

„Nimm dir Zeit und nicht das Leben“

Suizid im Krankenhaus. Eine schwere Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit können den Wunsch auslösen, sich das Leben zu nehmen. Wie können Pflegende erkennen, ob ein Patient suizidgefährdet ist? Wie können sie im Akutsetting damit umgehen? Und was ist, wenn es im Krankenhaus tatsächlich zum Suizid kommt?

Von Ute Reckzeh

EINIGE FAKTEN ZUM SUIZID

In Deutschland nehmen sich etwa 10 000 Menschen pro Jahr das Leben (1). Das sind deutlich mehr Tote als durch Verkehrsunfälle, Aids, Drogen und Gewalttaten zusammen (2). Auf jeden Suizid kommen 10 bis 20 Suizidversuche. Von jedem Suizid sind mehrere Menschen direkt betroffen. Vermutlich kennt jeder einen Menschen, der sich selbst getötet hat oder jemanden, der einen Suizid in seiner Familie hatte. Das heißt, das Thema Suizid betrifft uns alle.

Besonders viele Suizide gibt es prozentual gesehen in den höchsten Altersgruppen (3). Doppelt so viele Männer wie Frauen nehmen sich das Leben. Dabei ist der Anteil der Männer in der hohen Altersgruppe noch einmal um vieles höher als der von Frauen. Männer sind offensichtlich weniger in Beziehungen eingebunden, werden einsamer im hohen Alter und des Lebens müde.

Wenn sich ein Patient im Krankenhaus das Leben nimmt, dann löst das einen großen Schrecken und Betroffenheit bei vielen Menschen aus. In einem Krankenhaus sind über die Familie hinaus auch die Mitpatienten und die Mitarbeitenden auf der Station involviert, dazu noch die Gruppe der „Ersthelfer“, die den Patienten finden und versorgen.

Schnell werden Fragen laut, ob man etwas übersehen hat, ob man hätte merken können, dass sich jemand mit Suizidgedanken beschäftigt, und ob man den Suizid hätte verhindern können. Schuldgefühle können entstehen. Ein Suizid löst viele Emotionen aus, denn der Tote ist Opfer und Täter zugleich. Ein Suizid ist in der Regel keine akzeptierte Todesart. Auf die Schwierigkeit, einen Suizid einzuordnen und zu verstehen, weisen die verschiedenen Bezeichnungen hin, die für Selbsttötung (lateinisch: Suizid) existieren. Im Wort „Selbstmord“ steckt eine negative Bewertung, während das Wort „Freitod“ idealisierend die freie Entscheidung eines Menschen zum Tod beschreibt.

Wer ist suizidgefährdet?

Es gibt Personen, die mehr suizidgefährdet sind als andere. Dazu gehören Menschen mit psychischen Krankheiten – besonders mit Depressionen –, mit Suchtproblemen, mit unheilbaren Krankheiten oder chronischen Schmerzen. Auch alte und einsame Menschen sind suizidgefährdeter als andere.

Suizid ist ansteckend! Wer bereits einen Suizidversuch hinter sich hat, ist gefährdet, Suizid zu begehen. Auch jemand, der bereits einen Angehörigen durch Suizid verloren hat, hat ein deutlich höheres Risiko. Weiter sind Menschen gefährdet, die viel mit Tod oder Sterben oder mit suizidalen Menschen zu tun haben. Wer im Krankenhaus arbeitet, hat auf jeden Fall mit Tod und Sterben zu tun und gehört damit zu den suizidgefährdeten Personengruppen (4).

Patienten setzen sich mit dem Thema Suizid auseinander. Im Bedenken der eigenen Lebenssituation

Wie kann man erkennen, dass ein Patient suizidgefährdet ist?

- Häufig entstehen suizidale Gedanken bei Patienten, die eine schwerwiegende Diagnose erhalten haben. Diese Patienten sollte man besonders im Blick haben.
- Wenn jemand Suizidgedanken anklingen lässt, dann muss man das ernst nehmen. Acht von zehn Menschen, die sich das Leben nehmen, äußern sich vorher entsprechend (6).
- Wenn jemand pflegebedürftig und sehr einsam ist, sozial kaum eingebunden, weder Familie noch Freunde hat, dann ist das Risiko größer, dass der Lebenswille erstickt und Suizidgedanken entstehen.
- Wenn ein Patient ganz direkt um eine Spritze bittet, um zu sterben, dann werden die Verzweiflung und der Sterbewunsch deutlich.
- Wenn jemand völlig aufgelöst ist oder sich komplett zurückzieht, dann sind das unter Umständen äußere Anzeichen für eine Suizidgefährdung, denen man nachgehen sollte. Genauso wie eine „unheimliche“ Ruhe nach einer Zeit des Aufgewühltseins (→ Präsuizidale Pause).

kann es zu Gedanken kommen wie: „Ich möchte nicht pflegebedürftig werden, ich möchte nicht meine Würde verlieren. Ich besorge mir Adressen aus der Schweiz von Dignitas oder Exit.“ (Anmerkung: Diese beiden Organisationen in der Schweiz bieten unter bestimmten Bedingungen Beihilfe zum Suizid an.)

Diese Äußerungen und Gedanken finden sich bei Menschen, die ein sehr selbstbestimmtes Leben führen, die gern Kontrolle ausüben und selbstbestimmt bis in den Tod hinein leben wollen. Dieser Personenkreis hat große Angst davor, pflegebedürftig und hilfsbedürftig zu werden, künftige Schmerzen zu erleiden und die Selbstständigkeit und Würde zu verlieren. Oft reicht ihnen die Gewissheit, dass sie für den Fall des Falles die Möglichkeit für einen Suizid oder assistierten Suizid haben, sozusagen einen Schlüssel zur Notfalltür. Es hat etwas Beruhigendes, auf diese Weise die Kontrolle für einen selbstbestimmten Tod zu behalten – obwohl im Endeffekt davon meist doch kein Gebrauch gemacht wird.

Im Gehirn wird mit jeder Wiederholung eines bestimmten Verhaltens oder Denkens eine neuronale Verschaltung stärker gebahnt, sodass ein Automatismus entsteht. Aus dem Trampelpfad an Nervenzellen wird eine „neuronale Autobahn“ (5). Die ist

so bequem, dass wir sie irgendwann automatisch benutzen. Bezogen auf den Suizid bedeutet das: Wenn jemand ständig über Suizid nachdenkt und diesen als mögliche Lösung für sich annimmt, dann schlägt er in einer Krise diesen Weg der vorgebauten „Denk-Autobahn“ fast automatisch ein. Andere Wege zur Problemlösung geraten aus dem Blick.

Unabhängig von den Einzelnen, die solche Bedürfnisse haben, müssen wir uns als Gesellschaft fragen, wie wir mit alten und kranken Menschen umgehen, dass ein Suizid näher scheint, als ein Aushalten und Annehmen der Lebenssituation.

Wenn eine psychische Krise zum Suizid führt

Wie kommt es überhaupt zum Suizid? Meist steht zu Beginn eine psychische Krise, das heißt der oder die Betreffende wird mit inneren oder äußeren Lebensumständen konfrontiert, die ihn von der Art und dem Ausmaß her stark überfordern. Er kann dann nicht auf seine früher gelernten Fähigkeiten und Möglichkeiten zurückgreifen, um seine Lebenssituation zu meistern. In einem Krankenhaus können die Diagnose einer unheilbaren Krankheit oder starke chronische Schmerzen ein Auslöser für eine Krise sein. Was geschieht, wenn eine Krise in einen



Wenn Sie das Thema „Suizid“ wahrnehmen, sollten Sie den Patienten direkt ansprechen und nachfragen! Haben Sie keine Angst vor dem Thema!

Suizid mündet? Man kann vier Stadien beschreiben (7):

Stadium 1: Der Suizid wird als Mittel zur Lösung von Lebensproblemen erwogen.

Stadium 2: Es gibt eine innere Ambivalenz zwischen lebenserhaltenden und lebensverneinenden Tendenzen. Das Pro und Contra für den Suizid wird abgewogen. Am Ende fällt die Entscheidung für einen Suizid.

Stadium 3: Nachdem die Entscheidung für einen Suizid getroffen ist, entsteht eine innere Ruhe. Diese Zeit wird als „Präsuizidale Pause“ (Pause vor dem Suizid) bezeichnet. In dieser Zeit wirkt der Mensch froh, ausgeglichen, regelt seine Angelegenheiten, bringt Geldsachen in Ordnung, räumt auf, macht den Garten, trifft sich mit Freunden. Er schreibt vielleicht einen Abschiedsbrief. Er nimmt Abschied, ohne dass das von außen zu erkennen ist. Angehörige denken oft: Jetzt hat er es geschafft, jetzt geht es ihm besser. Das ist zwar auch so, aber nur deswegen, weil er den endgültigen Entschluss gefasst hat, sich das Leben zu nehmen. Die präsuizidale Pause wird häufig nicht erkannt. Und wer nicht weiß, dass es sie gibt, erkennt sie erst recht nicht!

Stadium 4: Durchführung des Suizids.

Umgang mit suizidalen Patienten

Im Krankenhaus sind in der Regel nur erste, kurze Interventionen möglich, weil die Aufenthaltsdauer der Patienten begrenzt ist. Worum kann es in ersten Interventionen/Gesprächen gehen? Das soll anhand von drei Symbolen ausgeführt werden.



Genau hinschauen: Die Brille bedeutet, genau hingucken und wahrnehmen: Was ist los mit dem Patienten, was beschäftigt ihn, wovor hat er Angst? Wenn Sie das Thema „Suizid“ wahrnehmen, sollten Sie den Patienten direkt ansprechen und nachfragen! Haben Sie keine Angst vor dem Thema! So wird der Patient ernst genommen. Es ist wichtig, Gesprächsbereitschaft zu signalisieren und/oder ein Gespräch mit Psychologin oder Seelsorgerin anzubieten. Es geht darum, den Patienten und seine Beweggründe zu verstehen. Was genau steckt dahinter? Was ist der Grund?

Es ist entlastend für einen Patienten, die Möglichkeit zu haben, über suizidale Gedanken zu sprechen – dann will er noch etwas! Es geht darum, „Zeit zu gewinnen“, in der sich der Patient mit seiner Situation auseinandersetzt, bevor er eventuell zur Tat schreitet (8).



Abwägen: Im Patienten kämpfen Lebenswille und Todessehnsucht/Sterbewunsch miteinander. Beides ist da. Was wiegt schwerer? Es geht darum, die Ambivalenz von Leben und Tod im Patienten deutlich zu

machen und ins Gespräch zu bringen. Gibt es auch Stimmen im Inneren des Patienten, die am Leben hängen? Was spricht für das Leben, was dagegen? Was spricht für den Tod, was dagegen? (Das sind unterschiedliche Fragen mit unterschiedlichen Antworten, auch wenn es auf den ersten Blick nicht so aussieht.) Hier sollte man dahin wirken, die Entscheidung möglichst lange offenzuhalten und damit Zeit zu gewinnen. Dabei ist deutlich zu sagen, dass eine Entscheidung für den Suizid endgültig ist! Die Schwere und Endgültigkeit der Entscheidung soll benannt werden, um für eine intensive Auseinandersetzung mit sich selbst vor der Entscheidung zu werben. Das hilft, Zeit zu gewinnen! In diesem Zusammenhang bekommt für mich der Spruch: „Nimm dir Zeit und nicht das Leben“ eine neue Bedeutung.



Lösungswege suchen: In dieser gewonnenen Zeit geht es weiter darum, gemeinsam mehrere und andere Lösungswege zu suchen, sodass nicht automatisch nur die oben beschriebene „Denk-Autobahn“ des Suizids als Problemlösung beschriftet wird. Wer ist mit auf dem Weg? Familie, Freunde, Therapeuten? Hier unbedingt zu weiterer professioneller Hilfe raten! Vielleicht geht es darum zu sagen: So will ich nicht (mehr). Aber wie dann, und wie kann eine Veränderung erreicht werden? Welche Schritte sind dafür nötig?

Praktische Hinweise

Es gibt im Krankenhaus eine Verantwortung nicht nur für Patienten, sondern auch für uns selbst als Mitarbeitende. Was ist unabhängig vom Gespräch mit dem gefährdeten Patienten möglich, um einen Suizid im Krankenhaus zu verhindern?

■ Die Kollegen und Kolleginnen auf der Station, behandelnde Ärzte/Ärztinnen und Pflegepersonal müssen informiert werden. Weitere Mitarbeitende wie Psychologin und Seelsorgerin sollten hinzugezogen werden. So wird die Aufmerksamkeit für den betreffenden Patienten geteilt und ausgeweitet.

■ Vielleicht ist es möglich, eine Verabredung mit dem entsprechenden Patienten zu treffen, sich nicht im Krankenhaus zu suizidieren, sondern immer dann um ein Gespräch zu bitten, wenn ein starker Drang verspürt wird, sich jetzt das Leben zu nehmen.

■ Es gibt die Möglichkeit, ein psychiatrisches Konzil zu beantragen und gegebenenfalls in Absprache stimmungsaufhellende Medikamente zu geben oder sogar eine Einweisung in die Psychiatrie vorzunehmen.

Und wenn es doch passiert ist?

Ein Suizid wirkt nach und braucht Zeit zur Verarbeitung. Auf jeden Fall sollten alle Betroffenen zeitnah gemeinsam darüber sprechen, um den Schrecken gemeinsam zu verarbeiten (9). Falls vorhanden, sollten Schuldgefühle benannt werden und Entlastung gesucht werden. Ein Suizid kann nicht kategorisch verhindert werden! Jeder Mensch ist und bleibt autonom. Wenn sich jemand unbedingt das Leben nehmen will, dann kann man ihn letztlich nicht davon abhalten. Er wird eine Möglichkeit finden. Wenn man sich das vor Augen führt, dann hilft das, die eigenen Grenzen zu akzeptieren. Das dient der eigenen Entlastung.

Zu einem inneren Abschluss kann man gelangen, indem man versucht, den Tod des anderen und seine Entscheidung dafür zu akzeptieren und zu achten. Häufig wirken brutale Bilder nach. Man kann versuchen, ein Bild, das sich vor dem inneren Auge festgesetzt hat, durch ein anderes, friedliches Bild zu ersetzen: Jetzt hat derjenige Frieden gefunden. Falls es nicht möglich ist, selbst wieder zum Alltag zurückzukehren, weil Bilder und Erlebnisse beeinträchti-

gen, die mit dem Suizid zusammenhängen, dann sollte man professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen. In einigen Krankenhäusern gibt es zum Beispiel eine Trauma Ambulanz, die aufgesucht werden sollte, bevor sich eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt.

(1) Siehe Daten vom Statistischen Bundesamt: <http://de.statista.com/themen/40/selbstmord/>

(2) <http://www.buendnis-depression.de/depression/suizidalitaet.php>

(3) <http://www.suizidpraevention-deutschland.de/informationen/suizide-2011.html> Vgl. die dort weiter untenstehende Tabelle „Suizide pro 100.000 Einwohner im Jahre 2011 nach Lebensalter“

(4) Eine ausführliche Auflistung gefährdeter Personen findet sich in dem Artikel „Suizid-Gefahr erkennen“ von Prof. Dr. med. Volker Faust von der Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit unter: http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychohygiene/pdf/Internet3-Suizid-Gefahr_erkennen.pdf S. 4f. und 14–16. Dieser Artikel gibt weiter eine gute Übersicht über viele Aspekte des Suizids.

(5) <http://www.nlp.de/presse/deutschland/ms-0306b.shtml>

(6) Vgl. http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychohygiene/pdf/Internet3-Suizid-Gefahr_erkennen.pdf, S. 1

(7) Stadien nach Walter Pöldinger, Die Abschätzung der Suizidalität, 1968. In manchen Darstellungen wird der Entschluss für den Suizid als extra Phase beschrieben, sodass 5 Stadien gezählt werden. Vgl.: <http://www.allgemeinarzt-online.de/a/suizidalitaet%20-%20das-leben-ist-so-eine-qual-f%C3%BCr-mich-dass-ich-nur-noch-sterben-will-1562604>

(8) Vgl. Wolfram Dormann, Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. Stuttgart 2012 (7. Auflage), S. 54 ff. Er beschreibt „Zeit gewinnen“ als zweites Ziel, nachdem eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut und Klient entstanden ist.

(9) Buchempfehlung für betroffene Angehörige: Chris Paul: Warum hast du uns das angetan? München 2012 (3. Aufl.)



Ute Reckzeh ist Pastorin, Seelsorgerin und Supervisorin. Sie arbeitet in der LungenClinic Grosshansdorf GmbH und ist dort für die

seelsorgerliche Begleitung

von Patienten, Angehörigen und

Mitarbeitenden zuständig.

Kontakt: u.reckzeh@lungenclinic.de