizidgedanken und Suizidideen eine mässige Gefahr aus. Bei Suizidplänen und -vorbereitungen gilt höchste Alarmbereitschaft.

Denn daraufhin folgt der Entschluss und somit auch die suizidale Handlung. Die Gliederung in Stadien macht deutlich, wie breitgefächert Suizidalität ist. Sie umfasst sowohl vorübergehend auftretende, passive Todeswünsche, die im Rahmen von Lebenskrisen auftreten können, als auch ernsthafte suizidale Handlungen (vgl. Althaus/Hegerl 2004: 1129). Das Verschwinden von Verzweiflung und Unruhe bei einem suizidalen Menschen wird oft als Zustandsverbesserung und in diesem Sinne auch als das Ende der suizidalen Krise fehlinterpretiert. Dabei kann diese Veränderung im Erleben und Verhalten ein Hinweis auf den definitiven Entschluss zum Suizid sein (vgl. Eink/Haltenhof 2017: 71f.).

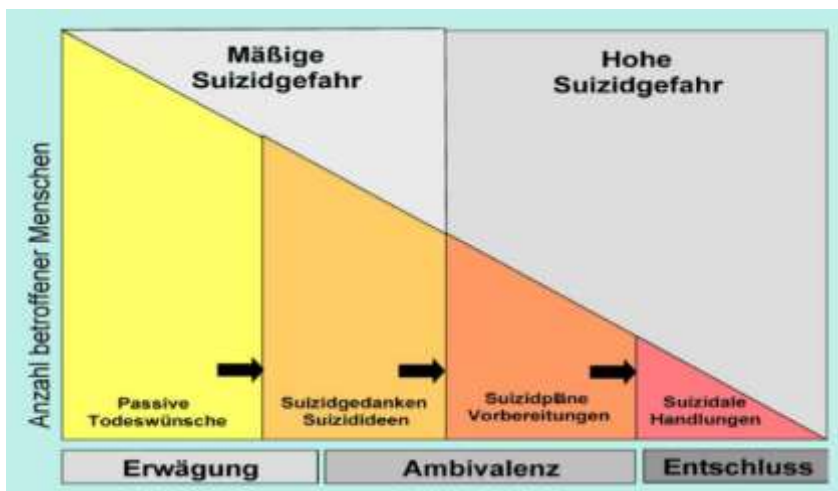


Abbildung 2: Graduelle Ausprägung von Suizidalität (Pöldinger 1980, zit. in Althaus/Hegerl 2004: 1130)

3.3 Suizidmethoden im Alter

Suizidhandlungen bei älteren Menschen werden häufig mit Entschiedenheit ausgeführt (vgl. Erlemeier 2011: 149f.). Suizidale Handlungen im Alter sind seltener Hilferufe an das soziale Umfeld, sondern können eher als Entschluss und Ausweg aus einer hoffnungslosen und verzweifelten Lebenssituation, die der betroffenen Person ohne Aussicht auf Besserung erscheint, interpretiert werden (vgl. ebd.: 72). Dies widerspiegelt sich auch in der Wahl der Suizidmethoden. Ältere Menschen greifen häufiger zu härteren Suizidmethoden als jüngere. Folglich finden weniger Suizidversuche statt, bevor ältere Menschen Suizid begehen. Zudem spielt auch die körperliche Verfassung eine wesentliche Rolle. Ältere Menschen weisen eine geringere Toleranz auf, sodass Suizidversuche eher tödlich verlaufen als bei jüngeren Menschen (vgl. Harbauer/Minder 2013: 17f.).

Sich zu erhängen, zu erdrosseln, zu ersticken, sich aus der Höhe zu werfen, zu ertrinken, sich zu verbrennen, sich zu schneiden, Tod durch eine Schusswaffe oder sich vor den Zug zu werfen

(oder andere bewegende Objekte) zählen zu den harten Suizidmethoden. Hingegen gehören Vergiftungen zu den sogenannten weichen Suizidmethoden (vgl. Schmidtke et al. 2008: 6). Des Weiteren sind geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Auswahl der Methoden festzustellen, wie die folgenden Abbildungen 3 und 4 veranschaulichen:

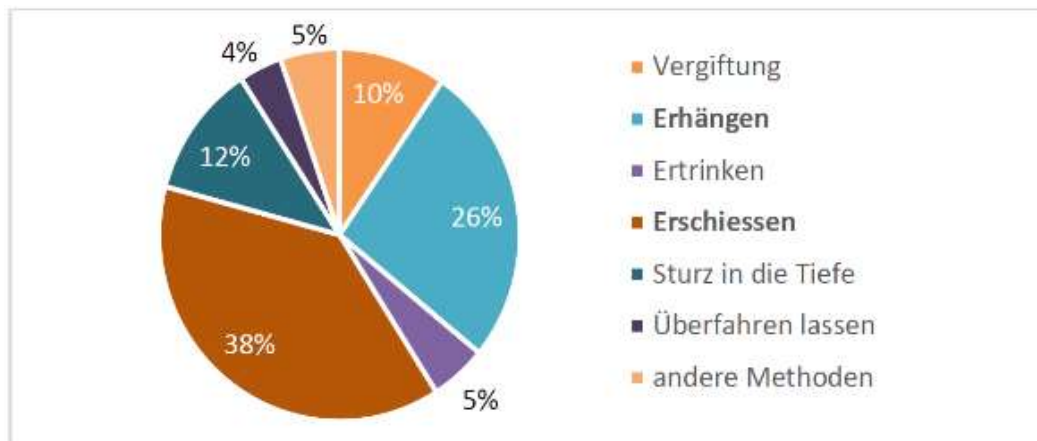


Abbildung 3: Suizidmethoden: Männer ab 70 Jahren (2004-2013) (BFS Todesursachenstatistik, Auswertung BAG 2015:20)

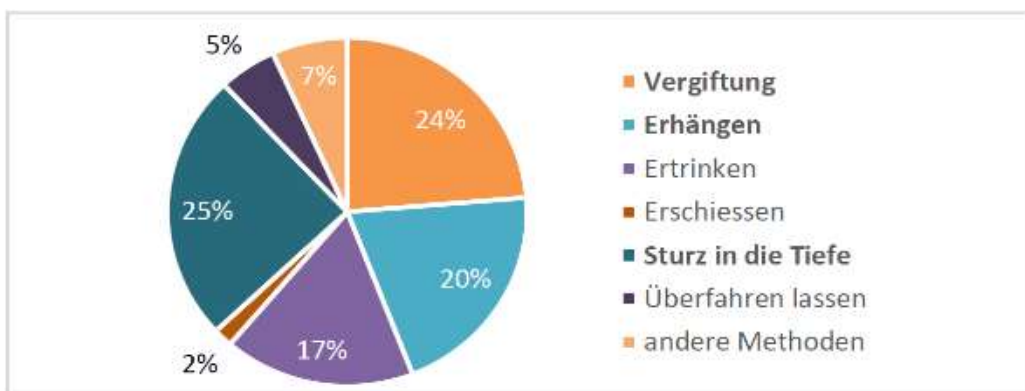


Abbildung 4: Suizidmethoden: Frauen ab 70 Jahren (2004-2013) (BFS Todesursachenstatistik, Auswertung BAG 2015: 20)

Frauen ab dem 70. Lebensjahr vergiften sich relativ gesehen häufiger als Männer. Auch der Sturz in die Tiefe und das Ertrinken wird von Frauen vergleichsweise öfter verübt, während bei Männern ab dem 70. Lebensjahr der Tod durch eine Schusswaffe die häufigste Methode darstellt, was möglicherweise damit zu tun hat, dass Männern der Umgang mit Schusswaffen vertrauter ist. Den Tod durch Erhängen wenden beide Geschlechter beinahe gleich oft an (Männer 26%, Frauen 20%). Der Zugang zu den Suizidmitteln ist ein entscheidender Faktor dafür, welche Suizidmethode schließlich angewendet wird (vgl. Erlemeier 2011: 73).

3.4 Risikofaktoren und Motive für Suizid im Alter

Die Motive für den Suizid sind nicht in jedem Suizidfall bekannt. Nicht immer liegt ein Abschiedsbrief vor, den die verstorbene Person beispielsweise ihren Angehörigen hinterliess. Um die Ursachen dennoch herauszufinden, ist die Forschung auf eine rekonstruktive Fallanalyse angewiesen. Diese Methode nennt sich psychologische Autopsie. Mittels Interviews mit Personen, die dem Verstorbenen nahestanden, wird versucht, Informationen über die Lebenssituation, Persönlichkeit etc. zu erhalten, um einordnen zu können, was zum Suizid führte (vgl. Erlemeier 2011: 81).

Bekanntlich kann das Altwerden so einige Belastungen mit sich bringen. Belastungen im Alter können sich negativ auf das psychische Wohlbefinden auswirken. Belastungen wie körperliche Abbauprozesse, Erkrankungen, finanzielle Schwierigkeiten, gesellschaftliche Benachteiligungen, kritische Lebensereignisse wie Verlust des Partners und veränderte Wohnsituation, psychische Leiden, Selbstwertprobleme, soziale Isolation, Vereinsamung etc. sind im Alter häufig anzutreffen (vgl. ebd.: 19). Risikofaktoren für Alterssuizid können nach Erlemeier (2011: 80) in drei Hauptgruppen eingeteilt werden, nämlich in körperliche Erkrankungen, psychische Erkrankungen sowie soziale Netzwerke und Beziehungen. Eink und Haltenhof (2017: 56) schliessen sich den von Erlemeier genannten drei Hauptkategorien an, für die beiden Autoren ist jedoch das Altern ebenfalls ein Einflussfaktor. Im Folgenden werden die einzelnen Gruppen ausführlicher beschrieben.

3.4.1 Körperliche Risikofaktoren

Körperliche Erkrankungen sind wichtige Risikofaktoren für die Alterssuizidalität, die jedoch nicht als Einzelursache überbewertet werden darf. Denn es stellt sich die Frage, inwiefern körperliche Erkrankungen als unabhängiger Einflussfaktor auf Suizidalität wirken oder im Wechselspiel mit weiteren Belastungsfaktoren stehen. Empirischen Studien zufolge können bestimmte körperliche Erkrankungen einen eigenständigen Einfluss auf suizidales Verhalten haben, sofern sich das Individuum in seiner Lebensqualität eingeschränkt fühlt. Das subjektive Krankheitserleben muss demzufolge mitberücksichtigt werden (vgl. Erlemeier 2011: 81f.). Infolgedessen ist es essenziell, stets auch die psychosozialen Begleitumstände einer Krankheit zu berücksichtigen, die das Krankheitserleben entweder positiv oder negativ beeinflussen können (vgl. ebd.: 83).

3.4.2 Psychische Risikofaktoren

Wie in einem späteren Teil der vorliegenden Arbeit thematisiert wird, verbirgt sich hinter psychischen Erkrankungen, insbesondere bei affektiven Störungen, eine besondere Gefahr für suizidales Verhalten. In westlichen Ländern zählen psychische Störungen zu den wichtigsten Risikofaktoren für Suizid (vgl. Schneider et al. 2014: 36f.). „In psychologischen Autopsiestudien litten 85-90% aller älteren Erwachsenen, die durch Suizid verstorben waren, an psychischen Erkrankungen.“ (Conwell et al. 2011, zit. in ebd.) Nebst der Depression gehen auch beginnende demenzielle Entwicklungen sowie Missbrauch bzw. Abhängigkeit von Alkohol oder anderen psychotropen Substanzen mit einer erhöhten Suizidalität einher (vgl. Eink/Haltenhof 2017: 56).

3.4.3 Soziale Netzwerke und Beziehungen

Soziale Einflüsse auf Suizidalität im Alter liegen nachweisbar vor. Dabei sind Männer vergleichsweise zu Frauen stärker davon betroffen (vgl. Erlemeier 2011: 89f.). Nach Künemund und Hollenstein (2000) reduziert sich mit zunehmendem Alter die Anzahl der Personen im sozialen Netzwerk. Die Reduzierung von Personen bedeutet per se nicht, dass Intensität und Qualität der Kontakte abnehmen (vgl. ebd.: 90). Folglich wird in der Netzwerkforschung zwischen quantitativen und qualitativen Parametern unterschieden. Gefühle der Einsamkeit nehmen mit dem Alter in der Regel zu. Am stärksten betrifft dies verwitwete ältere Menschen. Die quantitativen Netzwerkmerkmale wie die Anzahl der Kontaktpersonen lösen weniger Einsamkeitsgefühle aus. Vielmehr sind es qualitative Eigenschaften wie Mangel an vertraulichen Gesprächen und emotionalem Austausch, die solche Gefühle verursachen können (vgl. ebd.: 90f.) Drapper (1994) zeigte in einer seiner Studien auf, dass bei 43-49% aller älteren Suizidfällen respektive Suizidversuchen psychosoziale Stressfaktoren vorhanden waren, vorwiegend waren es Isolation und Vereinsamung. Depressive Symptome und körperliche Erkrankungen nahmen in seiner Studie jedoch grösseren Einfluss ein (vgl. Erlemeier 2011: 92). Auch Kruse (1997) betont den nicht zu unterschätzenden Einfluss von psychosozialen Faktoren, die für die Entwicklung von Depressionen und Suizidalität im Alter von Bedeutung sind (vgl. Erlemeier/Sperling 2014: 14). Trotz diesen Befunden ist es wichtig, dass die Lebensphase Alter nicht mit Kontaktmangel, sozialer Isolation und Vereinsamung gleichgesetzt wird. Hier gilt es zu differenzieren, denn es gibt auch ältere Menschen, die in ihren sozialen Netzwerken gut eingebunden sind (vgl. ebd.: 91f.). Unbestritten ist jedoch die Tatsache, dass soziale Unterstützung eine wichtige gesundheitsrelevante Ressource darstellt (vgl. Janssen 2015: 81). Soziale Beziehungen können inhaltlich sehr facettenreich sein und unterschiedliche Unterstützungsleistungen einschliessen. Aus

diesem Grund wird zwischen der emotionalen Unterstützung (z. B. Zuneigung, Mitgefühl) und der instrumentellen Unterstützung (Rat, Information, materielle Hilfe) unterschieden. Beide Unterstützungsleistungen zählen zur sozialen Unterstützung (vgl. ebd.: 83f.).

3.4.4 Altern

Mit zunehmendem Alter treten vermehrt körperliche, seelische und geistige Veränderungen und Beeinträchtigungen auf, die nicht krankhaft sind. Gemeint sind biologische Alterungsprozesse wie etwa die Abnahme von Vitalität, Mobilität, geistiger Leistungsfähigkeit und Flexibilität sowie die Verschlechterung der Sinnesfunktionen. Solche Veränderungen und Beeinträchtigungen können die Fähigkeit zur Verarbeitung und Bewältigung von Anforderungen und Belastungen erschweren, sodass die Entstehung von Suizidalität begünstigt werden kann (vgl. Eink/Haltenhof 2017: 56). Im Zusammenhang aller genannten Einflussfaktoren zu berücksichtigen ist, dass nur selten einer der genannten Einflussfaktoren allein Todeswünsche und Suizidalität auslöst. Das Suizidrisiko nimmt jedoch deutlich zu, wenn sich die Einflussfaktoren kumulieren und zeitnah oder unerwartet auftreten (vgl. ebd.: 57).

3.5 Schutzfaktoren

Das Gegenstück von Risikofaktoren sind Schutzfaktoren, die, wie der Name schon andeutet, eine schützende Wirkung haben. Bei der Bewältigung von Stress- und Risikosituationen sind sie äusserst hilfreich, indem sie eine kreative, selbstbewusste und kompetente Anpassung an die im Leben veränderten Anforderungen fördern. Schutzfaktoren können den Ausbruch oder die Manifestation einer oder mehrerer körperlicher oder psychischer Störungen hemmen. Ergänzend bewirken sie eine bessere Verarbeitung von Stressoren und können die Effekte einer Risikobelastung abschwächen. Auch auf suizidales Verhalten können sich Schutzfaktoren positiv auswirken. So verringern sie die Neigung zur Suizidalität oder unterstützen nach einem Suizidversuch eine positive Lebenseinstellung und Zukunftserwartung. Von Vorteil ist es, wenn eine Person in einer belastenden Situation über mehrere Schutzfaktoren verfügt. Auf diese Weise verstärken sich die Schutzfaktoren gegenseitig und können infolgedessen einen besseren Schutz gewährleisten (vgl. Schneider et al. 2014: 43).

Zu berücksichtigen ist, dass ein Schutzfaktor nicht universell wirkt, sondern er stellt den Schutz vor etwas Bestimmtem dar. Körperliche Gesundheit oder auch ein harmonisierendes Familienleben sind kein Garant dafür, dass sich eine Person nicht selbst tötet. Petermann und Damm

(2009) sind der Auffassung, dass es „zu einfach wäre [...], Schutzfaktoren auf das bloße Fehlen von Risikofaktoren zu reduzieren“ (ebd.: 40).

Schutzfaktoren können in „interne/personale“ und „externe“ Schutzfaktoren unterteilt werden. Mit intern sind individuelle, der Person eigene Faktoren gemeint, während sich externe Schutzfaktoren auf Umweltbedingungen beziehen (vgl. ebd.).

3.5.1 Interne Schutzfaktoren

Interne Schutzfaktoren, auch innere Schutzfaktoren genannt, sind entweder angeboren oder werden im Laufe des Lebens erworben. Hierzu zählen eine genetisch bedingte, ausgeglichene körperliche und psychische Gesundheit, welche in kritischen Lebenssituationen oder bei akuten Erkrankungen dafür sorgt, dass das Immunsystem und die Widerstandsfähigkeit des Körpers zum Einsatz kommen. Eine schützende Wirkung gegen Suizidalität stellt auch die Fähigkeit dar, mit belastenden und schwierigen Situationen flexibel und adäquat umgehen zu können. Eine reife Frustrationstoleranz und eine optimistische Lebenseinstellung sind hierfür zentrale Werkzeuge (vgl. ebd.).

Das Kohärenzgefühl (Kernbegriff aus der Salutogenese) versteht sich als ein weiterer Schutzfaktor. Das Kohärenzgefühl umschreibt eine Kraft, die Selbstvertrauen schafft. Folglich ist die Person in der Lage, in Belastungssituationen die dafür erforderlichen Ressourcen zu aktivieren und somit einen adäquaten Umgang damit zu finden. In diesem Zusammenhang wichtig anzumerken ist, dass die Person auch das Vertrauen haben sollte, dass sich die Anstrengungen lohnen (vgl. ebd.: 41).

Veränderungen im Alter kommen häufig vor. Um damit besser umgehen zu können, sind weitere Schutzfaktoren wie eine aktive Anpassungsfähigkeit und -bereitschaft von Vorteil. Auch Religion und Spiritualität können als protektive Faktoren fungieren. Personen, die sich frühzeitig mit der Frage nach dem Sinn des Lebens auseinandersetzen, weisen eher innere Stabilität und Ausgeglichenheit auf als Personen, die sich solchen Fragen entziehen (vgl. ebd.).

Das Selbstbild im Alter und vom Altern ist ein weiterer wichtiger Aspekt. Wird die Lebensphase Alter als Gewinn anstatt als Verlust interpretiert und auch so erlebt, kann dies einen wirksamen Schutzfaktor darstellen. Schliesslich darf der Sinn für Humor nicht unterschätzt werden. Die „positive Psychologie“ hat sich mit Fragen auseinandergesetzt, was das Leben am lebenswertesten macht und wie das Leben lebenswerter werden kann (vgl. ebd.).

3.5.2 Externe Schutzfaktoren

Externe Schutzfaktoren werden auch als äussere Schutzfaktoren bezeichnet. Dazu gehören stabile Familienverhältnisse und Paarbeziehungen oder auch eine enge Beziehung mit einem anderen Familienmitglied. Frühere Rollenvorbilder aus der Jugendzeit können lebenslang wirkende Schutzfaktoren sein. Insbesondere wenn diese Rollenvorbilder gefühlstfähig, vertrauensvoll, zuverlässig, lebensbejahend und stabil waren, schaffen sie eine Grundlage für das Vertrauen in die Welt und wirken in schwierigen Lebenssituationen ausgleichend (vgl. Schneider et al. 2014: 42).

Zu den wichtigsten äusseren Schutzfaktoren zählt die soziale Unterstützung. Soziale Unterstützung umfasst „Personen, Interaktionen und Erlebnisse, die einer bestimmten Person das Gefühl geben, geliebt, geachtet, umsorgt zu sein und in zuverlässigen Beziehungen zu stehen“ (Forstmeier et al. 2005; Laireiter et al. 2001, zit. in ebd.) Auch die Kompetenz, rechtzeitig Hilfe aufzusuchen, in Form von Beratungsstellen oder Einrichtungen sowie die Bereitschaft, diese Hilfe auch anzunehmen, haben eine präventive und stabilisierende Wirkung (vgl. ebd.).

Eine ausreichende und barrierefreie Wohn- und Umgebungssituation sowie die Möglichkeit, den öffentlichen Verkehr zu nutzen, zeigen auch eine schützende Wirkung. Denn zusammen mit genügend finanziellen Mitteln (Stichwort „Altersarmut“) können sie vor Rückzug, Isolation und Vereinsamung schützen. Auch die Partizipation an gesellschaftlichen und politischen Gegebenheiten, die Inanspruchnahme von unterschiedlichen Angeboten für Rentnerinnen und Rentner (z. B. Sportverbände, ehrenamtliche Aufgaben etc.) verhindern soziale Ausschlüsse und dienen daher als weitere, nicht zu unterschätzende Schutzfaktoren (vgl. ebd.).

Als letzten Schutzfaktor nennen Schneider et al. (2014: 43) das Bild des Alters und des alten Menschen in der Gesellschaft. Die Altersbilder können sich auf den einzelnen Menschen positiv oder negativ auswirken. Eine gesellschaftlich wertschätzende Haltung gegenüber älteren Menschen wirkt schützend, wenn also beispielsweise auf ihre Kenntnisse und Erfahrungsschätze verwiesen wird. Hingegen kann die noch immer einseitige, „alterslastige“ Diskussion zum demografischen Wandel dazu beitragen, dass sich ältere Menschen in ihrem Wert verunsichert fühlen.

3.6 Suizidprävention im Alter

Suizidprävention umfasst alle Massnahmen, Vorkehrungen, Hilfen und Einrichtungen zur Verminderung von Suizidgefährdung, Hilfe in akuten suizidalen Krisen sowie die Versorgung und

Behandlung nach einem Suizidversuch inklusive der Nachbetreuung zur Verringerung der Rückfallgefahr von suizidalem Verhalten (vgl. Erlemeier 2011: 132). Nach Erlemeier und Sperling (2014: 13) ist ein primäres Ziel von Suizidprävention im Alter die adäquate Diagnose sowie die Behandlung von Altersdepressionen und ihren Begleitsymptomen. Die Behandlung umfasst medikamentöse, psychotherapeutische und psychosoziale Methoden. Beunruhigend ist in diesem Zusammenhang, dass der Grossteil der über 60-Jährigen, die sich in psychischen Notlagen befinden, selten einen Krisendienst oder eine psychotherapeutische Praxis aufsuchen. Gerade einmal 10% des Klientels von Krisendiensten sind 60+, Psychotherapien werden von älteren Menschen noch weniger besucht. Zum einen liegt dies daran, dass die Hilfsangebote von Organisationen stark auf Jüngere fokussiert sind, zum anderen herrschen immer noch Vorurteile bezüglich der Wirksamkeit von Alterspsychotherapien, auch seitens des professionellen Helfers. Ein weiterer Grund ist die Angst vor Stigmatisierung bei den Älteren (vgl. Erlemeier 2011: 150).

Nach Schaller (2008: 19) reichen diese Massnahmen nicht aus. Suizidprävention im Alter erfordert Interventionen auf einer Vielzahl von Ebenen. Spezifische Interventionen wie die medikamentöse Behandlung und Psychotherapie sind wichtig. Um Suizide jedoch nachhaltig vorzubeugen, brauche es ein Umdenken in der Gesellschaft, was die Haltung gegenüber alten Menschen betrifft. Wie sich die gesellschaftliche Haltung auf die Gesundheit älterer Menschen auswirkt, wird im Kapitel eingehender behandelt.

Auch die Tatsache, dass der Zugang zu den Suizidmitteln ein entscheidender Faktor dafür ist, welche Methode angewendet wird (siehe auch 3.3), gilt als Indikator dafür, dass Einschränkungen der Zugangsmöglichkeiten als wichtiger Teil der Suizidprävention fungieren können (vgl. Erlemeier 2011: 73). Suizidpräventive Massnahmen für Menschen im höheren Lebensalter umfassen nach Eink und Halterhof (2017: 61) neben den schon genannten Massnahmen den Ausbau von altersentsprechenden Hilfsangeboten (ambulante Pflege, Hospizarbeit, aufsuchende und nachsorgende Beratung und Krisenintervention). Zudem können die Aufklärung über Alterssuizidalität und die damit verbundenen Risikofaktoren und Interventionsmöglichkeiten sowohl bei der Allgemeinbevölkerung als auch bei professionellen Helferinnen und Helfern als eine weitere präventive Massnahme dienen (vgl. ebd.).

In der Schweiz ist die Suizidprävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und alle drei Staatsebenen (Bund, Kanton und Gemeinden) sind in der Suizidprävention aktiv. Obschon alle drei Staatsebenen involviert sind, ist unklar, wie die Beratungsstellen in den Gemeinden für die

Suizidprävention sensibilisiert sind – insbesondere im Hinblick auf ältere Menschen. Suizidprävention auf Gemeindeebene legt ihren Fokus auf Jugend- oder Suchtfachstellen. Konkrete Anlaufstellen für ältere Menschen sind insgesamt nur wenige vorhanden. Beratungsstellen in den Gemeinden könnten wichtige Funktionen in Bezug auf Früherkennung und Frühintervention einnehmen, indem sie niederschwellige Angebote zur Verfügung stellen und eine enge Zusammenarbeit mit Hotlines und der (sozial-)psychiatrischen Versorgung anstreben (vgl. BAG 2016: 31-35).

Der Ausbau suizidpräventiver Angebote im Alter ist auch aus ökonomischer Sicht rentabel. Suizid und Suizidversuche gehen mit erheblichen gesellschaftlichen Kosten einher, die sich sowohl aus direkten als auch aus indirekten Kosten zusammensetzen (vgl. BAG 2016: 10).

3.7 Suizidalität und Depressionen

Obschon es Depressionen ohne Suizidalität gibt und Suizide ohne Depressionen, besteht ein enger und komplexer Zusammenhang zwischen Depressionen und Suiziden. Depressive alte Menschen sind besonders gefährdet, im Rahmen einer depressiven Störung suizidale Handlungen zu begehen. Depressionen im Alter stehen in einer starken Korrelation mit hohen Suizidraten (vgl. Stoppe 2008: 407). Stoppe gibt an, dass insgesamt etwa 60% aller Suizide in Zusammenhang mit einer Depression stehen. Im höheren Lebensalter ist diese Zahl um 30% erhöht (vgl. ebd.). Dies bestätigen auch Harbauer und Minder (2013: 42), die ebenfalls zur Erkenntnis gekommen sind, Suizidalität bei älteren Menschen sei oft als Symptom einer depressiven Erkrankung zu betrachten. Conwell, Duberstein und Craine (2002) gehen noch einen Schritt weiter, indem sie der Ansicht sind, dass Depressionen der wichtigste Risikofaktor für Alterssuizid darstellen (vgl. Franzese 2020: 55).

Diese Erkenntnisse zeigen, welche fatalen Folgen eine unerkannte oder nicht adäquat behandelte Depression haben kann. Auch die Tatsache, dass „die Depression im Alter – im Vergleich zur Depression in jüngeren Jahren – eine grössere Gefahr der Chronifizierung birgt“ (Charney et al.: 2003; Beekman et al. 2002, zit. in Stoppe 2008: 408), ist ein Anhaltspunkt dafür, wie wichtig eine rechtzeitige Erkennung und die damit verbundene Behandlung ist.

Auch das Erkennen von Suizidalität bei älteren Menschen gestaltet sich schwierig. Viele ältere Menschen sprechen nur ungern darüber – auch nicht mit Ärztinnen und Ärzten der anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens. Gründe dafür sind Scham- und Schuldgefühle und die Befürchtung, den Professionellen zur Last zu fallen. Bei den Symptomen der Depression zeigt

sich dasselbe Phänomen. Auch sie werden häufig nicht transparent kommuniziert (vgl. Wächtler et al. 2014: 60). Als Konsequenz daraus bleibt die Depression unerkannt. Unbehandelte und länger andauernde Depressionen bleiben nicht folgenlos; sie können zur erheblichen Beeinträchtigung der sozialen Netze führen (vgl. Stoppe 2008: 408). Gemäss Möller-Leimkühler (2008) ist die hohe Suizidrate der Männer ein Indikator dafür, dass Depressionen bei ihnen oftmals übersehen werden (vgl. Wächtler et al. 2014: 60). Dabei kann bei älteren Männern der Wille, zu sterben, so übermächtig und entschieden sein, dass jegliche Hilfe von aussen abgelehnt wird (vgl. Erlemeier 2011: 74).

4. Psychische Störungen im Alter

Zunächst einmal soll geklärt werden, was unter dem Begriff „psychische Störung“ verstanden wird. Von einer psychischen Störung ist dann die Rede, wenn die Erlebens- und Verhaltensweisen einer Person über einen längeren Zeitraum hinweg von der Norm abweichen, mit einem Leidensdruck einhergehen sowie für die betroffene Person und/oder deren soziale Umgebung eine Beeinträchtigung zur Folge hat (vgl. Altenthan et al. 2008: 457). Nach Erlemeier und Sperling (2014) ist jede vierte Person, die der Altersgruppe der über 65-Jährigen zugehört, von einer psychischen Störung betroffen. Affektive Störungen wie Depressionen übernehmen dabei die Oberhand (vgl. Müller-Pein/Lindner 2020: 536).

Im Alter kommen Depressionen etwas häufiger vor als in den anderen Altersgruppen. Frauen leiden häufiger an Depressionen als Männer – auch im höheren Lebensalter (Verhältnis 2:1). Dabei darf nicht übersehen werden, dass sich alte, depressive Männer stärker zurückziehen und Hilfe öfter verweigern als Frauen (vgl. ebd.), was zur Folge hat, dass bei Männern Depressionen eher unterdiagnostiziert bleiben.

Nebst der Depression gehören Demenzen, Angststörungen, Schlafstörungen und substanzgebundene Störungen zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter (vgl. Kinzl 2013: 527). Obwohl psychische Störungen bei Menschen ab dem 60. Lebensjahr und im höheren Lebensalter häufig vorkommen, heisst das nicht, dass sie typischerweise zum Alter dazugehören (vgl. Radman 2015: 290). Jedoch schlagen psychische Erkrankungen besonders auf die Gesundheit älterer Menschen. So nimmt beispielsweise sowohl die Lebensqualität als auch die Lebenserwartung von depressiven älteren Menschen deutlich ab (vgl. Hölzel et al. 2017: 1117).

Radman (2015: 291) sieht nicht nur einen Verlust der Lebensqualität als Folge von unbehandelten Depressionen, sondern sie führen häufig zu „sozialer Isolation, erhöhter Mortalität und

Vulnerabilität gegenüber somatischen Erkrankungen infolge eines veränderten Gesundheitsverhaltens und einer verminderten Immunabwehr, zu einer unnötigen Aufnahme in einem Pflegeheim sowie zu erheblichen Mehrkosten im Gesundheitssystem“. Die Häufigkeit von Depressionen im Alter und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit älterer Menschen veranlasste die Autorin dazu, sich schwerpunktmässig mit ihr auseinanderzusetzen.

4.1 Depressionen im Alter

Depression ist eine weit verbreitete psychische Störung. Sie zählt zu den häufigsten psychischen Störungen. Schätzungen zufolge erkrankt fast jede fünfte Person im Laufe ihres Lebens daran. Frauen sind zwei bis dreimal häufiger davon betroffen (vgl. Hautzinger/Thies 2009: 64f.). Inzwischen konnte auch die Annahme widerlegt werden, dass die Häufigkeit von Depressionen mit zunehmendem Alter tendenziell abnimmt (vgl. Stoppe 2008: 406). Dabei geht Welz (1994) davon aus, dass Depressionen im höheren Lebensalter fast in 40% der Fälle unerkannt bleiben. Dies hat zur Folge, dass die Depression unbehandelt ihren Lauf nimmt. Eine angemessene medikamentöse Behandlung gefolgt von psychotherapeutischen Interventionen erhält nur ein kleiner Bruchteil der depressiven älteren Menschen (vgl. Radman 2015: 290).

Gründe für das Nichterkennen ist ein atypisches Erscheinungsbild der Depression im Alter. Somatische Beschwerden nehmen bei Depressionen im höheren Lebensalter eine dominante Rolle ein. Des Weiteren leiden die Betroffenen zu Beginn an Merkfähigkeit und Gedächtnisverlust, was auf eine beginnende demenzielle Entwicklung hinweisen kann. Diese Überschneidung in der Symptomatik mit Demenz führt dazu, dass sich die differenzial-diagnostische Einordnung als schwierig erweist (vgl. ebd.).

Hinzu kommt, dass sich die Altersdepression beim männlichen Geschlecht anders zeigt als bei den Frauen. Die Depression, wie sie in den diagnostischen Klassifikationssystemen beschrieben wird, entspricht mehr dem Erscheinungsbild depressiver Frauen. Hingegen verdeckt sich die Depression bei Männern oft durch impulsives Verhalten wie Aggression, vermehrter Alkoholkonsum und suizidales Verhalten (vgl. Kinzl 2013: 527). Depressionen sind im höheren Lebensalter die häufigste psychische Störung. Obschon dies der Tatsache entspricht, haben depressive Symptome mit dem höheren Lebensalter primär nichts zu tun. Das bedeutet, dass sie keine notwendige Konsequenz des Alterns ist und es wäre falsch, davon auszugehen, dass depressiv zu sein zum typischen Dasein im Alter dazugehört (vgl. Wolfersdorf/Schüler 2005: 29).

Faktoren, welche die Entstehung von Depressionen im Alter begünstigen, sind beispielsweise kürzliche Verwitwung, Schlafstörungen, körperliche Erkrankungen, Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen, frühere Depression und das weibliche Geschlecht (vgl. Weyerer/Bickel 2007, zit. in Erlemeier 2011: 87). Im Kapitel 4.5 werden die Risikofaktoren ausführlicher betrachtet.

4.2 Definition (nach ICD-10)

Die Depression gehört zu den affektiven Störungen (F 30 - F 39). Die Hauptsymptome sind gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Antriebs- und Freudlosigkeit. Darüber hinaus leiden die Betroffenen an Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen. Schuldgefühle sowie auch Gefühle der Wertlosigkeit sind ebenfalls Symptome einer depressiven Störung. Generell nehmen Betroffene ihre Umwelt pessimistischer wahr. Auf freudige Situationen und eine freundliche Umgebung wird emotionslos reagiert. Nebst den kognitiven Anzeichen können bei depressiven Menschen auch somatische Beschwerden auftreten. Zu den häufigsten zählen Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Libidoverlust, Druck im Kopf und Brust, Schwindel sowie Magen-Darm- und Unterleibsbeschwerden (vgl. Altenthon et al. 2008: 461f.).

| | |
|------------|---|
| F30 | Manische Episode |
| F31 | Bipolare affektive Störung |
| F32 | Depressive Episode |
| F33 | Rezidivierende depressive Störungen |
| F34 | Anhaltende affektive Störungen |
| F38 | Sonstige affektive Störungen |
| F39 | Nicht näher bezeichnete affektive Störungen |

Abbildung 5: Hauptkategorien affektiver Störungen nach ICD-10 (DGPPN et al., 2015: 28)

Depressionen lassen sich nach Schweregrad gliedern. Nach ICD-10 werden depressive Episoden eingeteilt in leichte (F 32.0), mittelgradige (F 32.1) und schwere, und zwar ohne (F 32.2) oder mit psychotischen Symptomen (F 32.3). Die Symptome müssen mindestens zwei Wochen andauern und nicht auf psychotrope Substanzen oder organische Störungen zurückzuführen sein. Erst dann kann von einer Depression gesprochen werden (vgl. Hautzinger/Thies 2009: 64). Grundsätzlich unterscheiden sich Depressionen im Alter hinsichtlich der Symptomatik nicht von jenen in jüngeren Jahren. Jedoch erschwert sich die richtige Diagnosestellung durch das gleichzeitige Auftreten von körperlichen Erkrankungen und den beginnenden Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit sowie das Verkennen depressiver Symptome als „natürliche Folge des Alterungsprozesses“ (vgl. Hautzinger 2002: 142). Die Symptome, die von depressiven älteren Menschen am häufigsten genannt werden, sind Energieverlust, Appetitverlust, Schlafstörungen und Schmerzen (vgl. Wolfersdorf/Schüler 2005: 20).

4.3 Epidemiologie von Depressionen im Alter

Im vierten Kapitel wurde aufgezeigt, dass Depressionen bei älteren Menschen im Vergleich zu jüngeren Menschen häufiger vorkommen. Den Anstieg an depressiver Symptomatik im Alter veranschaulicht die untenstehende Abbildung (Abb. 6). Aus der Abbildung ist ersichtlich, dass eine Zunahme ab dem 65. Lebensjahr festzustellen ist, während depressive Symptome im Jugend- und Erwachsenenalter ein unveränderliches Bild zeigen. Allerdings ist zwischen leichteren und stärkeren Symptomen zu unterscheiden.

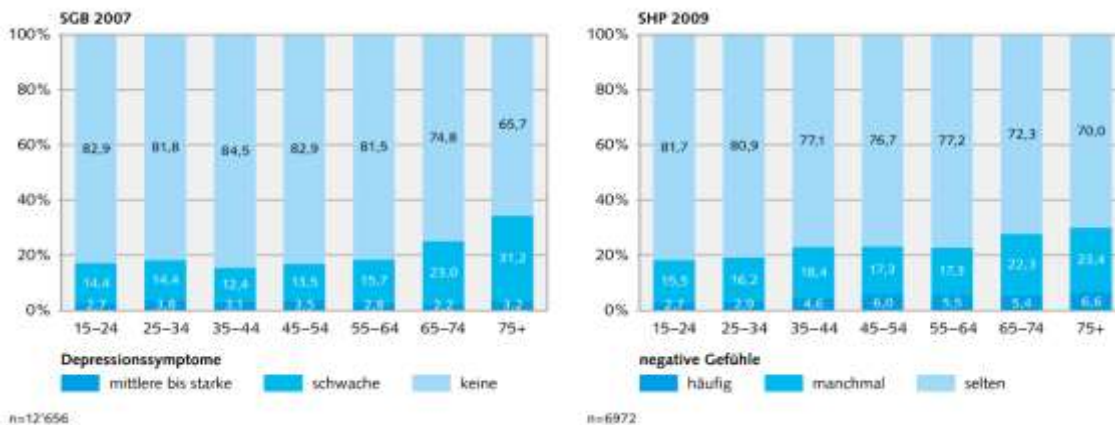


Abbildung 6: Zunehmende Prävalenz von Depressivität im höheren Alter (BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007; FORS, Schweizer Haushalt-Panel 2009: 33)

Die Skala aus der linken Hälfte der Abbildung (SGB, 2007) illustriert, dass ab dem Rentenalter (65+) ein deutlicher Anstieg an leichten Symptomen besteht. Zur selben Zeit ist der Anteil mittlerer bis hin zu starken Symptomen über alle Altersklassen gleich hoch, wobei die Altersgruppe der 65-74-Jährigen sogar eher tief ausfällt und ab dem 75. Altersjahr wieder etwas ansteigt (vgl. OBSAN 2013: 33).

Die rechte Hälfte der Abbildung (SHP, 2009), „welche eine eher unspezifische Depressivität abbilden, zeigen ebenfalls eine deutliche Zunahme leichterer Verstimmungen im höheren Alter und gleichzeitig eine stetige Zunahme von stärkerer Depressivität“ (ebd.). Wichtig zu erwähnen scheint, dass in dieser Statistik ältere Menschen, die in Alters- und Pflegeheimen leben, nicht einkalkuliert sind. Jedoch ist davon auszugehen, dass gerade diese Menschen oder zumindest ein hoher Anteil von ihnen an Depressionen leiden (vgl. ebd.). Stoppe (2008: 408) zufolge soll jede zweite Bewohnerin bzw. Bewohner davon betroffen sein. Dabei ist anzumerken, dass Depressionen nicht nur Folge des Übertrittes in ein Alters- und Pflegeheim sind, sondern häufig auch ihre Ursache (vgl. ebd.).

4.4 Ursachen und Erklärungsmodelle zur Entstehung einer Depression

Die Ursachen für die Entstehung einer depressiven Störung im höheren Lebensalter sind multifaktoriell. Genetische, psychologische sowie auch soziale Faktoren spielen eine Rolle bei der Entstehung einer Depression (vgl. Radman 2015: 290). Die Rede ist hier von einem biopsychosozialen Erklärungsansatz, welcher heute generell für die Entstehung von Depressionen verwendet wird (vgl. Erlemeier 2011: 24). Dieser Erklärungsansatz wird im folgenden Abschnitt erläutert.

4.4.1 Das biopsychosoziale Erklärungsmodell für Depression

Die Grundlagen für das biopsychosoziale Verständnis von Gesundheit und Krankheit führen auf das biopsychosoziale Modell von George L. Engel zurück. Lange Zeit wurde angenommen, dass psychische und körperliche Gesundheit auf biologisch-organische Faktoren zurückzuführen ist. Engel kritisierte ein solches Gesundheits- und Krankheitsverständnis; er entwickelte in den 1970er- Jahren sein eigenes Modell und revolutionierte somit das Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Durch das Modell von Engel wurde die Relevanz sowohl von psychischen als auch von sozialen Faktoren ins Augenmerk genommen (vgl. Pauls 2013a: 17f.).

Der Grundgedanke des Modells ist demzufolge, „dass alle drei Bedingungen – die biologisch-organische, die psychische und die soziale – in sich kontinuierlich ändernden Wechselbeziehungen stehen und aus diesen Faktoren und deren Veränderungen sich Entwicklung und Verlauf von Störungen erklären lassen“ (Jungnitsch 1999: 31, zit. in ebd.: 18). Psychische und soziale Faktoren können, nebst den biologischen, auch kausal für die Entstehung von Erkrankungen verantwortlich sein. Die Begründung hierfür lautet, dass der Mensch ein Teil von umfassenden Systemen ist und er selbst ist wiederum ein System aus vielen Subsystemen bis hinab zur molekularen Ebene (vgl. ebd.).

Die Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression lässt sich mit dem biopsychosozialen Modell gut erklären. Denn auch sie ist, wie zuvor beschrieben, meist nicht auf eine einzige Ursache zurückzuführen, sondern ihre Entstehung ist von mehreren Einflüssen abhängig. Solche Einflüsse lassen sich nach dem biopsychosozialen Erklärungsmodell in biologische, psychologische und soziale Risikofaktoren einordnen. Diese Risikofaktoren erhöhen die Vulnerabilität (Verletzlichkeit) für die Entstehung einer Depression. Gleichwohl beeinflussen auch Schutzfaktoren die Vulnerabilität (vgl. Risch et al. 2012: 10).

„Nach dem biopsychosozialen Modell der Depression wird davon ausgegangen, dass erst das Zusammentreffen von psychobiologischer Vulnerabilität (biologisch, psychologisch, sozial-interaktiv) und Stressoren (z. B. chronische Belastung, negative Ereignisse) eine Depression auslösen kann.“ (DeJong-Meyer: 2005; Hautzinger: 2006, 2010, zit. in ebd.) In allen drei Dimensionen können sowohl Schutz- als auch Risikofaktoren vorkommen. Nachfolgend werden die drei Dimensionen in ihrem Inhalt erläutert.

Die biologische Dimension

Zu den biologischen Komponenten gehören genetische Verlagerungen, neurobiologische Prozesse im Gehirn (Neurotransmitter), Verletzungen oder Störungen der Funktion eines Organs (Läsion) sowie Infektionen (siehe Abb. 7).

Die psychologische Dimension

Die psychologische Dimension umfasst das Erleben und Verhalten eines Individuums. Auch Bewältigungsstrategien sowie die Informationsverarbeitung werden der psychologischen Dimension zugeschrieben (siehe Abb. 7).



Abbildung 7: Das biopsychosoziale Modell (Peveling o.J.: o.S.)

Die soziale Dimension

Der sozialen Dimension, die für die Soziale Arbeit relevant ist, wird besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Die Einflüsse von sozialen Faktoren werden innerhalb der Neurowissenschaften zunehmend anerkannt. Kandel (1998; 1999) zufolge beginnt der Einfluss der sozialen Faktoren

auf das biologische System bei den Genen selbst. Soziale Faktoren haben zwar keinen direkten Einfluss auf die Gensequenz, jedoch beeinflussen sie die Startfunktion für die biologischen Prozesse, die in einem menschlichen Organismus stattfinden. Dieser Prozess wird auch als „Expression der Gene“ verstanden (Richter 2003, zit. in Sommerfeld et al. 2016: 140).

Etwas vereinfachter ausgedrückt werden soziale Einflüsse in biologische Schritte übersetzt und wirken sich auf diese Weise auf sämtliche Körperfunktionen und Prozesse aus, unter anderem auch auf das menschliche Gehirn (vgl. Richter 2003: 184). Die Verbindung zwischen den sozialen Einflüssen und der Entwicklung psychischer Erkrankungen kann nach Rüeegger (2012: 102f.) auf folgende Art und Weise erklärt werden:

Die Entstehung psychischer Krankheit durch ihre soziale Dimension ist dadurch erklärbar, dass die soziale Dimension gleichzusetzen ist mit Spannungszuständen in einem Individuum auf der Basis von langandauernden Bedürfnisversagungen, die durch problematische Formen der Lebensführung, also durch Formen der Integration und der daraus resultierenden Dynamik und Praktiken, verursacht werden. Diese langandauernde Bedürfnisversagung stellt wiederum ein physiologischer Stressor dar, welcher die neuronalen Strukturen im Gehirn verändert und zu gestörten Funktionsabläufen führt. Dabei können sich bildlich gesprochen neuronale Schleifen bilden, die sich „festfressen“, und denen ein Übergang in andere („gesundheitsunterstützende“) Schleifen nicht ohne weiteres gelingt.

Pauls (2013b: 91) führt in diesem Zusammenhang aus, dass die sozialen Lebensumstände nicht nur auf die psychische Befindlichkeit Einfluss nehmen, sondern auch auf die körperliche Gesundheit. Soziale Faktoren sind bei Entstehung, Verlauf und Heilung von Erkrankungen entscheidende Träger (vgl. ebd.: 99). So zeigt sich beispielsweise bei älteren Menschen im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild Depression, dass diejenigen mit weniger bedeutungsvollen sozialen Kontakten und geringerer sozialer Unterstützung eher depressive Symptome entwickeln (vgl. ebd.: 94). Auch Bojack (2003: 26) schliesst sich dieser Erkenntnis an und führt weiter aus, dass Menschen, die psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind und die Belastungsphase nicht in absehbarer Zeit endet, ein erhöhtes Erkrankungsrisiko haben. Aus diesen Erkenntnissen heraus ist ersichtlich, dass die soziale Dimension eine wesentliche Rolle spielt und demzufolge auch berücksichtigt werden muss.

4.5 Risikofaktoren

Risikofaktoren müssen nicht zwangsläufig zu einer Depression führen. Fest steht jedoch: Je mehr Risikofaktoren vorhanden sind, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, an einer

Depression zu erkranken (vgl. Hautzinger 2006: 54). Zu den Risikofaktoren für die Entstehung einer depressiven Erkrankung im Alter gehören:

Frühere Depressionen

Lagen bereits früher depressive Symptome oder gar depressive Episoden vor, erhöht sich das Risiko, erneut eine Depression zu entwickeln (vgl. ebd.).

Depressionen in der Familie

Sind depressive Erkrankungen in der Familie bekannt, respektive kommen sie gehäuft vor, so ist die Gefahr grösser, selbst daran zu erkranken (vgl. ebd.: 55).

Tendenzen zu Krankheiten

Damit sind Personen gemeint, die auch in ihren jüngeren Jahren häufig zu Erkrankungen tendierten, insbesondere sind hier Infektionskrankheiten und andere psychische Erkrankungen (z. B. Ängste, Panik, Zwänge) angesprochen. Stressanfälligkeit und psychosomatische Krankheiten tragen ebenfalls zum Risiko bei (vgl. ebd.). Auch somatische Erkrankungen können die Entstehung von Depressionen begünstigen. Dazu zählen kardiovaskuläre (Herz- und Gefäss-) Krankheiten, Schlaganfall, Schilddrüsenunterfunktion, Stoffwechselstörungen, Krebserkrankungen und Parkinson- Krankheit (vgl. Bojack 2003: 27).

Aktuelle Gebrechen und Funktionseinschränkungen

Ältere Menschen mit körperlichen Gebrechen und/oder mit chronischen Beeinträchtigungen von körperlichen Funktionen tendieren eher zu depressiven Symptomen. Dies umso mehr, wenn sie als Folge auf fremde Hilfe angewiesen sind (vgl. Hautzinger 2006: 56).

Krankenhausaufenthalte und Operationen

Krankenhausaufenthalte und Operationen führen nicht per se zu Depressionen. Jedoch reagieren ältere Menschen auf Eingriffe meist stärker als jüngere. Die Erholung von den Eingriffen dauert normalerweise länger, dies kann einige Seniorinnen und Senioren verunsichern und in ihnen das Gefühl des Ausgeliefertseins hervorrufen (vgl. ebd.).

Medikamenteneinnahme und Nebenwirkungen

Zur Entstehung der Altersdepression können auch bestimmte Medikamente (z. B. Antihypertensiva) beitragen. Des Weiteren werden im Alter oft mehrere und verschiedene Medikamente eingenommen. Die Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten können einem alternden Organismus zu schaffen machen. Medikamente, die depressionsauslösend wirken, werden

natürlich nicht einfach grundlos verschrieben. Allerdings werden Patientinnen und Patienten oft unzureichend über das Risiko einer Depression aufgeklärt (vgl. ebd.: 57).

Verlust und Trennung

Verluste und Trennungen haben viele Gesichter. Hierzu zählen nicht nur Verluste von nahestehenden und wichtigen Personen, sondern auch Verluste und Trennungen von sozialen Rollen (z. B. Übergang in den Ruhestand oder Auszug der Kinder). Auch Aufgaben und Funktionen, welche Mann oder Frau altersbedingt nicht mehr eigenständig erledigen und ausführen kann, können als Verluste wahrgenommen werden. Fühlt sich der Mensch von seiner Umwelt nicht mehr gebraucht, schwächt dies seinen Selbstwert, was sich wiederum auf sein psychisches Wohlbefinden auswirkt (vgl. ebd.: 57f.).

Fehlende Fähigkeiten und eigenes Verhalten

Um mit Anforderungen und Belastungen umgehen zu können, benötigt der Mensch Stärken und Kompetenzen, die er beim Auftreten eines Problems aktivieren respektive auf sie zurückgreifen kann. Fehlen derartige Stärken und Kompetenzen und treten gleichzeitig Anforderungen und Belastungen auf – welche bekanntlich in der Lebensphase Alter oft vorkommen können – fühlt sich der Mensch hilflos. Auf altersbedingte Anforderungen und Belastungen sind wird oft unzureichend vorbereitet. Schafft es der Mensch nicht, mit der Anforderung umzugehen oder eine Belastung zu bewältigen, wandelt sich die erlebte Hilflosigkeit in Resignation und Schwermut um (vgl. ebd.: 58).

Fehlende Interessen und Ziele

Eine Vielzahl an Interessen und persönliche Ziele wirken sich positiv auf das psychische Wohlbefinden aus. Rentnerinnen und Rentner, die ihr ganzes Leben nur auf eine Sache ausgerichtet haben (z. B. ihren Beruf oder die Familie) und keine Alternativen haben, sind bei Verlust anfälliger für Altersdepressionen (vgl. ebd.: 59). In diesem Zusammenhang kann auch die fehlende Vorbereitung auf das Alter genannt werden, die Hautzinger (2006: 61) als weiteren Risikofaktor betrachtet.

Gleichförmigkeit von Alltag, Wochen- und Jahresablauf

Monotonie ist auch im Alter kontraproduktiv. Dabei sind gerade ältere Menschen besonders der Gefahr ausgesetzt, dass der Alltag stets gleich verläuft. Erstarren Rentnerinnen und Rentner in Routine und festen Abläufen, laufen sie Gefahr, dass Sättigung, Langeweile, Resignation und Antriebslosigkeit auftreten (vgl. ebd.: 59).

Zu wenig Beschäftigung und angenehme Aktivitäten

Dieser Aspekt fließt mit dem oben genannten Punkt zusammen. Mangel an Beschäftigungen, die zudem noch einseitig sind, fehlende Alternativen (insbesondere bei Verlust einer vorherigen Aktivität) können ebenfalls depressionsauslösend wirken. Hingegen zeigen Menschen, die im Alter breitgefächerte Aufgaben, viele angenehme Aktivitäten und genussfreudige sowie ablenkende Tätigkeiten ausüben, ein geringeres Risiko, an einer Depression zu erkranken (vgl. ebd.: 59f.).

Starre Einstellungen und wenig flexible Überzeugungen

Wer im Alter Veränderungen nur schwer akzeptieren kann, starre Einstellungen und unflexibles Verhalten aufweist, erhöht das Risiko, an einer Depression zu erkranken. Die Lebensphase Alter ist geprägt von Entwicklungen, die sich nicht beeinflussen oder umkehren lassen. Hautzinger (2006: 60) führt hierzu aus: „Wer sich schwer tut [sic], natürliche Gegebenheiten des Älterwerdens hinzunehmen, oder wer an alten Zielen und Ansprüchen festhält, die heute nicht mehr gültig sind, wird viele Enttäuschungen und Hilflosigkeit erleben.“ In Anbetracht dessen ist eine hohe Anpassungsfähigkeit auch im Alter von Vorteil (vgl. ebd.).

Materielle Schwierigkeiten

Eine schlechte materielle Absicherung nennt Hautzinger (2006) in seinem Buch „Wenn Ältere schwermütig werden“ zwar nicht, doch dieser Aspekt wird in anderen Literaturen berücksichtigt. Das Sprichwort: „Geld macht nicht glücklich, aber es beruhigt die Nerven“ beschreibt nach Franzese (2020: 55) den Einfluss der finanziellen Situation auf Depression am besten. Ergebnisse zahlreicher Studien zeigen auf, dass finanzielle Probleme mit einem erhöhtem Depressionsrisiko einhergehen (vgl. ebd.: 67). Finanzielle Schwierigkeiten führen zu mentalen Belastungen wie Stress und Zukunftsängsten. Unzureichende finanzielle Mittel können psychologische Ursachen von Depression befördern, zum Beispiel die eigene negative Wahrnehmung und geringe Selbstwirksamkeit (vgl. ebd.: 55.). Der ständige Vergleich mit finanziell besser gestellten Personen kann ebenfalls eine psychische Belastung auslösen, da Einkommen als ein wichtiges Merkmal in der Statushierarchie betrachtet werden kann. Verfügt jemand selbst ein geringes Einkommen und bringt dieser jemand dies in Verbindung mit einem geringeren Status, besteht die Gefahr, dass die Person mit dem geringeren Einkommen dies als „Niederlage“ interpretiert. Dies wiederum kann depressive Symptome hervorrufen (vgl. ebd.: 56).

4.6 Behandlungen

Grundsätzlich unterscheidet sich die Behandlung einer Depression bei älteren Menschen und von jenen im jüngeren oder mittleren Alter nicht. Depressionen lassen sich im stationären, teilstationären (Tageskliniken) oder im ambulanten Setting behandeln. Bei höherem Schweregrad der Depression und bei akuter Suizidgefahr ist ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik dringend empfohlen und in vielen Fällen unvermeidlich (vgl. Wolfersdorf/Schüler 2005: 126- 128). Wie bereits in den vorherigen Kapiteln beschrieben wurde, ist die Entstehung einer Depression auf ein multifaktorielles Geschehen zurückzuführen. Aus diesem Grund ist es plausibel, dass für die Behandlung verschiedene Massnahmen aus diversen Feldern zum Einsatz kommen können. Eine ganzheitliche Behandlung beinhaltet nach Wolfersdorf und Schüler die drei klassischen Säulen, nämlich Psychotherapie, biologische Therapie sowie soziotherapeutische Massnahmen (vgl. ebd.: 126). Das Zusammenspiel der einzelnen Massnahmen gelingt nach Lindner et al. (2014: 94) im stationären Bereich oft besser als im ambulanten Bereich. Des Weiteren ist eine ambulante Nachsorge im Anschluss eines stationären Aufenthaltes häufig unumgänglich, um die Gefahr eines Rückfalls so gering wie möglich zu halten (vgl. ebd.).

4.6.1 Medikamentöse Behandlung

Mit medikamentöser Behandlung ist eine Behandlung mit antidepressiven Medikamenten (sogenannten Antidepressiva) gemeint. Antidepressiva wirken direkt auf den Stoffwechsel im Gehirn und gleichen einen Mangel an einer Substanz (z. B. Serotonin) aus. Daraus folgt eine Verbesserung der Empfindlichkeit der Rezeptoren an den Nervenübergängen, was die Reizleitung im Gehirn unterstützt. Als Folge davon steigt der Antrieb oder die Stimmung hebt sich. Es gibt unterschiedliche Antidepressiva, die sich hinsichtlich ihrer „Angriffspunkte“ differenzieren. Die einen beeinflussen spezifische Hirnregionen, während andere nur auf ganz bestimmte Rezeptoren an Nervenendungen wirken. Die dritte Variante wirkt nur auf den Bereich einer Nervenschaltstelle, die letzte Variante wirkt hingegen auf den Bereich nach der Reizübertragung. Welcher Stoffwechselbereich bei einer depressiven Person gestört ist, ist bis heute noch nicht genau bestimmbar. Folglich muss oft ausprobiert werden, bis das richtige Medikament gefunden wird (vgl. Hautzinger 2006: 93f.).

4.6.2 Psychotherapeutische Verfahren

„Psychotherapie beinhaltet die Veränderung psychischer Prozesse durch therapeutische Massnahmen. Psychische Prozesse umfassen Denken, Fühlen und Handeln, also genau die Ebenen, welche durch depressive Erkrankungen verändert werden.“ (Blitz 2008: 59)

Obschon ältere Menschen besonders von psychotherapeutischen Massnahmen profitieren würden – nach Stoppe (2008: 408) ist die Wirksamkeit von Psychotherapie im Alter tendenziell höher als in jüngeren Lebensabschnitten –, wird sie von älteren Menschen nur selten in Anspruch genommen (siehe auch Kapitel 3.6 oder 4.1). Paradoxerweise werden bei älteren Menschen mehr Medikamente für die Behandlung von Depressionen eingesetzt, was in Kombination mit körperlichen Erkrankungen zu unerwünschten Nebenwirkungen einhergehen kann, wie etwa einem erhöhten Sturzrisiko. Angesichts der Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen sollten Psychotherapien mit älteren Menschen häufiger durchgeführt werden. Damit dies umgesetzt werden kann, müssen entsprechende Anreizsysteme geschaffen werden (vgl. ebd.).

4.6.3 Soziotherapeutische Massnahmen

Soziotherapie umfasst nach Bäuml (1994, zit. in Pauls 2013b: 78) lebenspraktische Unterstützung in Notlagen und bei Überforderung sowie weitere Massnahmen in den Bereichen Wohnen, Finanzen und Freizeit. Dabei kann das soziale Umfeld in Form von Angehörigenarbeit miteinbezogen werden. Ziel ist es, mehr Verständnis für die Situation des Betroffenen zu gewinnen, damit eine Stressreduktion in der Familie oder am Arbeitsplatz gelingen kann, wobei bei älteren Menschen der Arbeitsplatz weniger im Fokus steht als das Familiensystem. Nach Wolfersdorf und Schüler (2005: 135) fügen sich soziotherapeutische Ansätze bei der Depressionsbehandlung zusammen aus Psychoedukation, klassischer Sozialarbeit, Fürsorge und Sozialtraining. Psychosoziale Aspekte wie etwa soziale Isolation, schlechte materielle Absicherung oder sozial schlechte Infrastruktur können depressionsauslösend und -aufrechterhaltend wirken. Folglich sollten die genannten psychosozialen Aspekte in der Behandlung mitberücksichtigt werden und die folglich nötigen Veränderungen angestrebt werden. Es empfiehlt sich, das engere und weitere soziale Umfeld miteinzubeziehen und sich die Frage zu stellen, welche Möglichkeiten es innerhalb der Familie, innerhalb der Gemeinde oder innerhalb der Nachbarschaftshilfe gibt (vgl. ebd.: 135f.).

5. Altersbilder und deren Wirkung

Das folgende Kapitel beinhaltet die Altersbilder in der heutigen Gesellschaft. In diesem Zusammenhang wird aufgezeigt, welchen Einfluss diese Bilder auf ältere Menschen haben, insbesondere im Hinblick auf den gesundheitlichen Aspekt.

5.1 Definition Altersbilder

Altersbilder können als „individuelle und gesellschaftliche Vorstellungen zum Alter (Zustand des Altseins), vom Altern (Prozess des Älterwerdens) oder von älteren Menschen (die soziale Gruppe älterer Menschen)“ bezeichnet werden (Deutscher Bundestag 2010: 36, zit. in Kühnert/Ignatzi 2019: 64). Altersbilder, die auch als soziale Konstrukte verstanden werden, sorgen für eine Bewertung der Stellung älterer Menschen in der Gesellschaft und geben die Richtung an, wie sich ältere Menschen zu verhalten haben oder vielmehr was von ihnen erwartet wird. Diese Erwartungen an alte Menschen beeinflussen wiederum das Selbstbild in Bezug auf das eigene Älterwerden (vgl. ebd.: 70). Altersbilder sind lediglich Annahmen über das Alter und das Altern und somit keine zutreffenden Abbildungen der vielfältigen Lebensformen älterer Menschen. Ihre Funktion dient der Komplexitätsreduktion und Orientierung durch Vereinfachung und Typisierungen (vgl. ebd.: 71).

Zudem beinhalten Altersbilder nach Hildebrandt und Kleiner (2012: 15) Ansichten über Gesundheit und Krankheit im Alter, Vorstellungen über Selbstbestimmung und Abhängigkeiten, Kompetenzen und Defizite, über Freiräume, Gelassenheit und Weisheit, aber auch Ängste über materielle Einbussen sowie Gedanken über das Sterben und den Tod. Vor diesem Hintergrund umfassen Altersbilder nicht nur beschreibende und erklärende Aussagen über das Alter(n), sondern auch wertende und normative Elemente. Des Weiteren sind solche Bilder nicht etwa in Stein gemeißelt, sondern sie befinden sich in einem permanenten Wandlungsprozess (vgl. ebd.). Nach Erlemeier (2011: 33) können sich Altersbilder jedoch unter Umständen „zu starren Schemata bis hin zur Verfestigung in der Form von Altersstereotypen umwandeln, die sich auf Urteile über alte Menschen, das Verhalten ihnen gegenüber und auf ihre Selbstwahrnehmung nachhaltig auswirken“.

Anhand verschiedener Studien ist ersichtlich, dass Altersbilder im Allgemeinen eher negativ als positiv getönt sind (North/Fiske 2015, zit. in Kessler 2017: 15). Wie sich herausstellte, sind viele Menschen der Auffassung, dass Verluste im Alter im Vergleich zu Gewinnen überwiegen. Das eigene Älterwerden und insbesondere die altersbedingten Veränderungen, die das Altern mit sich bringt, werden von vielen Menschen negativ bewertet. Positive Elemente wie etwa Weisheit, Würde und Gelassenheit gehören zu den wenigen Eigenschaften, mit denen die Lebensspanne Alter konsistent in Verbindung gebracht wird. Nachlassende geistige Fähigkeiten, Rigidität, Einsamkeit und schlechte Stimmung zählen zu den typischen negativen Charakteristiken des Alters, die stärker ins Gewicht fallen (vgl. ebd.).

5.2 Altersstereotype

Stereotype sind mentale Repräsentationen sozialer Kategorien, zum Beispiel des Geschlechts, der Nationalität oder, wie in diesem Fall, des Alters. Stereotypen, die sich auf das Alter beziehen, werden auch „Altersstereotype“ oder „Stereotype über das Altern“ genannt, wobei sich letztere auf den Altersprozess stützen (vgl. Mayer 2009: 115). Sie beziehen sich auf Persönlichkeitseigenschaften, das äussere Erscheinungsbild oder auf die Verhaltensweisen älterer Menschen (vgl. ebd.). Dabei werden solche Merkmale einem Menschen allein aufgrund des Alters zugeschrieben – ohne Rücksicht auf individuelle Besonderheiten zu nehmen (vgl. ebd.). Altersstereotypen stellen nach Mayer eine Besonderheit dar, denn im Gegensatz zu anderen sozialen Kategorien werden Altersstereotype für jeden Menschen früher oder später relevant, respektive was anfänglich immer ein Fremdstereotyp war, wird zum Selbststereotyp, sobald sich die Person der sozialen Kategorie „alte Menschen“ zuordnet (vgl. ebd.: 116). Stereotypen kann eine gewisse Funktion zugewiesen werden. Denn sie dienen zur Vereinfachung, „indem unsere Wahrnehmungen und unser Handeln kaum intensives Nachdenken erfordern und wir uns somit im Alltag schnell ein Bild machen und entsprechend handeln können“ (Fabian/Bischoff/Janet 2019: 18).

Ferner lassen sich Stereotypen in negative und positive Stereotypen unterteilen. Die meisten altersbezogenen Stereotypen sind negativ behaftet: Kompetenzverlust, das Nachlassen der Energie, der Motivation sowie der Kreativität und Produktivität sind allgegenwärtige Stereotypen, die auf ältere Menschen projiziert werden. Auch, dass alte Menschen in technologischen Bereichen weniger geschickt sind und eher eine negative Einstellung haben, lassen sich den negativen altersbezogenen Stereotypen zuordnen (vgl. Fabian/Bischoff/Janet 2019: 18). Zu den positiven Altersstereotypen gehört die verbreitete Ansicht, dass ältere Menschen loyaler, stabiler und zuverlässiger sind (vgl. ebd.). Stoppe (2008: 406) zufolge sind negative Altersstereotype auch im professionellen Helfersystem weit verbreitet.

5.3 Der Einfluss auf die Gesundheit

Wie im vorherigen Kapitel dargestellt wurde, sind die heutigen Altersbilder eher negativ ausgeprägt. Das Phänomen der negativen Altersbilder beeinflusst viele Bereiche des Lebens, so auch den Bereich der Gesundheit. Altersbilder haben einen direkten Einfluss darauf, was die jüngere Generation vom Alter erwartet und was sich ältere Menschen selbst zutrauen (vgl. BAG 2019: 8f.). Dies bestätigen auch neuere Erkenntnisse aus Quer- und Längsschnittstudien. Den Studien zufolge beeinflussen altersbezogene Selbststereotypen das Erleben und Verhalten des

älter werdenden Menschen und „damit den tatsächlichen Altersprozess“ (Bowen/Kornadt/Kessler 2014, zit. in Kessler 2017: 16). „So wirkt sich eine defizitorientierte Selbstwahrnehmung des eigenen Alterns negativ auf Gesundheitsverhalten (z. B. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, körperliches Training, Einstellung gegenüber Psychotherapie) und schliesslich objektive Gesundheitsparameter aus.“ (ebd.)

Hingegen weisen Menschen, die das eigene Altern positiver bewerten, im Allgemeinen eine bessere Gesundheit auf. Dies widerspiegelt sich im besseren Gedächtnis und in der schnelleren Erholung nach schwerwiegenden Erkrankungen. Einer Studie zufolge soll sich die Lebenserwartung bei einem potentialorientierten Altersbild um 7,5 Jahre erhöhen (vgl. ebd.). Negative Altersbilder wirken sich auch auf das psychische Wohlbefinden älterer Menschen aus. Die Symptome, wie etwa jene der Altersdepression, können teilweise durch negative Altersbilder verstärkt werden. Wer davon ausgeht, dass Begleiterscheinungen wie Antriebsmangel und schlechte Stimmung typischerweise zum Altern dazugehören, wird mit grosser Wahrscheinlichkeit dementsprechende Verhaltensweisen (Resignation, Passivität und wenig Eigeninitiative für soziale Aktivitäten) aufweisen (vgl. ebd.: 3).

Auch Blonski (1998) hält in seinem Buch „Neurotische Störungen im Alter“ fest, „dass die Haltung unserer westlichen Welt älteren Menschen gegenüber eine suizidfördernde sei“ (Harbauer/Minder 2013: 17). Dieselbe Ansicht teilt auch Daniel Grob, der in seinem Artikel in der „Schweizerischen Ärztezeitung“ (2012) darauf aufmerksam macht, dass Sterbewünsche von alten Menschen in der heutigen Zeit oft begründet werden mit einer empfundenen Nutzlosigkeit, Wertlosigkeit respektive Belastung für die Gesellschaft. Diesbezüglich schreibt er: „Wenn alte Menschen sich lediglich als Kostenfaktor erleben, ist dies wohl Ausdruck eines gesellschaftlichen Problems.“ (ebd.)

6. Suizidalität und Depressionen im Alter: Die Rolle der Sozialen Arbeit

Suizidalität und Depressionen im Alter sind, wie bereits in der Einleitung erwähnt wurde, auf den ersten Blick medizinische und psychologische Themen, mit denen Sozialarbeitende in ihrer Tätigkeit mit älteren Menschen konfrontiert werden. Denn auch die Soziale Arbeit beschäftigt sich mit Gesundheitsfragen und verfügt darüber hinaus über eine eigene Rolle im Gesundheitswesen. Welche Aufgaben und Funktionen die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen übernehmen, soll im darauffolgenden Kapitel gezeigt werden. Ferner wird thematisiert, welche Rolle

der Sozialen Arbeit im Umgang mit älteren Menschen zukommt – insbesondere im gerontopsychiatrischen Bereich.

6.1 Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung

Ist im alltäglichen Sprachgebrauch von Gesundheit die Rede, so ist meistens das persönliche oder individuelle Befinden gemeint. Gleichwohl beschränken sich die Begriffe Gesundheit und Krankheit nicht nur auf das individuelle Befinden, sondern sie können als soziale Phänomene betrachtet werden. Genauer gesagt äussern sich Gesundheit und Krankheit auf sozialer Ebene (vgl. Daiminger/Hammerschmidt/Sagebiel 2015: 13). Damit ist gemeint, dass beispielsweise im Falle von Krankheit möglicherweise sozialer Rückzug eintreten kann oder dass es einer bestimmten Art der sozialen Unterstützung bedarf. Gesundheit und Krankheit können auch soziale Implikationen oder Konsequenzen nach sich ziehen, beispielsweise den Verlust des Arbeitsplatzes infolge einer schweren Erkrankung oder Auswirkungen auf die Angehörigen (vgl. ebd.). Was bedeutet das nun für die Soziale Arbeit?

Professionelle der Sozialen Arbeit fungieren als Schnittstelle zwischen Individuum und dem sozialen Umfeld. Im Gesundheitswesen fördern sie mit ihrer systemischen Denkweise und ihren Methoden den Genesungsprozess und die gesellschaftliche Teilhabe. Zu ihrem Aufgabenspektrum gehört auch der Schutz von gesundheitlich beeinträchtigten oder von Erkrankung bedrohten und behinderten Menschen sowie deren Angehörigen. Dabei konzentriert sich die Soziale Arbeit auf die sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit (vgl. AvenirSocial/SAGES 2018). Die Aufgaben der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen können nicht mit administrativen und pflegerischen Aufgaben gleichgesetzt werden. Ihr Fokus liegt auf der Unterstützung des gesamten sozialen Systems (vgl. ebd.). Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist mittlerweile im ambulanten, teilstationären und stationären Setting anzutreffen, wobei sie immer im Kontext von Armut, Krankheit, Gefährdung, sozialer Benachteiligung und Beeinträchtigung handelt (vgl. Homfeldt 2012: 489).

Für die Problemlösung wendet die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen wissenschaftlich anerkannte Verfahrensschritte an. Dazu zählen Situationserfassung, Analyse, (Sozial-)Diagnose, Bewertung, Problemstellung, Zielsetzung, Interventionsplanung, Interventionsdurchführung und Evaluation (vgl. AvenirSocial/SAGES 2018). Weitere Methoden und Ansätze setzen sich zusammen aus psychosozialer Beratung, sozialer Therapie, Psychoedukation, Angehörigenarbeit, Netzwerkarbeit, Case Management, Krisenintervention, sozialpolitischer Einflussnahme

sowie interprofessioneller Zusammenarbeit (vgl. ebd.). Soziale Arbeit im Zusammenhang mit Gesundheit beschränkt sich nicht nur auf das Gesundheitswesen. Vielmehr fungiert sie auch in anderen Feldern wie etwa in Schulen, Betrieben, Stadtteilen und Familien (vgl. Homfeldt 2012: 489). So lässt sich die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit nach Daiminger, Hammerschmidt und Sagebiel (2015: 11) in drei Bereiche einteilen:

- 1) Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
- 2) Soziale Arbeit in gesundheitspezifischen Bereichen des Sozialwesens
- 3) Soziale Arbeit in gesundheitsunspezifischen Bereichen des Sozialwesens

Soziale Arbeit kann allerdings im weitesten Sinne auch als Gesundheitsarbeit bezeichnet werden. Die Dienstleistungen der Sozialen Arbeit können indirekt einen Effekt auf die Erhaltung oder die Stabilisierung von Gesundheit, auf die Gesundheitsförderung oder auf die Schadensminderung haben (vgl. ebd.). Daiminger et al. (2015: 20) gehen sogar noch einen Schritt weiter, indem sie behaupten, „dass jede Soziale Arbeit gesundheitsfördernd ist, die das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden erhöht, potenzielle Stressoren (Risikofaktoren) verhindert oder die Widerstandsressourcen erhöht“, unabhängig davon, ob die Fachkräfte Gesundheitsförderung beabsichtigen oder nicht (vgl. ebd.). Hierbei ist wichtig zu erwähnen, dass die Soziale Arbeit nicht für die Früherkennung und in diesem Sinne für die Diagnosestellung von Krankheiten verantwortlich ist. Gleichzeitig können Fachkräfte in Ausnahmefällen in der Lage sein, Krankheitssymptome bei ihren Adressatinnen und Adressaten zu erkennen. In diesem Fall ist eine Weitervermittlung an die zuständige Organisation innerhalb des Gesundheitswesens sinnvoll (vgl. ebd.: 19f.).

6.2 Rollen und Aufgaben der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen

Der demografische Wandel und die steigende Lebenserwartung führen dazu, dass der Gesundheitsarbeit mit älteren Menschen in der Sozialen Arbeit eine immer grössere Bedeutung zukommt. Die Lebensphase „Alter“ durchlebte einen grossen Wandel. Während die Lebensweisen und -lagen früher standardisierter waren, ist heute eine grosse Spannweite unterschiedlicher Lebensentwürfe und Lebenslagen vorzufinden. Die Individualität zeigt sich darin, dass die einen bis ins hohe Alter selbständig bleiben, in den eigenen vier Wänden leben, materiell gut abgesichert, sozial gut eingebettet und bei guter Gesundheit sind. Andere hingegen werden mit gesundheitlichen Einschränkungen und der daraus folgenden Abhängigkeit von Familienangehörigen oder Institutionen konfrontiert, leben zusätzlich in prekären wirtschaftlichen

Verhältnissen und erfahren generell eher wenig soziale Unterstützung (vgl. Jost 2013: 158f.). Für die Soziale Arbeit umfasst der Altersprozess nicht nur physiologische Veränderungen und die damit verbundenen medizinischen Erfordernisse, „vielmehr gehört die reflektierende Ausgestaltung und Bewältigung des gesamten Lebenszusammenhangs zur Aufgabe der Sozialen (Alten-)Arbeit“ (Meyer 2019: 304).

Nach Hammerschmidt und Löffler (2020: 11) handelt es sich bei der Sozialen Altenarbeit um eine Arbeit für und mit alten Menschen. Ihren Schwerpunkt legt sie auf die Adressatengruppe ältere Menschen und ist Teil der Sozialen Arbeit. Die Aufgaben beziehen sich auf Beratung, Betreuung und Unterstützung oder allgemein formuliert auf die Hilfe zur Lebensbewältigung. Dabei versucht die Soziale Altenarbeit zunehmend „auf die heterogenen Lebensentwürfe im Alter und die damit einhergehenden Problemlagen zu reagieren. Die neuen Herausforderungen führten zu einer Expansion und Ausdifferenzierung der Aufgaben und Arbeitsfelder der Sozialen Altenarbeit.“ (Kittl-Satran/Simon 2010: 225f.) Die Soziale Altenarbeit ist im offenen, ambulanten, teilstationären und stationären Bereich eingebettet (vgl. ebd.: 226).

6.2.1 Bedarf

Gemäss Kittl-Satran und Simon (2010: 227) können ältere Menschen typische Lebenssituationen erfahren, bei denen Personen, die für gewöhnlich alles allein meistern können, auf sozialarbeiterische Interventionen (Beratung, Unterstützung, Vermittlung etc.) angewiesen sind. Zu den typischen Situationen, die im Alter folgen (können), zählt das Ausscheiden aus dem Arbeitsleben in den Ruhestand, der Eintritt altersbedingter Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, der Verlust der Partnerin oder des Partners, die Entlassung in die eigene Wohnung nach einem stationären Aufenthalt oder der Umzug in ein Alters- bzw. Pflegeheim. Solche Veränderungen können sich als krisenhaft herausstellen und mit Überlastungen einhergehen. Daher ist es nicht verwunderlich, dass eine qualifizierte Person durch Klärung, Informationsvermittlung, Vernetzung sowie durch Stützung und Ermutigung dazu beitragen kann, Krisen zu beenden und dem Leben wieder eine positive Richtung zu geben. Nach finanzieller Sicherheit sehnen sich erfahrungsgemäss viele Seniorinnen und Senioren. Doch bei diesem Wunsch allein bleibt es nicht. Auch der Wunsch, ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen zu können und so lange wie möglich in der eigenen Wohnung zu bleiben, wenn nötig ausreichend versorgt und gepflegt zu werden und Kontakte zu Familienangehörigen sowie Freundinnen und Freunden aufrechtzuerhalten sind Bedürfnisse, die Menschen im Alter haben. Die Sorge, die von älteren Menschen immer wieder geäussert wird, ist die Sorge nach eingeschränkter oder sogar komplett verlorener

Autonomie. Mit Autonomie ist hier nicht per se Selbständigkeit gemeint, sondern sie meint Situationen, in denen Hilfe in Anspruch genommen muss und trotzdem noch eigene Entscheidungen getroffen werden können (vgl. ebd.).

6.2.2 Aufgaben der Sozialen Altenarbeit

Scheipl (2003: 164) ist der folgenden Ansicht: Um positive Lebensbedingungen schaffen zu können, benötigen ältere Menschen sowie deren Angehörige politische, gesellschaftliche und individuelle Hilfen und Unterstützungen (vgl. Kittl-Satran/Simon 2020: 227). Gleichwohl dominieren Fragen der medizinischen Versorgung und der Pflege und stellen somit die Fragen nach den sozialen Bedürfnissen älterer Menschen in den Schatten (vgl. ebd.). Die Soziale Arbeit mit alten Menschen sieht ihre Aufgabe darin, die Gefahr der Vereinsamung Älterer zu erkennen, in „Isolations- und Desintegrationsprozesse einzugreifen und soziale Risiken zu vermindern“ (Egger de Campo 2004: 650, zit. in ebd.). Die Aufgabenfelder der Sozialen Altenarbeit lassen sich nach Kittl-Satran und Simon (2010: 227-229) in groben Zügen wie folgt einteilen:

- Prävention
- Information und Beratung
- Bedarfsermittlung, Organisation und Koordination von Unterstützungsleistungen
- Unterstützung bei der Durchsetzung von Rechten

Prävention

Prävention beinhaltet niederschwellige Angebote für Rentnerinnen und Rentner. Die Angebote sollen helfen, soziale Netzwerke aufzubauen. Weitere Absichten der Angebote sind die Förderung der Bereitschaft zu Weiterbildung, der freiwilligen Arbeit und Gemeinwesenarbeit. Ziel ist es, neue Lebensperspektiven zu entwickeln, um späterer Marginalisierung vorzubeugen (vgl. Kittl-Satran/Simon 2010: 227f.).

Information und Beratung

Rentnerinnen und Rentner sollen umfassende Informationen über das Leistungsspektrum sozialer Dienstleitungen und deren rechtliche und finanzielle Grundlagen erhalten. Dies gilt als Voraussetzung dafür, „dass alte Menschen die zur Bewältigung ihrer Lebenssituation angemessenen Hilfen auch tatsächlich in Anspruch nehmen können“ (Kittl-Satran 2008: 134, zit. in ebd.: 228).

Bedarfsermittlung, Organisation und Koordination von Unterstützungsleistungen

Staatliche Hilfeleistungen folgen auf Antrag. Bedarfsermittlung und Antragsstellung sind klassische Aufgaben der fürsorgerischen Sozialen Arbeit, welche fast ausschliesslich von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern übernommen werden, die bei einem öffentlichen Träger angestellt sind. Die Zuständigkeit der einzelnen Leistungsträger und die damit verbundenen Leistungen sowie die vielfältigen Schnittschnellen innerhalb eines Systems und zwischen den Systemen setzen eine intensive Kooperations- und Koordinationsarbeit voraus. In stationären Einrichtungen übernehmen Sozialarbeitende die Kooperations- und Koordinationsarbeit für ihr Klientel. Anders sieht das aus, wenn die Massnahmen nicht stationär sind, denn es besteht ein Mangel an koordinierter Sozialer Arbeit in Privathaushalten (vgl. ebd.).

Unterstützung bei der Durchsetzung von Rechten

Bei diesem Punkt geht es darum, ältere Menschen darin zu unterstützen, ihre Rechte wahrzunehmen und diese auch durchzusetzen. Insbesondere bei marginalisierten Gruppen wie etwa Wohnungslose, Migrantinnen und Migranten oder alte Behinderte, die auf die Betreuung ihrer Eltern angewiesen waren und nach deren Tod der Übertritt in eine Institution notwendig ist, bedarf es an unterstützenden Massnahmen durch die Soziale Arbeit (vgl. ebd.: 228f.).

Mit der Frage, was die Aufgaben der Sozialen Arbeit im Alter sind, hat sich auch Knöpfel (Professor an der Fachhochschule Nordwestschweiz) beschäftigt und nennt insgesamt sechs Handlungsfelder:

- **1. Handlungsfeld:** Unterstützung einer selbständigen Lebensführung und Selbstsorge
Das Ziel dabei ist, die Selbstwirksamkeit zu fördern und zu stabilisieren.
- **2. Handlungsfeld:** Sinngegebene Alltagsgestaltung
Es geht hierbei um die Erhaltung der Lebensqualität und das Erwecken der Lebensfreude.
- **3. Handlungsfeld:** Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe von älteren Menschen
Die Teilnahme an sozialen, kulturellen, politischen sowie sportlichen Anlässen und Aktivitäten soll ermöglicht werden mit dem Ziel, dass Beziehungen gestärkt und gepflegt werden.
- **4. Handlungsfeld:** Organisation von Freiwilligenarbeit
Diese Aufgabe beinhaltet das Organisieren von Freiwilligen in der Betreuung von älteren Menschen.

- **5. Handlungsfeld:** Gemeinwesenarbeit

Gute Betreuung im Alter findet nicht nur zuhause statt. Das sozialräumliche Umfeld sollte ebenfalls berücksichtigt werden. Eine altersgerechte Gestaltung der Umgebung kann dazu beitragen, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.

- **6. Handlungsfeld:** Organisatorische Aufgaben

In der Altersarbeit sind Koordination und Kooperation gefragt. Case und Care Management werden benötigt, um die verschiedenen Akteure und Angebote aufeinander abzustimmen. Des Weiteren benötigen ältere Menschen spezifische Informationen, Beratung und Zugang zu speziell für sie konzipierten Dienstleistungen. Dabei ist es sinnvoll, Angehörige beizuziehen und mit ihnen geeignete Formen der Entlastung zu finden.

(vgl. Knöpfel 2019: 23).

Die Aufgabenfelder von Kittl-Satran und Simon sowie jene von Knöpfel weisen deutliche Parallelen auf. Ein weiterer Aufgabenbereich, der weder von Kittl-Satran und Simon noch von Knöpfel genannt wird, ist der Kampf gegen die Altersdiskriminierung. Nach Schwab (2019: 17) haben Fachkräfte der Sozialen Arbeit eine wichtige Rolle, wenn es um die Prävention von Altersdiskriminierung geht. Altersdiskriminierung wird sozial breit angenommen und verharmlost. Umso wichtiger ist es, dass sich Fachkräfte der Sozialen Arbeit mit den gesellschaftlichen Altersbildern auseinandersetzen, die – wie zuvor beschrieben – eher akzentuiert sind, und sich darüber hinaus über ihre eigenen Ansichten, Vorurteile und Verhaltensweisen gegenüber älteren Menschen bewusst werden. Dies kann erreicht werden, wenn sich Sozialarbeitende selbst überprüfen, indem sie Fragen stellen wie: „Würde ich mich gleich verhalten, wenn es sich um eine jüngere Person handeln würde? Was sagt meine Art zu sprechen darüber aus, wie ich ältere Menschen sehe? Würde ich mich auch so äussern, wenn es eine andere Bevölkerungsgruppe wie beispielsweise Frauen, Menschen ausländischer Herkunft oder Homosexuelle betreffen würde?“ (vgl. ebd.). Die Tatsache, dass negative Altersbilder einen direkten Einfluss auf das psychische Wohlbefinden älterer Menschen haben, zeigt die Dringlichkeit einer Veränderung auf. Um auf eine Veränderung hinzusteuern, ist es wichtig, dass auf sozialer und politischer Ebene die Altersdiskriminierung als eigenständiges soziales Problem wahrgenommen und auch als solches behandelt wird (vgl. ebd.). In diesem Zusammenhang darf nicht vergessen werden, dass Soziale Arbeit immer auch politische Arbeit ist. Das zeigt sich primär nicht etwa dadurch, dass sie an parteipolitischen Versammlungen teilnimmt, „sondern indem sie ihre Erfahrungen sowie ihre Expertise in die öffentliche Diskussion einbringt“ (Seifert 2019: 13).

6.3 Soziale Arbeit mit depressiven und suizidgefährdeten älteren Menschen

Professionelle der Sozialen Arbeit haben es in der Regel nie allein mit depressiven älteren Menschen zu tun, sondern sie sind in einem interdisziplinären Team eingebettet. Dies vor allem dann, wenn sie in einem klinischen Kontext tätig sind, wie etwa der Gerontopsychiatrie. Im gerontopsychiatrischen Bereich erfüllt die Soziale Arbeit eine eigenständige Funktion (vgl. Dörr 2020: 190). Als Expertinnen und Experten für die soziale Integration ist sie zuständig für die psychosozialen Prozesse der Lebensbewältigung und die damit verbundenen Schwierigkeiten ihrer Klientinnen und Klienten (vgl. Böhnisch 2016, zit. in ebd.). Nach Dörr (2020: 190) ist der Gegenstand der Sozialen Arbeit mit psychisch erkrankten älteren Menschen „der alte Mensch in seinen gescheiterten und/oder von Scheitern bedrohten vergemeinschafteten und vergesellschafteten Formen des Zusammenlebens“. Dabei orientiert sich die Soziale Arbeit an ethisch-normativen Grundlagen wie etwa Gerechtigkeit, Solidarität und Menschenwürde. Soziale Arbeit in der Gerontopsychiatrie vertritt die Grundhaltung, dass sich erfolgsversprechende und nachhaltige Hilfeansätze nicht nur an den Defiziten in der Abwehr von Krankheiten und Krankheitsrisiken orientieren sollen, vielmehr soll der Blick auf die Ressourcen der betroffenen Personen gerichtet werden (vgl. ebd.: 190f.).

In der Gerontopsychiatrie wird der möglichst lange Erhalt der sozialen Unterstützung seitens Angehöriger grossgeschrieben. Ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen sind von der Ausdünnung ihres sozialen Netzes besonders betroffen, weswegen sie vermehrt auf die Unterstützung von Fachkräften angewiesen sind. Die benötigte Unterstützung beschränkt sich dabei nicht nur auf medizinische Therapie, Pflege, Rehabilitation oder hauswirtschaftliche Versorgung, sondern auch auf „die Organisation und Abstimmung der einzelnen Hilfen, also auf die Erfordernisse zur Koordination der Fremd- und Eigenleistungen im Alltag, eine Aufgabe, die dem gesellschaftlichen Mandat „soziale Integration“ und damit der Sozialen Arbeit zufällt“ (ebd.: 191). Die Sichtweise der Sozialen Arbeit kann dazu beitragen, die Gefahren und die Einseitigkeit einer Somatisierung und/oder einer Psychologisierung in Bezug auf psychische Störungen im Alter zu verhindern, indem sie die soziale Umgebung der Betroffenen hinzuzieht und diese bei Bedarf hinsichtlich eines wohlwollenden und akzeptierenden Klimas verbessert (vgl. ebd.: 191). Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im stationären Setting (z. B. Psychiatrie) werden allgemein dem Sozialdienst zugeordnet, „womit ihnen direkte und indirekte Vernetzungsaufgaben zugeschrieben werden“ (ebd.: 193). Die psychosoziale Begleitung wird durch Sozialarbeitende während eines stationären Aufenthaltes mittlerweile schweizweit flächendeckend gewährleistet. Anders sieht dies im ambulanten Setting aus. Gemäss Knöpfel

(2019: 23) gibt es wenige schweizweite Organisationen, die sozialarbeiterisch im Altenbereich tätig sind. Dies hat zur Folge, dass psychosoziale Begleitung in vielen Teilen der Schweiz zu kurz kommt, wenn sich betroffene Personen nicht gerade stationär behandeln lassen.

6.4 Der Umgang mit suizidgefährdeten älteren Menschen

Die Konfrontation mit dem Thema „Suizidalität“ betrifft Personen, die im Gesundheits- und Sozialwesen beruflich tätig sind, besonders häufig. Dabei geht das Thema „Suizidalität“ insgeheim für viele professionellen Helferinnen und Helfern mit grossen Ängsten einher (vgl. Eink/Haltenhof 2017: 8). Im Umgang mit suizidgefährdeten Menschen ist ein professionelles und kompetentes Handeln unumgänglich, dabei sind einige Aspekte zu beachten.

6.4.1 Gespräche mit suizidgefährdeten alten Menschen

Gespräche mit suizidgefährdeten alten Menschen zu führen, ist keine einfache Angelegenheit. Noch immer wird zu wenig über Suizid gesprochen. Dies liegt daran, dass das Suizidthema Ängste und Unsicherheiten erweckt. Auch die Angst, etwas Falsches zu sagen oder zu tun, was die Suizidgefährdung des Betroffenen verstärken könnte, wirkt sich auf die ausweichende Kontaktaufnahme aus (vgl. Hoffmann/ Walter o. J.: 33). Die meisten vollendeten Suizide wurden direkt oder indirekt angekündigt. Ein besonderes Augenmerk sollte auf Sätze wie „Ich wäre lieber tot“, „Ich möchte nicht mehr leben,“ oder „Ich kann nicht mehr weitermachen“ gelegt werden. Solche direkten Äusserungen dürfen nicht einfach ignoriert werden, sondern sie müssen ernst genommen werden. Gleichwohl gibt es Menschen, die sich schwertun, unaufgefordert über ihre seelische Belastung zu sprechen. Sie leiden still so lange, bis ihr Zustand nicht mehr auszuhalten ist. Sollte dies der Fall sein, ist eine eventuelle Suizidgefährdung nur indirekt zu erschliessen (vgl. ebd.: 32). Eine suizidgefährdete Person aus Angst nicht auf ihre Suizidalität anzusprechen, ist unbegründet, denn das offene Ansprechen bei Verdacht auf Suizidabsichten kann Leben retten (vgl. ebd.: 33).

Hoffmann und Walter (o. J.: 34) benennen einige Punkte, die im Gespräch mit suizidalen alten Menschen zu beachten sind. Dazu gehören:

- Respekt und Verständnis zeigen
- Suizidalität darf nicht bagatellisiert werden, sie ist immer ernst zu nehmen
- Keine Belehrungen oder Beurteilungen
- Gründe, Begleitumstände und akute Auslöser thematisieren

- Offenheit und Vertrauen vorweisen, sodass sich die betroffene Person in ihrer Not angenommen und nicht bewertet fühlt.
- Möglichkeiten der Unterstützung im sozialen Umfeld evaluieren
- Die Betroffenen darin unterstützen, weiterführende, professionelle Hilfe anzunehmen
- Angebote zur Fortsetzung des Gesprächskontakts machen und weitere Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten aufzeigen
- Professionelle Helferinnen und Helfer sollten ihre Grenzen beachten; gegebenenfalls empfiehlt es sich, selbst Beratung oder Supervision in Anspruch zu nehmen

Diese Auflistung zeigt, dass Fachkräfte der Sozialen Arbeit über eine hohe Gesprächsführungskompetenz verfügen müssen.

6.4.2 Wissen über Alterssuizidalität und Depressionen im Alter

Stoppe et al. (2011: 4) benennen die Wichtigkeit, dass sich Personen, die mit suizidgefährdeten älteren Menschen auf irgendeine Weise zu tun haben, mit der Relevanz psychischer Störungen im höheren Lebensalter (deren Kennzeichen und Warnsignale) sowie mit der Suizidthematik auseinandersetzen respektive in diesen Themenbereichen geschult werden. Die intensive Auseinandersetzung mit Alterssuizidalität und Depressionen im Alter kann mithilfe von Aus-, Fort- und Weiterbildungen gewährleistet werden. Die Mythen und Fakten im Zusammenhang mit Suizid zu kennen, erweist sich im Umgang mit suizidgefährdeten Menschen als besonders notwendig. So ist beispielsweise die Annahme falsch, dass Personen, die über ihre Suizidgedanken sprechen, den Suizid nie umsetzen werden, oder dass Personen, die den Entschluss gefasst haben, sich selbst zu töten, dies ohne Ankündigung tun (vgl. Eink/Haltenhof 2017: 11f.). Das Wissen über solche Fakten ist deshalb so wichtig, weil es den Umgang mit suizidalen Menschen ermöglicht.

6.4.3 Eigene Haltung zum Thema Suizid

Eink und Haltenhof (2017: 13) betonen die Wichtigkeit der eigenen Auseinandersetzung mit dem Thema Suizid. Für die beiden Autoren steht fest, dass eine ehrliche Bearbeitung der eigenen Erfahrungen und Einstellungen zum Suizid zum notwendigen Bestandteil professioneller Handlungskompetenz dazu gehört. Dabei sollen sich professionelle Helferinnen und Helfer mit dem Suizidthema auseinandersetzen, indem sie über die von Dormann (2009) empfohlenen Fragen nachdenken. Diese lautet wie folgt, um ein paar Beispiele zu nennen:

- Habe ich Angst vor dem Thema „Tod“ und „Selbsttötung“?

- Hatte ich selbst schon mal den Gedanken, mich umzubringen?
 - Welche Gründe könnte es für mich selbst geben, mein Leben zu beenden?
 - Wie würde ich es tun bzw. wie hatte ich es geplant?
 - Mit wem habe ich darüber gesprochen?
 - Fühle ich mich fachlich in der Lage, mit suizidgefährdeten Menschen zu arbeiten?
- (vgl. ebd.: 13f.).

Angst und Unsicherheit widerspiegeln sich im Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Infolgedessen kann eine reflektierte Haltung zum eigenen Suizid vor einem allzu aufgeregten Umgang mit suizidgefährdeten Personen schützen (vgl. ebd.: 14).

7. Schlussfolgerung und Ausblick

Die vorliegende Bachelor-Thesis zielt darauf ab, aufzuzeigen, wie die Soziale Arbeit bei der Suizidprävention mitwirken kann und welche Aspekte Fachkräfte der Sozialen Arbeit in der Zusammenarbeit mit suizidgefährdeten älteren Menschen berücksichtigen müssen. Im letzten Teil der Arbeit werden nun die Erkenntnisse aus den einzelnen Kapiteln des Hauptteils zusammengefasst. Anschliessend geht es darum, die in der Einleitung vorgestellte Fragestellung zu beantworten. Der Schlussteil endet mit einem persönlichen Fazit.

7.1 Zusammenfassung

Depressionen sind in der Lebensphase Alter die häufigsten psychischen Störungen. Suizidalität und Depressionen im Alter sind multifaktoriell bedingt. Eine weitere wichtige Erkenntnis ist, dass Suizidalität ein sehr häufiges Symptom bei psychischen Störungen ist, insbesondere tritt sie im Zusammenhang mit depressiven Störungen auf. Obwohl es Depressionen ohne Suizidalität gibt und Suizide ohne Depressionen, besteht ein enger und komplexer Zusammenhang zwischen Depressionen und Suiziden. So sind depressive alte Menschen besonders gefährdet, im Rahmen einer depressiven Störung suizidale Handlungen zu begehen. Weitere Risikofaktoren, die mit der Entstehung von Suizidalität im Alter verbunden sind, sind körperliche Erkrankungen und psychosoziale Faktoren wie etwa geringe soziale Unterstützung, Vereinsamung und Einsamkeit.

Depressionen lassen sich anhand des biopsychosozialen Modells in ihrer Entstehung erklären. Das Modell zeigt auf, dass Auslöser für depressiven Störungen nicht nur biologisch-organische Ursachen zugrunde liegen, sondern die Entstehung von psychischen als auch von sozialen

Faktoren beeinflusst werden. Von Depressionen betroffene ältere Personen sollten als primäres Ziel der Suizidprävention eine adäquate Behandlung erhalten, um das Suizidrisiko zu minimieren. Mit adäquater Behandlung ist hier eine Behandlung gemeint, die auf ein biopsychosoziales Gesundheits- und Krankheitsverständnis zurückzuführen ist. Die umfassende Behandlung richtet sie nach den drei klassischen Säulen, nämlich die Psychotherapie, biologische Therapie sowie soziotherapeutische Massnahmen. Es zeigt sich allerdings, dass die interdisziplinären Massnahmen, die eine ganzheitliche Behandlung ausmachen, stationär oft besser gelingen als ambulant. Eine plausible Erklärung hierfür ist, dass im stationären Bereich die verschiedenen Berufsgruppen allein schon deswegen intensiver kooperieren, weil die entsprechenden Rahmenbedingungen besser gewährleistet sind. Da ein Grossteil der depressiven älteren Menschen keine Hilfe aufsuchen oder diese ablehnen, sollte sich die Suizidprävention nicht nur auf die Behandlung depressiver Störungen beschränken. Effektiver wäre es, präventive Interventionen auf einer Vielzahl von Ebenen auszubauen. Einschränkungen der Zugangsmöglichkeiten der Suizidmittel sowie der Ausbau von altersentsprechenden Hilfsangeboten (ambulante Pflege, Hospizarbeit, aufsuchende und nachsorgende Beratung und Krisenintervention) können als wichtige Teile der Suizidprävention im Alter fungieren.

Eine weiterer wichtiger Punkt ist, dass Altersbilder einen direkt Einfluss darauf haben, was die Jüngeren von der Lebensphase Alter erwarten und was sich ältere Menschen selbst zutrauen. In diesem Sinne beeinflussen Altersbilder die Selbstwahrnehmung älterer Menschen. Dabei stellt sich heraus, dass die Altersbilder heutzutage tendenziell negativ gefärbt sind. Dies hat mit zu tun, dass die Mehrheit der Menschen der Auffassung sind, dass der Alterungsprozess mehr mit Verlusten als Gewinnen einhergeht. Die Auswirkungen der negativen Altersbilder bleiben nicht folgenlos. Aus der Arbeit geht hervor, dass sich die negativen Altersbilder auf die Gesundheit älterer Menschen auswirkt. Eine defizitorientierte Selbstwahrnehmung des eigenen Alterns wirkt sich negativ auf Gesundheitsverhalten aus. Die Symptome, wie etwa deren der Altersdepression, können teilweise durch negative Altersbilder verstärkt werden. Besonders folgenreich ist die westliche Haltung gegenüber älteren Menschen, die sich als suizidfördernd herausstellte. Sterbewünsche von alten Menschen werden in der heutigen Zeit oftmals mit einer empfundenen Nutzlosigkeit, Wertlosigkeit respektive Belastung für die Gesellschaft in Verbindung gebracht.

Die Soziale Arbeit fördert als Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungen, den sozialen Zusammenhalt und die Ermächtigung und

Befreiung von Menschen. Als Expertin für soziale Integration besteht ihre Aufgabe darin, soziale Teilhabe von sozial benachteiligten Menschengruppen zu ermöglichen. Folglich leistet sie einen Beitrag an das allgemeine Wohlbefinden von Menschen. Die Soziale Arbeit hat es mit unterschiedlichen Altersgruppen zu tun, so auch mit älteren Menschen. Ein Grossteil der Aufgabe der Sozialen Altenarbeit besteht darin, die Gefahr der Vereinsamung Älterer zu erkennen, in Isolations- und Desintegrationsprozesse einzugreifen und soziale Risiken zu vermindern. In Bezug auf den professionellen Umgang mit suizidgefährdeten älteren Menschen erweist es sich als notwendig, über das nötige Fachwissen zu verfügen und die eigene Haltung gegenüber suizidalen Handlungen zu reflektieren.

7.2 Beantwortung der Fragestellung

Inwiefern kann die Soziale Arbeit dazu beitragen, Alterssuizide nachhaltig vorzubeugen und welche Aspekte müssen Professionelle der Sozialen Arbeit im Umgang mit suizidgefährdeten älteren Menschen besonders berücksichtigen?

Fachkräfte der Sozialen Arbeit sind nicht für die Früherkennung und in diesem Sinne für die Diagnosestellung von Altersdepressionen zuständig. Gleichwohl können sie durchaus fähig sein, die für die Depression typischen Symptome bei ihren Adressatinnen und Adressaten zu erkennen. Dies setzt allerdings voraus, dass Sozialarbeitende, die mit älteren Menschen in Berührung kommen, sich Fachwissen über Depressionen aneignen und in der Lage sind, dieses Wissen situativ und lösungsorientiert anzuwenden. Erkennen Fachkräfte der Sozialen Arbeit in ihrer beratenden Tätigkeit depressive Symptome, können sie in einem ersten Schritt die betroffenen Personen darauf aufmerksam machen und gegebenenfalls an die zuständige Gesundheitsorganisation weitervermitteln, was in den meisten Fällen die Hausärztin oder der Hausarzt wäre. Allein schon dadurch, dass es Sozialarbeitende täglich mit älteren Personen zu tun haben, sind sie an der Front mit dabei und können folglich Suizidgefährdungen erkennen und entsprechende Massnahmen in die Wege leiten.

In der Problembearbeitung von älteren Menschen ist es wichtig, nebst den Risikofaktoren auch die Schutzfaktoren zu berücksichtigen, welche ältere Menschen daran hindern, Suizide vorzunehmen. Wie bereits mehrfach betont wurde, sind depressive Störungen im Alter multifaktoriell bedingt: Biologische, psychologische und sozialen Faktoren beeinflussen sich wechselseitig. Soziale Arbeit kann insbesondere auf der sozialen Dimension ansetzen, indem sie auf die sozialen Schutzfaktoren Einfluss nimmt respektive diese aktiviert und soziale Risikofaktoren

minimiert. Sie fördert die soziale Unterstützung ihrer Adressatinnen und Adressaten. Soziale Unterstützung, die sich aus der emotionalen und instrumentellen Unterstützung zusammensetzt, ist ein wichtiger gesundheitsrelevanter Schutzfaktor. Einsamkeit im Alter soll mit Hilfe von sozialarbeiterischen Interventionen eingedämmt werden. Das Ermöglichen der sozialen Teilhabe und der Ausbau der sozialen Netzwerke sind notwendige Massnahmen, um Isolations- und Desintegrationsprozesse zu vermeiden. Mit der Teilnahme an sozialen, kulturellen, politischen sowie sportlichen Anlässen und Aktivitäten können Beziehungen gestärkt und gepflegt werden. Die Voraussetzung am gesellschaftlich Leben teilnehmen zu können, sind genügend finanzielle Mittel. Allerdings können sich Personen mit finanziell beschränkten Ressourcen die gesellschaftliche Teilhabe oft nicht leisten. Betroffene sollen durch Sozialarbeitende umfassende Informationen über staatliche Leistungen, die in der Regel auf Antrag erfolgen, erhalten und gemeinsam mögliche Leistungsansprüche (z. B. Ergänzungsleistungen zur AHV-Rente) überprüfen sowie nach kostengünstigeren Alternativen Ausschau halten. Gute Betreuung im Alter beschränkt sich nicht nur auf die eigenen vier Wänden. Das sozialräumliche Umfeld sollte ebenfalls berücksichtigt werden. Eine altersgerechte Gestaltung der Umgebung kann dazu beitragen, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Hier ist die Gemeinwesenarbeit gefragt, welche nach Knöpfel (2019: 23) ein weiteres Handlungsfeld der Sozialen Arbeit im Altenbereich darstellt.

In Bezug auf Depressionen zeigt sich, dass es einige Risikofaktoren gibt, die von der Sozialen Arbeit vermindert werden können. Dazu zählen materielle Schwierigkeiten, Gleichförmigkeit von Alltag, Wochen- und Jahresablauf, mangelnde Vorbereitung auf das Alter und zu wenig Beschäftigung und angenehme Aktivitäten. Eine frühzeitige Vernetzung beispielsweise mit der Fachstelle Pro Senectute kann daher durchaus sinnvoll sein. Der Fokus besteht darin, depressive Symptome zu lindern, um die Entstehung von Suizidalität zu hindern.

Die Tatsache, dass negative Altersbilder und die Haltung unserer Gesellschaft einen direkten Einfluss auf das psychische Wohlbefinden älterer Menschen haben, zeigt die Dringlichkeit von Veränderung in gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Wenn pflegebedürftige Menschen depressive Symptome entwickeln und an suizidale Handlungen denken, weil sie sich selbst als Pflegefall wahrnehmen und folglich als reinen Kostenfaktor identifizieren, besteht Handlungsbedarf. Allen voran, weil sich suizidale Handlungen im Alter vor allem als Entschluss auf aussichtslosen Situationen manifestieren und weniger als Hilferuf an das soziale Umfeld. Eine gesellschaftlich wertschätzende Haltung gegenüber älteren Menschen wirkt schützend. Aus

diesem Grund sollte eine solche Haltung angestrebt werden, damit ältere Menschen erst gar nicht auf die Idee kommen, ihren Wert hinterfragen zu müssen.

Unter Berücksichtigung dieses Aspekts könnte die Soziale Arbeit dazu beitragen, gegen Altersdiskriminierung vorzugehen. Soziale Arbeit macht auch politische Arbeit. Dabei könnte sie sich aktiv einbringen, dass Altersdiskriminierung auf sozialer und politischer Ebene als eigenständiges soziales Problem anerkannt wird. Fachkräfte der Sozialen Arbeit können mit ihren Erfahrungen sowie ihren Expertisen die Probleme, die von der Altersdiskriminierung ausgehen, in die öffentlichen Debatte bringen. Dies wäre auch im Sinne ihres gesellschaftlichen Auftrages.

Suizidpräventive Massnahme, die auf ältere Personen abgestimmt sind, kommen oft zu kurz. So legen beispielsweise Beratungsstellen auf Gemeindeebene ihren Fokus auf die Jugend- oder Suchthilfe. Konkrete Anlaufstellen für ältere Menschen stehen insgesamt weniger zur Verfügung. Dabei würden gerade Beratungsstellen auf Gemeindeebene in Bezug auf Früherkennung und Frühintervention eine elementare Funktion einnehmen, indem sie niederschwellige Angebote bereit stellen und eine intensive Kooperation mit Hotlines und der (sozial-)psychiatrischen Versorgung anstreben. Auch hier könnte die Soziale Arbeit sich stärker engagieren, indem sie die Politik auf die Angebotslücken sensibilisiert.

Der kompetenter und professioneller Umgang mit suizidgefährdeten Menschen, ob nun jung oder alt, erfordert viel Einfühlungsvermögen und kommunikative Fähigkeiten. Im Gespräch mit suizidgefährdeten älteren Menschen gibt es einige Punkte, die es zu berücksichtigen gilt. Beispielsweise dass Suizidalität nicht bagatellisiert werden sollte und dass betroffene Personen im Gespräch nicht belehrt oder beurteilt werden sollten. Zu berücksichtigen gilt auch, sich über die eigenen Ängste und Unsicherheiten im Zusammenhang mit dem Thema Suizid bewusst zu werden. Eine reflektierte Haltung kann Professionelle vor einem allzu aufgeregten Umgang mit suizidgefährdeten Personen schützen.

7.3 Persönliches Fazit

Als Verfasserin der vorliegenden Bachelor-Thesis erkannte ich, dass Suizidalität und Suizid im Alter komplexe Phänomene sind, die nicht von einer einzigen Berufsgruppe zu bewältigen sind – dasselbe gilt für depressive Störungen. Reine biomedizinische Interventionen wie etwa Verordnungen von Antidepressiva sind in vielen Fällen nicht ausreichend. Die Behandlung muss multidimensional erfolgen, was wiederum eine interprofessionelle Zusammenarbeit bedingt. Bei der Literaturrecherche und mit der Auseinandersetzung mit den Themen Suizidalität und Depressionen im Alter fiel mir auf, dass das Thema überwiegend aus der medizinischen und psychologischen Sicht geschildert und weniger aus der sozialarbeiterischen Perspektive beleuchtet wird. In Zukunft wäre es deshalb angemessen, Forschungen zu diesen Themen aus dem Blickwinkel der Sozialen Arbeit voranzutreiben, um eine differenzierte und interdisziplinäre Betrachtung zu ermöglichen.

Ein wichtiger Aspekt, welcher in der vorliegenden Bachelor-Thesis nicht miteinbezogen wurde, sind die ethischen Fragen, die mit dem Thema Suizid im Alter einhergehen. Es stellt sich generell die Frage, ob Suizide überhaupt verhindert werden sollten. Hierbei bewegen sich professionelle Helferinnen und Helfer immer im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge. Suizidalität ist in den meisten Fällen Ausdruck von einer psychischen Störung oder von kritischen Lebensereignissen. Vollendete Suizide sind auch im höheren Lebensalter auf Affekthandlungen zurückzuführen und sind weniger sogenannte Bilanzsuizide. Aus diesem Grund überwiegt aus meiner Sicht die Fürsorgepflicht. Die Einstellung zu Suizid variiert jedoch von Mensch zu Mensch.

Abschliessend ist festzuhalten, dass Fachkräfte der Sozialen Arbeit aufgrund des demografischen Wandels zukünftig der Lebensphase Alter mehr Beachtung schenken müssen. Dabei soll mehr auf die Bedürfnisse älterer Menschen eingegangen werden, um die Lebensqualität und die Lebensfreude zu stärken.

Literaturverzeichnis

- Altenthan, Sophia / Betscher-Ott, Sylvia / Gotthardt, Wilfried / Hobmair, Hermann / Höhle, Reiner / Ott, Wilhelm / Pöll, Rosemarie / Schneider, Karl-Heinz (2008). Psychologie. In: Hobmair, Hermann. 4. Auflage. Troisdorf: Bildungsverlag EINS GmbH.
- Althaus, David/Hegerl, Ulrich (2004). Ursachen, Diagnose und Therapie von Suizidalität. In: Nervenarzt 2004 (75): S. 1123- 1135.
- AvenirSocial (o.J.). IFSW-Definition der Sozialen Arbeit von 2014 mit Kommentar. URL: <https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/IFSW-IASSW-Definition-2014-mit-Kommentar-dt.pdf> [Zugriffsdatum: 15.12.2020].
- AvenirSocial/SAGES (2018). Leitbild Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen. URL: https://www.sages.ch/wp-content/uploads/2020/04/RZ_Leitbild_A5_mc_150420_v2.pdf [Zugriffsdatum: 20.12.2020].
- Bundesamt für Gesundheit (2016). Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention.html> [Zugriffsdatum 10.11.2020].
- Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (2019). Gesund altern. Überblick und Perspektiven zur Schweiz. Broschüre des Bundesamts für Gesundheit. Bern.
- Bundesamt für Statistik (2019). Suizid nach Alter und Geschlecht (ohne assistierten Suizid). URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.asset-detail.11348164.html> [Zugriffsdatum: 04.11.2020].
- Bojack, Barbara (2003). Depressionen im Alter. Ein Ratgeber für Angehörige. Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Blitz, Erika (2008). Wenn die Seele aus dem Takt gerät. Depressionen im höheren Lebensalter bewältigen. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Daiminger, Christine / Hammerschmidt, Peter / Sagebiel, Juliane (2015). Gesundheit und Soziale Arbeit – Einführung. In: Daiminger, Christine / Hammerschmidt, Peter / Sagebiel, Juliane (Hrsg.). Gesundheit und Soziale Arbeit. Neu-Ulm: AG SPAK Bücher. S. 9-34.

- DGPPN/ BÄK/ KBV/ AWMF (2015). S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie. Unipolare Depression. Langfassung. 2. Aufl. URL: <https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers5-lang.pdf> [Zugriffsdatum: 15.11.2020].
- Dörr, Margrit (2020). Soziale (Alten-) Arbeit in der Gerontopsychiatrie. In: Aner, Kirsten/Karl, Ute (Hrsg.). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 187-196.
- Eink, Michael / Haltenhof, Horst (2017). Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. 5. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Erlmeier, Norbert (2011). Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Erlmeier, Norbert / Sperling, Uwe (2014). Suizidalität im Alter: die gerontologische Perspektive. In: Lindner, Reinhard / Hery, Daniela / Schaller, Sylvia / Schneider, Barbara / Sperling, Uwe (Hrsg.). Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe "Alte Menschen" im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. S. 3- 19.
- Fabian, Carlo / Bischoff, Tobias / Janett, Sandra (2019). Altersbezogene Stereotypen und alterssensible Quartiere. In: SozialAktuell (10). S. 18-19.
- Franzese, Fabio (2020). Mentale und physische Gesundheit im Alter. Der Einfluss von Armut, Einkommensungleichheit und Vermögensungleichheit. Opladen, Berlin und Toronto: Budrich Academic Press GmbH Verlag.
- Hammerschmidt, Peter / Löffler, Eva Maria (2020). Soziale Altenhilfe als Teil kommunaler Sozial(hilfe-)politik. In: Aner, Kirsten/Karl, Ute (Hrsg.). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer Verlag. S. 11-27.
- Hautzinger, Martin (2002). Depressive Störungen. In: Maercker, Andreas. (Hrsg.). Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. S. 142-165.
- Hautzinger, Martin (2006). Wenn Ältere schwermütig werden. Hilfe für Betroffene und Angehörige bei Depression im Alter. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

- Hautzinger, Martin / Thies, Elisabeth (2009). *Klinische Psychologie: Psychische Störungen kompakt*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Harbauer, Gregor / Minder, Jacqueline (2013). Teil 1: Suizidprävention im Alter. Besonderheiten der Suizidalität im Alter. In: *Psychiatrie & Neurologie*. S. 15-19.
- Harbauer, Gregor / Minder, Jacqueline (2013). Teil 2: Suizidprävention im Alter. Hilfreiche Erklärungsmodelle zur Suizidprävention im Alter. In: *Psychiatrie & Neurologie*. S. 36-42.
- Hildebrandt, Johanna / Kleiner, Gabriele (2012). Altersbilder und die soziale Konstruktion des Alters. In: Kleiner, Gabriele (Hrsg.). *Alter(n) bewegt. Perspektiven der Sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten*. Wiesbaden: Springer Verlag. S. 15-21.
- Hirzel, Martina (2000). Suizidalität im Alter – wer ist besonders gefährdet? Eine vergleichende Literaturarbeit. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Zürich UZH. Studium in angewandter Psychologie.
- Hölzel, Lars. P. / Härter, Martin. / Hüll, Michael (2017). Multiprofessionelle ambulante psychosoziale Therapie älteren Patienten mit psychischen Störungen. In: *Der Nervenarzt* 2017 (11). S. 1227-1233.
- Hoffmann, Martine / Walter, Vibeke (o.J.). Ja zum Leben, aber nicht mehr so! Suizidprävention im Alter. URL : <https://www.rbs.lu/icc/Internet-de/nav/123/binarywriterserv-let?imgUid=9284dd4f-2bdc-e619-cc0e-1720fcb2c451&uBasVariant=11111111-1111-1111-1111-111111111111> [Zugriffsdatum: 03.12.2020].
- Homfeldt, Günther Hans (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In: Thole, Werner (Hrsg.). *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*. 4. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 489-503.
- Janssen, Christian (2015). Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Ansatzpunkte für sozialarbeiterisches Handeln. In: Daiminger, Christine/Hammerschmidt, Peter/Sagebiel, Juliane (Hrsg.). *Gesundheit und Soziale Arbeit*. Neu-Ulm: AG SPAK Bücher. S. 75-92.
- Jost, Annemarie (2013). *Gesundheit und Soziale Arbeit. Ein Lehrbuch mit Beispielen aus allen Lebensphasen*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

- Kessler, Eva-Marie (2017). Altersbilder – Inhalte, Entstehung und Konsequenzen. In: *Angeordnete Gerontologie Appliquée*. S. 15-18.
- Kinzl, Johann F. (2013). Psychische Erkrankungen bei Frauen und Männern im Alter. In: *Z Gerontol Geriat* 2013 (46). S. 526-531.
- Knöpfel, Carlo (2019). Gute Betreuung im Alter für alle. In: *SozialAktuell* (10). S. 22-23.
- Kühnert, Sabine / Ignatzi, Helene. *Soziale Gerontologie* (2019). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Kruse, Andreas / Wahl, Hans-Werner (2010). *Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellung*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Liel, Katrin (2019). Das Soziale der Gesundheit stärken. Soziale Arbeit als Profession der Gesundheitsförderung. In: *Forum sozialarbeit + gesundheit*. S. 6-9.
- Lindner, Reinhard / Schneider, Barbara / Schaller Sylvia/Wächtler, Claus (2014). Psychiatrische Behandlung und Psychotherapie. In: Lindner, Reinhard / Hery, Daniela/Schaller, Sylvia / Schneider, Barbara / Sperling, Uwe (Hrsg.). *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe "Alte Menschen" im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. S. 91-110.
- Linnemann, Christoph / Leyhe, Thomas (2015). Suizid bei älteren Menschen – Risikofaktoren und Prävention. In: *Therapeutische Umschau* 2015: 72 (10). S. 633- 636.
- Maercker, Andreas (2002). Psychologie des höheren Lebensalters. Grundlagen der Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. In: Maercker, Andreas. (Hrsg.). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. S. 2-58.
- Mayer, Anne-Kathrin (2009). Altersbilder und die Darstellung älterer Menschen in den Medien. Vermittelte Altersbilder und individuelle Altersstereotype. In: Schorb, Bernd/Hartung, Anja/Reissmann, Wolfgang (Hrsg.). *Medien und höheres Lebensalter. Theorie – Forschung – Praxis*. Wiesbaden: GWV Fachverlage. S. 114- 129.
- Meyer, Christine (2019). *Soziale Arbeit und Alter(n)*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Minder, Jacqueline / Harbauer, Gregor (2015). Suizid im Alter. In: *Swiss archives of neurology and psychiatry* 2015: 166 (3). S. 67-77.

- Müller-Pein, Hannah / Lindner, Reinhard (2020). Suizid im Alter. In: Aner, Kirsten / Karl, Ute (Hrsg.). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 533- 541.
- OBSAN. URL: <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/suizid> [Zugriffsdatum: 01.11.2020].
- OBSAN (2013). Depressionen in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-berufliche Integration. eISBN 978-2-940502-06-6.
- Pauls, Helmut (2013a). Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. URL: <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/191> [Zugriffsdatum 17.11.2020].
- Pauls, Helmut (2013b). Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 3. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Peveling, Martin (o.J.). Gesundheitswissenschaften & Gesundheitspädagogik. Gesundheitsförderung und Prävention. URL: <https://www.praxispeveling.de/Wissenschaft-Lehre/Gesundheitswissenschaften-Gesundheitspaedagogik> [Zugriffsdatum: 17.11.2020].
- Radman, Ivanka (2015). Depressionen im Alter. In: Revue Médical Suisse 2015 (11). S.290-291.
- Richter, Dirk (2003). Psychisches System und soziale Umwelt. Soziologie psychischer Störungen in der Ära der Biowissenschaften. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Risch, Anne Katrin / Stangier, Ulrich / Heidenreich, Thomas / Hautzinger, Martin (2012). Kognitive Erhaltungstherapie bei rezidivierender Depression. Rückfälle verhindern, psychische Gesundheit erhalten. Heidelberg: Springer Verlag.
- Rüegger, Cornelia (2012). Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit. Eine handlungstheoretische Wissensbasis der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. Coburg: ZKS- Verlag. eISBN 978-3-934247-09-3.
- Schaller, Sylvia (2008). Multimodales Erklärungsmodell der Suizidalität im Alter. In: Z Gerontol Geriat 2008 (41). S. 14- 21.
- Schaller, Sylvia / Erlemeier, Norbert (2014). Epidemiologie. In: Lindner, Reinhard / Hery, Daniela / Schaller, Sylvia / Schneider, Barbara / Sperling, Uwe (Hrsg.). Suizidgefährdung

- und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe "Alte Menschen" im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. S. 21-33.
- Schmidtke, Armin / Sell, Roxane / Löhr, Cordula (2008). Epidemiologie von Suizidalität im Alter. In: Z Gerontol Geriat (41). S. 3-13.
- Schneider, Barbara / Wächtler, Claus / Schaller, Sylvia / Erlemeier, Norbert / Hirsch, Rolf (2014). Einflussfaktoren für Suizid und Suizidalität im Alter. In: Lindner, Reinhard / Hery, Daniela / Schaller, Sylvia / Schneider, Barbara / Sperling, Uwe (Hrsg.). Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe "Alte Menschen" im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. S.35-45.
- Schwab, Delphine Roulet (2019). Altersdiskriminierung: ein banalisiertes Phänomen. In: SozialAktuell (10). S. 16-17.
- Seifert, Kurt (2019). Ungleichheit im Alter soll kein „Schicksal“ sein. In: SozialAktuell (10). S. 13-15.
- Sommerfeld, Peter / Dällenbach, Regula / Rüeegg, Cornelia / Hollenstein, Lea (2016). Klinische Sozialarbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Stoppe, Gabriela (2008). Depression im Alter. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2008 (51). S. 406–410.
- Stoppe, Gabriela (2011). Strategien zur Suizidprävention im Alter. Risikopatienten aktiv ansprechen. In: Der Neurologe & Psychiater 12 (11). S. 2–5.
- Stoppe, Gabriela (2012). Psychische Gesundheit im Alter: Lasst uns mehr dafür tun! In: Schweizerische Ärztezeitung 93 (39). S. 1413–1415.
- Stoppe, Gabriela / Kohn, Johanna / Schmutz, Barbara / Suter, Elisabeth / Wiesli, Ursula (2011). Positionspapier „Suizidprävention im Alter“. URL: http://www.zfg.uzh.ch/static/2015/stoppe_positionspapier_suizidpraevention [Zugriffsdatum 14.11.2020].
- Wächtler, Claus / Hirsch, Rolf/Lindner, Reinhard / Schaller, Sylvia / Schneider, Barbara / Sperling, Uwe (2014). Diagnostik der Suizidalität im Alter. In: Lindner, Reinhard / Hery,

Daniela / Schaller, Sylvia / Schneider, Barbara / Sperling, Uwe (Hrsg.). Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe "Alte Menschen" im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. S. 59-66.

WHO (2018). Suicide. URL: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide. [Zugriffsdatum: 01.11.2020].

Wolfersdorf, Manfred / Schüler, Michael (2005). Depressionen im Alter. Diagnostik, Therapie, Angehörigenarbeit, Fürsorge, Gerontopsychiatrische Depressionsstationen. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.