

Aus dem LVR-Klinikum Düsseldorf
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Direktor: Prof. Dr. med. Tillmann Supprian

Lebensverhältnisse nach Suizidversuchen älterer
Menschen
-
Ergebnisse einer Beobachtungsstudie über 12 Monate

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Clara Sonneborn

2022

Angabe der Gutachter:innen

Als Inauguraldissertation gedruckt mit der Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachter: Prof. Dr. med. Tillmann Supprian

Zweitgutachterin: Prof. Dr. med. Dr. PH. Andrea Icks, MBA

Widmung

„Das Leben war eine der interessantesten Beschäftigungen, trotz alledem.“

Aus: Erich Kästner, *Fabian: Die Geschichte eines Moralisten*

In liebevoller Erinnerung an meinen Großvater, Herrn Dr. Heinrich Hamers.

Zusammenfassung

Im Jahr 2020 suizidierten sich in Deutschland 9206 Menschen – dies entspricht durchschnittlich mehr als 25 Toten pro Tag. Mit dem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, einen Suizid zu begehen. Depressionen, soziale Isolation, Einsamkeit und körperliche Beeinträchtigungen werden als Risikofaktoren für suizidale Handlungen älterer Menschen in der Literatur genannt. Nach einem Suizidversuch ist das Risiko für einen wiederholten Versuch erhöht. Bisher gibt es jedoch keine Studie, die eine Empfehlung für den Ablauf eines telefonischen Nachsorgeprojektes nach einem Suizidversuch speziell für ältere Menschen abgibt.

In dieser Untersuchung sollten die Lebensverhältnisse sowie das körperliche und psychische Befinden von älteren Menschen im ersten Jahr nach einem Suizidversuch systematisch erfasst und darauf basierend eine Empfehlung für künftige Suizidversuchsnachsorgeprojekte für ältere Menschen formuliert werden.

Um diese Fragen zu adressieren, wurden Proband:innen nach einem Suizidversuch und darauffolgendem stationären Aufenthalt im LVR-Klinikum Düsseldorf in ein einjähriges, telefonisches *Follow-Up* eingebunden. In monatlichen Kontakten wurden über semistrukturierte Interviews die Lebensverhältnisse und das Befinden abgefragt. Zur Objektivierung der Suizidalität und depressiven Symptomatik wurde der PHQ-9 Fragebogen herangezogen. Zur Erfassung der Lebensverhältnisse diente der MILVA-Fragebogen.

Es wurden 10 Proband:innen in die Studie eingeschlossen und bei insgesamt 76 telefonischen Kontakten Daten erhoben. Im Laufe der Zeit sistierten Suizidgedanken bei fast allen Patienten und depressive Symptome wurden weniger.

Zu den zentralen Ergebnissen gehört jedoch, dass die Mehrzahl der Teilnehmenden über wenige soziale Kontakte und Aktivitäten verfügte. Fast alle Teilnehmenden waren darüberhinaus mehrfach körperlich vorerkrankt, was ihre Mobilität und Autonomie einschränkte.

Soziale Isolation war bei fast allen Proband:innen ein Thema. Ein Fokus in der auf alte Menschen zugeschnittenen Suizidprävention sollte daher die Verbesserung sozialer Angebote und regelmäßiger Kontakte sein.

Die Mehrzahl der telefonischen Kontaktaufnahmen verlief nach dem vorgesehenen Leitfaden und die Teilnehmenden zeigten dabei eine hohe Compliance. Die Ergebnisse der Studie legen daher nahe, dass ein telefonisches Nachsorgeprojekt speziell für ältere Menschen nach einem Suizidversuch praktikabel ist und auf seine Wirksamkeit hin in größer angelegten Studien überprüft werden sollte.

Abstract

In the year 2020, 9206 people in Germany died by suicide. This equals on average more than 25 deaths a day. The risk for committing suicide increases with age. Across the literature, depression, social isolation, loneliness and somatic comorbidities are named as risk factors for suicidal behaviour in older age. After a suicide attempt, the risk for a repeated attempt is increased. So far, there is no study that suggests a manual for a telephone aftercare program after a suicide attempt in the elderly.

The following dissertation investigates the life circumstances as well as the psychiatric and somatic well-being of older people one year after a suicide attempt. Based on this information, the study gives a recommendation for further telephone aftercare programs.

To address these questions, probands have been recruited to a one-year follow-up-study after a suicide attempt and an admission at the LVR-Klinikum Düsseldorf.

In monthly contacts, the current mental health and suicidality were surveyed in semistructured interviews over the phone. To objectify those findings, the probands were asked to answer the PHQ-9 on depressive symptoms. To investigate the life circumstances, the MILVA questionnaire was used.

Ten probands were recruited and data was extracted during 76 contacts in total. The depressive symptoms and suicidal thoughts decreased over time in most patients.

One of the main results is, that the majority of probands had little social contacts and activities. Nearly all probands had multiple somatic comorbidities, which limited their autonomy and mobility.

Social isolation was a main aspect for nearly all probands. The focus of aftercare programs for the elderly thus should lie on the improvement of social offers and regular contacts.

Most telephone contacts followed the protocol and the probands showed a high compliance. The results show that a telephone aftercare program is feasible for elderly people after a suicide attempt and should be examined in further studies.

Abkürzungsverzeichnis

AMDP	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie
PHQ-9	<i>Patient health questionnaire 9</i>
MILVA	Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter
SV	Suizidversuch
MCI	<i>mild cognitive impairment</i> , leichte kognitive Einschränkungen
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention
NasPRo	Nationales Suizidpräventionsprogramm

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG.....	II
ABSTRACT	III
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	IV
INHALTSVERZEICHNIS	V
1 EINLEITUNG.....	1
1.1 LEBENSVERHÄLTNISSE ALTER MENSCHEN IN DEUTSCHLAND	1
1.2 SUIZIDALITÄT, SUIZIDVERSUCH, SUIZID	2
1.3 EPIDEMIOLOGIE VON SUIZIDALITÄT.....	4
1.4 RISIKOFAKTOREN FÜR SUIZIDALITÄT IM ALTER.....	5
1.5 INTERVENTIONEN NACH SUIZIDVERSUCHEN.....	8
1.6 PSYCHOMETRISCHE TESTS ZUR UNTERSUCHUNG VON SUIZIDALITÄT UND LEBENSVERHÄLTNISSEN IM ALTER.....	12
1.7 ZIELE DER ARBEIT	14
2 METHODEN.....	15
2.1 STUDIENDESIGN.....	15
2.2 TEILNEHMENDE	16
2.2.1 GESCHLECHT UND ALTER.....	16
2.2.2 EINSCHLUSSKRITERIEN.....	16
2.2.3 AUSSCHLUSSKRITERIEN.....	17
2.3 REKRUTIERUNG	18
2.4 MESSINSTRUMENTE.....	19
2.4.1 PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)	19
2.4.2 MANNHEIMER INVENTAR DER LEBENSVERHÄLTNISSE IM ALTER (MILVA).....	20
2.5 DATENAUSWERTUNG.....	20
2.6 INTERVIEWLEITFADEN.....	21
2.7 ETHIKVOTUM.....	22

3	ERGEBNISSE	23
3.1	KLINISCHE UND DEMOGRAFISCHE ANGABEN ZUR STICHPROBE	23
3.2	ERGEBNISSE DER ANAMNESEGESPRÄCHE	23
3.3	ERGEBNISSE DER SEMISTRUKTURIERTEN INTERVIEWS	25
3.4	ERGEBNISSE DES PHQ-9	27
3.5	ERGEBNISSE DES MILVA	28
4	DISKUSSION	38
4.1	EINORDNUNG DER ERGEBNISSE	38
4.1.1	STUDIENDURCHFÜHRUNG.....	38
4.1.2	LEBENSVERHÄLTNISSE	41
4.1.3	KÖRPERLICHES UND PSYCHISCHES BEFINDEN	44
4.1.4	EMPFEHLUNGEN FÜR KÜNFTIGE SUIZIDVERSUCHSNACHSORGEPROJEKTE	46
4.2	LIMITATIONEN	48
4.3	SCHLUSSFOLGERUNGEN	49
5	LITERATURVERZEICHNIS	52
6	ANHANG	60
6.1	FRAGEBÖGEN	60
	DANKSAGUNG	63

1 Einleitung

1.1 Lebensverhältnisse alter Menschen in Deutschland

Die demografische Entwicklung stellt Deutschland nicht nur gesamtgesellschaftlich, sondern insbesondere den medizinischen Bereich vor große Herausforderungen. Es gilt daher, jetzt Strategien zu entwickeln, um diesen Anforderungen in den kommenden Jahrzehnten gerecht zu werden und eine adäquate Versorgung älterer Menschen sicherzustellen. Die Lebenserwartung in Deutschland steigt, während die Geburtenrate sinkt. Daraus resultiert, dass der Anteil an Personen über 65 Jahren an der Gesamtbevölkerung stetig steigt. 2020 lebten 18,3 Millionen Menschen über 65 Jahre, also 22% der Gesamtbevölkerung, in Deutschland (Statistisches Bundesamt, Destatis, 2020). Die Lebenserwartung schwankt je nach Bundesland zwischen 75,8 und 81,2 Jahren für Männer und zwischen 81,8 bis 85,7 Jahren für Frauen (Rau und Schmertmann, 2020).

Der Großteil der alten Menschen hat mit gesundheitlichen Einschränkungen verschiedener Ausprägung zu kämpfen. Zu den häufigsten Erkrankungskomplexen gehören hierbei in Deutschland chronische Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Demenz und Depressionen, rekurrende Stürze, Inkontinenz, sowie die Abnahme des Seh- oder Hörvermögens (van den Bussche *et al.*, 2011).

Die Mehrheit dieser Personengruppe wohnt in Haushalten mit mehreren Personen (66,2%). Die meisten alten Menschen leben zusammen mit einem Partner oder einer Partnerin (Hoffmann *et al.*, 2014). Jedoch steigt im Alter, vor allem für Frauen, die Wahrscheinlichkeit, allein zu leben. Etwa doppelt so viele ältere Frauen leben im Vergleich zu älteren Männern in Einpersonenhaushalten. 4,3% der Personen über 65 Jahre werden in Deutschland in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt (Clemens Tesch-Römer und Heribert Engstler, 2020).

Wenngleich die meisten Älteren finanziell abgesichert sind, werden hinsichtlich der Geschlechtszugehörigkeit sowie dem Wohnsitz in neuen oder alten Bundesländern große Unterschiede, die materiellen Möglichkeiten betreffend, beschrieben. Von Altersarmut sind besonders häufig Frauen bedroht, in den neuen ist das Armutsrisiko höher als in den alten Bundesländern (Nowossadeck and Simonson, 2016).

Die wichtigste Rolle im Kontaktgefüge älterer Menschen spielt die Familie, insbesondere die eigenen (erwachsenen) Kinder. Frauen haben tendenziell größere soziale Netzwerke als Männer (Nowossadeck and Simonson, 2016). Auch losere Bekanntschaften spielen im Alter eine wichtige Rolle für das Wohlbefinden (Huxhold *et al.*, 2020).

Aktivität im Alltag ist auch nach dem Renteneintritt für alte Menschen wichtig. In Deutschland profitieren viele Ältere von sozialem Engagement, beispielsweise in Kirchen oder Gemeindezentren, Sport- oder Kulturvereinen (Müller *et al.*, 2014).

1.2 Suizidalität, Suizidversuch, Suizid

Suizidalität stellt insbesondere bei Menschen über 65 Jahren wegen seiner hohen Morbidität und Mortalität eine große Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland dar. Es gibt viele Faktoren, die die Entstehung von Suizidalität im Alter beeinflussen. Im Folgenden sollen zunächst einige Begriffe zum Themenkomplex Suizid erläutert werden.

Suizidales Handeln stellt in erster Linie einen psychiatrischen Notfall auf dem Boden einer psychosozialen Notsituation dar (Wolfersdorf und Etzersdorfer, 2011).

Pöldinger (1986) definierte Suizidalität sehr umfassend als „das Potential aller seelischer Kräfte und Funktionen, das auf Selbstvernichtung tendiert“.

Wolfersdorf geht in seinem Buch „Suizid und Suizidprävention“ (2011) ins Detail: „Unter Suizidalität wird hier die Summe aller Denk-, Verhaltens- und Erlebnisweisen von Menschen verstanden, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder durch passives Unterlassen eines lebenserhaltenden Verhaltens [z.B. Non-Compliance bezüglich lebensnotwendiger Medikation] den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung bzw. einer Unterlassung in Kauf nehmen.“

In der Suizidforschung ist es von Bedeutung, dass sowohl Suizide als auch Suizidversuche erfasst werden. Im Gegensatz zum Suizid wird der Suizidversuch trotz der Absicht, zu versterben, überlebt (Haenel und Pöldinger, 1986). Es wird von einer hohen Dunkelziffer der Suizidversuche ausgegangen- ein Problem, das vor allem in der Gruppe der Älteren eine große Rolle spielt, da Suizidversuche häufiger unentdeckt bleiben (Schmidtke, et al., 2008). Beispielsweise sind Tabletten häufiger in größerer

Zahl vorrätig, sodass eine versuchte Medikamentenintoxikation des alten Menschen weniger offensichtlich sein kann.

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Suizidalität des alten Menschen. Laut Erlemeier (2011) umfasst die Alterssuizidalität alle gedanklichen und verhältnismäßigen Formen selbstvernichtenden Inhalts bei Personen, die 60 Jahre und älter sind. Wolfersdorf (2011) unterscheidet verschiedene Formen der Suizidalität beim alten Menschen: Von Lebenssattheit über das sogenannte „Sichsterbenlassenwollen“, beziehungsweise indirektes suizidales Verhalten, steigern sich Handlungsabsicht und -Druck bis zum Suizid.

Die Lebenszeithäufigkeit von Suizidgedanken ist weit höher als die der Suizidhandlungen. So wird in einer schwedischen Population die Prävalenz von Suizidgedanken bei älteren Personen mit bis zu 25% im Laufe des Lebens angegeben (Fässberg *et al.*, 2019).

Passive Todeswünsche stellen im Alter ein häufiges Phänomen dar (Burkhardt *et al.*, 2003). Im Gegensatz zu Suizidgedanken, die das Ziel, sterben zu wollen, bereits konkret anvisieren, ist der Todeswunsch eher dem Bedürfnis nach Ruhe und Unterbrechung des Lebens geschuldet und geht nicht mit konkreten Suizidplänen einher (Burkhardt *et al.*, 2003; Hartog *et al.*, 2020; Simmons *et al.*, 2021). Vielmehr findet ein großer Anteil der alten Menschen mit Todeswünschen ihr jetziges Leben noch immer lebenswert (Hartog *et al.*, 2020). In einer Studie von Burkhardt *et al.* (2003) wurde die Prävalenz von Todeswünschen speziell in akutgeriatrischen Einrichtungen untersucht. Die Autoren kontextualisieren die Todeswünsche der älteren Studienteilnehmenden und fanden so verschiedene Einflussfaktoren auf ebendiese, zu denen Schmerzerleben, Depression, subjektives Wohlbefinden, erlebte Belastung, Hoffnung und die Unterstützungssituation gehörten.

Für die Suizidforschung stellt sich daher die Frage, welche Einflussfaktoren den Progress von den im Alter häufig auftretenden passiven Todeswünschen hin zu konkreten Suizidabsichten- und Plänen begünstigen. Aus klinischer Perspektive wäre es elementar jene Einflussfaktoren zu identifizieren, welche im Sinne der Patientinnen und Patienten beeinflusst werden können, um einen Suizid verhindern zu können.

1.3 Epidemiologie von Suizidalität

Der Tod durch Suizid ist ein schwerwiegendes, globales Gesundheitsproblem. Laut der World Health Organization (WHO) sterben jährlich mehr als 700.000 Menschen weltweit durch Suizid, wobei die Suizidversuchsraten bis zu 20-mal höher sein dürften (World Health Organisation, WHO, 2021)

Im Jahr 2020 nahmen sich in Deutschland laut statistischem Bundesamt 9206 Personen, davon 3696 über 65 Jahre, das Leben – dies entspricht mehr als 25 Menschen pro Tag. Somit sterben in Deutschland pro Jahr mehr alte Menschen durch die eigene Hand als es insgesamt Verkehrstote in diesem Zeitraum gibt (Statistisches Bundesamt, 2022).

Obwohl die Anzahl der Suizide in Deutschland insgesamt um 30% zwischen 1990 und 2008 gesunken ist, zählt der Suizid gesamtgesellschaftlich noch immer zu den häufigsten Todesarten. Besagter Rückgang der Suizide ist bei über 65-jährigen nicht so deutlich wie bei jüngeren Personen festzustellen. Ältere Daten zeigten, dass im Jahr 2009 der Anteil der Menschen über 60 Jahre an den Suizidtoten mit 41,5% deutlich höher war als deren Anteil an der Gesamtbevölkerung, der 26% betrug (Erlemeier, 2011).

Ab dem 6. Lebensjahrzehnt steigt das Risiko für einen Suizidversuch kontinuierlich an. Dieses Phänomen wird in der Suizidforschung auch als „ungarisches Muster“ bezeichnet, da der Effekt in Ungarn besonders stark zu sein scheint (Schmidtke *et al.*, 2008).

Von einer absoluten Zunahme der Suizidtoten, die älter als 65 Jahre alt sind, ist aufgrund des wachsenden Anteils dieser Gruppe an der Gesamtbevölkerung in der Zukunft auszugehen.

Männer suizidieren sich 2-3-mal so häufig wie Frauen. Insbesondere bei Männern steigt die Suizidmortalität mit dem Alter, was auf die häufigere Anwendung „harter“ Suizidmethoden und die größere Ernsthaftigkeit der Tötungsabsicht zurückgeführt wird (Wolfersdorf und Etzersdorfer, 2011).

Als häufigste „harte“ Methode im Alter wird das Erhängen benannt (Schmidtke *et al.*, 2008). Eine andere Studie führt das Vergiften mit Medikamenten oder Drogen als die häufigste Suizidmethode an, gefolgt von Verletzungen mit scharfen Gegenständen (Liu und Chiu, 2009).

Auch bei Frauen steigt die Wahrscheinlichkeit, einen Suizid zu begehen, mit dem Alter. Jeder zweite von einer Frau begangene Suizid in Deutschland wird von einer Frau über 60 ausgeübt (Schmidtke, Sell und Löhr, 2008).

Die unbekannte Anzahl an nicht erfassten Suiziden ist bei der Suizidforschung im Alter besonders evident. So wird die zusätzliche Anzahl der Suizide, die von Menschen über 65 begangen, aber nicht als solche erkannt werden, auf mindestens 10% geschätzt. Insbesondere, wenn es sich um eine „weiche“ Suizidmethode handelt, ist das Risiko erhöht, dass die Todesursache fälschlicherweise als unklar angegeben und der Suizid nicht als solcher erkannt und erfasst wird (Schmidtke, Sell und Löhr, 2008).

Aus den genannten Studienergebnissen und epidemiologischen Daten lässt sich schließen, dass eine evidenzbasierte Suizidprävention viele Todesfälle verhindern könnte. Es erscheint daher essentiell, Strategien und Programme zur Prävention von Alterssuiziden zu entwickeln und zu evaluieren. Da das Risiko, an einem Suizid zu versterben, mit dem Alter steigt, braucht es speziell für diese Bevölkerungsgruppe niedrigschwellige und effektive Angebote.

1.4 Risikofaktoren für Suizidalität im Alter

Um einem (erneuten) Suizidversuch effektiv vorzubeugen, müssen die Risikofaktoren für suizidales Verhalten, speziell in der Gruppe der Älteren, erfasst werden. Zahlreiche Studien haben sich bereits mit dem Thema Risikofaktoren für Suizidalität im Alter befasst.

Suizidversuche in der Vergangenheit sind der wichtigste prädiktive Faktor für einen erneuten Suizidversuch und mehrmalige Versuche der größte Risikofaktor für einen vollendeten Suizid (WHO, 2014; Bostwick *et al.*, 2016; Grendas *et al.*, 2019; Beghi *et al.*, 2021). Suizidversuche werden in Deutschland bisher nicht offiziell erfasst. Suizidversuche überwiegen bei jüngeren Menschen. Trotzdem sind die versuchten Suizide auch im Alter ein häufiges Phänomen. Besonders oft begehen Frauen über 80 Jahre einen Suizidversuch (Wolfersdorf und Etzersdorfer, 2011).

Anders als bei jüngeren Menschen, haben Suizidversuche der Älteren seltener „appellativen Charakter“, was sich auch in der geringeren Anzahl von Abschiedsbriefen widerspiegelt (Erlemeier, 2011). „Appellativ“ bedeutet in diesem Falle, dass die Person einen Suizidversuch unternimmt, um mit dessen Hilfe auf einen hoch belastenden

Missstand in ihrem Leben aufmerksam zu machen und Hilfe einzufordern. Die konkrete Todesabsicht ist in diesen Fällen oft nicht gegeben.

Auf einen Suizid kommen bei Männern über 60 Jahren in Deutschland 1,7 Suizidversuche. Bei Frauen hingegen sind es 3,2 Suizidversuche pro Suizid. Zum Vergleich: In der männlichen Gesamtbevölkerung kommen auf einen Suizid 2,1 Versuche, in der weiblichen Gesamtbevölkerung sind es auf einen Suizid 11,3 Versuche (Erlemeier, 2011).

Der Fokus nach einem stattgehabten Suizidversuch sollte anhand der vorgelegten Daten auf der Prävention eines erneuten Versuches liegen: Generell haben Menschen, die bereits einen Suizidversuch begangen haben, ein deutlich erhöhtes Risiko, es noch einmal zu versuchen. Dieses Risiko ist besonders in den ersten ein bis zwei Jahren nach einem Suizidversuch erhöht (Wiktorsson *et al.*, 2010; Oh *et al.*, 2015). Dabei ist die Mortalität vor allem bei männlichem Geschlecht, hohem Alter, fehlender Nachsorge, sowie Depressionen erhöht (Chen *et al.*, 2016).

Conwell (1996) schätzt den Anteil der Menschen mit schwerwiegender psychiatrischer Erkrankung an den Suizidtoten auf 71-95%. Bei alten Menschen spielen Persönlichkeitsstörungen und Psychosen eine untergeordnete Rolle für das Suizidrisiko. Menschen, die an einer Schizophrenie leiden, haben das höchste Risiko für einen Suizidversuch im jungen Alter. Mit dem Alter sinkt das Suizidversuchsrisiko in dieser Population (Olfson *et al.*, 2021).

Depressionen sind auch beim alten Menschen ein Hauptrisikofaktor für Suizidalität (Liu und Chiu, 2009; Links *et al.*, 2012; Almeida *et al.*, 2016; Klonsky *et al.*, 2016; Fässberg *et al.*, 2019; Cui und Fiske, 2022). Fiske *et al.* (2009) betonen dabei den Unterschied zwischen den depressiven Symptomen junger und alter depressiver Patienten: Während jüngere Patient:innen eher an affektiven Symptomen litten, klagten Ältere häufiger über Schlafprobleme, Appetitveränderungen und kognitive Beeinträchtigungen. Auch Fässberg *et al.* (2019) kommen zu dem Ergebnis, dass Suizidalität zwar häufig bei depressiven Patient:innen vorkommt, gleichzeitig aber mehr als ein Drittel der alten Menschen, die Suizidalität angaben, die Kriterien einer Depression zum Zeitpunkt der Erhebung nicht erfüllte.

Diese Erkenntnisse legen nahe, dass Interventionsprogramme auch die weniger klassischen Symptome einer Depression abfragen sollten, um das Suizidrisiko adäquat

abschätzen zu können. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass besonders im Alter weitere Risikofaktoren bei der Entstehung von Suizidalität eine Rolle spielen.

Neben der Depression gibt es weitere psychiatrische Komorbiditäten, die das Suizidversuchsrisiko erhöhen und deshalb in Nachsorgeprojekten berücksichtigt werden sollten.

Psychiatrische Erkrankungen des höheren Alters, wie Demenzerkrankungen und *Mild cognitive impairment (MCI)* stellen ein erhöhtes Risiko für einen Suizidversuch dar. Dabei ist der Zusammenhang stärker, je aktueller die Diagnose ist (Erlangsen *et al.*, 2008; Choi *et al.*, 2021; Günak *et al.*, 2021).

Für die vorliegende Arbeit wurden Menschen rekrutiert, die nach einem Suizidversuch stationär psychiatrisch behandelt wurden. Nach einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung ist das Risiko für einen Suizidversuch drei Monate nach der Entlassung am höchsten. Wenn der Grund für die Aufnahme Suizidgedanken oder suizidales Verhalten waren, ist das Risiko noch höher. Doch auch Jahre nach einer psychiatrisch-stationären Behandlung bleibt die Gefahr für Suizidalität bestehen (Chung *et al.*, 2017). Menschen, die aus einer stationär-psychiatrischen Behandlung entlassen werden, äußern häufiger Suizidgedanken als diejenigen, die zuvor nicht in psychiatrischer Behandlung gewesen waren (Hubers *et al.*, 2018). Es liegt daher nahe, dass Forschungsprojekte wie die vorliegende Arbeit, welche nach den Risiken für einen erneuten Suizidversuch forschen und Präventionsprogramme für diesen Zeitraum entwerfen, diesen für die Patientinnen und Patienten vulnerablen Zeitraum beobachten.

Neben psychiatrischen Komorbiditäten spielen auch die somatischen Vorerkrankungen eine große Rolle in der Entwicklung von Suizidalität im Alter. Insbesondere körperliche Erkrankungen, die die Lebensqualität alter Menschen stark einschränken, führen zu vermehrter Suizidalität im Alter (Van Orden *et al.*, 2015; Almeida *et al.*, 2016; Fässberg *et al.*, 2016). Insbesondere Beeinträchtigungen des Sehvermögens scheinen das Risiko für einen Suizidversuch im Alter zu erhöhen (Lam, 2008; Kim *et al.*, 2015; Rim *et al.*, 2015). Auch sind nach einem Suizidversuch im Alter die physischen Folgen für die Überlebenden häufig schwerwiegender und es fällt den Betroffenen schwerer als jüngeren Menschen, die einen Suizidversuch überlebt haben, sich körperlich von dem Versuch zu erholen (Lebret *et al.*, 2006).

Abseits von psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten gibt es auch einige soziodemografische Faktoren, die das Suizidrisiko im Alter beeinflussen. Soziale Isolation und Einsamkeit sind im Alter aufgrund der zahlreichen sozialen und körperlichen Veränderungen ein häufiges Phänomen (Cohen-Mansfield *et al.*, 2016) und erhöhen das Risiko für Suizidalität (Van Orden *et al.*, 2015; Beutel *et al.*, 2017; Ding und Kennedy, 2021).

Das Gefühl, anderen eine Last zu sein, trägt ebenso zur Entwicklung von Suizidgedanken bei (Guidry und Cukrowicz, 2016), wie die erlebte Bedeutungslosigkeit des eigenen Lebens (Van Orden *et al.*, 2015). Der häufig im Alter erlebte Verlust der Autonomie kann ebenfalls das Risiko für einen Suizidversuch erhöhen (Makara-Studzińska *et al.*, 2021).

Unverheiratete und alleinlebende Individuen weisen ein höheres Risiko für einen Suizidversuch auf (Wiktorsson *et al.*, 2010). Ein niedriges Bildungsniveau war ebenfalls mit einem hohen Risiko assoziiert. (Wiktorsson *et al.*, 2010; Oh *et al.*, 2015).

In der Suizidprävention ist es demnach dringend geboten, auch soziodemografische Faktoren nicht außer Acht zu lassen, da diese häufiger unerwähnt bleiben, sich gleichzeitig aber ebenso wie die offensichtlicheren Komorbiditäten auf das Suizidrisiko der Älteren auswirken.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Literaturrecherche, dass sich zahlreiche altersspezifische Risikofaktoren für einen Suizid oder Suizidversuch finden lassen. Dieses bedeutet gleichzeitig, dass Prävention an unterschiedlichen Stellen eingreifen kann, um das Suizidrisiko zu verringern. Für Präventionsprogramme und Interventionen nach bereits erfolgten Suizidversuchen ist das Wissen um die häufigsten Risikofaktoren unabdingbar. Eine zielgerichtete, praktikable Intervention setzt das genaue Wissen um die Gefahren, die sich aus den bekannten Risikofaktoren auch in der Nachsorgeperiode weiterhin ergeben, voraus. Die vorliegende Arbeit umfasste ebendiese Periode nach einem erfolgten Suizidversuch.

1.5 Interventionen nach Suizidversuchen

Suizidprävention stellt einen globalen Imperativ dar. Wie bereits dargelegt, stellt ein Suizidversuch in der Vergangenheit den zentralen Risikofaktor für einen weiteren Suizidversuch dar. Daraus folgt, dass eine der großen Säulen der Suizidprävention die

strukturierte Nachsorge nach einem Suizidversuch sein muss, um erneute Suizide und Todesfälle zu verhindern. Fraglich bleibt, wie ein Nachsorgeprogramm aussehen sollte, welches effektiv, praktikabel und auf die spezielle Gruppe der älteren Menschen zugeschnitten ist.

Ein Suizidnachsorgeprojekt stellt das Schweizer Kurzinterventionsprogramm nach Suizidversuch (ASSIP, *Attempted Suicide Short Intervention Programme*) dar: Es wurde entwickelt, um das Risiko eines erneuten Suizidversuches nach einem stationärem Klinikaufenthalt zu senken. Das Programm beinhaltete die übliche therapeutische Arbeit im Krankenhaus, begleitete die Menschen aber nach ihrer Entlassung durch regelmäßige, personalisierte Briefe weiter.

Das Risiko für einen erneuten Suizidversuch innerhalb von 24 Monaten nach der Entlassung war in der Interventionsgruppe, die regelmäßige Nachsorge erfuhr, niedriger als in der Kontrollgruppe.

Während es in der Kontrollgruppe zu 41 erneuten Suizidversuchen kam, waren es in der ASSIP-Gruppe nur fünf (Gysin-Maillart *et al.*, 2016).

ASSIP ist demnach ein gut strukturiertes Programm, welches sich auf die Nachsorge mithilfe von Briefen stützt. Im Hinblick auf seine Effektivität speziell bei alten Menschen wurde ASSIP jedoch nicht evaluiert.

Die Idee eines telefonischen *Follow-Ups* wurde in mehreren Studien verfolgt und auf seine Durchführbarkeit überprüft. Telefonkontakte haben sich als niedrigschwellig und gut umsetzbar erwiesen (Stanley *et al.*, 2016; Beniwal *et al.*, 2020; Pérez *et al.*, 2020; Sreedaran *et al.*, 2021).

So kontaktierten Exbrayat *et al.* (2017) 436 Personen, die sich nach einem Suizidversuch in die Notaufnahme begeben hatten, nach 8, 30 und 60 Tagen erneut telefonisch. Eine Kontrollgruppe wurde ebenfalls untersucht. Die Autor:innen kamen zu dem Ergebnis, dass ein telefonisches *Follow-Up* die Suizidversuchsraten deutlich senken konnte. Es scheint, als sei der regelmäßige Kontakt ein wichtiger Schutzfaktor.

Einen ähnlichen Ansatz verfolgen Vaiva *et al.* (2006) in ihrer randomisierten kontrollierten Studie. Auch hier wurden Patient:innen nach einem Aufenthalt in der Notaufnahme aufgrund eines Suizidversuchs einen und drei Monate später erneut kontaktiert. Die Autoren kamen ebenfalls zu dem Schluss, dass der telefonische Kontakt

die Rate an erneuten Suizidversuchen senken konnte. Festzuhalten bleibt jedoch, dass die Nachsorgeperiode in beiden genannten Studien vergleichsweise kurz ist, bedenkt man, dass das Risiko für einen erneuten Suizidversuch noch Jahre später erhöht sein kann (Chung *et al.*, 2017; Inagaki *et al.*, 2019).

Die meisten Nachsorgetermine und das längste Intervall waren im Studienprotokoll von Cebrià *et al.* (2013) vorgesehen: Dort wurden die Teilnehmenden eine Woche, einen Monat, sowie 3, 6, 9 und 12 Monate nach einem Suizidversuch und anschließender notärztlicher Behandlung telefonisch kontaktiert. Auch hier kam man zu dem Schluss, dass die regelmäßige Kontaktaufnahme die Rate an erneuten Suizidversuchen senken konnte. Besonders der früh erfolgte Erstkontakt, gepaart mit dem langen Nachsorgeintervall, könnte einen positiven Effekt auf die Suizidversuchsrate gehabt haben.

Pérez *et al.* (2020) schlossen Menschen mit einem erhöhten Risiko für einen Suizidversuch in ein Programm mit sowohl telefonischem, als auch persönlichen Nachsorgeterminen ein. Die Proband:innen wurden nach der Entlassung aus dem Krankenhaus innerhalb von 10 Tagen zu einem Nachsorgegespräch wieder einbestellt. Am 30. Tag nach der Entlassung erfolgte ein Telefonkontakt. Wenngleich kein positiver Effekt auf die Suizidversuchsrate festgestellt werden konnte, scheint auch diese Studie die Vorteile einer telefonischen Nachsorge aufzuzeigen. Eine Verbindung der Telefonkontakte mit persönlichen Terminen könnte praktikabel sein. Fraglich ist jedoch, ob auch die Gruppe der älteren Menschen einen persönlichen Termin in einem gegebenenfalls weiter entfernt liegenden Krankenhaus wahrnehmen würde.

Statt eines telefonischen oder postalischen *Follow-Ups* haben mehrere Studien die psychotherapeutische Intervention nach einem Suizidversuch zum Gegenstand ihrer Forschung gemacht. Kognitive Verhaltenstherapie kann nach einem Suizidversuch das Wiederholungsrisiko effektiv senken (Brown *et al.*, 2005).

So kamen etwa Rudd *et al.* (2015) zu dem Ergebnis, dass eine kognitive Verhaltenstherapie über zwölf Wochen das Risiko für einen erneuten Suizidversuch innerhalb von 24 Monaten nach dem initialen Ereignis im Vergleich zur Kontrollgruppe um ca. 60% senkte. Die Stichprobe bestand in diesem Fall aus Soldat:innen, die entweder einen Suizidversuch begangen oder Suizidgedanken mit konkretem Todeswunsch angegeben hatten.

Mit einer Metaanalyse untersuchten auch Götzsche und Götzsche (2017), ob kognitive Verhaltenstherapie geeignet ist, das Risiko eines erneuten Suizidversuches zu senken. Verglichen mit den jeweiligen Kontrollgruppen, die ausschließlich die übliche Therapie erhielten, konnte die Verhaltenstherapie die Suizidversuchsrate halbieren.

Auch eine interpersonale, psychodynamische Psychotherapie (IPT) erwies sich in Studien als effektiv für Menschen, die einen Suizidversuch begangen hatten. Guthrie et al. (2001) nutzten diese Art der Psychotherapie über vier Sitzungen bei Menschen, die versucht hatten, sich zu vergiften. Sie untersuchten primär das Ausmaß der persistierenden Suizidgedanken im Vergleich zur Kontrollgruppe und fanden heraus, dass diese nach sechs Monaten bei den Patient:innen der Therapiegruppe deutlich stärker reduziert waren als bei der Kontrollgruppe. Die Anzahl der erneuten Suizidversuche war ebenfalls niedriger.

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass psychotherapeutische Ansätze, die auf regelmäßigen, persönlichen Terminen beruhen, das Wiederholungsrisiko für einen Suizidversuch effektiv senken können. Keine der genannten Interventionen ist jedoch speziell für Ältere evaluiert worden. Die Umsetzbarkeit einer regelmäßigen Psychotherapie könnte in dieser Gruppe durch die besonderen Lebensumstände, die beispielsweise körperliche Einschränkungen oder das Wohnen in einem Pflegeheim mit sich bringen, jedoch erschwert werden.

Schlussfolgernd lässt sich sagen, dass, wenngleich die Suizidzahlen in Deutschland seit Jahren sinken, der Rückgang in der Gruppe der über 65-jährigen weniger deutlich ist. Der Alterssuizid stellt eine alternde Gesellschaft vor Herausforderungen. Nach einem vorangegangenen Suizidversuch ist das Risiko, einen erneuten Versuch zu verüben, auch im Alter deutlich erhöht. Es gilt daher, Nachsorgeprogramme zu entwickeln und zu evaluieren, die für diese spezielle Zielgruppe praktikabel sind, um sie so effektiver vor einem erneuten Suizidversuch zu schützen. Die genannten Interventionsstudien machen deutlich, dass dies möglich ist, aber auch, dass es Anpassungen für ältere Teilnehmende braucht, um fundierte Aussagen über Praktikabilität und Effektivität zu treffen.

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel über die semistrukturierte Erfassung der Lebensverhältnisse sowie des körperlichen und psychischen Befindens von älteren Menschen im ersten Jahr nach einem Suizidversuch und die anschließende

Beschreibung eines auf diese Lebensumstände angepassten Suizidversuchsnachsorgeprojektes ebenjene Forschungslücke zu füllen.

1.6 Psychometrische Tests zur Untersuchung von Suizidalität und Lebensverhältnissen im Alter

Der Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ist ein Fragebogen, der neun Items umfasst und zum Ziel hat, eine mögliche depressive Symptomatik zu quantifizieren. Der PHQ-9 findet in vielen Bereichen der Medizin und Pflege eine breite Anwendung, da er kurz und schnell zu bearbeiten ist und trotzdem eine hohe Aussagekraft in Bezug auf die Depressivität des Antwortenden besitzt. Auch der Schweregrad der Depression kann durch die Beantwortung des PHQ-9 abgeschätzt werden (Kroenke *et al.*, 2001).

Der PHQ-9 enthält unter anderem die Frage nach Suizidgedanken. Studien zufolge ist die positive Antwort auf diese Frage ein valider Prädiktor für einen zukünftigen Suizidversuch (Simon *et al.*, 2013). Der PHQ-9 ist jedoch kein speziell auf alte Menschen zugeschnittenes Instrument. Die hohe Prädiktionskraft scheint jedoch sowohl über die Altersgruppen, als auch über die Zeit hinweg konstant zu sein (Rossom *et al.*, 2017). Auch im Alter ist der PHQ-9 ein valider psychometrischer Test zur Detektion von Suizidalität und depressiver Symptomatik (Chen *et al.*, 2010).

Im Vergleich mit anderen klinischen Diagnosetools für eine schwere Depression ist der PHQ-9 sehr sensitiv und kann besonders gut für ältere Menschen zum Screening einer schweren Depression genutzt werden (Levis *et al.*, 2019).

Das Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter (MILVA) wurde von Adler *et al.* entwickelt und ist ein Instrument, welches anhand von insgesamt 25 Fragen aus 4 verschiedenen Kategorien die Umstände untersucht, in denen die teilnehmenden Personen leben. Der Fragebogen in deutscher Sprache umfasst die Kategorien Kontakte, Aktivitäten, Wohnen und Finanzen, wobei für jede Kategorie maximal 10 Punkte vergeben werden können, woraus sich ein möglicher Gesamtscore von 40 ergibt. Als Cut-Off-Wert definierten die Autoren 27 Punkte. Liegt das Ergebnis darunter, weist es auf eine erniedrigte Lebensqualität des Befragten hin (Adler *et al.*, 2000). Durch seine Praktikabilität und umfassende Darstellung der Lebensverhältnisse alter Menschen ist der MILVA für Studien, die sich mit ebendiesen Verhältnissen befassen, ein zuverlässiges Instrument (Holzhausen *et al.*, 2011).

Die aktuelle Forschung zeigt zusammenfassend auf, dass sowohl der PHQ-9, als auch der MILVA eine hohe Praktikabilität und Aussagekraft für die Detektion von Suizidalität und die Beschreibung der Lebensverhältnisse älterer Menschen in Deutschland aufweisen. Bisher gibt es jedoch keine Studie, die einen oder beide Fragebögen im Zusammenhang mit einer Beobachtungsstudie nach einem Suizidversuch bei älteren Menschen nutzt.

1.7 Ziele der Arbeit

Aus der dargelegten Relevanz für die Neu- und Weiterentwicklung von Suizidversuchsnachsorgeprogrammen im Alter und den dazu veröffentlichten Ergebnissen vorangegangener Forschung lassen sich folgende Forschungsfragen für diese Arbeit definieren:

Forschungsfrage 1: Wie verhalten und verändern sich die Lebensverhältnisse sowie das körperliche und psychische Befinden von älteren Menschen im Verlauf eines Jahres nach einem Suizidversuch bei einer Düsseldorfer Stichprobe?

Forschungsfrage 2: Wie sollte ein Suizidversuchs-Nachsorgeprojekt gestaltet sein, welches die Besonderheiten der Lebensverhältnisse sowie das körperliche und psychische Befinden von älteren Menschen der erhobenen Stichprobe adäquat berücksichtigt?

Die Forschungsfragen wurden durch eine zwölfmonatige Beobachtungsstudie mit monatlichen telefonischen Kontakten einer Stichprobe von über 65-jährigen, die wegen eines Suizidversuchs in stationärer Behandlung waren und danach in ihr häusliches Umfeld zurückkehrten, adressiert. Ein vergleichbares Projekt, welches die Proband:innen ein Jahr lang monatlich ausführlich telefonisch begleitet und gleichzeitig ein umfassendes Bild der Lebensverhältnisse und der psychischen Befindlichkeit der Teilnehmenden zeichnet, konnte in der Literatur nicht gefunden werden. Das vorgestellte Projekt soll demnach eine Grundlage für größer angelegte Studien zum Thema Suizidversuchsnachsorge bei Personen über 65 Jahren bilden. Als primäre Zielvariablen werden die Lebensverhältnisse und das psychische Befinden definiert, um so die Hintergründe des Alterssuizids näher zu untersuchen. Als sekundäre Zielvariablen dienen die Ergebnisse der PHQ-9- und MILVA-Fragebögen, die Anzahl erneuter Suizidversuche, die Anzahl vollendeter Suizide, die Notwendigkeit der Wiederaufnahme in die Klinik sowie Gründe für einen eventuellen Studienabbruch.

Über einen Zeitraum von zwölf Monaten wurden die primären und sekundären Zielvariablen anhand semistrukturierter, telefonischer Interviews monatlich durch die Doktorandin erhoben. Obwohl die vorliegende Studie eine Beobachtungsstudie ist, sah das Studienprotokoll sofortige Unterstützungsangebote bei akuter Suizidalität vor.

2 Methoden

2.1 Studiendesign

Die vorliegende Beobachtungsstudie wurde am LVR-Klinikum Düsseldorf für Psychiatrie und Psychotherapie in der Abteilung für Gerontopsychiatrie durchgeführt.

Pro Proband:in war ein Beobachtungszeitraum von einem Jahr nach Entlassung aus der Klinik mit jeweils einem Gespräch pro Monat vorgesehen. Es wurde ein Rekrutierungsziel von 10 Proband:innen für diese Studie festgesetzt, da dadurch bis zu 120 Gespräche zu erwarten waren. Die dadurch zu erwartende Anzahl an qualitativen Daten erschien ausreichend, um die Forschungsfragen adäquat beantworten zu können. Da die Einschlusskriterien eng gewählt wurden, war absehbar, dass die Rekrutierung einige Zeit in Anspruch nehmen würde. Bei einer höheren Proband:innenzahl hätte mit einer deutlich längeren Rekrutierungsdauer bei ähnlicher Aussagekraft gerechnet werden müssen, sodass davon abgesehen wurde.

Geeignete Patient:innen wurden von der Doktorandin im Rahmen ihrer stationären Behandlung nach einem Suizidversuch auf der jeweiligen Station aufgesucht. Es erfolgte die ausführliche Aufklärung über den geplanten Ablauf der Studie und ein erstes Gespräch zum näheren Kennenlernen. Im persönlichen Gespräch erfolgte eine ausführliche Anamnese, die die biografische, psychiatrische, sowie die Suizidanamnese beinhaltete. Ein besonderes Augenmerk wurde dabei auf das Erfragen der aktuellen Lebensverhältnisse gelegt. Bei der Erhebung des psychopathologischen Befundes orientierte sich die Doktorandin an dem Leitfaden von Fähndrich und Stieglitz (2018), der ein halbstrukturiertes Interview anhand des Systems der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) umfasst.

Nach der Aufklärung und schriftlichen Einwilligung wurden die Telefonnummer sowie ein Notfallkontakt im Falle eines ungeklärten Nicht-Erreichens der Teilnehmenden aufgenommen. Im Monat nach der Entlassung des Teilnehmenden erfolgte dann der erste telefonische Kontakt. Insgesamt war ein telefonischer Kontakt pro Monat über einen Zeitraum von 12 Monaten pro Teilnehmer:in vorgesehen.

Um die Forschungsfrage 1 zu beantworten, wurde während des Nachbeobachtungszeitraums das psychische Befinden der Teilnehmenden untersucht. Methodisch wurden dazu mithilfe semistrukturierter Interviews die Lebensverhältnisse

und das psychische Befinden erhoben (vgl. Abschnitt 2.6 auf Seite 21). Zusätzlich wurde der Depressionsfragebogen PHQ-9 und der Fragebogen über die Lebensverhältnisse der Teilnehmenden (MILVA) verwendet (vgl. Seite 12).

Um Forschungsfrage 2 beantworten zu können, wurden die Erkenntnisse aus Forschungsfrage 1 ausgewertet und - unter Berücksichtigung der bereits vorhandenen Literatur zu diesem Thema - ein ideales Suizidnachsorgeprojekt für Personen über 65 Jahre in Düsseldorf, Deutschland beschrieben. Dieses Forschungsprojekt sollte demnach als Grundlage für größer angelegte Studien zum Thema Suizidversuchsnachsorge im Alter dienen.

Abbildung 1 veranschaulicht den Nachbeobachtungszeitraum schematisch.

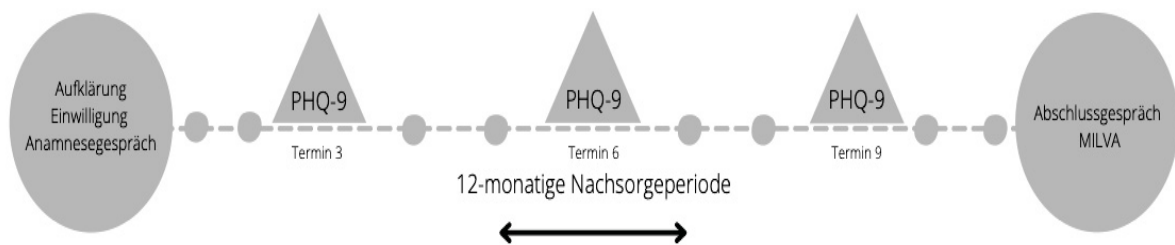


Abb. 1: Ablauf der Nachsorge

2.2 Teilnehmende

2.2.1 Geschlecht und Alter

Für die Studie wurden Männer und Frauen über 65 Jahren, die nach einem Suizidversuch in der Abteilung für Gerontopsychiatrie des LVR-Klinikum Düsseldorf stationär behandelt wurden, rekrutiert.

2.2.2 Einschlusskriterien

Im Vorfeld wurden die Einschlusskriterien der Studie definiert. Es durften nur stationär behandelte Patient:innen nach einem Suizidversuch teilnehmen.

Bei allen musste eine depressive Symptomatik oder eine akute Belastungsreaktion vorliegen.

Der Suizidversuch durfte nicht weiter als 3 Wochen vor der stationären Aufnahme stattgefunden haben.

Der Suizidversuch musste zudem aktiv durchgeführt worden sein, nicht aber durch ein passives Unterlassen der Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme.

Selbstverständlich musste ein schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie vorliegen.

2.2.3 Ausschlusskriterien

Ausschlusskriterien waren das Vorliegen einer manifesten mittelschweren bis schweren Demenzerkrankung oder einer schweren wahnhaften Symptomatik, wobei der Verarmungswahn nicht dazugezählt wurde.

Wiesen potentielle Teilnehmende eine akute Alkoholentzugssymptomatik oder eine infauste Prognose einer terminalen Erkrankung auf, konnten sie ebenfalls nicht eingeschlossen werden.

Für die vorliegende Studie galt ein Suizidversuch unter Einbeziehung weiterer Personen als Ausschlusskriterium. Dabei kann der Suizid unter Einbeziehung anderer in mehrere Kategorien aufgeteilt werden: Beim *Doppelsuizid* wird eine möglichst gleichzeitige Handlung am gleichen Ort angestrebt. Beide Personen handeln „freiwillig“. Im Gegensatz dazu kann das Einverständnis beim sogenannten *Homizid-Suizid* nicht sicher festgestellt werden. Es werden eine oder mehrere Personen, meist Intimpartner oder Kinder, in die Tötungshandlung mit einbezogen (Wolfersdorf und Etzersdorfer, 2011).

Selbstverletzendes Verhalten (früher auch *Parasuizid* genannt) wird in der vorliegenden Studie nicht eingeschlossen. Hier wird der Tod zwar als Folge in Kauf genommen, stellt jedoch nicht das Ziel der Handlung dar. Selbstverletzendes Verhalten gilt jedoch als Risikofaktor für spätere Suizidalität, sollte also ebenfalls Inhalt von Präventionsprogrammen- und Studien sein (Cheung *et al.*, 2017).

Selbstverständlich führte auch die Ablehnung der Teilnahme dazu, dass Patient:innen nicht weiter kontaktiert wurden.

2.3 Rekrutierung

Zu Beginn suchte die Doktorandin die Personen, die als Proband:innen in Frage kamen, im stationären Rahmen auf.

Es folgte ein klinisches Interview, welches nach einer kurzen Vorstellung und Erläuterung des Anlasses für die Konsultation im persönlichen Gespräch die Umstände des Suizidversuchs explorierte. Eine biografische sowie eine Sozialanamnese wurden erhoben und Begleiterkrankungen erfragt. Ziel war auch ein professioneller Beziehungsaufbau um die Teilnehmenden mit der Person vertraut zu machen, mit der sie im nächsten Jahr am Telefon über ihre Lebenssituation sprechen sollten.

Bei dieser Gelegenheit wurden die Studien- und Teilnahmebedingungen ausführlich erläutert und es bestand Raum für Rückfragen.

Im Anschluss an das Gespräch wurde allen potentiellen Proband:innen ausreichend Zeit gewährt, um sich für oder gegen eine Studienteilnahme zu entscheiden. Hatten sie ihre Zusage gegeben, erlaubten sie damit der Doktorandin, ihre Telefonnummer aufzunehmen. Darüber hinaus gaben alle Teilnehmenden eine weitere Nummer einer nahen Bezugsperson an, die die Doktorandin im Falle eines Nichterreichens kontaktieren dürfte.

Alle Proband:innen wurden mit den in der Studie genutzten Messinstrumenten vertraut gemacht: Dem Patient Health Questionnaire (PHQ-9), welcher in neun Fragen das Ausmaß einer depressiven Symptomatik quantifiziert und drei Mal im Verlauf des *Follow-Ups* zur Anwendung kam; sowie dem Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter (MILVA), welches anhand verschiedener Kategorien die Lebensverhältnisse alter Menschen erfasst und am Ende der Intervention beantwortet wurde.

Auf die Einwilligung zur Teilnahme folgte ein telefonisches *Follow-Up* über einen Zeitraum von einem Jahr. Jeden Monat fand der telefonische Kontakt mit der Doktorandin statt. Bei Nichterreichungen wurden bis zu drei weitere Kontaktversuche unternommen. Anschließend war durch das Studienprotokoll vorgesehen, den Notfallkontakt zu kontaktieren.

Die monatlichen Gespräche umfassten nach einem vorgefertigten Interviewleitfaden und im Sinne eines semi-strukturierten Interviews zunächst eine Abfrage des aktuellen

Befindens und der sozialen Umstände wie im Abschnitt 2.6 beschrieben wird. Danach konnte, je nach aktuellem Bedarf, auf Beschwerden oder Probleme eingegangen werden.

Wie in Abbildung 1 auf Seite 16 schematisch dargestellt, fand zu drei festgelegten Terminen (im Monat 3, 6 und 9) die Beantwortung des PHQ-9 statt, der allen Teilnehmenden bei Entlassung aus der Klinik in Papierform mitgegeben worden war. Die Punktwerte wurden pseudonymisiert tabellarisch festgehalten.

Der letzte Termin bestand aus einem Abschlussgespräch, einer kurzen Evaluation des *Follow-Ups* sowie der Erhebung des MILVA-Fragebogens.

Wichtig zu erwähnen sei an dieser Stelle, dass während des *Follow-Ups* zu jedem Zeitpunkt galt: Bei Verschlechterung des Befindens, akuter Suizidalität, neu aufgetretener Symptomatik (psychotisch, o.ä.) war eine kurzfristige erneute stationäre Einweisung stets möglich. Die Doktorandin stand in regelmäßigen Kontakt mit den behandelnden Ärzt:innen der Gerontopsychiatrie und konnte bei Unsicherheiten darauf vertrauen, dass sich für die Behandlung verantwortliche Personen einschalteten und gemeinsam zum Wohle der Proband:innen weiterverfahren würde.

Alle Daten wurden pseudonymisiert erhoben. Lediglich der Studienleiter und die Doktorandin hatten Zugriff auf den Zuordnungsschlüssel. Dieser Schlüssel wurde 1 Monat nach der Datenaufzeichnung gelöscht. Die Studiendaten werden in anonymisierter Form für 10 Jahre aufbewahrt.

2.4 Messinstrumente

2.4.1 Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Der PHQ-9 wurde telefonisch am 3., 6., und 9. Nachsorgetermin abgefragt. Wie im Manual des PHQ-9 (Kroenke, Spitzer und Williams, 2001) beschrieben, wurden im Anschluss an das Gespräch die Punktwerte addiert und die Summe der Antworten pro Test in eine Excel-Tabelle übertragen.

2.4.2 Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter (MILVA)

Der MILVA wurde am letzten Nachsorgetermin erhoben. Wie im Manual (Adler *et al.*, 2000) beschrieben, wurden die Punktwerte für die einzelnen Kategorien des Fragebogens auf dem Antwortbogen festgehalten. Im Anschluss daran wurde die Summe der einzelnen Kategorien, sowie die Gesamtsumme gebildet und vom Antwortbogen in eine Excel-Tabelle übertragen.

2.5 Datenauswertung

Aus den Nachsorgeterminen und den Fragebögen wurden verschiedene quantitative und qualitative Daten gewonnen. Zunächst wurde eine Analyse der Stichprobe nach statistischen Kennwerten durchgeführt, in der die Geschlechterverteilung, Mittelwert und Median des Alters bestimmt wurden. Die Ergebnisse des Erstgesprächs, welches im stationären Rahmen stattfand, wurden nach Kategorien unterteilt und in einer Tabelle zu den soziodemografischen und psychiatrischen Eigenschaften der Teilnehmenden zu Beginn der Nachsorge pseudonymisiert festgehalten. Die Telefoninterviews wurden unmittelbar nach dem Gespräch schriftlich und in Stichpunkten protokolliert. Die so protokollierten Punkte wurden in einer Tabelle festgehalten, die den Inhalt der Gespräche für die einzelnen Proband:innen über den Verlauf von einem Jahr darstellt.

Die erfolgten Kontakte wurden in eine Tabelle nach den Kategorien „erfolgt“, „nicht erreichbar“, „im stationären Rahmen kontaktiert“, „verstorben“ und „Notfallkontakt“ festgehalten, um am Schluss den Anteil planmäßig verlaufener Telefonkontakte angeben zu können.

Die Fragebögen PHQ-9 und MILVA wurden während der Gespräche in Papierform ausgefüllt und unmittelbar im Anschluss in eine Excel-Tabelle übertragen. Aus den so entstandenen Tabellen wurden zur besseren Darstellung Abbildungen mit dem Programm Excel erstellt.

2.6 Interviewleitfaden

Um Forschungsfrage 1 zu beantworten, erfolgten monatliche Telefonkontakte, in denen nicht nur Fragebögen beantwortet wurden, sondern auch die aktuelle Anamnese in Form eines semistrukturierten Interviews erhoben wurde.

Wie in einer Arbeit zum Thema vorgeschlagen (Niebert und Gropengießer, 2014), wurde beim Erstellen des Interviewleitfadens zunächst eine grobe zeitliche Gliederung erstellt. Vor dem Interview erfolgte stets die Vorstellung der Doktorandin in ihrer Position, ein Dank für die Teilnahme wurde ausgesprochen und das Einverständnis, den Termin jetzt wahrzunehmen, wurde eingeholt. Der zeitliche Rahmen wurde mit ca. 10 Minuten angekündigt. Darauf folgte der Hauptteil des Gesprächs: die aktuelle Anamnese. Eingangs wurde hier stets die Frage gestellt: „Wie ist es Ihnen seit unserem letzten Gespräch ergangen?“. Im Sinne des semistrukturierten Interviews bestand dann die Möglichkeit, freier in ein Gespräch zu kommen und auf Äußerungen seitens der Teilnehmenden spontan zu reagieren. Darauf folgte die Frage nach aktueller Suizidalität: „Haben Sie seit unserem letzten Gespräch darüber nachgedacht, sich etwas anzutun, die Absicht gefasst oder einen Versuch unternommen?“ Je nachdem, wie die Antwort auf diese Frage ausfiel, bestand an dieser Stelle die Möglichkeit, Schritte zur Krisenintervention einzuleiten. Im Anschluss daran wurde beim 3., 6. und 9. Termin der PHQ-9 erhoben. Der Abschluss des Gesprächs erfolgte standardisiert mit einem Dank für die Teilnahme und der Terminfindung für den darauffolgenden Monat. Das Abschlussgespräch erfolgte identisch, mit dem Unterschied, dass am Ende der MILVA-Fragebogen erhoben wurde und eine endgültige Verabschiedung stattfand.

Durch diesen vorher festgelegten Ablauf der Telefonate im Sinne eines semistrukturierten Interviews wurde einerseits die ausführliche Anamneseerhebung und die Möglichkeit der Fokussierung auf Teilaspekte gewährleistet, während andererseits eine bestmögliche Reproduzierbarkeit der Studie sichergestellt wurde.

2.7 Ethikvotum

Es liegt ein positives Ethikvotum des Ethikkomitees der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf vor, dessen Aktenzeichen 2018-23-KFogU lautet.

3 Ergebnisse

3.1 Klinische und demografische Angaben zur Stichprobe

Die vorliegende Beobachtungsstudie umfasste 10 Teilnehmende, von denen je 5 Personen männlich und 5 weiblich waren. Das durchschnittliche Alter bei Studienbeginn betrug 74,9 Jahre, der Median betrug 73 Jahre.

Es wurden ausschließlich über 65-jährige Personen, die nach einem Suizidversuch stationär im LVR-Klinikum Düsseldorf aufgenommen wurden, rekrutiert. Nach Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien (s.o.) und nach einer ausführlichen Aufklärung über die Teilnahmebedingungen willigten von 16 im Rekrutierungszeitraum geeigneten Personen 10 ein, an der Studie teilzunehmen.

Als Gründe für die Ablehnung der Teilnahme wurden die eigene Hochaltrigkeit, körperliche Beeinträchtigungen wie zum Beispiel Schwerhörigkeit oder visuelle Einschränkungen sowie der fehlende Wille zur monatlichen Kontaktaufnahme genannt. Auch Misstrauen in die Sinnhaftigkeit der eigenen Teilnahme und persistierende Lebensüberdrussgedanken führten zur Ablehnung.

Die Rekrutierung der Proband:innen erfolgte stets im persönlichen Gespräch während des stationären Aufenthalts. Die Rekrutierungsphase erstreckte sich über ein Jahr, sodass erste Teilnehmende das *Follow-Up* abgeschlossen hatten, als die letzten Personen begannen. Anders als im Studienprotokoll geplant, konnte nur einer der Abschlusstermine tatsächlich persönlich in den Räumen der gerontopsychiatrischen Ambulanz stattfinden. Alle anderen mussten, aufgrund von Umzügen, persönlichen Umständen und der zum Zeitpunkt einiger *Follow-Up* Termine herrschenden weltweiten Corona-Pandemie, die einen persönlichen Kontakt unmöglich machte, telefonisch erfolgen.

3.2 Ergebnisse der Anamnesegespräche

Im Folgenden sollen die Informationen, die aus den Aufnahmegesprächen gewonnen wurden, erläutert werden. Sie sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Ein besonderes Augenmerk wurde von der Doktorandin auf die Lebensumstände und das körperliche

und psychische Befinden der Teilnehmenden gelegt. Zusammengefasst werden diese Ergebnisse nochmals in der Tabelle 3 am Schluss des Ergebnisteils.

Zunächst wurden die Umstände des vorangegangenen Suizidversuchs genauer beleuchtet.

Als Beweggründe für den Suizidversuch wurden wiederholt die Angst vor dem Verlust der Autonomie und die Abhängigkeit von externer Pflege genannt. Auch die soziale Isolation war für die betroffenen Patient:innen ein Auslöser.

Am häufigsten, in sieben von zehn Fällen, wurde die Vergiftung mit Medikamenten als Suizidmethode angegeben. In einem Fall erfolgte zusätzlich zur Substanzeinnahme ein Strangulationsversuch, in einem weiteren Fall erfolgten neben einer Intoxikation zusätzlich Schnittverletzungen an den Handgelenken.

Ein Patient war in suizidaler Absicht aus dem Fenster gesprungen, ein anderer hatte versucht, sich zu ertränken. Eine weitere Patientin gab als Methode des Suizidversuchs willentliches Erstickten mittels einer Plastiktüte an.

50% der Proband:innen gaben an, in der Vergangenheit mindestens einen weiteren Suizidversuch begangen zu haben, bei einer Teilnehmerin waren es sogar mehr als 5 Versuche gewesen.

Ebenfalls im Anamnesegespräch wurde der Familienstand der Personen erfragt. Dabei fiel auf, dass 4 von 10 Teilnehmenden ledig waren, einer in Trennung lebte, zwei Personen verwitwet und die übrigen drei verheiratet waren. Nur 30% der Teilnehmenden lebte also zum Zeitpunkt des Suizidversuchs mit einem Partner oder einer Partnerin zusammen.

6 der 10 Patient:innen erfüllten zum ersten Mal die ICD-10-Kriterien einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome. Es lag also die Erstdiagnose einer Depression vor.

In den anderen vier Fällen wurde eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode ohne psychotische Symptome diagnostiziert. Diese Patient:innen waren schon früher mit einer depressiven Störung diagnostiziert worden.

Bei der Erhebung der Krankengeschichte gab nur eine Person an, an keiner relevanten Vorerkrankung zu leiden. Die körperlichen Vorerkrankungen der übrigen Teilnehmenden waren vielfältig. Diese waren teilweise multimorbide erkrankt, wobei

chronische Herz- und Lungenerkrankungen die größte Rolle spielten. Zwei Patientinnen waren zudem durch eine zunehmende Sehbehinderung in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt.

Doch auch Abhängigkeitserkrankungen konnten in drei von 10 Fällen diagnostiziert werden: Zwei Patientinnen litten unter einer langjährigen Alkoholabhängigkeit, während ein anderer Patient regelmäßig Cannabis konsumierte.

Die psychopharmakologische Medikation wurde ebenfalls im Anamnesegespräch erfragt. So gaben alle 10 Teilnehmenden eine Entlassmedikation an. In 9 von 10 Fällen erhielten sie Mirtazapin sowie teilweise zusätzlich beruhigende Substanzen verschiedener Gruppen. Eine Patientin wurde mit einer Quetiapin-Monotherapie entlassen.

Nach dem Anamnesegespräch wurden die Teilnehmenden darüber informiert, dass der erste telefonische Kontakt im Monat nach ihrer Entlassung stattfinden würde.

3.3 Ergebnisse der semistrukturierten Interviews

Von zehn Teilnehmenden schlossen nur sechs den einjährigen Beobachtungszeitraum mit dem vorgesehenen Abschlussgespräch und der Erhebung des MILVA-Scores ab. Die Inhalte der semistrukturierten Interviews sind in Tabelle 3 zusammengefasst.

Eine Person war nach der Entlassung nicht mehr telefonisch zu erreichen. Drei Personen verstarben während der *Follow-Up*-Periode, wobei es sich um einen Suizid und zwei natürliche Todesfälle handelte.

Unter den Personen, die das *Follow-Up* nicht beendeten, kam es bei einem Teilnehmer zu einem vollendeten Suizid kurz nach der Entlassung aus der Klinik (Proband 2). Dieser Patient war in einem psychopathologisch stabilisierten Zustand, absprachefähig und tragfähig von Suizidalität distanziert, entlassen worden, war dann jedoch zu keinem Zeitpunkt telefonisch für seinen ersten Nachsorgetermin erreichbar. Kurze Zeit später wurde die Klinik über seinen Suizid durch Ertränken informiert. Ein weiterer hochbetagter Teilnehmer verstarb noch vor dem ersten *Follow-Up*-Termin eines natürlichen Todes (Proband 5). Zu einer Teilnehmerin konnte nach ihrer Entlassung trotz mehrfacher Nachfrage bei ihrem angegebenen Notfallkontakt kein Kontakt mehr aufgebaut werden (Proband 8). Während der *Follow-Up*-Periode, nach vier

wahrgenommenen Terminen, verstarb ein weiterer Teilnehmer eines natürlichen Todes (Proband 9).

Mit den verbliebenen sechs Teilnehmenden funktionierte die telefonische Nachsorge zuverlässig.

Die monatlich stattfindenden Telefongespräche verliefen stets nach einem standardisierten Protokoll. Zunächst wurden die Stimmung und die aktuelle Ausprägung der depressiven Symptomatik abgefragt. Danach hatten die Proband:innen Zeit, um etwas über ihre aktuelle Situation zu berichten. Oft ging es hierbei um innerfamiliäre Konflikte, Änderungen in der Wohnsituation (z.B. Umzug ins Pflegeheim) oder auch somatische Beschwerden und ärztliche Behandlungen. Die Doktorandin war per Protokoll dazu angehalten, empathisch, aber weitgehend wertfrei auf die einzelnen Schilderungen einzugehen.

Von insgesamt 76 Kontaktaufnahmen wurden 73 zuverlässig beantwortet, was auf eine hohe Compliance in Bezug auf die Studienteilnahme hinweist.

Im Studienprotokoll war darüber hinaus festgehalten, dass die Doktorandin darauf achtet, ob sich die Patient:innen erneut psychisch verschlechterten oder suizidale Absichten hegten. Insgesamt war dies bei 2 von 10 Personen der Fall.

In einem von 76 Telefonaten wurde der Krisenalgorithmus in Form eines ärztlichen Kontaktes aktiviert. Der Patient wurde daraufhin erneut stationär aufgenommen. Insgesamt fanden somit 5 Kontakte während des wiederholten stationären Aufenthalts dieses Patienten statt.

Darüberhinaus gab es während der *Follow-Up*-Periode keine weiteren erneuten stationär-psychiatrischen Aufnahmen.

Wenn der Telefonkontakt unauffällig verlief und kein weiterer Gesprächsbedarf bestand, konnte es dann, mit Hinweis auf das nächste Telefonat, beendet werden.

Der regelmäßige telefonische Kontakt und die vielen Gespräche variabler Länge mit einer festgelegten Person hatten auch dazu geführt, dass sich die Patient:innen in der Lage sahen, Suizidalität anzusprechen. Da die Doktorandin selbst nicht an der stationären Therapie der Patient:innen beteiligt war, war die Bindung unbelastet durch eventuelle vorherige Konflikte.

Die Mehrzahl der Teilnehmenden (8 von 10 Personen) nahm nach ihrem stationären Aufenthalt keine weitere ambulante Psychotherapie in Anspruch. Somit waren die monatlichen Telefonate der einzige Kontakt zu einer psychiatrischen Versorgungsstruktur.

Auf die Abfrage der Symptome folgte oft ein reger Austausch über den Alltag der Proband:innen. Die Telefonate gaben den Teilnehmenden den Raum, einer außenstehenden Person aus ihrem Leben zu berichten, Erinnerungen und Meinungen zu teilen sowie ihre aktuelle Situation zu reflektieren. Der Inhalt der Gespräche und deren Verlauf über die Zeit sind in Tabelle 4 auf Seite 32 festgehalten.

Zwischen den einzelnen Jahresverläufen gab es große Unterschiede. Die Patient:innen, die am Ende der Follow-Up-Periode einen besonders positiven Blick auf ihr Leben zeigten, hatten das ganze Jahr über beinahe keine depressive Symptomatik mehr berichtet und waren im Gegenteil voller Tatendrang in Bezug auf ihre Alltagsgestaltung gewesen.

Anders verhielt es sich bei den Teilnehmenden, die stets von einer gewissen Ohnmacht gegenüber ihrem Schicksal berichtet hatten. Sie berichteten häufiger über persistierende Suizidgedanken sowie depressive Symptome.

Der Umzug in ein Pflegeheim und die damit verbundene Aufgabe persönlicher Autonomie wurde beispielsweise von den betreffenden Personen als einschneidend erlebt.

3.4 Ergebnisse des PHQ-9

Während der *Follow-Up*-Periode diente der PHQ-9 zur Einschätzung der Ausprägung einer depressiven Symptomatik. Alle drei Monate (Termin 3, 6 und 9) wurde der Fragebogen im Telefongespräch erhoben. Die Ergebnisse sind in Abbildung 2 gezeigt.

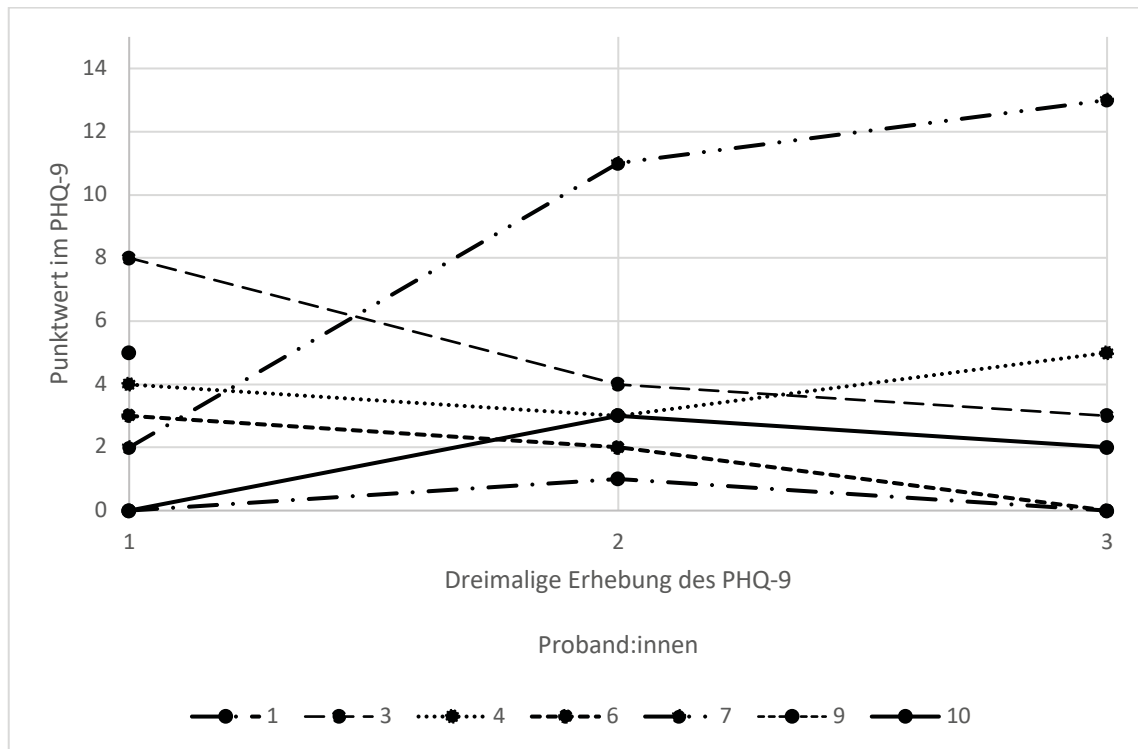


Abb. 2: PHQ-9-Fragebogen, Werte nach 3,6 und 9 Monaten des Follow-Up

Nur bei einer Patientin stiegen die Punktwerte deutlich an, was als Hinweis auf eine Verschlechterung der depressiven Symptomatik zu werten ist.

Die betreffende Teilnehmerin erreichte bei der dritten Auswertung 13 Punkte im PHQ-9, was einer mittelschweren depressiven Symptomatik entspricht. Alle anderen Teilnehmenden wiesen im Verlauf eine Reduktion der depressiven Symptomatik auf oder verblieben auf einem niedrigen Niveau.

Wichtig zu erwähnen sei an dieser Stelle, dass während des *Follow-Ups* zu jedem Zeitpunkt galt: Bei Verschlechterung des Befindens, akuter Suizidalität, neu aufgetretener Symptomatik (dementiell, psychotisch, o.ä.) war eine kurzfristige erneute stationäre Einweisung stets möglich. Die Doktorandin stand in regelmäßigen Kontakt mit den behandelnden Ärzt:innen der Ambulanz der Abteilung für Gerontopsychiatrie und konnte bei Unsicherheiten kurzfristig mit den Fachärzten dort Kontakt aufnehmen und weitere Maßnahmen veranlassen.

3.5 Ergebnisse des MILVA

Am 12., also dem letzten, Termin wurde mit allen Proband:innen abschließend der MILVA-Fragebogen bearbeitet. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 1.

Der Fragebogen ergänzte als sekundäre Zielvariable die Erkenntnisse, welche zur Beantwortung der Forschungsfrage 1 herangezogen wurden, indem er eine quantitative Darstellung der aktuellen Lebensverhältnisse der Teilnehmenden ein Jahr nach einem Suizidversuch ermöglicht.

Proband:in	Unterkategorien				Summe
	Aktivitäten	Kontakte	Wohnen	Finanzen	
1	8	4	7	10	29
3	2	1	6	10	19
4	4	5	9	6	24
6	7	7	9	8	31
7	2	3	8	10	23
10	8	2	7	4	21

Tabelle 1: Auswertung des MILVA [Punkte]

Bei einem maximal zu erreichenden Wert von 40 Punkten lagen nur zwei Proband:innen oberhalb des Cut-Off-Wertes von 27 Punkten.

Die anderen 4 Personen blieben unter der Schwelle, was als Hinweis auf eine fehlende soziale Einbindung gedeutet werden kann.

Der Cut-Off für den Aktivitäten-Score liegt bei 6 Punkten. Dieser Wert wurde von der Hälfte der Teilnehmenden erreicht. Die Patienten, die zur Zeit der Befragung im Pflegeheim lebten (Patienten 2 und 3 in der Tabelle), gaben ein niedriges Aktivitäts-Level an. Aber auch die Patientin, die zusätzlich zu ihrer bleibenden depressiven Symptomatik an einer schweren Beeinträchtigung ihrer Sehkraft litt (5), gab an, eher inaktiv zu sein.

Einen Wert oberhalb des Cut-Off-Scores von 6 Punkten in der Kategorie Kontakte erreichte von 6 Personen nur eine einzige.

In der Kategorie Wohnen erreichten alle bis auf eine Person den Cut-Off-Wert, der bei 7 Punkten liegt. Finanziell gaben vier von sechs Teilnehmenden an, in einer komfortablen Situation zu sein (Cut-Off Wert liegt bei 8 Punkten).

Tabelle 2: Soziodemographische Daten und psychiatrische Vorgeschichte der Proband:innen: P, Proband:in; A, Alter; G, Geschlecht (w: weiblich, m: männlich); SV, Anzahl vorheriger Suizidversuche

P	A	G	SV	Anamnese	Suizidmethode	Komorbiditäten	Beziehungsstatus	Psychiatrische Entlassmedikation
01	69	w	2	Impulsive Suizidideen, Schlafprobleme, Probleme mit persönlicher Bürokratie, Schwindel und niedriger Blutdruck	Medikamentenintoxikation, Messerschnitte an beiden Handgelenken	Kardiomyopathie, Alkoholabusus, gegenwärtig abstinent	Ledig, keine längerfristigen Beziehungen	Mirtazapin 15mg/d Venlafaxin 150mg/d
02	65	m	2	Trennung von der Lebenspartnerin, finanzielle Probleme, Familienkonflikte	Ertränken, Selbstverletzung durch Schnitte am linken Arm und Hals	keine	Getrennt	Mirtazapin 30mg/d
03	80	m	1	Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten, soziale Isolation	Medikamentenintoxikation	Leichte kognitive Beeinträchtigung, Cannabis-Abhängigkeit	Ledig	Mirtazapin 15mg/d Venlafaxin 150mg/d
04	74	m	0	Ehefrau mit Depression und vor kurzem Suizidversuch	Sturz aus großer Höhe, Anwesende verhinderten den Fall	Postgrippale depressive Symptome	Verheiratet	Mirtazapin 30mg/d, Pipamperon 20mg/d Sertralin 150mg/d

05	95	m	0	Seit sechs Monaten im Altersheim	Medikamentenintoxikation, Strangulation	COPD, KHK, Pneumonie, Stomatitis	Verwitwet	Mirtazapin 7,5mg/d Zopiclon 3,75mg/d
06	83	w	2	Probleme im Alltag aufgrund visueller Beeinträchtigung, Verlust der Selbstständigkeit, Gefühl, eine Last für Angehörige zu sein	Medikamentenintoxikation (Zopiclon, Opioide)	COPD, leichte kognitive Beeinträchtigung, visuelle Beeinträchtigung	Verwitwet	Mirtazapin 7,5mg/d Pipamperon 20mg/d
07	78	w	0	Visuelle Beeinträchtigung, Angst vor einer Demenzkrankung	Ersticken	Subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie, progressive visuelle Beeinträchtigung	Verheiratet	Mirtazapin 30mg/d
08	68	w	0	Depression mit psychotischen Anteilen, soziale Isolation, Probleme im Alltag, die langfristig nur mit einer Betreuung zu bewältigen sind	Medikamentenintoxikation (Mirtazapin, Risperidon, Paracetamol, Doxylamin)	Multiple Frakturen, Alkoholabusus	Ledig	Mirtazapin 30mg/d
09	72	m	0	Mehrere Operationen aufgrund von Wundheilungsstörungen, Gewichtsverlust, lang andauernde Hospitalisierung, Verlust der Selbstständigkeit	Medikamentenintoxikation (Opioide, Zopiclon)	COPD, chronische Schmerzen, Wundheilungsstörung	Verheiratet	Mirtazapin 7,5mg/d Duloxetin 60mg/d

10	65	w	>5	Soziale Isolation, finanzielle Schwierigkeiten, Renteneintritt	Alkoholintoxikation	Endokarditis, thyreotoxische Krise, Traumatisierung in der Kindheit	Ledig, keine langfristigen Beziehungen	Quetiapin 12,5mg/d
----	----	---	----	--	---------------------	---	--	-----------------------

Tabelle 3: Gesprächsinhalte der semistrukturierten Interviews pro Proband:in und Gründe bei fehlenden Daten (*kursiv*)

Proband:in:	01	03	04	06	07	09	10
Termin 1	Somatische Beschwerden Freizeitgestaltung Bedarfsmedikation	Regelmäßige Einnahme der antidepressiven Medikation Guter Kontakt zum Hausarzt Zukunftsplanung	Umzug in Wohngruppe Teilnahme an Aktivitäten dort Niedergeschlagenheit noch an manchen Tagen Positiver Blick in die Zukunft	Gute häusliche Versorgung Von Suizidalität distanziert Regelmäßige Hausbesuche des Hausarztes Psychotherapie geplant Regelmäßige Freizeitaktivitäten geplant	Persistierende Suizidgedanken Stark reduzierte Schkraft Regelmäßige ambulante Psychotherapie geplant Hilflosigkeit im Haushalt	Keine Suizidgedanken mehr Antidepressive Medikation Weiterhin Therapiemotivation Macht Zukunftspläne	<i>Nicht erreicht</i>

Termin 2	<p>Beginn hausärztliche Psychotherapie</p> <p>Besserung der somatischen Beschwerden</p> <p>Reiseplanungen</p>	<p>Zunehmend Schlafprobleme</p> <p>Regelmäßige Alltagsaktivitäten</p>	<p>Langsam Gewöhnung an neue Umgebung</p> <p>Oft Morgentief</p> <p>Suizidgedanken ohne konkrete Pläne</p> <p>Planung einer ambulanten Psychotherapie</p>	<p>Wohlbefinden</p> <p>Pflegedienst wird als große Hilfe erlebt</p> <p>Regelmäßige soziale Aktivitäten</p>	<p>Medikamentennebenwirkungen</p> <p>Gefühl, durch Antidepressiva „manipuliert“ zu sein</p> <p>Persistierende Suizidgedanken</p> <p>Pessimistischer Blick auf die Zukunft</p> <p>Nimmt Psychotherapietermine wahr</p>	<p>Luftnot starke Beeinträchtigung</p> <p>Aufgrund dessen keine der vorgenommenen Aktivitäten möglich</p>	<p>Starke Schlafprobleme</p> <p>Kommt gut im Alltag zurecht, ist sehr aktiv</p> <p>Macht Zukunftspläne</p> <p>Hilfe durch Sozialarbeiterin</p>
Termin 3	<p>Fortführung Psychotherapie</p> <p>Gefühl der Verantwortlichkeit gegenüber Freunden</p> <p>Keine Bedarfsmedikation mehr notwendig</p>	<p>Künstlerische Betätigung wird als Bereicherung erlebt</p> <p>Somatische Beschwerden belasten ihn stark</p> <p>Trauerfälle im Freundeskreis</p>	<p>Stimmung hat sich stabilisiert</p> <p>Keine Suizidgedanken momentan</p> <p>Verlust der eigenen Wohnung wird als Belastung erlebt</p>	<p>Abwechslungsreicher Alltag</p> <p>Chronische Schmerzen des Bewegungsapparates</p> <p>Verlust der Selbstständigkeit</p>	<p>Antidepressiva durch Patientin abgesetzt</p> <p>Dadurch kehre Gefühl der Autonomie zurück</p> <p>Bereitschaft, alltägliche Verrichtungen wieder aufzunehmen wird signalisiert</p>	<p>Körperlich weiterhin stark beeinträchtigt</p> <p>Konzentrationsprobleme</p> <p>Keine Suizidgedanken</p>	<p>Schläft besser</p> <p>Fühlt sich entspannter</p> <p>Wohlbefinden</p> <p>Integriert Aktivitäten in ihren Alltag</p>
Termin 4	<p>Prioritäten im Alltag setzen</p> <p>Regelmäßige Teilnahme an mehreren Freizeitaktivitäten</p>	<p><i>Nicht erreicht</i></p>	<p>Stetige Verbesserung der Stimmung</p>	<p>Gefühl der Dankbarkeit gegenüber pflegenden Angehörigen</p>	<p>Hoffungslosigkeit</p> <p>Hilflosigkeit im Alltag</p>	<p>Zufrieden</p>	<p>Unterstützung durch Sozialarbeiterin hat großen Wert für sie</p>

Termin 4 (Forts.)	Fortführung der ambulanten Gesprächstherapie gewünscht		Entscheidung über Zurückziehen in eigene Wohnung steht noch aus	Selten Rückkehr der depressiven Symptomatik Klar von Suizidgedanken distanziert	Nimmt Psychotherapietermine aufgrund seiner körperlichen Einschränkungen nur unregelmäßig wahr	Regelmäßige somatische Behandlung
Termin 5	Rückkehr depressiver Symptome aufgrund einer Todesnachricht Bedarfsmedikation wird eingenommen Monatliche Psychotherapiesitzung	Stationär angetroffen: Aufenthalt wegen erneuter Suizidalität THC-Konsum Macht Zukunftspläne	Grübelneigung Niedergeschlagenheit Vor allem weiterhin unsichere Wohnsituation belastend Die Fürsorge für seine Frau vereinnahmt ihn	Somatische Beschwerden zunehmende Belastung Weiterhin regelmäßige Teilnahme an sozialen Angeboten	<i>Patient verstorben</i>	Bevorstehende Operation macht sie ängstlich
Termin 6	Teilnahme an Sturzprophylaxetraining geplant	Regelmäßige Freizeittätigkeiten THC-Abstinenz Verbesserung des Schlafes	Entscheidung ist für Wohngruppe und gegen die eigene Wohnung gefallen Teilnahme an Aktivitäten im Haus Weiterhin Suche nach Psychotherapieplatz	Fühlt sich selbstständig Sie kann ihren Alltag wieder gut allein meistern	Stimmungsschwankungen Gefühl der Ohnmacht Medikation wurde erneut umgestellt	Weiterhin somatische Beschwerden Psychisch stabil Zeigt große Motivation bezüglich ihrer Alltagsaktivitäten

Termin 6 (Forts.)			Verlust der Selbstständigkeit wird als sehr belastend erlebt		Angst vor neuen Nebenwirkungen und Autonomieverlust durch Medikamenteneinnahme		
Termin 7	Erlern Krankheitsverständnis, reagiert auf depressive Symptome	Gefühl der Überforderung Niedergeschlagenheit Zunehmende Vergesslichkeit Nicht von Suizidalität distanziert Einleitung einer erneuten stationären Therapie	Akzeptanz der neuen Wohnsituation Weiterhin Beteiligung im Haus	Wohlbefinden Regelmäßige Hausbesuche des Hausarztes	Medikamente wieder abgesetzt Kraftlosigkeit Hilflosigkeit belastet sie sehr, sie wünscht sich ausdrücklich mehr Hilfe und klare Anweisungen		Erneut Schlafstörungen Suizidgedanken werden verneint Im Kontakt stets zugewandt und freundlich
Termin 8	Sommerhitze wird als Belastung wahrgenommen Regelmäßige Termine beim Hausarzt	<i>Stationär angetroffen:</i> Verwirrtheit Beteiligung an Therapien Innere Unruhe Niedergeschlagenheit	Umzug nun vollzogen, auch seine Ehefrau ist nun im Heim eingezogen Traurigkeit an einzelnen Tagen	Sehr zufrieden mit der aktuellen Situation	<i>Telefonkontakt abgelehnt</i>		<i>Nicht erreicht</i>

Termin 8 (Forts.)		Verlust der Selbstständigkeit macht ihm Sorgen						
Termin 9	Knüpfen neuer Freundschaften Ängstlichkeit aufgrund der Hitze	<i>Stationär angetroffen:</i> Erkennt Doktorandin nicht Gefühl der Überforderung mit persönlicher Bürokratie, Finanzen Therapiemotivation besteht weiterhin	Niedergeschlagenheit Somatische Beschwerden Suizidgedanken verneint	Zunehmende Luftnot belastet sie An manchen Tagen Ärger darüber, dass der Suizidversuch nicht erfolgreich war, jedoch stets glaubhaft von Suizidalität distanziert	Gefühl der Isolation Unselbstständigkeit belastet sie Nur in Notlage bereit zu einem psychotherapeutischen Kontakt		Panikattacke ohne spezifischen Auslöser Konnte sich rasch selbst herausheifen Weiterhin aktive Alltagsgestaltung Unterstützung durch Sozialarbeiterin	
Termin 10	Antidepressive Medikation wird als hilfreich angesehen Zukunftsplanung	<i>Stationär angetroffen:</i> Innere Unruhe, Fahrigkeit Unsicherheit über die Dauer des aktuellen Aufenthalts	Überwiegend zufrieden Somatische Beschwerden haben sich gebessert, regelmäßige Kontrolle beim Hausarzt	Körperliche Beschwerden werden als Einschränkung im Alltag wahrgenommen	Gedrückte und hoffnungslose Stimmung Keine weitere regelmäßige psychotherapeutische Anbindung gewünscht Lebensüberdrussgedanken		Erneut kurze Panikattacke	
Termin 11				Besserung der somatischen Beschwerden				

<p>Termin 11 (Forts.)</p>	<p>Hitzeperiode im Rückblick aufgrund persönlicher Vorkahrungen erträglich</p>	<p>Umzug ins Altenheim Gefühl der Langeweile Wunsch, nach Hause zurückzukehren Unzufriedenheit über seine Situation</p>	<p>Lange Krankheitsphase mit grippalem Infekt Grübelneigung</p>	<p>Weiterhin selbstständig im Haushalt Antidepressiva werden weiterhin als sinnvoll angesehen und regelmäßig eingenommen</p>	<p>Weiterhin hoffnungslose, gedrückte Stimmung</p>		<p>Keine Panikattacken oder Niedergestimmtheit mehr</p>
<p>Termin 12</p>	<p>Keine Suizidgedanken mehr Guter Kontakt zum Hausarzt Positive Sicht auf die Zukunft</p>	<p>Niedergeschlagenheit Antwortet nur einsilbig Suizidgedanken verneint</p>	<p>Deutliche Verbesserung der depressiven Symptomatik innerhalb des letzten Jahres Trauer um Verlust der Wohnung und damit der persönlichen Freiheit Keine Suizidgedanken mehr Keine psychotherapeutische Therapie wahrgenommen</p>	<p>Optimistischer Blick in die Zukunft Zufrieden mit sich selbst und ihrer Situation Antidepressive Medikation wird fortgesetzt</p>	<p>Situation habe sich innerhalb des letzten Jahres kontinuierlich verschlechtert Suizidgedanken persistieren Keine regelmäßige psychotherapeutische Behandlung erfolgt</p>		<p>Interessenzuwachs innerhalb des letzten Jahres Wohlbefinden Keine Persistenz der Suizidgedanken</p>

4 Diskussion

4.1 Einordnung der Ergebnisse

4.1.1 Studiendurchführung

Der Rekrutierungszeitraum für diese Studie erstreckte sich über ein Jahr. Als Gründe für diesen relativ langen Zeitraum können die kleine Grundgesamtheit (vgl. Ein- und Ausschlusskriterien auf Seite 16 ff.) und ein hoher Anteil an geeigneten Personen, welche eine Teilnahme ablehnten (38%) genannt werden. Gründe für diese Ablehnung sind vielfältig und sollten dennoch genau untersucht werden, um Nachsorgeprojekte für diese Personengruppe zielgerichtet gestalten zu können.

Zunächst ist es in diesem Zusammenhang wichtig, die Umstände der Rekrutierung genauer zu beleuchten: Die Menschen befanden sich in einem psychiatrischen Krankenhaus unmittelbar nach einem Suizidversuch- eine Situation, die als belastend erlebt wurde. Die Betroffenen empfanden Scham, Trauer und Wut. In einer solchen Ausnahmesituation war es möglicherweise schwierig, sich auf ein 12-monatiges Nachsorgeprojekt einzulassen. Umso zentraler sollte also bei zukünftigen Projekten die behutsame Motivation zur Teilnahme an einem Nachsorgeprojekt sein. Wie auch in diesem Fall, macht die besondere Situation der Betroffenen häufig mehrere Gespräche im Vorfeld nötig, um das Vertrauen zu gewinnen und Ängste und Sorgen ausräumen zu können. Hierfür braucht es geschultes Personal, welches genügend Zeit aufbringt, um behutsam auf die Patient:innen eingehen zu können.

Die Geschlechterverteilung in der anfänglichen Stichprobe war mit 5 Männern und 5 Frauen ausgeglichen. Das *Follow-Up* beendeten jedoch nur 2 Männer und vier Frauen. 3 der 5 Männer waren verstorben, demgegenüber stand zwar eine Frau, die noch vor dem ersten Gespräch nicht mehr telefonisch erreichbar war, aber kein Todesfall. Das Ergebnis, dass mehr Frauen diese Beobachtungsstudie abgeschlossen haben, deckt sich mit den Ergebnissen anderen Studien zum Thema Suizidversuchsnachsorge (De Leo et al., 2002; Kryszynska et al., 2019). Dies liegt zum einen an der höheren Lebenserwartung, gleichzeitig ist aber laut De Leo davon auszugehen, dass Frauen sich von einem telefonischen Nachsorgeprojekt stärker angezogen fühlen und eine höhere Compliance zeigen als Männer ihrer Altersgruppe. Die Resonanz auf ein solches

Projekt scheint also zu einem großen Anteil durch das Geschlecht bestimmt zu sein. Dieser Tatsache sollte in der Rekrutierungsphase besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, indem beispielsweise Männer im Falle einer Ablehnung einen Fragebogen zu den Gründen ihrer Ablehnung der Teilnahme ausfüllen. So könnten geschlechtsspezifische Adjustierungen in der Rekrutierungsphase dazu führen, dass das Verhältnis zwischen Männern und Frauen, die bis zum Ende des Projektes nachbetreut werden, ausgeglichen ist.

Die Phase unmittelbar nach der Entlassung aus der stationären Behandlung nach einem Suizidversuch ist für die Betroffenen entscheidend, da hier die Wahrscheinlichkeit für einen wiederholten Suizidversuch am höchsten ist (Cebrià *et al.*, 2013). Dies spiegelt sich auch in der hier vorgelegten Studie wider: Der einzige wiederholte Suizidversuch, der den Tod des Patienten zur Folge hatte, geschah unmittelbar nach seiner Entlassung und noch vor dem ersten telefonischen Termin. Dieser sollte im Monat nach der Entlassung erfolgen. Es ist also für zukünftige Projekte zu diskutieren, in den ersten 4 Wochen nach der Entlassung höherfrequente Anrufe anzubieten, wie es beispielsweise im Studienprotokoll von Pérez *et al.* (2020) vorgesehen ist. Hier kamen die Teilnehmenden innerhalb der ersten 10 Tage nach der Entlassung zu einem Nachsorgegespräch und wurden am 30. Tag erneut telefonisch kontaktiert. Die Patienten sollten nach ihrer Entlassung rasch und in kürzeren Abständen angerufen werden, um in dieser kritischen Zeit den Kontakt nicht zu verlieren, sondern zu vertiefen und auf erneute Suizidgedanken frühestmöglich reagieren zu können.

Die zwei weiteren Todesfälle waren natürlicher Art und beide Personen waren multimorbide Männer, wovon einer bei Einschluss in das Projekt bereits hochbetagt war. Dieses Ergebnis legt eine generelle Hürde in der Arbeit mit älteren Menschen, die einen Suizidversuch begangen haben, offen: Oft sind die Vorerkrankungen schwerwiegend und gleichzeitig (Mit-)Auslöser der suizidalen Handlung. Eine angemessene psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung verzögert sich, da oft somatische Leiden vorrangig behandelt werden müssen. Hier sollte daher der ganzheitliche Blick auf den Patienten geschult werden. Besonders Allgemeinmediziner:innen haben die Aufgabe, den Menschen nach ihrer Entlassung sinnvolle Angebote zur Therapiefortführung zu machen, während sie die somatischen Komorbiditäten weiter mitbehandeln.

Eine Studie zum Thema Suizidprävention in der Allgemeinarztpraxis hat ergeben, dass ein Programm zur Fortbildung von Allgemeinmediziner:innen im Umgang mit alten Menschen, die an Depressionen oder Suizidgedanken litten, die Rate an wiederholten Suizidgedanken- oder Versuchen unter den Patient:innen reduziert (Maxwell, 2013).

Ein *loss of follow up*, also das nicht-Zurückmelden auf Anrufe, trat nur in einem von zehn Fällen auf. In diesem Fall war die Patientin bereits unmittelbar nach ihrer Entlassung nicht mehr zu erreichen. Diese Beobachtungsstudie hatte also insgesamt eine sehr hohe Rücklaufquote, sobald die Telefonate nach der Entlassung gestartet hatten. Der kontinuierliche monatliche Kontakt könnte hierbei von Vorteil für die Compliance der Teilnehmenden gewesen sein, ebenso aber auch die Flexibilität eines telefonischen gegenüber der eines persönlichen Kontaktes: die Teilnehmenden wurden angerufen und mussten nicht selbst den Kontakt herstellen. Wenn sie in einem ungünstigen Moment erreicht wurden, wurde ein neuer Termin festgelegt.

Der Beobachtungszeitraum fiel viel mit dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie im März 2020 zusammen. Die ersten beiden Proband:innen schlossen ihren *Follow-Up*-Zeitraum zuvor ab, zu allen anderen bestand während der Pandemie telefonischer Kontakt. Der letzte telefonische Termin mit der letzten Probandin fand im August 2020 statt.

Im März und April 2020 befand Deutschland sich in einem ‚harten Lockdown‘: Alle Bürger:innen waren dazu angehalten, nur in dringenden Fällen ihr Haus zu verlassen, nahezu alle Freizeitangebote lagen noch Monate später brach. Die Pandemie legte somit einen weiteren klaren Vorteil einer telefonischen gegenüber einer persönlichen Nachsorge offen. Egal wo die Teilnehmenden sich aufhielten, telefonisch konnten sie stets erreicht werden. Quarantäneregeln beeinträchtigten das Projekt nicht und die Teilnehmenden hatten in Zeiten erhöhter Einsamkeit eine weitere Bezugsperson, die sich einmal monatlich bei ihnen meldete.

Die Erkenntnisse aus dieser Studie decken sich mit vorangegangenen Studien, wonach regelmäßige Kontaktaufnahmen mit alten Menschen bevorzugt telefonisch erfolgen sollten, da sich dies für die oft mobilitätseingeschränkten Personen als praktikabel erweist und unter anderem dadurch eine hohe Compliance erzielt werden kann (De Leo et al., 2002; Krysinska et al., 2019).

Ein Hindernis bei der Durchführung von Telefonaten können somatische Komorbiditäten wie Schwerhörigkeit oder Sehbehinderung darstellen. Auch eine leichte kognitive Störung (*mild cognitive impairment*) kann Menschen den Zugang zu einem Telefon erschweren (Doraiswamy *et al.*, 2021).

Anders als Studienprotokolle für Suizidversuchsnachsorgeprojekte wie beispielsweise von De Leo *et al.* (2002) war für diese Beobachtungsstudie keine 24-Stunden-Notfallhotline vorgesehen. Das Implementieren eines solchen Notfallkontaktes abseits der regulären Klinik-Notaufnahme könnte in suizidalen Krisen zu einer schnelleren und effektiveren Hilfe für die suizidale Person führen.

Wichtig für die Planung von Studien zum Thema der vorliegenden Arbeit ist die adäquate Wahl des Beobachtungszeitraums. Interventions- und Beobachtungsstudien nach Suizidversuchen zeigen, dass die Rate an wiederholten Suizidversuchen innerhalb des ersten Jahres erhöht ist (Oh *et al.*, 2015; De Leo *et al.*, 2002; Gysin-Maillart *et al.*, 2016; Exbrayat *et al.*, 2017). Da das Risiko für einen wiederholten Suizidversuch jedoch noch Jahre später erhöht ist (Suominen *et al.*, 2004), sollte idealerweise auch ein *Follow-Up*-Projekt einen längeren Zeitraum umfassen. Personelle und finanzielle Ressourcen limitieren diesen Zeitraum jedoch. Die Dauer von 12 Monaten der vorliegenden Studie kann daher auch für zukünftige Studien empfohlen werden.

4.1.2 Lebensverhältnisse

Forschungsfrage 1 der vorliegenden Studie beschäftigt sich mit den Lebensverhältnissen und deren Veränderungen nach einem Suizidversuch im Alter dar. Der Verlust der Autonomie stellt einen Grund für suizidale Handlungen älterer Menschen dar und spielte in der hier untersuchten Stichprobe eine große Rolle. Viele ältere Menschen stehen vor der Entscheidung, in ein Pflegeheim umzuziehen und somit ihre eigene Wohnung aufzugeben. Unter den Teilnehmenden der Studie waren drei Personen entweder vor ihrem Suizidversuch oder im Zeitraum des *Follow-Ups* in ein Pflegeheim gezogen, was diese Personen stark beschäftigte. Sie klagten über vorgeschriebene Routinen, den fehlenden Kontakt zu Familienangehörigen oder das Gefühl von Langeweile.

Generell wird der Verlust der Autonomie als Kontrollverlust erlebt. Studien ergaben, dass unter älteren Menschen, die Suizid begehen, lebenslang ein besonders hohes

Kontrollbedürfnis vorherrschte und dass der Verlust dessen unerträglich sein kann (Kjølseth et al., 2009).

Der Umzug in ein Pflegeheim wird dann mit diesem Kontrollverlust gleichgesetzt. Indem also Bewohner:innen ihren Alltag in der Einrichtung aktiv mitgestalten können, sich beispielsweise in Gremien engagieren oder Aufgaben übernehmen, erlangen sie ein Stück dieser Kontrolle zurück. Ein Studienteilnehmer berichtete beispielsweise wiederholt von der Freude, die ihm das eigenverantwortliche Einkaufen für seine Wohngruppe bereitete.

Besonders die Bewohner:innen von Pflegeheimen waren von der neuartigen Situation, die die Covid-19-Pandemie darstellte, betroffen: Besuche von außerhalb waren nicht erlaubt, gleichzeitig kam es immer wieder zu Ausbrüchen des Virus mit hohen Todesraten unter den hochbetagten Menschen.

Innerhalb der Stichprobe berichteten die Teilnehmer:innen unterschiedliche Auswirkungen der Pandemie auf ihren Alltag und ihre Stimmung. Gemeinsam war sicherlich allen die Sorge vor einer Ansteckung. Offensichtlich wurde jedoch das Fehlen gesellschaftlicher Teilhabe. Während eine Teilnehmerin den wochenlangen Ausfall ihrer Seniorengruppe bedauerte, änderte sich für die anderen verbliebenen Teilnehmenden erstaunlich wenig. Ein Patient war bereits seit einiger Zeit im Pflegeheim und hatte ohnehin nie viel Besuch bekommen, eine andere Patientin beschrieb sich selbst von Anfang an als Einzelgängerin und berichtete, dass die Pandemie für sie nichts Grundlegendes geändert habe. Diese Berichte der Teilnehmenden decken sich mit ihren Ergebnissen des MILVA-Fragebogens. Dort wiesen sie eine unterdurchschnittliche soziale Teilhabe in Form von Beziehungen und Freizeitaktivitäten auf. Genau diese Aspekte jedoch machen das Leben für die meisten Menschen lebenswert. Die Partizipation an Angeboten der Erwachsenenbildung oder moderate sportliche Betätigung führt nachweislich zu einer höheren Lebensqualität alter Menschen (Arrieta et al., 2018; Grassi et al., 2020; Noble et al., 2021). Das Fehlen sozialer Kontakte und engerer Bezugspersonen war innerhalb der Stichprobe ein großes Thema, wie auch die MILVA-Ergebnisse der Kategorie Kontakte zeigen. Für zwei der Personen, die das *Follow-Up* abgeschlossen haben, gab es keine enge Bezugsperson in ihrem Leben. Die übrigen hatten jeweils einen bis zwei enge Familienangehörige -

Ehepartner, Geschwister, (Enkel-) Kinder - zu denen regelmäßiger Kontakt bestand. Regelmäßige Treffen mit engen Freund:innen berichtete nur eine Person.

Dieses Ergebnis weist deutlich darauf hin, dass von den alten Menschen, die einen Suizidversuch begehen, überdurchschnittlich viele wenige bis gar keine engen Kontakte haben und dass diese Einsamkeit zu der Entstehung von Suizidalität beigetragen haben könnte.

Einsamkeit ist unter alten Menschen innerhalb der letzten Jahrzehnte zu einem großen Problem geworden: Anders als früher leben ältere Erwachsene seltener in klassischen Großfamilienverbänden, sind seltener in eine Religionsgemeinschaft eingebunden und wohnen öfter allein (Berg-Weger und Morley, 2020; Freedman und Nicolle, 2020). Gleichzeitig erhöht Einsamkeit das Risiko, an Depressionen zu erkranken (Domènech-Abella *et al.*, 2019) was wiederum das Risiko für einen Suizidversuch erhöht.

Die Reduktion sozialer Kontakte und physischer Betätigung alter Menschen während der Pandemie wird auch im erhöhten PHQ-9-Wert dieser Gruppe im Jahr der Pandemie 2020 bei Creese *et al.* (2021) abgebildet und als bedeutender Risikofaktor für die Verschlechterung der psychischen Gesundheit alter Menschen identifiziert.

Bei der Auswertung des MILVA-Fragebogens fielen vor allem die großen Unterschiede zwischen dem Grad an materieller Absicherung (fast durchgehend hohe Werte in den Kategorien Finanzen und Wohnen) und dem Grad an sozialer Teilhabe (fast durchgehend niedrige Werte in den Kategorien Kontakte und Aktivitäten) auf. Dieses Ergebnis unterstreicht noch einmal die Wichtigkeit der Integration alter Menschen in die Gesellschaft: Einsamkeit und der Mangel an gesellschaftlichen Aktivitäten führen bei alten Menschen zu Depressionen und in der Folge zu Suizidgedanken- und Handlungen, wobei im Gegensatz dazu die Relevanz der finanziellen Absicherung und der komfortablen Wohnsituation deutlich geringer scheint.

Angewandt auf die hier untersuchte Stichprobe bedeutet dies also, dass auch nach einem Suizidversuch die Einbindung in gesellschaftliche Angebote, die im besten Falle neue Kontakte mit sich bringen, von zentraler Bedeutung für die Prävention wiederholter Suizidversuche ist.

4.1.3 Körperliches und psychisches Befinden

Bei der Wahl der Suizidversuchsmethode decken sich die Häufigkeiten in der vorliegenden Stichprobe mit vorherigen Untersuchungen. In der Gruppe der über 65-jährigen wird ein Suizidversuch am häufigsten mit einer Intoxikation mit Medikamenten und / oder Alkohol verübt (Lebret *et al.*, 2006; Van Orden *et al.*, 2015). In der hier vorliegenden Studie intoxikierten sich 7 von 10 Teilnehmenden. Weitere Untersuchungen sollten sich daher mit der Frage beschäftigen, wie alte Menschen, die aufgrund von Multimorbidität und Polypharmazie meist überdurchschnittlich viele Medikamente besitzen und regelmäßig einnehmen, davon abgehalten werden können, diese in suizidaler Absicht zu sich zu nehmen.

Um erfolgreiche Suizidprävention für alte Menschen zu betreiben, müssen die Gründe, aus denen heraus ein Suizidversuch begangen wird, genau analysiert werden.

Im Rahmen der Nachbeobachtungstermine hatte die Doktorandin die Gelegenheit, mit den Proband:innen über die Gründe für ihren Suizidversuch zu sprechen. Nur, wenn die altersspezifischen Auslöser für suizidale Krisen untersucht und bekannt sind, können die medizinischen Versorgungsstrukturen richtig reagieren und präventiv tätig werden.

In der Altersgruppe der über 65-jährigen spielen somatische Komorbiditäten eine herausragende Rolle. Zahlreiche Studien stellen den Zusammenhang zwischen körperlicher Krankheit im Alter und einem Suizidversuch her (Rubenowitz *et al.*, 2001; Lebret *et al.*, 2006; Van Orden *et al.*, 2015). Diese Erkenntnisse decken sich auch mit den Ergebnissen aus dieser Untersuchung.

Da körperliche Krankheit jedoch im Alter so häufig ist, kann kaum von dieser auf das Risiko für einen Suizidversuch geschlossen werden. Vielmehr sollte der Zusammenhang zwischen somatischer und psychiatrischer Krankheit in die Exploration einfließen: Schwere körperliche Erkrankungen erhöhen das Risiko einer Depression, die wiederum das Risiko für Suizidalität erhöht (Conwell and Thompson, 2008).

In der hier untersuchten Stichprobe war die Mehrzahl der Teilnehmenden durch eine somatische Erkrankung eingeschränkt. Die Aufgabe des betreuenden medizinischen Personals wäre es also, den genannten Zusammenhang zwischen körperlicher Krankheit, Depression und Suizidalität zu kennen und in die Therapieplanung zu integrieren, um Suizidalität vorzubeugen.

Durch chronische Herz- und Lungenkrankheiten, abnehmende Sehkraft oder andauernde Schmerzen sind alte Menschen weniger mobil, was wiederum häufig zu sozialer Isolation führt. Die Angebote, die auf ältere Menschen zugeschnitten sind, sind dann für diese nicht mehr zu erreichen, weil beispielsweise kein geeignetes Verkehrsmittel mehr zur Verfügung steht. Probleme dieser Art erlebten auch die Studienteilnehmer:innen in ihrem Alltag.

Die daraus resultierende „soziale Immobilität“ wirft die älteren Menschen oft auf ihre Familienangehörigen zurück. Kinder, Enkelkinder oder Ehepartner:innen sind fortan bei der Pflege und Bewältigung des Alltags behilflich. Häufig entsteht daraus ein Gefühl des Zurlastfallens für die betroffenen Personen. Diese Schuldgefühle lassen den Gedanken aufkommen, dass Familienangehörige ohne die Person unabhängiger und entlastet wären und führen so zu Suizidgedanken- und Handlungen.

Eine Forschungsgruppe hat das Phänomen der *perceived burdensomeness*, also der ‚wahrgenommenen Belastung‘, im Zusammenhang mit Suizidhandlungen älterer Menschen genauer untersucht. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass das Gefühl, eine Last für Angehörige- und insbesondere Kinder- zu sein, besonders ‚harte‘ Suizidmethoden bedingt und sehr häufig als Grund für die suizidale Handlung genannt wird (Jahn et al., 2013).

Um das Ausmaß dieser angenommenen Belastung als einen Risikofaktor für eventuelle Suizidhandlungen zu quantifizieren, nutzten die Autor:innen den *interpersonal needs questionnaire* (Fragebogen über interpersonelle Bedürfnisse) (Mitchell et al., 2017).

Ein solcher Fragebogen könnte auch für Nachsorgeprojekte eine sinnvolle Ergänzung sein, um das Risiko eines wiederholten Suizidversuchs aufgrund angenommener Belastung von Angehörigen abschätzen zu können.

Zudem sollten die betreffenden Angehörigen in die Nachsorge mit eingebunden werden. Der Grad der wahrgenommenen Belastung unterscheidet sich häufig zwischen der Person, die Suizidgedanken hegt, und den Angehörigen selbst. Durch Gespräche unter psychotherapeutischer Begleitung könnten so die betroffenen Personen von dem Gefühl, eine Belastung für ihre Angehörigen zu sein, Schritt für Schritt Abstand nehmen.

In dieser Studie wurde der PHQ-9-Fragebogen zur Quantifizierung der depressiven Symptomatik und zur Erfassung der Dynamik im Verlauf verwendet. Die

Teilnehmenden der Studie hatten darin fast alle konstant niedrige Werte, welche auf wenige depressive Symptome hinweisen. Nur bei einer Person verschlechterte sich der Punktwert über den Nachbeobachtungszeitraum deutlich. Die meisten der Teilnehmenden kamen bereits bei der ersten Abfrage des PHQ-9, drei Monate nach der Entlassung aus der Klinik, auf einen sehr niedrigen Punktwert, was ein Bias durch teilweise geschönte Antworten vermuten lässt. Gründe hierfür könnten ein Gefühl der Scham über den Suizidversuch oder auch ein Versuch der Abgrenzung von der Zeit in stationärer Behandlung sein. Der Bias ließe sich gegebenenfalls durch ein selbstständiges Ausfüllen des Fragebogens und der Zusendung der Ergebnisse unabhängig von dem jeweiligen Telefonat reduzieren. In diesem Falle wäre auch der Austausch des sehr kurzen PHQ-9 durch einen ausführlicheren Depressions-Fragebogen, wie beispielsweise das Beck-Depression-Inventar (BDI) (Beck, 1961) denkbar. Ebenfalls sinnvoll wäre die Validierung eines speziell auf suizidgefährdete ältere Menschen zugeschnittenen Fragebogens, wie auch schon Cui und Fiske (2020) vorschlugen.

Die hier untersuchte Stichprobe beinhaltete gemäß der Ausschlusskriterien keine Personen mit mittelschwerer oder schwerer Demenz. Eine leichte kognitive Beeinträchtigung lag jedoch bei mindestens zwei der zehn Teilnehmenden vor. Das Risiko für einen Suizidversuch älterer Menschen ist insbesondere nach einer kürzlich erfolgten Diagnose einer leichten kognitiven Beeinträchtigung erhöht (Günak *et al.*, 2021). Doch auch die Erstdiagnose einer Demenzerkrankung stellt, insbesondere wenn sie im Alter von 65-74 Jahren gestellt wird, einen Risikofaktor für einen Suizidversuch dar (Schmutte *et al.*, 2021). Aufgabe geriatrischer und gerontopsychiatrischer Einrichtungen muss daher sein, Patient:innen nach einer solchen Diagnose besondere Aufmerksamkeit zu schenken und sie von Beginn an in unterstützende Strukturen, wie beispielsweise regelmäßige Gruppenangebote, einzubinden.

4.1.4 Empfehlungen für künftige Suizidversuchsnachsorgeprojekte

Mit der vorliegenden Studie ist eine Annäherung an das Thema Suizidversuchsnachsorge im Alter durch telefonische Beobachtung gelungen. Die Mehrzahl der telefonischen Kontaktaufnahmen verlief nach Protokoll, die Compliance war hoch, ebenso wie die subjektive Zufriedenheit der Teilnehmer:innen mit dem Projekt. Sechs von zehn Teilnehmenden schlossen die Nachsorge ab. Eine telefonische

Kontaktaufnahme erwies sich bei der untersuchten Stichprobe aufgrund von eingeschränkter Mobilität der Teilnehmenden, weiten Entfernungen zur Klinik und Umzügen in Pflegeheime als praktikabel. Wie bereits erwähnt, sind größer angelegte Studien notwendig, um die optimale Gestaltung von Nachsorge nach einem Suizidversuch zu ermitteln.

Übereinstimmend mit anderen Studien zum Thema sind dafür eine breitere Beteiligung der versorgenden Kliniken, eine finanzielle und ideelle Förderung seitens der (lokalen) Politik und die Teilnahme der alten Menschen selbst essentiell (Doraiswamy *et al.*, 2021).

Vorsorge ist besser als Nachsorge: Es braucht mehr und auf die Bedürfnisse von alten Menschen zugeschnittene Suizidpräventionsprogramme. Regelmäßige Fortbildungen von Hausärzt:innen und anderem medizinischen Personal im Umgang mit Depressionen im Alter sind wichtig, um Suizidalität früher zu erkennen oder sogar zu verhindern.

Zusammengefasst lässt sich Forschungsfrage 2 nach dem idealen Studienaufbau durch die Ergebnisse der vorliegenden Studie, gepaart mit den Erfahrungen aus den zitierten Arbeiten zum Thema beantworten.

Um die besonders vulnerable Phase unmittelbar nach der Entlassung abzudecken, sollten die Kontaktaufnahmen im ersten Monat wöchentlich stattfinden. Generell erscheint der Nachsorgezeitraum von mindestens einem Jahr jedoch sinnvoll.

Das Personal, welches eine Kontaktaufnahme, im besten Fall telefonisch, durchführt, sollte vorher in einem speziellen Fortbildungsprogramm für diese Aufgabe geschult werden.

Um die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen im puncto Komorbidität und Mobilität zu berücksichtigen, könnte ein solches Projekt idealerweise einen noch stärkeren „aufsuchenden“ Charakter haben, indem beispielsweise die Abschlussgespräche in der Wohnung des Teilnehmenden stattfinden.

4.2 Limitationen

Die vorliegende Studie hat einige wichtige Limitationen. Der Stichprobenumfang war mit 10 Proband:innen gering und die Rekrutierung war räumlich auf die Stadt Düsseldorf beschränkt. Eine Vergrößerung der Stichprobe wäre - mit entsprechender Aufstockung finanzieller und insbesondere personeller Ressourcen - möglich und ohne Zweifel sinnvoll, um die Ergebnisse dieser vergleichsweise kleinen Kohorte zum Beispiel mit einer multizentrischen Beobachtungsstudie zu überprüfen. Bei limitierten Ressourcen erscheint es jedoch wichtiger, die in dieser Studie gefassten Erkenntnisse zu nutzen, um damit ein speziell auf ältere Menschen zugeschnittenes Suizidversuchsnachsorgeprojekt klinisch in die Anwendung zu bringen und wissenschaftlich zu begleiten. Die Validierung von einem solchen Projekt würde methodisch eine Kontrollgruppe erfordern, um die telefonische Nachsorge zu professionalisieren und schließlich als Standardprozedur zu implementieren.

Die Untersuchung einer Kontrollgruppe scheint jedoch vor dem Hintergrund wissenschaftsethischer Standards im Umgang mit alten Menschen nur schwer zu rechtfertigen. Alte Menschen sind qua definitionem eine vulnerable Gruppe, weshalb aus der Teilnahme an einer klinischen Studie für sie kein Nachteil entstehen darf. Dies wäre jedoch bei einer Kontrollgruppe der Fall, da bekannt ist, dass Nachsorgeprojekte die Wiederholungsrate der Suizidversuche reduzieren können (Vaiva *et al.*, 2006; Gysin-Maillart *et al.*, 2016; Exbrayat *et al.*, 2017). Somit würden die Teilnehmenden einer Kontrollgruppe dem potenziellen Risiko des erneuten Suizidversuchen ausgesetzt, was ethisch nicht vertretbar erscheint.

Alternativ wäre es daher eine Möglichkeit, Suizidversuchsdaten älterer Menschen aus Regionen mit einem implementiertem Suizidversuchsnachsorgeprogramm und ohne eine solche Versorgungsstruktur zu vergleichen. Hier sind Institutionen wie die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS), das nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro), oder das Werner-Felber-Institut, welche sich allesamt die Suizidprävention und die interdisziplinäre Forschung zu diesem Thema zur Aufgabe gemacht haben, gefragt, um Daten zu erfassen und für die weitere Forschung zugänglich zu machen. Auch eine retrospektive Analyse solcher Daten im Sinne einer Kontrollgruppe wäre denkbar.

Weitere Limitation waren die Nichtdurchführbarkeit des geplanten Abschlussgespräches in den tagesklinischen Räumlichkeiten - zum einen aufgrund der Covid-19-Pandemie, zum anderen aufgrund von Immobilität oder Umzug ins Pflegeheim der Teilnehmenden. Bei einer ähnlichen Studie sollten andere Möglichkeiten des Abschlussgespräches evaluiert werden. Mit besseren personellen Ressourcen wäre beispielsweise eine aufsuchende Strategie vorstellbar. So könnte zusätzlich die Situation der Person in ihrem gewohnten Umfeld ein Jahr nach ihrem Suizidversuch durch Mitarbeiter:innen der Studie eingeschätzt und eventuell Veränderungen dieser angestoßen werden.

Die Rekrutierung für die Studie stellte eine Herausforderung dar. Hier war möglicherweise der limitierende Faktor, dass die potenziellen Teilnehmer:innen während der vulnerablen Phase des stationären Aufenthaltes nach ihrem Suizidversuch von einer weiteren - zunächst fremden - Person aufgesucht wurden, die sie von der Teilnahme an einer Studie, die den zumeist traumatischen Suizidversuch zum Thema macht, überzeugen wollte.

Der Suizid unmittelbar nach der Entlassung aus der Klinik hat gezeigt, dass ein erster Nachsorgekontakt im Monat nach der Entlassung möglicherweise zu spät ist. Gerade der Wechsel aus der stationären zurück in die häusliche Umgebung, der Alltag ohne therapeutische Gespräche und die eventuelle wiederkehrende soziale Isolation machen die ersten Tage und Wochen nach der Entlassung besonders schwer für Patient:innen. In dieser Phase sollten sie daher engmaschiger betreut werden. Im Monat nach der Entlassung wäre somit beispielsweise eine wöchentliche Kontaktaufnahme vorstellbar.

Zuletzt wäre für zukünftige Projekte dieser Art eine Abstimmung mit den betreuenden Hausärzt:innen sinnvoll. Somit wäre eine noch engmaschigere Betreuung der Proband:innen sichergestellt, da alle involvierten Parteien untereinander kommunizieren und so effizienter auf erneut auftretende Suizidalität reagieren könnten.

4.3 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie legen nahe, dass die Lebensverhältnisse alter Menschen nach einem Suizidversuch vor allem durch den Mangel an sozialen Kontakten und gesellschaftlicher Teilhabe in Form von Freizeitaktivitäten geprägt sind. Um wirksame Suizidprävention zu betreiben, muss die Tatsache, dass Einsamkeit im

Alter einer der Hauptrisikofaktoren für einen Suizidversuch ist (Isik et al., 2021), anerkannt werden. In weiterführenden Programmen sollte die Problematik adressiert werden mit dem Ziel, mehr alte Menschen in soziale Aktivitäten einzubinden, um so Kontakte zu knüpfen und Einsamkeit zu reduzieren.

Der Verlust von Autonomie, beispielsweise durch den Umzug in ein Pflegeheim, wurde von den Teilnehmenden als belastend erlebt.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis der Studie ist, dass somatische Komorbiditäten das körperliche und psychische Befinden beeinflussen und einen Einfluss auf die Entwicklung von Suizidalität haben. Hier sollte eine stärkere Vernetzung von Gerontopsychiatrie und Geriatrie stattfinden: Denn eine suffiziente medizinische Versorgung wirkt suizidpräventiv (Van Orden und Deming, 2018). Das vorliegende Programm hatte nicht zum Ziel, Einfluss auf die Einsamkeit und soziale Isolation der Teilnehmer:innen zu nehmen. Geriater:innen jedoch können dazu beitragen, dass ihre Patient:innen beispielsweise weniger Schmerzen haben, somit mobiler sind und wieder mehr an gesellschaftlichen Angeboten, wie Sport- oder Bildungsveranstaltungen teilnehmen können. Die soziale Isolation nimmt ab und die Entwicklung von Suizidgedanken wird unwahrscheinlicher.

Flett und Heisel (2020) haben untersucht, wie sich das Gefühl, wertvoll zu sein und einen Einfluss auf das eigene Umfeld zu haben, auf die Entwicklung von Suizidalität im Alter auswirkt. Die Ergebnisse sind vielversprechend: Eine Vielzahl von Studien kommen zu dem Schluss, dass alte Menschen, die sich gesellschaftlich engagieren und das Gefühl haben, damit einen positiven Einfluss zu haben, seltener Suizidgedanken entwickeln. Für die Suizidprävention im Alter sind diese und ähnliche Studien (Smith *et al.*, 2020), sehr wertvoll, da sie aufzeigen, dass Programme, die ebendiese Aspekte von sozialer Teilhabe und positiver Mitgestaltung beinhalten, in Zukunft breitere Anwendung finden sollten.

Die aktuelle Forschung zum Thema Suizid im Alter beschäftigt sich zunehmend mit dem Konzept *Ageism*. Unter *Ageism* werden die Diskriminierung und die Vorurteile, die Menschen aufgrund ihres hohen Alters entgegengebracht werden, zusammengefasst (Van Orden und Deming, 2018).

Die Stereotype, die hohem Alter anhaften, können die medizinische Behandlung von, aber auch die gesellschaftliche Sicht auf alte Menschen negativ beeinflussen. Anders als

andere Formen der Diskriminierung, wie Sexismus oder Rassismus, ist *Ageism* bisher nicht Teil der breiten öffentlichen Debatte, im Gegenteil: Die geringere Wertschätzung älterer Menschen ist institutionalisiert und sozial akzeptiert (Officer *et al.*, 2016).

2016 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) deshalb ein Strategiepapier veröffentlicht, welches die Altersdiskriminierung als globales Problem anerkennt und Strategien gegen *Ageism* und für eine gesund alternde Gesellschaft vorschlägt (World Health Organisation, WHO, 2016). Zwar gibt es bisher nicht viele Studien, die den Zusammenhang zwischen *Ageism* und Suizid im Alter untersuchen, einige schlagen jedoch schon jetzt vor, das Wissen um diese Form der Diskriminierung in die Überlegungen zu den Gründen für Suizidalität im Alter mit einfließen zu lassen (Officer *et al.*, 2016; Van Orden und Deming, 2018). Diese wissenschaftlichen Entwicklungen machen Hoffnung: Nur, wenn der Alterssuizid in all seiner Komplexität und mit seinen gesellschaftlichen Ursachen und Folgen gesehen wird, kann ein echtes Umdenken erfolgen: Weg von *Ageism*, Isolation und fehlender gesellschaftlicher Teilhabe im Alter hin zu einer Gesellschaft, die alte Menschen wertschätzt und einbezieht, einer Medizin, die Gesundheitsförderung priorisiert und alten Menschen, die ihre Lebenserfahrung- und Freude an junge Menschen weitergeben.

5 Literaturverzeichnis

- Adler, G. *et al.* (2000) 'Soziale Situation und Lebenszufriedenheit im Alter', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33(3), pp. 210–216. doi:10.1007/s003910070062.
- Almeida, O.P. *et al.* (2016) 'Suicide in older men: The health in men cohort study (HIMS)', *Preventive Medicine*, 93, pp. 33–38. doi:10.1016/j.ypmed.2016.09.022.
- Arrieta, H. *et al.* (2018) 'Physical activity and fitness are associated with verbal memory, quality of life and depression among nursing home residents: preliminary data of a randomized controlled trial', *BMC Geriatrics*, 18(1), p. 80. doi:10.1186/s12877-018-0770-y.
- Beck, A.T. (1961) 'An Inventory for Measuring Depression', *Archives of General Psychiatry*, 4(6), p. 561. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
- Beghi, M. *et al.* (2021) 'Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides', *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 127, pp. 193–211. doi:10.1016/j.neubiorev.2021.04.011.
- Beniwal, R.P. *et al.* (2020) 'Protocol of a Multi-centric Randomized Controlled Trial to Evaluate Efficacy of Telephone-Based Psychosocial Interventions on Future Suicide Risk in Suicide Attempters', *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(6_suppl), pp. S39–S45. doi:10.1177/0253717620971199.
- Berg-Weger, M. und Morley, J.E. (2020) 'Loneliness in Old Age: An Unaddressed Health Problem', *The journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(3), pp. 243–245. doi:10.1007/s12603-020-1323-6.
- Beutel, M.E. *et al.* (2017) 'Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health', *BMC Psychiatry*, 17(1), p. 97. doi:10.1186/s12888-017-1262-x.
- Bostwick, J.M. *et al.* (2016) 'Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew', *The American Journal of Psychiatry*, 173(11), pp. 1094–1100. doi:10.1176/appi.ajp.2016.15070854.
- Brown, G.K. *et al.* (2005) 'Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts: A Randomized Controlled Trial', *JAMA*, 294(5), p. 563. doi:10.1001/jama.294.5.563.
- Burkhardt, H. *et al.* (2003) 'Desire for death-results of a pilot study with acute geriatric patients', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36(5), pp. 392–400. doi:10.1007/s00391-003-0146-5.
- van den Bussche, H. *et al.* (2011) 'Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany', *BMC Public Health*, 11(1), p. 101. doi:10.1186/1471-2458-11-101.
- Cebrià, A.I. *et al.* (2013) 'Effectiveness of a telephone management programme for

- patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: Controlled study in a Spanish population', *Journal of Affective Disorders*, 147(1–3), pp. 269–276. doi:10.1016/j.jad.2012.11.016.
- Chen, H.-M. *et al.* (2016) 'Three-year mortality rate of suicide attempters in consultation-liaison service', *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 20(4), pp. 254–259. doi:10.1080/13651501.2016.1213853.
- Chen, S. *et al.* (2010) 'Reliability and validity of the PHQ-9 for screening late-life depression in Chinese primary care', *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(11), pp. 1127–1133. doi:10.1002/gps.2442.
- Cheung, G. *et al.* (2017) 'Predictors for repeat self-harm and suicide among older people within 12 months of a self-harm presentation', *International Psychogeriatrics*, 29(8), pp. 1237–1245. doi:10.1017/S1041610217000308.
- Choi, J.W., Lee, K.S. and Han, E. (2021) 'Suicide risk within 1 year of dementia diagnosis in older adults: a nationwide retrospective cohort study', *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 46(1), pp. E119–E127. doi:10.1503/jpn.190219.
- Chung, D.T. *et al.* (2017) 'Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis', *JAMA Psychiatry*, 74(7), p. 694. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.1044.
- Clemens Tesch-Römer und Heribert Engstler (2020) 'DZA-Fact Sheet Wohnsituation der Menschen ab 65 Jahren: Mit Angehörigen, allein oder im Pflegeheim', deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Fact_Sheets/Fact_Sheet_Wohnsituation_Aelterer.pdf, zuletzt abgerufen am 20.03.2022
- Cohen-Mansfield, J. *et al.* (2016) 'Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights', *International Psychogeriatrics*, 28(4), pp. 557–576. doi:10.1017/S1041610215001532.
- Conwell, Y. und Duberstein, P. (1996) 'Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study', *American Journal of Psychiatry*, 153(8), pp. 1001–1008. doi:10.1176/ajp.153.8.1001.
- Conwell, Y. und Thompson, C. (2008) 'Suicidal Behavior in Elders', *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), pp. 333–356. doi:10.1016/j.psc.2008.01.004.
- Creese, B. *et al.* (2021) 'Loneliness, physical activity, and mental health during COVID-19: a longitudinal analysis of depression and anxiety in adults over the age of 50 between 2015 and 2020', *International Psychogeriatrics*, 33(5), pp. 505–514. doi:10.1017/S1041610220004135.
- Cui, R. und Fiske, A. (2020) 'New Research on Older Adult Suicide: A Reason for Hope', *Clinical Gerontologist*, 43(1), pp. 1–3. doi:10.1080/07317115.2020.1690299.
- Cui, R. und Fiske, A. (2022) 'Relation Between Depression Symptoms and Suicide

- Risk in Adults and Older Adults: A Brief Report', *Journal of Applied Gerontology*, 41(1), pp. 176–180. doi:10.1177/0733464820970849.
- De Leo, D., Buono, M.D. und Dwyer, J. (2002) 'Suicide among the elderly: The long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy', *British Journal of Psychiatry*, 181(3), pp. 226–229. doi:10.1192/bjp.181.3.226.
- Ding, O.J. und Kennedy, G.J. (2021) 'Understanding Vulnerability to Late-Life Suicide', *Current Psychiatry Reports*, 23(9), p. 58. doi:10.1007/s11920-021-01268-2.
- Domènech-Abella, J. *et al.* (2019) 'Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA)', *Journal of Affective Disorders*, 246, pp. 82–88. doi:10.1016/j.jad.2018.12.043.
- Doraiswamy, S. *et al.* (2021) 'Telehealth Use in Geriatrics Care during the COVID-19 Pandemic—A Scoping Review and Evidence Synthesis', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), p. 1755. doi:10.3390/ijerph18041755.
- Erlangsen, A., Zarit, S.H. und Conwell, Y. (2008) 'Hospital-Diagnosed Dementia and Suicide: A Longitudinal Study Using Prospective, Nationwide Register Data', *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(3), pp. 220–228. doi:10.1097/01.JGP.0000302930.75387.7e.
- Erlemeier, N. (2011) *Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter*. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, pp.60- 70.
- Exbrayat, S. *et al.* (2017) 'Effect of telephone follow-up on repeated suicide attempt in patients discharged from an emergency psychiatry department: a controlled study', *BMC Psychiatry*, 17(1), p. 96. doi:10.1186/s12888-017-1258-6.
- Fähndrich, E. and Stieglitz, R.-D. (2018) *Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes, Halbstrukturiertes Interview anhand des AMPD-Systems*. 5., korrigierte Auflage.
- Fässberg, M.M. *et al.* (2016) 'A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults', *Aging & Mental Health*, 20(2), pp. 166–194. doi:10.1080/13607863.2015.1083945.
- Fässberg, M.M. *et al.* (2019) 'Epidemiology of suicidal feelings in an ageing Swedish population: from old to very old age in the Gothenburg H70 Birth Cohort Studies', *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, pp. 1–14. doi:10.1017/S2045796019000143.
- Fiske, A., Wetherell, J.L. und Gatz, M. (2009) 'Depression in Older Adults', *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), pp. 363–389. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621.
- Flett, G.L. und Heisel, M.J. (2020) 'Aging and Feeling Valued Versus Expendable During the COVID-19 Pandemic and Beyond: a Review and Commentary of Why

- Mattering Is Fundamental to the Health and Well-Being of Older Adults', *International Journal of Mental Health and Addiction* [Preprint]. doi:10.1007/s11469-020-00339-4.
- Freedman, A. und Nicolle, J. (2020) 'Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: Approach for primary care', *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 66(3), pp. 176–182.
- Gøtzsche, P.C. und Gøtzsche, P.K. (2017) 'Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review', *Journal of the Royal Society of Medicine*, 110(10), pp. 404–410. doi:10.1177/0141076817731904.
- Grassi, L. *et al.* (2020) 'Quality of life, level of functioning, and its relationship with mental and physical disorders in the elderly: results from the MentDis_ICF65+ study', *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), p. 61. doi:10.1186/s12955-020-01310-6.
- Grendas, L.N. *et al.* (2019) 'Interaction between prospective risk factors in the prediction of suicide risk', *Journal of Affective Disorders*, 258, pp. 144–150. doi:10.1016/j.jad.2019.07.071.
- Guidry, E.T. und Cukrowicz, K.C. (2016) 'Death ideation in older adults: psychological symptoms of depression, thwarted belongingness, and perceived burdensomeness', *Aging & Mental Health*, 20(8), pp. 823–830. doi:10.1080/13607863.2015.1040721.
- Günak, M.M. *et al.* (2021) 'Risk of Suicide Attempt in Patients With Recent Diagnosis of Mild Cognitive Impairment or Dementia', *JAMA Psychiatry*, 78(6), p. 659. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0150.
- Guthrie, E. *et al.* (2001) 'Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning Commentary: Another kind of talk that works?', *BMJ*, 323(7305), pp. 135–135. doi:10.1136/bmj.323.7305.135.
- Gysin-Maillart, A. *et al.* (2016) 'A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)', *PLOS Medicine*. Edited by A.C. Tsai, 13(3), p. e1001968. doi:10.1371/journal.pmed.1001968.
- Hartog, I.D. *et al.* (2020) 'Prevalence and characteristics of older adults with a persistent death wish without severe illness: a large cross-sectional survey', *BMC Geriatrics*, 20(1), p. 342. doi:10.1186/s12877-020-01735-0.
- Hoffmann, E., Romeu Gordo, L. und Nowossadeck, S. (2014) 'DZA- Fact Sheet: Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland.', *Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin* [Preprint].
- Holzhausen, M. *et al.* (2011) 'Operationalizing multimorbidity and autonomy for health services research in aging populations - the OMAHA study', *BMC Health Services Research*, 11(1), p. 47. doi:10.1186/1472-6963-11-47.
- Hubers, A.A.M. *et al.* (2018) 'Suicidal ideation and subsequent completed suicide in

- both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis', *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(2), pp. 186–198. doi:10.1017/S2045796016001049.
- Huxhold, O. *et al.* (2020) 'The Strength of Weaker Ties: An Underexplored Resource for Maintaining Emotional Well-Being in Later Life', *The Journals of Gerontology: Series B*. Edited by L. Martire, 75(7), pp. 1433–1442. doi:10.1093/geronb/gbaa019.
- Inagaki, M. *et al.* (2019) 'Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis', *BMC Psychiatry*, 19(1), p. 44. doi:10.1186/s12888-019-2017-7.
- Isik, K., Başoğul, C. und Yildirim, H. (2021) 'The relationship between perceived loneliness and depression in the elderly and influencing factors', *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), pp. 351–357. doi:10.1111/ppc.12572.
- Jahn, D.R., Van Orden, K.A. und Cukrowicz, K.C. (2013) 'Perceived Burdensomeness in Older Adults and Perceptions of Burden on Spouses and Children', *Clinical Gerontologist*, 36(5), pp. 451–459. doi:10.1080/07317115.2013.816817.
- Kästner, E. (2012) *Fabian: Die Geschichte eines Moralisten*. Atrium Verlag AG Zürich.
- Kim, Y., Kwak, Y. und Kim, J. (2015) 'The association between suicide ideation and sensory impairment among elderly Koreans', *Aging & Mental Health*, 19(7), pp. 658–665. doi:10.1080/13607863.2014.989812.
- Kjølseth, I., Ekeberg, Ø. und Steihaug, S. (2009) "“Why do they become vulnerable when faced with the challenges of old age?” Elderly people who committed suicide, described by those who knew them", *International Psychogeriatrics*, 21(05), p. 903. doi:10.1017/S1041610209990342.
- Klonsky, E.D., May, A.M. und Saffer, B.Y. (2016) 'Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation', *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), pp. 307–330. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. und Williams, J.B.W. (2001) 'The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure', *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), pp. 606–613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
- Krysinska, K., Rožkar, S. und Sisask, M. (2019) 'Older Age and New Technologies in Suicide Prevention', *Crisis*, 40(5), pp. 303–308. doi:10.1027/0227-5910/a000617.
- Lam, B.L. (2008) 'Reported Visual Impairment and Risk of Suicide: The 1986-1996 National Health Interview Surveys', *Archives of Ophthalmology*, 126(7), p. 975. doi:10.1001/archopht.126.7.975.
- Lebret, S. *et al.* (2006) 'Elderly suicide attempters: characteristics and outcome', *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(11), pp. 1052–1059. doi:10.1002/gps.1605.
- Levis, B., Benedetti, A. und Thombs, B.D. (2019) 'Accuracy of Patient Health

- Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis', *BMJ*, p. 11476. doi:10.1136/bmj.11476.
- Links, P. *et al.* (2012) 'Prospective study of risk factors for increased suicide ideation and behavior following recent discharge', *General Hospital Psychiatry*, 34(1), pp. 88–97. doi:10.1016/j.genhosppsy.2011.08.016.
- Liu, I.-C. und Chiu, C. (2009) 'Case-control study of suicide attempts in the elderly', *International Psychogeriatrics*, 21(05), p. 896. doi:10.1017/S1041610209990056.
- Makara-Studzińska, M. *et al.* (2021) 'Suicide and Suicide Attempts in Elderly Patients: An Epidemiological Analysis of Risk Factors and Prevention', *Current Pharmaceutical Design*, 27(19), pp. 2231–2236. doi: 10.2174/1381612826999201126202008.
- Maxwell, M. (2013) 'Targeted education for general practitioners reduces risk of depression or suicide ideation or attempts in older primary care patients', *Evidence Based Mental Health*, 16(1), pp. 8–8. doi:10.1136/eb-2012-100975.
- Mitchell, S.M. *et al.* (2017) 'The clinical application of suicide risk assessment: A theory-driven approach', *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(6), pp. 1406–1420. doi:10.1002/cpp.2086.
- Müller, D. *et al.* (2014) 'Volunteering and Subjective Well-Being in Later Adulthood: Is Self-Efficacy the Key?', *International Journal of Developmental Science*, 8(3–4), pp. 125–135. doi:10.3233/DEV-14140.
- Niebert, K. and Gropengießer, H. (2014) 'Leitfadengestützte Interviews', in Krüger, D., Parchmann, I., and Schecker, H. (eds) *Methoden in der naturwissenschaftsdidaktischen Forschung*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, pp. 121–132. doi:10.1007/978-3-642-37827-0_10.
- Noble, C. *et al.* (2021) 'How Does Participation in Formal Education or Learning for Older People Affect Wellbeing and Cognition? A Systematic Literature Review and Meta-Analysis', *Gerontology and Geriatric Medicine*, 7, p. 233372142098602. doi:10.1177/2333721420986027.
- Nowossadeck, S. and Simonson, J. (2016) 'Lebensverhältnisse von Frauen und Männern in der zweiten Lebenshälfte - Unterschiede und Gemeinsamkeiten. Aktualisierte Fassung vom August 2016. DZA-Fact Sheet', *Deutsches Zentrum für Altersfragen*.
- Officer, A. *et al.* (2016) 'Valuing older people: time for a global campaign to combat ageism', *Bulletin of the World Health Organization*, 94(10), pp. 710-710A. doi:10.2471/BLT.16.184960.
- Oh, D.J. *et al.* (2015) 'Suicidality-based prediction of suicide attempts in a community-dwelling elderly population: Results from the Osan Mental Health Survey', *Journal of Affective Disorders*, 184, pp. 286–292. doi:10.1016/j.jad.2015.06.010.
- Olfson, M. *et al.* (2021) 'Suicide Risk in Medicare Patients With Schizophrenia Across

- the Life Span', *JAMA Psychiatry*, 78(8), p. 876. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0841.
- Pérez, V. *et al.* (2020) 'The Catalonia Suicide Risk Code: A secondary prevention program for individuals at risk of suicide', *Journal of Affective Disorders*, 268, pp. 201–205. doi:10.1016/j.jad.2020.03.009.
- Rau, R. und Schmertmann, C.P. (2020) 'District-Level Life Expectancy in Germany', *Deutsches Ärzteblatt international* [Preprint]. doi:10.3238/arztebl.2020.0493.
- Rim, T.H. *et al.* (2015) 'Influence of visual acuity on suicidal ideation, suicide attempts and depression in South Korea', *British Journal of Ophthalmology*, 99(8), pp. 1112–1119. doi:10.1136/bjophthalmol-2014-306518.
- Rossom, R.C. *et al.* (2017) 'Suicidal ideation reported on the PHQ9 and risk of suicidal behavior across age groups', *Journal of Affective Disorders*, 215, pp. 77–84. doi:10.1016/j.jad.2017.03.037.
- Rubenowitz, E. *et al.* (2001) 'Life events and psychosocial factors in elderly suicides – a case–control study', *Psychological Medicine*, 31(7), pp. 1193–1202. doi:10.1017/S0033291701004457.
- Rudd, M.D. *et al.* (2015) 'Brief Cognitive-Behavioral Therapy Effects on Post-Treatment Suicide Attempts in a Military Sample: Results of a Randomized Clinical Trial With 2-Year Follow-Up', *American Journal of Psychiatry*, 172(5), pp. 441–449. doi:10.1176/appi.ajp.2014.14070843.
- Schmidtke, A., Sell, R. und Löhr, C. (2008) 'Epidemiologie von Suizidalität im Alter', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41(1), pp. 3–13. doi:10.1007/s00391-008-0517-z.
- Schmutte, T. *et al.* (2021) 'Suicide risk in first year after dementia diagnosis in older adults', *Alzheimer's & Dementia*, p. alz.12390. doi:10.1002/alz.12390.
- Simmons, S.S. *et al.* (2021) 'Assessing the Determinants of the Wish to Die among the Elderly Population in Ghana', *Geriatrics*, 6(1), p. 32. doi:10.3390/geriatrics6010032.
- Simon, G.E. *et al.* (2013) 'Does Response on the PHQ-9 Depression Questionnaire Predict Subsequent Suicide Attempt or Suicide Death?', *Psychiatric Services*, 64(12), pp. 1195–1202. doi:10.1176/appi.ps.201200587.
- Smith, M. *et al.* (2020) 'Giving Support and Suicidal Ideation in Older Adults with Vision-Related Diagnoses', *Clinical Gerontologist*, 43(1), pp. 17–23. doi:10.1080/07317115.2019.1659465.
- Sreedaran, P. *et al.* (2021) 'A Randomized Controlled Trial to Assess Feasibility and Acceptability of Telephone-Based Psychosocial Interventions in Individuals who Attempted Suicide', *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(2), pp. 144–149. doi:10.1177/0253717620939272.
- Stanley, B. *et al.* (2016) 'An Emergency Department Intervention and Follow-Up to

- Reduce Suicide Risk in the VA: Acceptability and Effectiveness', *Psychiatric Services*, 67(6), pp. 680–683. doi:10.1176/appi.ps.201500082.
- Statistisches Bundesamt (2022) *Suizid (nach Altersgruppen)*. Zuletzt abgerufen am 20.03.2022 unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html>.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020) 'Die Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen ab 65 Jahren'. Zuletzt abgerufen am 20.03.2022 unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/bevoelkerung-ab-65-j.html?nn=238640>.
- Suominen, K. *et al.* (2004) 'Completed Suicide After a Suicide Attempt: A 37-Year Follow-Up Study', *American Journal of Psychiatry*, 161(3), pp. 562–563. doi:10.1176/appi.ajp.161.3.562.
- Vaiva, G. *et al.* (2006) 'Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study', *BMJ*, 332(7552), pp. 1241–1245. doi:10.1136/bmj.332.7552.1241.
- Van Orden, K. und Deming, C. (2018) 'Late-life suicide prevention strategies: current status and future directions', *Current Opinion in Psychology*, 22, pp. 79–83. doi:10.1016/j.copsyc.2017.08.033.
- Van Orden, K.A. *et al.* (2015) 'Reasons for Attempted Suicide in Later Life', *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(5), pp. 536–544. doi:10.1016/j.jagp.2014.07.003.
- WHO (2014) 'World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014.'
- Wiktorsson, S. *et al.* (2010) 'Attempted Suicide in the Elderly: Characteristics of Suicide Attempters 70 Years and Older and a General Population Comparison Group', *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(1), pp. 57–67. doi:10.1097/JGP.0b013e3181bd1c13.
- Wolfersdorf, M. and Etzersdorfer, E. (2011) *Suizid und Suizidprävention*. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, pp.24- 59
- World Health Organisation, WHO (2021) 'Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.'
- World Health Organisation, WHO (2016) *Sixty-Ninth World Health Assembly. Geneva, Switzerland, 24 May 2016 A69/A/CONF./8. The global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life.*

6 Anhang

6.1 Fragebögen

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Gesamtwert _____ = Addition _____ + _____ + _____
der Spaltensummen

Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter (MILVA)

Aktivitäten

- 1) Haben Sie Hobbies und wie regelmäßig betreiben Sie diese?
 - mehrmals täglich/jeden Tag 2
 - ein-/mehrmals in der Woche 1
 - selten (ein- bis zweimal im Monat) 0
 - (fast) nie 0
- 2) Wie oft verlassen Sie im allgemeinen Ihre Wohnungen zu Einkäufen oder Erledigungen?
 - mehrmals täglich/jeden Tag 2
 - ein-/mehrmals in der Woche 1
 - selten (ein- bis zweimal im Monat) 0
 - (fast) nie 0
- 3) Wie oft verlassen Sie Ihre Wohnung und unternehmen etwas alleine, zu Ihrem Vergnügen (z. B. Museum, Stadtbummel, Spaziergehen)?
 - mehrmals täglich/jeden Tag 2
 - ein-/mehrmals in der Woche 1
 - selten (ein- bis zweimal im Monat) 0
 - (fast) nie 0
- 4) Haben im letzten Monat Ihre Interessen abgenommen?
 - nein 2
 - ja 0
- 5) Haben Sie ein Haustier
 - ja 2
 - nein 0

Aktivitäts-Score (AS; Grenzwert: 5/6):

Kontakte

- 6) Wer ist Ihre wichtigste Bezugsperson?

 7) Wie häufig ist der Kontakt zu dieser Bezugsperson?
 – mehrmals täglich/jeden Tag 2
 – ein-/mehrmals in der Woche 1
 – selten (ein- bis zweimal im Monat) 0
 – (fast) nie 0
- 8) Wie leben Sie?
 – mit Partner, Familienangehörigen oder Bekannten 2
 – in einer Institution (Heim, betreutes Wohnen etc.) 1
 – allein 0
- 9) Wie oft erhalten Sie Besuch von Menschen, die nicht in ihrem Haushalt leben?
 – mehrmals täglich/jeden Tag 2
 – ein-/mehrmals in der Woche 1
 – selten (ein- bis zweimal im Monat) 0
 – (fast) nie 0
- 10) Haben Ihre Kontakte im Vergleich zum letzten Jahr abgenommen?
 – nein 2
 – ja 0
- 11) Wie oft verlassen Sie Ihr Haus und unternehmen etwas mit anderen (z. B. Seniorentreff, Freunde besuchen)?
 – mehrmals täglich/jeden Tag 2
 – ein-/mehrmals in der Woche 1
 – selten (ein- bis zweimal im Monat) 0
 – (fast) nie 0
- Kontakt-Score (KS; Grenzwert: 5/6):**
- Wohnung**
- 12) Wie liegt Ihre Wohnung
 – Wohnung im Erdgeschoss oder Lift im Haus 1
 – erster Stock, kein Lift 1
 – höher als erster Stock, kein Lift 0
- 13) Wohnebenen
 – Wohnung eingeschossig 1
 – mehrere Wohnebenen (nicht rollstuhlgeeignet) 0
- 14) Heizung
 – gut und bequem heizbar (z. B. Zentralheizung) 1
 – schlecht und mühsam heizbar (Kohle- oder Ölofen) 0
- 15) Telefon
 – vorhanden 1
 – nicht vorhanden 0

- 16) behindertengerechte Ausstattung der Wohnung (z. B. rollstuhlgerichtetes Bad)
 – ja 1
 – nein 0
- 17) Wohnung mit Rollstuhl erreichbar
 – ja 1
 – nein 0
- 18) Einkaufen
 – alle Geschäfte des täglichen Bedarfs innerhalb von ca. 500 Metern 1
 – Geschäfte des täglichen Bedarfs weiter entfernt 0
- 19) öffentlicher Personen-Nahverkehr
 – Haltestelle in der Nähe (innerhalb von ca. 500 Metern) 1
 – nächste Haltestelle weiter entfernt 0
- 20) Wohndauer
 – wohne schon lange in der Wohnung (länger als 5 Jahre) 1
 – habe die Wohnung innerhalb der letzten 5 Jahre bezogen 0
- 21) Wie schätzen Sie die Kriminalität in Ihrer Wohngegend ein?
 – niedrig 1
 – hoch 0

Wohn-Score (WS; Grenzwert: 6/7): **Finanzen**

- 22) Wieviel Geld steht Ihnen monatlich zur Verfügung?
 – mehr als 2000 DM 4
 – 1000 bis 2000 DM 2
 – weniger als 1000 DM 0
- 23) Kommen Sie mit Ihrem Geld gut über die Runden?
 – ja 2
 – es geht so; muß schon sehen, daß ich damit zurechtkomme 1
 – nein, schlecht 0
- 24) Haben Sie Ersparnisse oder Vermögen (eigenes Haus)?
 – ja, mehr als drei Monateinkünfte 2
 – ja, weniger als drei Monateinkünfte 1
 – nein 0
- 25) Haben Sie Schulden?
 – nein 2
 – ja, weniger als drei Monateinkünfte 1
 – ja, mehr als drei Monateinkünfte 0

Finanz-Score (FS; Grenzwert: 7/8): **Gesamt-Score (GS; Grenzwert: 26/27):** + + + =

AS KS WS FS GS

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen beteiligten Personen danken, die mich bei der Anfertigung meiner Dissertation unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Tillmann Supprian für die Initiierung und Betreuung des Projektes sowie die stetige Unterstützung bei dessen Umsetzung.

Frau Prof. Dr. Andrea Icks möchte ich für die hilfreichen Anregungen und die Begleitung meiner wissenschaftlichen Arbeit danken.

Den Probandinnen und Probanden gilt mein Dank für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie.

Danken möchte ich ebenfalls den Ärztinnen und Ärzten der Abteilung für Gerontopsychiatrie am LVR-Klinikum Düsseldorf, die mir die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten ermöglicht haben. Besonders möchte ich Frau Dr. Julia Christl hervorheben, die mir stets beratend zur Seite stand.

Nicht zuletzt danke ich Johannes Eckert, der die Arbeit durch seine Gedanken und Anregungen positiv beeinflusst hat und auf dessen Unterstützung ich immer zählen konnte.

Meinen Eltern danke ich für die Ermutigung, die guten Gespräche und die Unterstützung während meines gesamten Studiums und der Arbeit an dieser Dissertation.