

# **Suizid und Suizidalität im Alter – Herausforderungen der Identifizierung und Weitervermittlung aus hausärztlicher Sicht**

Bachelorarbeit II

am

Studiengang „Aging Services Management“  
an der Ferdinand Porsche FernFH

Monica Huynh

51909167

Begutachterin: Mag. Stefanie Kuso

Wien, Mai 2022

## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Monica Meyer', written in a cursive style.

Unterschrift

30. Mai 2022

## **Abstract**

Die Suizidrate steigt mit dem Alter exponentiell an. Demzufolge ist das Suizidrisiko ab dem 85. Lebensjahr fast fünfmal höher wie jenes der Durchschnittsbevölkerung. Demnach wurde folgende Forschungsfrage bearbeitet: „Welche Herausforderungen gibt es in Bezug auf die Identifikation und Weitervermittlung von suizidgefährdeten, älteren Menschen aus Sicht von Hausärzt\*innen?“

Zur Beantwortung der zentralen Fragestellung wird eine Literaturrecherche herangezogen sowie leitfadengestützte Interviews mit Hausärzt\*innen durchgeführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Bei der Erkennung von suizidgefährdeten, älteren Menschen stellen die begrenzten zeitlichen Ressourcen der Ärzt\*innen, die schwer zuordenbaren Anzeichen sowie der Rückzug der Betroffenen, eine große Herausforderung dar. Zusätzlich kann die Ablehnung und die fehlende Krankheitseinsicht eine Weitervermittlung in Therapie bzw. Behandlungseinrichtung erschweren. Die Ergebnisse zeigen erhebliche Barrieren beim Zugang zum Versorgungssystem. Um eine angemessene Behandlung der Patient\*innen gewährleisten zu können, werden mehr kostenfreie Therapieplätze, kürzere Wartezeiten und eine bessere Teamarbeit zwischen den Akteur\*innen benötigt.

Schlüsselwörter: Suizidalität, Suizid im Alter, Suizidgedanken, Suizidrisiko, Suizidprävention, psychische Störungen, Altersdepression

## **Abstract (englisch)**

The suicide rate increases exponentially with age. Consequently, the suicide risk is almost five times higher from the age of 85 compared to the average population. Accordingly, the following research question was addressed: "What are the challenges regarding the identification and referral of suicidal elderly people from the perspective of primary care physicians?"

To answer the central question, a literature research is consulted and guided interviews with general practitioners are conducted and analyzed by means of qualitative content analysis according to Mayring.

The limited time resources of physicians, the difficulty in recognizing signs of suicide and the withdrawal of the affected persons are major challenges in the identification of suicidal elderly people. In addition, rejection and a lack of insight into the illness can make further referral to therapy or a treatment facility more difficult. The results show significant barriers to accessing the care system. In order to ensure adequate treatment for patients, more free therapy places, less waiting time and better teamwork between the stakeholders are needed.

Keywords: suicidality, suicide in old age, suicidal ideation, suicide risk, suicide prevention, mental disorders, depression, anxiety and mortality risk, suicidality in the elderly

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1	Problemstellung und Relevanz .....	1
1.2	Forschungsfrage und Zielsetzung.....	3
1.3	Methodische Vorgehensweise und Aufbau.....	4
<b>2</b>	<b>Suizid und Suizidalität im Alter</b> .....	<b>5</b>
2.1	Begriffsdefinition .....	5
2.2	Ethische Aspekte .....	6
2.3	Ursachen und Indikatoren.....	7
2.4	Suizidmethoden .....	10
2.5	Suizidprävention .....	11
2.6	Die Rolle der Hausärzt*innen.....	13
<b>3</b>	<b>Qualitative Untersuchung</b> .....	<b>14</b>
3.1	Expert*innenauswahl .....	14
3.2	Interviewleitfaden und Durchführung .....	14
3.3	Transkription .....	16
3.4	Auswertungsmethode .....	16
<b>4</b>	<b>Ergebnisdarstellung</b> .....	<b>17</b>
4.1	Herausforderungen bei der Diagnose .....	18
4.1.1	Zeitmangel .....	18
4.1.2	Suizidale Äußerungen und Anzeichen .....	19
4.1.3	Rückzug der Betroffenen.....	20
4.2	Patient*innenbereitschaft für professionelle Hilfe.....	21
4.2.1	Ablehnung und Vorurteile gegen Psychotherapie .....	21
4.2.2	Fehlende Krankheitseinsicht .....	22
4.2.3	Vertrauen schaffen .....	23
4.3	Zugang zum Versorgungssystem .....	23
4.3.1	Fehlende Therapieplätze und Behandlungsangebote .....	23
4.3.2	Lange Wartezeiten .....	24
4.3.3	Erschwerter Zugang zu Facheinrichtungen.....	25
4.3.4	Hohe Kosten .....	26

4.3.5 Mangelnde Zusammenarbeit zwischen Akteur*innen des Versorgungssystems .....	27
<b>5 Diskussion .....</b>	<b>30</b>
<b>6 Fazit und Ausblick.....</b>	<b>32</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>33</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>36</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>37</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>38</b>

# 1 Einleitung

Jährlich sterben weltweit mehr als 800.000 Menschen durch Suizid. Berechnungen zufolge sind das alle 40 Sekunden, in denen ein Mensch aufgrund einer suizidalen Handlung stirbt (Weltgesundheitsorganisation, 2014, S. 13). Im Jahr 2019 waren es in Österreich 1.113 Personen. Das entspricht eine dreimal höhere Anzahl an Verstorbenen durch Selbstmord als Todesopfer durch Straßenverkehrsunfälle (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021, S. 3).

Insbesondere zeigt sich eine exponentielle Zunahme der Suizidrate mit dem steigenden Alter. Das Suizidrisiko ist ab dem 75. Lebensjahr mehr als doppelt und ab dem 85. Lebensjahr fast fünfmal so hoch wie jenes der Durchschnittsbevölkerung. Ein Großteil der Suizidopfer ist auf Männer zurückzuführen. In Hinblick auf den demographischen Wandel wird von einer stetigen Zunahme älterer Menschen gerechnet, was zur Folge eine Erhöhung der Suizidrate bedeutet. Demnach steht das Gesundheits- und Sozialsystem vor erheblichen Herausforderungen, um der Problematik entgegenzuwirken (BMSGPK, 2021, S. 3ff.).

## 1.1 Problemstellung und Relevanz

Die Zahlen in Deutschland belegen, dass jährlich rund 3500 Menschen über 65 Jahren Suizid begehen, wobei mit einer hohen Dunkelziffer gerechnet wird, die in amtlichen Erhebungen nicht berücksichtigt ist. Dazu zählen indirekte suizidale Handlungen, wie das Nichtbefolgen ärztlicher Maßnahmen durch eine falsche Dosierung von Medikamenten, riskantes Verhalten im Straßenverkehr oder der Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, die schwer erfasst werden können (Müller-Pein & Lindner, 2020, S. 533).

In internationalen Studien wird davon ausgegangen, dass die Zahl der Personen, die einen Selbstmordversuch unternommen haben, zehn- bis dreißigfach höher ist als die tatsächlich durch Suizid verstorbenen Menschen. Den Berechnungen zufolge, kann demnach in Österreich jährlich mit ca. 11.000 bis 33.000 Suizidversuchen gerechnet werden. Jedoch gibt es dazu keine verlässlichen Daten, da Suizidversuche häufig nicht erfasst werden bzw. eindeutig zuordenbar sind. Dennoch lässt sich sagen, dass mehr Frauen versucht haben, sich das Leben zu nehmen als Männer (BMSGPK, 2021, S. 3ff.).

Vollendete Selbstmorde werden vor allem von Menschen mit einer psychischen Erkrankung begangen, wovon etwa 40 bis 60 Prozent von einer Depression betroffen sind. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass eine suizidale Handlung nicht zwangsläufig eine psychische Störung voraussetzt, jedoch bei Vorliegen vieler akuter Belastungen wie körperliche Einschränkungen, kritische Ereignisse, Immobilität oder Schmerzen häufig in Folge mentale Probleme entstehen. Dabei empfinden die betroffenen Personen ihren Zustand als aussichtslos und unerträglich, wodurch der Wunsch nach einer Lebensbeendigung entstehen kann (Lindner, 2019, S. 6f.).

In der Gesellschaft wird eine Suizidhandlung von älteren Menschen aufgrund des negativen Altersbildes eher akzeptiert und toleriert als von jungen Betroffenen. Grund dafür ist der Gedanke, dass die alte Person sich bereits am Ende des „verbrauchten“ Lebens befindet, wohingegen der junge Mensch noch das Leben vor sich hat und eine Möglichkeit besteht, die Krise zu bewältigen (Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland, 2019, S. 4).

Demnach wird der Fokus bei der Suizidprävention auf die jüngere Altersgruppe gelegt, wodurch ein Mangel an Hilfsangeboten für suizidgefährdete, ältere Menschen besteht. Hinzu kommt die Herausforderung, dass die vorhandenen Hilfsmöglichkeiten von der älteren Altersgruppe häufig nicht angenommen werden (NaSPro, 2019, S. 9f.).

Bei der Diagnostik sowie der Weitervermittlung von suizidgefährdeten, älteren Menschen spielen insbesondere Hausärzt\*innen als primäre Anlaufstelle und als Arzt bzw. Ärztin des Vertrauens eine zentrale Rolle. Studien belegen, dass ca. 70 Prozent der Suizidopfer im Monat vor ihrer Handlung ihre/n Hausärzt\*in aufgesucht haben. Die Herausforderungen der Erkennung und Diagnosestellung von suizidgefährdeten, älteren Menschen liegen darin, dass die Betroffenen oftmals ihre Suizidalität bzw. ihre psychischen Leiden von sich aus nicht äußern und ihre Notlage daher häufig unerkannt bleibt (Haas et al., 2014, S. 1062). Insbesondere die vermehrten körperlichen Leiden älterer Menschen erschweren eine Abgrenzung zwischen einer psychischen Erkrankung von einer normalen Altersveränderung, da viele Symptome nicht eindeutig zugeordnet werden können (<https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/risikofaktoren/alter/psychische-erkrankungen/>, 26.03.2022).

Zudem sind die Anzeichen je nach Person individuell und können sich sehr unterschiedlich zeigen, wodurch sie oft von Außenstehenden nicht erkannt werden. Außerdem fehlt bei älteren Menschen häufig die Bereitschaft, über Suizidalität zu sprechen und sich Personen zu öffnen. Dadurch wird der Suizid oft als Erlösung und einziger Ausweg gesehen (Zeitler, 2014, S. 10f.). Demnach ist es von besonderer Relevanz, dass Hausärzt\*innen die Hinweise auf suizidale Gedanken wahrnehmen und Warnsignale erkennen können, um rechtzeitig eine angemessene Behandlung zu ermöglichen (Armstrong, 2013, S. 50).

Infolgedessen kann das vertiefte Wissen der vorliegenden Arbeit über die Herausforderungen bei der Identifikation und Weitervermittlung suizidgefährdeter, älterer Menschen behilflich sein, um präventive Maßnahmen zu ergreifen.

## **1.2 Forschungsfrage und Zielsetzung**

Das Ziel der Arbeit ist es, mithilfe von Expert\*inneninterviews die Hindernisse bei der Erkennung und Weiterleitung älterer, suizidgefährdeter Menschen in therapeutische Behandlung aus Sicht von Hausärzt\*innen aufzuzeigen, um aus den erworbenen Erkenntnissen mögliche Lösungsansätze für die Praxis abzuleiten. Zudem soll die Auseinandersetzung mit der Thematik stärker auf die Suizidalität bei alten Menschen aufmerksam machen, die Bedeutung von Hausärzt\*innen bei der Bewältigung verdeutlichen und den Umgang mit Betroffenen erleichtern. Zudem wäre es von großer Wichtigkeit, die gesellschaftliche Einstellung zum Suizid bei älteren Menschen zu verändern und für eine Enttabuisierung zu sorgen.

Im Rahmen der Arbeit soll die folgende Forschungsfrage beantwortet werden:

**„Welche Herausforderungen gibt es in Bezug auf die Identifikation und Weitervermittlung von suizidgefährdeten, älteren Menschen aus Sicht von Hausärzt\*innen?“**



### **1.3 Methodische Vorgehensweise und Aufbau**

Um einen theoretischen Überblick zu schaffen, wird zunächst eine Literaturrecherche als Methode herangezogen. Die Suche erfolgt auf Google Scholar mithilfe folgender Schlüsselwörter: Suizidalität, Suizid im Alter, Suizidgedanken, Suizidrisiko, Suizidprävention, psychische Störungen, Altersdepression, suicidality, suicide in old age, suicidal ideation, suicide risk, suicide prevention, mental disorders, depression, anxiety and mortality risk, suicidality in the elderly.

Im zweiten Teil der Arbeit werden zur Beantwortung der zentralen Fragestellung qualitative Interviews mittels halbstandardisiertem Leitfaden durchgeführt. Hierfür werden vier niedergelassene Hausärzt\*innen aus Wien und Niederösterreich interviewt. Danach erfolgt die Auswertung der Ergebnisse anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2015).

Zu Beginn der Arbeit werden die zentralen Begriffe, die Auslöser, Phasen und Methoden von Suizid im Alter erläutert. In dem Zusammenhang werden mögliche Präventionsmaßnahmen dargestellt und analysiert, welche Rolle der Hausarzt bzw. die Hausärztin bei der Identifikation und Weitervermittlung von suizidgefährdeten älteren Menschen spielen. Danach folgt in Kapitel 3 die Beschreibung der qualitativen Untersuchung und in Kapitel 4 die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse. Abschließend wird die Arbeit mit der Beantwortung der Forschungsfrage sowie einem Fazit abgerundet.

## **2 Suizid und Suizidalität im Alter**

Der Entschluss einer suizidalen Handlung ist häufig die Folge von Problemen und Belastungen, die als ausweglose Lebenssituation wahrgenommen wird. Die Notlage kann sich bereits über einen längeren Zeitraum anbahnen oder durch akute Ereignisse wie z.B. den Tod der/des Ehepartnerin/Ehepartners ausgelöst werden (NaSPro, 2019, S. 3).

Insbesondere die Identifikation von suizidgefährdeten, älteren Personen stellt für Außenstehende eine große Herausforderung dar, weil Betroffene sich oftmals widersprüchlich und zwiegespalten verhalten. Auf der einen Seite besteht der Wunsch nach Hilfe und die Hoffnung einer Änderung der Lebenssituation und andererseits vermitteln sie das Gefühl, dass sie in Ruhe gelassen werden möchten (NaSPro, 2019, S. 3ff.).

Falls es gelingt, ein Vertrauensverhältnis zu der/dem Betroffenen aufzubauen, ist es möglich, eine Alternative zum Suizid und einen Lösungsweg aus der Notlage zu finden (Lindner, 2019, S. 6).

Im folgenden Kapitel werden die zentralen Begriffe, die ethischen Aspekte in Zusammenhang mit der Thematik, die Ursachen von Suizid, die Indikatoren bzw. Anzeichen und die häufigsten Suizidmethoden näher beschrieben. Anschließend wird auf die Suizidprävention eingegangen und abgeklärt, welche Rolle der Hausarzt bzw. die Hausärztin dabei spielt. Auf dieser theoretischen Grundlage werden unter Punkt 3, im empirischen Teil der Arbeit, die Herausforderungen bei der Erkennung und Weitervermittlung von suizidgefährdeten, älteren Menschen aus hausärztlicher Sicht näher untersucht.

### **2.1 Begriffsdefinition**

Der Begriff Suizid wird laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) als „eine Handlung, die eine Person in voller Kenntnis und in Erwartung des tödlichen Ausgangs selbst plant und ausführt“ definiert (OECD, 2013, S. 236).

Es besteht ein hoher Todeswunsch, der die Absicht verfolgt, mit Hilfe einer angewandten Methode zu sterben. Der bewusste Akt der Selbsttötung wird in dem Wissen ausgeführt, das Ziel zu erreichen. Der Ausgang eines Suizides ist schließlich der Tod der handelnden Person (Wolfersdorf & Franke, 2006, S. 403f.).

Als Suizidversuch wird eine selbst veranlasste selbstverletzende Handlung bezeichnet, die das Ziel verfolgt, sich das Leben zu nehmen, die jedoch nicht zum Tod führt. Eine weitere Form des Suizidversuchs ist der „Parasuizid“, der ebenfalls eine nicht-tödliche suizidale Handlung beschreibt, der jedoch die primäre Absicht verfolgt, die Hilfsbedürftigkeit zu kommunizieren. Der Versuch gilt als eine Art Hilferuf bzw. Verzweiflungstat, um Aufmerksamkeit zu erregen und den Wunsch, danach etwas zu verändern (Wolfersdorf & Franke, 2006, S. 403f.).

Unter Suizidalität wird eine Reihe von Denk- und Verhaltensweisen verstanden, die suizidale Gedanken bzw. Absichten beinhalten, um durch aktives Handeln oder Unterlassungshandlungen eine Beendigung des Lebens anzustreben (Wolfersdorf, 2008, S. 444). Suizidalität zählt dabei nicht als Krankheit, da Sterbewünsche und Suizidgedanken auch bei gesunden Menschen ohne mentale oder körperliche Erkrankungen auftreten können, beispielsweise durch das Eintreten eines kritischen Lebensereignisses, in der die/der Betroffene die Situation als auswegslose Einengung wahrnimmt und das frühzeitige Beenden des Lebens als einzige Lösungsmöglichkeit in Erwägung zieht (Wolfersdorf & Franke, 2006, S. 402).

Dabei wird zwischen der passiven und der aktiven Suizidalität unterschieden, wobei die strikte Abgrenzung nicht immer eindeutig ist. Als passive Suizidalität gilt der Wunsch nach Ruhe oder einer Pause vom Leben, wodurch die betroffene Person das Risiko eingehen würde zu sterben (Wolfersdorf & Franke, 2006, S. 403). Im Gegensatz dazu wird als aktive Suizidalität die Möglichkeit eines Suizidversuchs mit der tatsächlich gezielten Planung und Durchführung der Tat bezeichnet (Schaar & Schipper, 2017, S. 178).

## **2.2 Ethische Aspekte**

Bei der vertiefenden Auseinandersetzung mit dem Thema Suizid und Suizidalität ergeben sich ethische Spannungsfelder, die umstritten sind. In Konflikt stehen das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen, mit der Fürsorgepflicht der Ärzt\*innen und dem Recht auf Leben. Ein grundlegendes Element der Menschenwürde ist die freie Selbstbestimmung bzw. die individuelle Freiheit. Es muss der Wunsch der urteilsfähigen Person respektiert werden, im Hinblick auf das Recht jedes Menschen, über das eigene Leben zu entscheiden und er demnach bestimmen darf, wann er es beenden möchte. Daher kann es als unethisch gesehen werden, den Menschen gegen seinen Willen dazu zu zwingen, sein Leben fortzuführen (Körtner, 2021, S 10ff.).

Dabei gehen die Ansichten, auseinander, wodurch sich die Frage stellt, ob die betroffene Person als urteilsfähig gilt oder aufgrund z.B. einer psychischen Erkrankung nicht autonom in ihren bei Gedanken ist. Daher wird damit argumentiert, dass der Wunsch, das Leben zu beenden, oftmals keine freie Willensentscheidung ist, sondern durch die Umstände erzwungen wird (Minder & Harbauer, 2015, S. 70ff.).

Weiters widerspricht eine suizidale Handlung dem Prinzip der Selbsterhaltung und den religiösen Grundsätzen, das Leben als Geschenk zu sehen. Aus sozialer Sicht wird mit dem Selbstmord auch häufig das „im Stich lassen der Mitmenschen“ verbunden. Im sozialen Umfeld wird ein Suizid auch oft mit Schuldgefühlen assoziiert und als eigene Ohnmacht erlebt, da es ihnen nicht gelungen ist, der Person ein lebenswertes Leben zu ermöglichen (Brockmann et al., 2005, S. 48ff.).

Insbesondere Ärzt\*innen, Psychiater\*innen, Psychotherapeut\*innen und Sozialarbeiter\*innen befinden sich in einer berufsständischen Rolle, die moralisch dazu „verpflichtet“, Hilfe zu leisten und Suizide zu verhindern. Daher wird in akuten Situationen notfalls auch gegen den Willen der betroffenen Person eingeschritten und kurzfristig zu Zwangsmaßnahmen gegriffen, um ein suizidales Handeln zu unterbinden. Das Eingreifen im Sinne der Fürsorgepflicht steht demnach im Spannungsfeld mit der Pflicht, die Selbstbestimmung und Menschenwürde einer Person zu respektieren (Minder & Harbauer, 2015, S. 70f.).

## **2.3 Ursachen und Indikatoren**

Gerade das hohe Lebensalter ist geprägt von zahlreichen Veränderungen und belastenden Ereignissen, die das Risiko für Suizid und Suizidalität begünstigen können. Dazu zählen körperliche Beschwerden, der Wechsel der Wohnform, Rollenverluste, der Eintritt in die Pension, Vereinsamung oder die Trennung bzw. der Tod der/des Ehepartnerin/Ehepartners. Hinzu kommen altersbedingte Einschränkungen der Mobilität, gesundheitliche Probleme wie schwere Krankheiten oder chronische Schmerzen, was im Zuge dessen einen Verlust der Funktionsfähigkeiten bedeutet. Die Faktoren können die Bewältigung des Alltags erschweren, wodurch eine steigende Abhängigkeit entsteht und eine Anpassung an die neue Bedarfslage erzwungen wird (Schaar & Schipper, 2017, S. 177f.).

Durch den erhöhten Unterstützungsbedarf lässt sich oftmals ein Umzug in ein Alters- bzw. Pflegeheim nicht vermeiden, was den Verlust des gewohnten Umfelds und der Autonomie bedeutet. Besonders die Pflegebedürftigkeit, die Angst, anderen Menschen

zur Last zu fallen und die Sorge, auf andere angewiesen zu sein, wird von den Betroffenen häufig gefürchtet (Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 45).

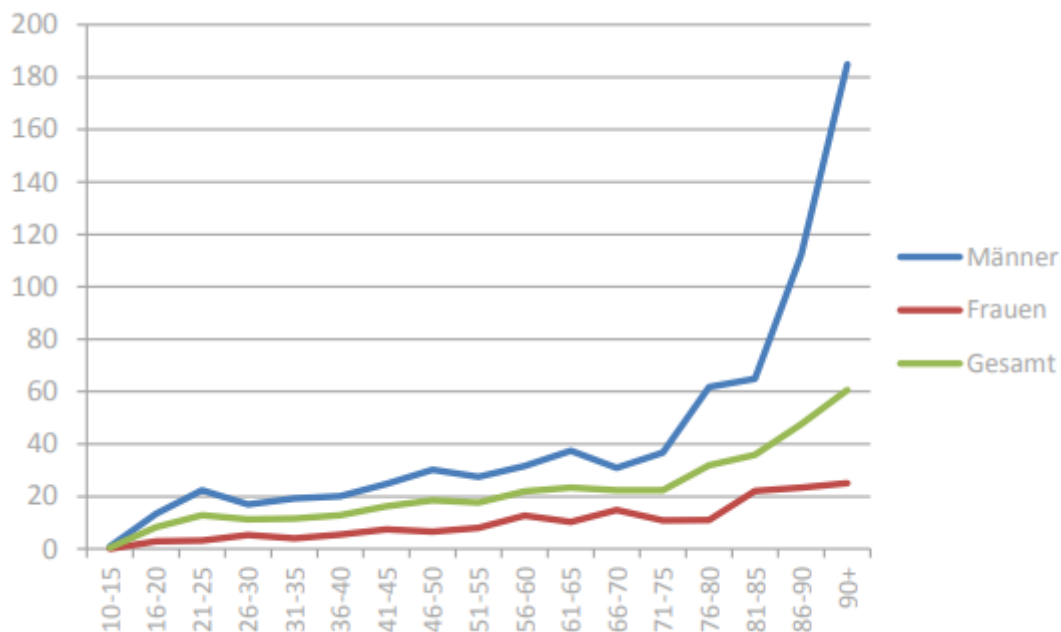
Demnach kann die Auseinandersetzung mit dem natürlichen Prozess der Alterung das Gefühl von Hoffnungslosigkeit, Wut, Scham, Hilflosigkeit und Unzufriedenheit bei den Betroffenen hervorrufen und zu großen psychischen Belastungen führen (Schaar & Schipper, 2017, S. 177f.). Eine Suizidalität äußert sich oft durch einen Rückzug, eine soziale Isolation, ausgeprägte Stimmungsschwankungen oder durch das Verschenken von wertvollen bzw. persönlichen Gegenständen. Jedoch lässt sich die suizidale Absicht auch über offene Äußerungen von Sinnlosigkeit bzw. Verzweiflung und Verabschiedungen bei Personen, z.B. durch das Verfassen eines Abschiedsbriefes oder unerwartete Anrufe, erkennen (Schneider & Wolfersdorf, 2018, S. 440). Untersuchungen zufolge, werden Abschiedsbriefe von fast der Hälfte der älteren Frauen und einem Drittel der Männer hinterlassen (Löbige et al., 2015, S. 277). Welche Rolle Hausärzt\*innen bei der Identifikation von suizidgefährdeten, älteren Menschen spielen, werden in Kapitel 2.6 ausführlicher betrachtet.

Mentale Erkrankungen zählen zu den häufigsten Risikofaktoren für Suizid im Alter. Dazu zählen vor allem Depressionen, Schizophrenien, Angststörungen oder Suchterkrankungen. Autopsien zufolge, leiden ca. 90 Prozent der älteren Suizidopfer an einer psychischen Störung (Lindner, 2019, S. 7).

Dennoch lässt sich sagen, dass der konkrete Grund für suizidale Gedanken selten auf einen Auslöser allein zurückzuführen ist. Häufig handelt es sich um ein Zusammenspiel von mehreren unterschiedlichen Determinanten ([www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at), 08.05.2022).

Mit der Aussage „Frauen suchen Hilfe, Männer sterben“, lässt sich die Suizidrate im Geschlechtervergleich beschreiben. Obwohl bei Frauen fast doppelt so häufig eine Depression diagnostiziert wird, beobachtet man bei Männern eine drei bis zehn Mal höhere Suizidrate (Hausmann et al., 2008, S. 43). Eine Schweizer Studie kam zu dem Ergebnis, dass 75 Prozent der Personen, die professionelle Hilfe in einer Einrichtung in Anspruch nahmen, Frauen waren. Im Gegensatz dazu handelte es sich bei 75 Prozent der Suizidfälle in dem Erhebungsjahr um männliche Todesopfer (Schulte-Wefers & Wolfersdorf, 2006, S. 15). Eine besonders hohe Suizidrate weisen verwitwete ältere Männer mit Alkoholproblemen auf, die bereits ihr Leben lang Schwierigkeiten hatten, mit Konflikten umzugehen (Lindner, 2019, S. 7).

**Abbildung 1: Suizidrate in Österreich nach Altersgruppen und Geschlecht**



Quelle: BMG (2011, S. 21)

In der Grafik wird die Suizidrate in Österreich in den verschiedenen Altersgruppen bei Männern und Frauen aufgezeigt. Die Daten der Abbildung 1 beziehen sich auf das Jahr 2008. Die Ergebnisse zeigen eine exponentielle Steigerung der Suizidrate mit dem steigenden Alter. Anhand der Statistik wird die enorm hohe Suizidrate insbesondere bei älteren Männern verdeutlicht (BMG, 2011, S. 21).

Ein möglicher Erklärungsansatz für die geschlechtsspezifische Verteilung ist auf die mangelnde Hilfesuche sowie auf die erschwerte Identifikation von Depressionen bei Männern zurückzuführen. Die Depression äußert sich bei Männern nicht anhand der klassischen Symptome, sondern versteckt sich oftmals hinter aggressiven bzw. riskanten Handlungen oder einem Suchtverhalten. Demnach wird eine psychische Erkrankung häufig nicht erkannt bzw. eine Fehldiagnose gestellt, wodurch keine erforderlichen Hilfsmaßnahmen erfolgen und Depressionen bei Männern unbehandelt bleiben (Hausmann et al., 2008, S. 43).

Ein weiterer Grund für das Ergebnis ist auf die traditionelle männliche Geschlechterrolle zurückzuführen, die sich unter anderem durch Dominanz, Macht, Mut, Unabhängigkeit, Kontrolle oder die Unverwundbarkeit charakterisiert. Demnach besteht eine Hemmschwelle, die es erschwert, Hilfe zu suchen und emotionale Schwäche zuzuge-

ben. Aus männlicher Sicht würde die Preisgabe, dass Hilfe benötigt wird, eine Abhängigkeit, Hilflosigkeit und Unsicherheit bedeuten, wodurch Männer eher dazu tendieren, ihre Maskulinität zu beweisen und Beschwerden zu ignorieren (Schulte-Wefers & Wolfersdorf, 2006, S. 16).

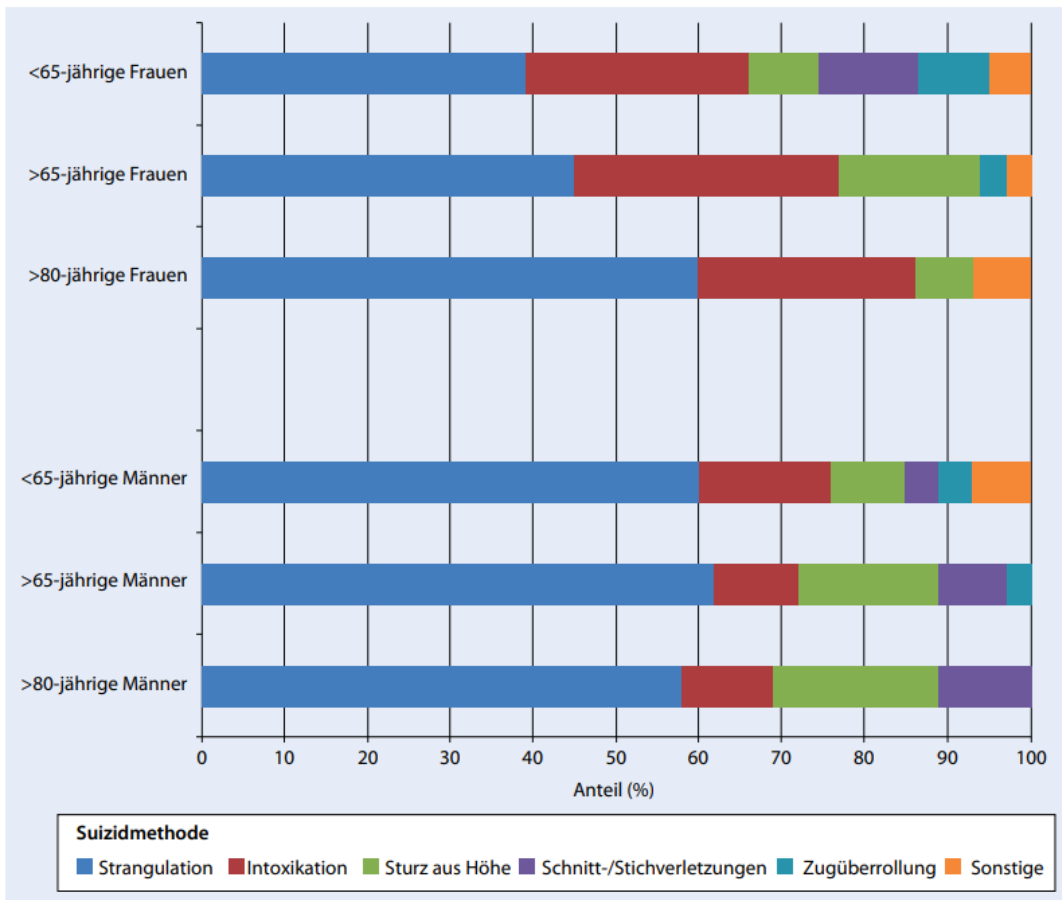
Besonders Schutzfaktoren dienen indirekt als Puffer, die Risikofaktoren entgegenwirken können und vor schädigenden Folgen schützen. Protektive Faktoren sorgen dafür, dass Menschen besser mit belastenden Situationen umgehen und bewältigen können (Schneider et al., 2014, S. 39f.). Demnach weisen resiliente Personen ein geringeres Risiko für Suizid bzw. suizidales Verhalten auf. Besonders individuelle Eigenschaften wie eine optimistische Lebenseinstellung, Gelassenheit oder die Widerstandsfähigkeit ermöglichen es Betroffenen, mit Belastungssituationen besser umgehen zu können. Zudem sorgt ein hohes Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen und eine entwickelte Selbstwahrnehmung dafür, dass Stressoren abgemildert werden. Jedoch hängt die Bereitschaft, sich Hilfe zu suchen und in Anspruch zu nehmen, von der persönlichen Einstellung ab, die von älteren Männern häufig abgelehnt wird (WHO, 2014, S. 46).

Zudem stellen soziale Beziehungen und ein intaktes soziales Netzwerk eine wesentliche emotionale Ressource dar, die eine soziale und finanzielle Unterstützung sein können (WHO, 2014, S. 46).

## **2.4 Suizidmethoden**

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass Männer tendenziell zu härteren Methoden wie Strangulation, Erschießen oder der Sturz aus der Höhe greifen, als Frauen. Demnach enden Suizide beim männlichen Geschlecht häufiger tödlich, wohingegen es sich bei Frauen öfter um einen Suizidversuch handelt (Plener & Freudenmann, 2012, S. 291). Die Ergebnisse der Studie in Deutschland zeigen die häufigsten Suizidmethoden, die in den Jahren 1994 bis 2013 von älteren Personen angewandt wurden. An erster Stelle steht die Strangulation. Bei Männern wird zu 60 Prozent das Erhängen als Methode gewählt. An zweiter Stelle folgt bei den Frauen und jüngeren Männern die Intoxikation. Dazu zählen Vergiftungen durch Medikamente oder andere schädliche Substanzen. Bei den über 65-jährigen Männern stellt der Sturz aus der Höhe die zweithäufigste Suizidmethode dar. Zu sonstigen Methoden zählt z.B. das absichtliche Verursachen eines Unfalls, welches eher einen geringen Prozentsatz ausmacht (Löbig et al., 2015, S. 276f.).

**Abbildung 2: Angewandte Suizidmethoden bei Frauen und Männern**



Quelle: Löbig et al. (2015, S. 277)

## 2.5 Suizidprävention

Die Suizidprävention ist von großer Wichtigkeit, um einer Lebenskrise vorzubeugen und eine Belastungssituation erfolgreich bewältigen zu können. Eine frühzeitige Auseinandersetzung mit dem Alterungsprozess, hilft, sich besser auf die zweite Lebenshälfte vorzubereiten und sich der Folgen bewusst zu werden. Auch die Akzeptanz von altersbedingten Einschränkungen und die Beschäftigung mit veränderten Lebensumständen sorgen dafür, dass sich die Betroffenen nicht plötzlich überrumpelt fühlen (NaSPro, 2019, S. 18f.).

Beispielsweise kann der Eintritt in die Pensionierung für viele ältere Menschen eine große Herausforderung sein. Der Ruhestand bedeutet den Verlust der Berufsrolle, der gesellschaftlichen Integration und der geregelten Tagesstruktur, wodurch die Anpassung an die neue Lebenssituation für Betroffene sehr belastend sein kann. Um dem



entgegenzuwirken, ist es hilfreich, sich im Vorfeld Gedanken über erfüllende Aktivitäten und Aufgaben für die Zeit nach dem Berufsleben zu machen. Im hohen Lebensalter ist es zudem von großer Wichtigkeit, für eine regelmäßige geistige Beschäftigung zu sorgen und sich körperlich zu betätigen, da sich die Faktoren positiv auf die mentale Gesundheit auswirken (NaSPro, 2019, S. 18f.).

Ein weiterer Punkt ist die regelmäßige Pflege von sozialen Kontakten, die im Alter eine wesentliche Rolle spielen. Insbesondere der Austausch mit anderen Menschen kann einen sozialen Rückzug und eine Vereinsamung verhindern (Backes & Höltge, 2008, S. 282f.).

In Bezug auf das Gesundheitssystem ist das Ziel der Suizidprävention, einen niederschweligen Zugang zu Hilfsangeboten und ausreichende, zuverlässige ambulante und stationäre Behandlungsmöglichkeiten zu bieten (Schulte-Wefers & Wolfersdorf, 2006, S. 16).

## 2.6 Die Rolle der Hausärzt\*innen

Hinter suizidalen Gedanken und dem Wunsch, das Leben zu beenden, steckt meistens das Bedürfnis, über den akuten Zustand zu reden und emotionale Unterstützung zu erhalten (Lindner, 2019, S. 6). Dabei spielen besonders Hausärzt\*innen eine wesentliche Rolle, die für ältere Menschen häufig die erste Anlaufstelle und oft die einzige Vertrauensperson in der Krisensituation sind. Sie haben die wichtige Aufgabe, suizidgefährdete, ältere Personen zu identifizieren, zu behandeln und zur Therapie bzw. anderen Behandlungsstellen weiterzuvermitteln (BMG, 2011, S. 46). Gerade für suizidgefährdete, ältere Menschen, die mit dem tabuisierten Problem häufig auf Ablehnung bzw. Verharmlosung stoßen, bieten Hausärzt\*innen die Gelegenheit für Raum und Zeit. Ein Gespräch, in dem die Person ihre seelischen Leiden mitteilen kann, sorgt oftmals für eine deutliche Entlastung. Dadurch bekommt die/der Betroffene das Gefühl, nicht mehr alleine mit den Belastungen zu sein (Haas et al., 2014, S. 1063).

Die Betreuung der Patient\*innen über einen längeren Zeitraum ermöglicht es der/dem Ärztin/Arzt, körperliche sowie psychische Veränderungen wahrzunehmen und rechtzeitig eine suizidale Absicht zu erkennen. Demnach herrscht häufig eine vertrauensvolle Beziehung zwischen der/dem Ärztin/Arzt und der/dem Betroffenen, wodurch sich die/der Patient\*in eher öffnet und ein erstes Gesprächsangebot bzw. eine Behandlungsoption annimmt (BMG, 2011, S. 21).

Eine große Herausforderung für Ärzt\*innen der Allgemeinmedizin stellt die Erkennung der Notlage dar, weil psychische Krankheitsanzeichen bei älteren Menschen oftmals durch andere körperliche Beschwerden bzw. „normale“ Altersveränderungen nicht eindeutig zugeordnet werden können. Zudem leiden hochbetagte Personen oft gleichzeitig an mehreren Krankheiten, wie Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes oder Bluthochdruck, wodurch die Behandlung der somatischen Symptome im Vordergrund steht. Demnach kann die Identifikation einer depressiven Störung im Alter sehr anspruchsvoll sein und erfordert eine umfassende Erfahrung sowie ein hohes Maß an Vertrauen der/des Betroffenen (Haas et al., 2014, S. 1062ff.).

### **3 Qualitative Untersuchung**

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Die Datenerhebung erfolgte mittels leitfadengestützten Expert\*inneninterviews, wodurch es möglich war, die Erfahrungen, Meinungen und subjektiven Sichtweisen der Interviewpartner\*innen zu erheben und zu aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen. Hierzu wurden vier Interviews mit niedergelassenen Hausärzt\*innen aus Wien und Niederösterreich durchgeführt. Zur Hilfe wurde vorab ein halbstandardisierter Leitfaden erstellt und für die Befragungen herangezogen, um stets den Forschungsfokus im Blick zu haben. Schließlich wurden die Ergebnisse verschriftlicht und mittels der Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2015) ausgewertet. Im folgenden Abschnitt wird die methodische Vorgehensweise der qualitativen Untersuchung näher beschrieben.

#### **3.1 Expert\*innenauswahl**

In der vorliegenden Forschung werden die Herausforderungen bei der Identifizierung und der Weitervermittlung von suizidgefährdeten, älteren Menschen mit Hilfe von halbstandardisierten Leitfadeninterviews untersucht. Auf Grundlage der Erkenntnisse aus der Literaturrecherche wurden Hausärzt\*innen aus dem Raum Wien und Niederösterreich gesucht. Anfänglich gestaltete sich die Suche schwierig, weil Personen aufgrund des Zeitmangels oder des fehlenden Bezugs zur Thematik absagten. Demnach wurde die Auswahl der Expert\*innen angepasst und nur Interviewpartner\*innen kontaktiert, die bereits aufgrund des beruflichen Werdegangs einen Bezug zu geriatrischen Patient\*innen aufweisen. Zunächst wurde telefonisch mit den gewünschten Expert\*innen Kontakt aufgenommen, um zur Teilnahme am Interview zu motivieren. Die Anrufe fanden innerhalb der Öffnungszeiten der Ordination der/des niedergelassene/n Ärztin/Arztes statt. Anschließend wurden die Interviewpartner\*innen, die sich für eine Teilnahme bereit erklärten, eine Mail mit näheren Informationen zur Forschung sowie eine Einwilligungserklärung zugeschickt. Schließlich wurde ein gemeinsamer Termin festgelegt, um das Interview durchzuführen.

#### **3.2 Interviewleitfaden und Durchführung**

Zur Befragung der niedergelassenen Hausärzt\*innen wurde vorab ein Interviewleitfaden erstellt, welcher die Themenfelder Diagnostik, Behandlung und Weitervermittlung von suizidgefährdeten, älteren Menschen, abdeckt. Bei der Gestaltung des Leitfadens wurde darauf geachtet, dass stets offene Fragen formuliert werden, um der Antwort

genügend Raum zu bieten. Der Interviewleitfaden ist darauf ausgerichtet, die Herausforderungen bei der Erkennung einer Suizidalität sowie die Hindernisse bei der Weitervermittlung suizidgefährdeter, älterer Menschen zu erheben. In dem Zusammenhang wurde speziell auch auf die Probleme beim Gesundheitssystem eingegangen. Um einen Einstieg in das Thema Suizid im Alter zu erleichtern, werden zu Beginn Fragen zum Umgang mit von psychischen Erkrankungen bei älteren Menschen sowie zu den Behandlungsmöglichkeiten gestellt. Anschließend wurde auf den Themenschwerpunkt der Suizidalität im Alter eingegangen.

Die Interviews wurden über einen Zeitraum von drei Wochen verteilt durchgeführt. Eine Hausärztin hat kurzfristig nach Erhalt des Informationsschreibens das geplante Interview abgesagt, weil sich herausgestellt hat, dass kein Bezug zum Forschungsschwerpunkt besteht. Demnach wurden vier Interviews mit Hausärzt\*innen aus Wien und Niederösterreich geführt. Aufgrund der Corona-Pandemie war ein persönliches Treffen nicht immer möglich, daher fanden zwei Befragungen telefonisch und ein Interview mittels Videokonferenz über ZOOM statt.

**Tabelle 1: Interviewformen und Aufzeichnungsdauer**

Interview	Interviewform	Aufzeichnungsdauer
INT1	Telefon	20 Minuten
INT2	Telefon	21 Minuten
INT3	Video	25 Minuten
INT4	Persönlich	28 Minuten

Quelle: Eigene Darstellung

Um die Ergebnisse verwerten zu können, wurden die 20-30 minütigen Interviews mit dem Einverständnis der/des Gesprächspartnerin/Gesprächspartners aufgezeichnet und anschließend für die Auswertung in einem Textdokument transkribiert. Vor Start der Aufnahme wurden im Gespräch mit den Expert\*innen noch offene Fragen abgeklärt sowie nähere Informationen zur Studie vermittelt. Die vertraute Behandlung der erhobenen Daten und die Anonymisierung wurden den Teilnehmer\*innen im Vorfeld zugesichert. Bei Bedarf haben die Interviewpartner\*innen die Möglichkeit, die Ergebnisse der Forschung anzufordern.

Die Einwilligung zur Teilnahme an dem Interview erfolgte mündlich, welche in der Aufzeichnung erneut bestätigt wurde. Bei der Durchführung der Interviews wurden zu jedem Zeitpunkt die Anonymität sowie der Datenschutz der befragten Personen gewahrt. Mittels halbstandardisiertem Leitfaden wurde das Interview gelenkt und dafür gesorgt, dass die Forschungsfragen beantwortet werden und der rote Faden nicht verloren geht.

Nach dem Interview wurde ein Protokoll verfasst, in dem die relevanten Punkte, Auffälligkeiten und auftretende Probleme dokumentiert wurden.

### **3.3 Transkription**

Nach der Durchführung der Expert\*inneninterviews wurden die Audiodateien nach den vorgegebenen Transkriptionsregeln der Ferdinand Porsche FernFH vollständig verschriftlicht. Die Interviews sind wortwörtlich transkribiert worden, wobei zur besseren Lesbarkeit eine leichte Glättung vorgenommen wurde. Die Interviewerin wird mit „I“ und die befragte Person mit „B“ gekennzeichnet. Um auf Textstellen verweisen zu können wurde die Verschriftlichung anschließend mit Zahlennummern versehen. Die Transkripte sind pseudonymisiert, demnach können keine Rückschlüsse auf die/den Teilnehmer\*in gezogen werden.

### **3.4 Auswertungsmethode**

Für die Auswertung der Interviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring herangezogen. Zunächst wurden die transkribierten Interviews der Reihe nach durchgelesen, um sich einen groben Überblick zu verschaffen. Dadurch war es möglich erste Überschneidungen und Gemeinsamkeiten herauszufiltern, die im Rahmen der Kategorienbildung berücksichtigt wurden. Nach Durchsicht der Materie, konnten Inhalte ohne Bezug zum Forschungsschwerpunkt aussortiert und anschließend thematisch zugeordnet werden. Bei der Kategorienbildung wurde sowohl deduktiv als auch induktiv vorgegangen. Auf Basis der Literatur wurden Oberkategorien aufgestellt, die als Grundlage der Auswertung dienen. Aus den verbliebenen Textpassagen der Interviews konnten schließlich erweiternde Unterkategorien gebildet werden, die mit Hilfe von Ankerbeispielen untermauert wurden. Zur Unterstützung der Organisation und Veranschaulichung des Kategoriensystems wurde das Programm MAXQDA verwendet.

## 4 Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisse aus den Expert\*inneninterviews werden im folgenden Kapitel anhand von Kategorien dargestellt. Jede Kategorie wird mit relevanten Zitaten bzw. Ankerbeispielen aus den Befragungen untermauert. Mithilfe der Erkenntnisse aus der Literaturrecherche und den Ergebnissen der qualitativen Forschung kann die Forschungsfrage beantwortet werden.

Es ergeben sich drei Oberkategorien mit jeweiligen Unterkategorien (Tabelle 2), die im Rahmen des Kapitels näher beschrieben werden.

**Tabelle 2 : Kategoriendarstellung**

<b>Oberkategorie 1: Herausforderungen bei der Diagnose</b>
Unterkategorien:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Zeitmangel</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Suizidale Äußerungen und Anzeichen</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Rückzug der Betroffenen</li></ul>

<b>Oberkategorie 2: Patient*innenbereitschaft für professionelle Hilfe</b>
Unterkategorien:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ablehnung und Vorurteile gegen Psychotherapie</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fehlende Krankheitseinsicht</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vertrauen schaffen</li></ul>

<b>Oberkategorie 3: Zugang zum Versorgungssystem</b>
Unterkategorien:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fehlende Therapieplätze und Behandlungsangebote</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Lange Wartezeiten</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Erschwerter Zugang zu Facheinrichtungen</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hohe Kosten</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mangelnde Zusammenarbeit zwischen Akteur*innen des Versorgungssystems</li></ul>

Quelle: Eigene Darstellung

## 4.1 Herausforderungen bei der Diagnose

In dieser Kategorie wurde erhoben, welche Anzeichen die/der Hausärztin/Hausarzt auf eine Suizidgefährdung bei älteren Patient\*innen aufmerksam machen und welche Hindernisse die Erkennung erschweren. Dabei wurden die begrenzten zeitlichen Ressourcen als Kassenärzt\*innen sowie der individuelle Umgang mit der Suizidalität erwähnt. Einerseits vertrauen sich viele Betroffene ihrer/m Hausärztin/Hausarzt an und äußern ihre suizidalen Gedanken. Andererseits wird auch häufig vom Rückzug und dem ausbleibenden Arztbesuch berichtet.

### 4.1.1 Zeitmangel

Im Zuge der Interviews gaben die befragten Personen an, dass die zeitlichen Ressourcen eine Herausforderung bei der Identifikation und Betreuung von betroffenen Patient\*innen sind. Alle Interviewpartner\*innen sind Kassenärzt\*innen und haben täglich ein hohes Patientenaufkommen, wodurch die Zeit, die beim Termin zur Verfügung steht, sehr begrenzt ist. Die Erkennung erfordert ein hohes Maß an Vertrauen und Geduld, damit sich der/die Patient\*in öffnet. Der Prozess kann sehr zeitaufwendig sein.

*„Ich versuche, mir Zeit zu nehmen. (...) Ich habe eine Kassenordination, da wird es mit der Zeit oft ein bisschen schwieriger.“ (B 2, Zeile 16-18)*

Jedoch wird von den Interviewpartner\*innen erwähnt, dass das Wohlergehen der Patient\*innen im Vordergrund steht, weshalb sie sich auch häufig außerhalb der Ordinationszeiten dafür Zeit nahmen.

*„Ich versuche, und das ist sehr zeitaufwendig, das Package rauszukriegen, wo es halt das Problem gibt. Ich versuche mir auch diese Zeit zu nehmen, sage aber gleich dazu, die wird mir nicht bezahlt und zahlt mir auch niemand.“ (B 4, Zeile 56-58)*

*„Aber wenn ich merke, dass es größere Probleme gibt, dann nehme ich außerhalb der Ordinationszeiten Termine wahr, wo man dann länger beisammensitzen kann oder auch gemeinsam. Wenn es Angehörige gibt und der Wunsch besteht, dass man das so ein bisschen im Familienverbund bespricht, dann auch gemeinsam ...“ (B 2, Zeile 19-21)*

#### 4.1.2 Suizidale Äußerungen und Anzeichen

Die Expert\*innen gaben im Zuge des Interviews an, dass suizidgefährdete, ältere Menschen häufig die Initiative ergreifen und beim Arztbesuch ihre suizidalen Gedanken von sich aus äußern. Das Sprechen mit einer anderen Person stellt oftmals schon eine große Entlastung für die Betroffenen dar.

*„Na, die Leute sagen es oft selber ‚Ich will nicht mehr leben.‘ ; Am liebsten ist es mir, ich schlafe ein und werde nicht mehr wach.‘ Manche sagen dann auch: ‚So geht es nicht mehr weiter, ich kann nicht mehr weiter.‘ ; Ich stehe an, ich will nicht mehr leben.‘ Also Aussagen dieser Art kommen spontan. Und dann ist natürlich der nächste Schritt auch wirklich explizit zu fragen.“ (B 3, Zeile 40-44)*

*„Manchmal sind es Äußerungen von den Patienten, wenn sie sagen, sie wollen nicht mehr leben und vielleicht gibt es in der Vorgeschichte bestimmte Verläufe (...) ja, dass es schon einmal einen Suizid da war oder innerhalb der Familie, auch bei den Eltern.“ (B 2, Zeile 36-38)*

Daneben kann sich die Suizidalität bei älteren Menschen auch anhand von Handlungen zeigen, die das Ziel verfolgen, Hilfe zu erhalten. Demnach haben Hausärzt\*innen die wichtige Aufgabe, die Wahnsignale zu erkennen, um eine entsprechende Behandlung gewährleisten zu können.

*„... das ist sozusagen der Strohalm, den er die entgegenhält.“ (B 3, Zeile 107)*

*„Er sagts gar nicht, aber hält sozusagen seine (...) signalisiert seine Bereitschaft, er würde schon gern gehalten werden“. (B 3, Zeile 109-110)*

*„das sieht man den Menschen oft an, dass er sich durch den Tag schleppt. Dass es ihm überhaupt nicht gut geht (...) Das sind Menschen, die nicht lachend hereinkommen, die nicht, die manchmal auch nicht affizierbar sind. So nennt man das, wenn man zu jemanden was sagt, und der reagiert mit einem Lächeln oder mit einem Erstaunen oder mit irgendwas. Wenn die so in sich gekehrt sind und unweigerlich, du hast das Gefühl, du kommst gar nicht heran an diese Person. Der red, wie wenn er ein Automat wäre.“ (B 3, Zeile 52-58)*



### 4.1.3 Rückzug der Betroffenen

Der Rückzug von Betroffenen stellt eine wesentliche Herausforderung dar, die sich anhand der hohen Suizidrate widerspiegelt. Dabei sind die Personen sehr in sich gekehrt und verschlossen, wodurch ein gutes Gespür von Hausärzt\*innen benötigt wird, um die Notlage zu erkennen. Die Interviewpartner\*innen berichten, dass sich Angehörige an sie wenden, falls ein Verdacht auf Suizidalität besteht.

*„A sind die meistens viel mehr in sich gekehrt, als man glauben sollte. Das muss man meistens wirklich (...) erschnüffeln. In vielen Fällen wird eher von Angehörigen eher gesagt, also dem gehts schlecht, ...“ (B 1, Zeile 60-62)*

*„Wenn ich das Gefühl habe, ich komme an diese Person nicht heran, dann ist Feuer am Dach. Wenn ich seh, der ist psychisch sehr, sehr (...) oder wenn es in Richtung Psychose geht, also wenn die Leute echte psychiatrische Wahnvorstellungen entwickeln, also so eine, wie das so schön heißt eine produktive Symptomatik, wo also Ideen kommen, Stimmen im Kopf und so was. Das ist etwas Heikles, da ist es schwierig einzuschätzen und da bin ich sehr froh, wenn diese Personen rasch an eine fachkundige Betreuung angebunden werden.“ (B 3, Zeile 80-86)*

*„Also die Warnsignale merke ich dann schon, wenn ich jemanden lange kenne. Also ich bin jetzt 25 Jahre Hausarzt in dieser Gegend. Ich kenne die Familien und ich kann also auch dann Ansprechpersonen finden.“ (B 4, Zeile 110-112)*

Zudem erwähnen die Interviewpartner\*innen die große Problematik, dass viele Betroffene keine/n Ärztin/Arzt aufsuchen, sondern sich zurückziehen und anschließend Suizid begehen. Demnach liegt es an der Bereitschaft, ob sich die suizidgefährdete, ältere Person Hilfe suchen möchte. Die Hausärzt\*innen haben diesbezüglich keinen Einfluss darauf.

*„Also, ich mein ich glaub eher, dass ist so, die wenden sich eher ab, die wenden sich gar nicht an irgendjemanden. Die sind verschlossen. Das letzte Mal bei einem Suizid war es de facto so (...) und das muss ich sagen ist typisch da hab ich*

*vom Patienten längere Zeit nichts gehört und da kam die Meldung, dass er sich umgebracht hat ...“ (B 1, Zeile 85-89)*

*„Aber auch da ist das Problem, da kann ich nicht den Patienten zu seinem Glück zwingen kann. Wenn der nicht kommen will, dann kommt er nicht zu mir ...“ (B 1, Zeile 133-134)*

*„Das beginnt immer mit Rückzug. Brechen den Kontakt zum Hausarzt ab. Vereinsamung. Und dann werdens irgendwann tot aufgefunden. Also man müsste vorher schon was dagegen machen, ja.“ (B 1, Zeile 166-168)*

*„Wenn jemand schon zum Suizid entschlossen ist, der geht nicht zum Hausarzt. Der geht zu niemandem, er hat schon den Entschluss gefasst.“ (B 1, Zeile 170-172)*

## **4.2 Patient\*innenbereitschaft für professionelle Hilfe**

In dem Abschnitt wird aufgezeigt, wie ältere Patient\*innen auf eine Überweisung in eine Psychotherapie oder andere Facheinrichtungen reagieren und welche Schwierigkeiten sich auf Seite der Betroffenen ergeben. Einerseits kommt es zu Ablehnungen, Vorurteilen und einer fehlenden Einsicht in den Behandlungsbedarf, andererseits reagieren viele suizidgefährdete Personen recht positiv auf das Hilfsangebot.

### **4.2.1 Ablehnung und Vorurteile gegen Psychotherapie**

Generell berichten die Interviewpartner\*innen, dass die Altersgruppe häufig eine Behandlung der psychischen Beschwerden ablehnt. Der Grund dafür ist auf die veraltete, negative Einstellung gegenüber der Psychotherapie zurückzuführen. Dabei besteht oftmals die Angst, von anderen Personen als verrückt abgestempelt zu werden.

*„Und wenn ich ihn wohin schicke und der will nicht, dann will er nicht.“ (B 1, Zeile 136)*

*„Ältere Herrschaften wollen das meistens gar nicht.“ (B 2, Zeile 113)*

*„Weil sie das irgendwie verwechseln damit, dass man blöd ist oder abgestempelt wird. Sie meinen, dass sie ohnehin schon alt sind und nehmen das sehr negativ wahr. Die Jugendlichen heutzutage sind viel schneller bereit sag ich einmal, zu einem Psychologen zu gehen, weil sich das schon ganz anders implementiert mittlerweile in unserem Gesellschaftsleben. Aber diese alte Generation, da ist man abgestempelt. Es ist so extrem negativ besetzt, ja...“ (B 2, Zeile 117-122)*

Ein Interviewteilnehmer erwähnt die Geschlechterunterschiede bei der Inanspruchnahme von Behandlungsmaßnahmen. Besonders ältere Männer lehnen häufig eine Weitervermittlung ab, da es ihnen schwer fällt, emotionale Schwäche zuzugeben. Aufgrund der traditionellen Geschlechterrolle, die sich durch Macht, Stärke und Kontrolle charakterisiert, wird die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten häufig mit einem Verlust dieser Eigenschaften gleichgesetzt.

*„Das ist einfach das Urproblem der Männer. Das ist Kontrollverlust, ja? Also sie haben Angst, also sowieso jetzt den Kontrollverlust zu haben und dann in so einer Situation auch nicht mehr die Kontrolle zu haben. Und noch dazu kommen die eben aus einer Zeit, wo jemand, der zur Psychotherapie gegangen ist, einfach deppert ist, ja?“ (B 4, Zeile 132-135)*

#### **4.2.2 Fehlende Krankheitseinsicht**

Um eine Behandlung annehmen zu können, muss im ersten Schritt die Einsicht bestehen, dass Hilfe benötigt wird. Die Interviewpartner\*innen berichten, dass viele ältere Menschen keinen Behandlungsbedarf sehen, wodurch die Weitervermittlung erschwert wird. Angeregt wurde das Thema durch die Interviewerin, die nach den Gründen für eine Ablehnung fragte.

*„Es gibt Menschen, die sehr stur sind. (...) Die, die (klingeln) wo du merkst, du kommst mit gewissen Anliegen einfach nicht durch. Nämlich manche Menschen sind nicht zugänglich einer Einsicht, dass eine Behandlungsbedürftigkeit besteht. Das ist zum Beispiel bei Menschen, die so in Richtung Demenz sich entwickeln. Also, wenn da eine Behandlungsbedürftigkeit auch von den Angehörigen vorgebracht wird und auch du als Hausarzt so etwas ins Spiel bringst, kanns passieren,*

*dass du auf vehemente Ablehnung stößt. So Uneinsichtigkeit. Weil sowas hat man ja gar nicht, ne.“ (B 3, Zeile 94-101)*

### **4.2.3 Vertrauen schaffen**

Alle Gesprächspartner\*innen waren der Meinung, dass die richtige Kommunikation einen wesentlichen Einfluss auf die Akzeptanz der Patient\*innen hat. Demnach spielen Hausärzt\*innen als professionelle Vertrauenspersonen eine wichtige Rolle bei der Weitervermittlung von suizidgefährdeten, älteren Patient\*innen.

*„Wenn du’s so vermittelst, dass du versuchst, mit diesem Patienten auf eine Wellenlänge zu kommen, wo du eine tragfähige Kommunikationsschiene aufbauen kannst, vertrauensvolle Kommunikationsschiene. Dann nehmen die alles an, sage ich jetzt einmal salopp, ja. Also, was an medizinisch vernünftigen Vorschlägen kommt.“ (B 3, Zeile 74-78)*

*„Bei Suizidalität ist glaub ich schon die, wenn du, wie gesagt, eine Wellenlänge findest zu dieser Person, dann ist die Bereitschaft, sich in professionelle Hände zu begeben, meistens groß. Und wenn die nicht bestehen würde, würde diese Person gar nicht kommen. Wenn jemand absolut entschlossen ist, sich das Leben zu nehmen, dann kommt er nicht und fragt nach. Dann tut ers.“ (B 3, Zeile 101-105)*

## **4.3 Zugang zum Versorgungssystem**

In dieser Kategorie wurde erhoben, welche Hindernisse es aus hausärztlicher Sicht in Bezug auf den Zugang zur Versorgung gibt. Generell wurde von den Interviewpartner\*innen in Bezug auf die geriatrische, psychologische Behandlung viel Kritik geübt. Dazu zählen die fehlenden Therapieplätze bzw. Behandlungsangebote, die langen Wartezeiten, die unklaren Zuständigkeiten und die hohen Kosten der Therapie, die für einen Großteil der älteren Menschen nicht leistbar sind. Zudem bestehen große Hürden beim Zugang zu Facheinrichtungen.

### **4.3.1 Fehlende Therapieplätze und Behandlungsangebote**

Die Hausärzt\*innen erwähnen eine mangelhafte Anzahl an Therapieplätzen, die zur Verfügung stehen. Zudem bestehen wenige bis kaum Hilfsangebote für ältere Menschen, um in Akutsituationen eine angemessene Behandlung zu gewährleisten. Die

befragten Personen sprechen auch den Abbau von psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten an.

*„Und dann wird es auch schwierig, wohin? Und dann gibt es zu wenige Plätze, das ist so.“ (B 2, Zeile 113-114)*

*„Naja, Ich glaube, es gibt auch zu wenig Akutgeriatrien und generell zu wenig Geriatriestationen in Krankenhäusern, wohin man die Patienten überweisen kann, wenn es ihnen wirklich schlecht geht.“ (B 2, Zeile 132-134)*

*„Nicht, weil er nicht bereit ist, sondern weils einfach die Verfügbarkeit, einerseits die Verfügbarkeit der Plätze nicht gibt, dieser Anlaufstellen.“ (B 3, Zeile 170-171)*

*„... also ich habe schon gesagt, es gibt sehr wenige Psychotherapeut\*innen, die auch wirklich alte Menschen nehmen“ (B 4, Zeile 162-163)*

*„Der Zugang nämlich gerade, wenn die Geschichte akut ist, ist ganz schwierig. Also das Gesundheitssystem bietet da wenig, wenig wirklich akut verfügbare Optionen, jemanden dort an so einer Stelle unterzubringen.“ (B 3, Zeile 113-115)*

*„Die Ausdünnung der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung (...) ist a ned grad hilfreich.“ (B 1, Zeile 136-137)*

#### **4.3.2 Lange Wartezeiten**

Ebenfalls mehrfach genannt wurden die langen Wartezeiten, bis eine betroffene Person Unterstützung von psychiatrischen Versorgungstellen erhält. Für suizidgefährdete Menschen kann das Warten auf einen Therapieplatz, bis sie/er die Hilfe bekommt, jedoch häufig schon tödlich enden.

*„Psychiater dauert, bis man einen Platz hat“ (B 1, Zeile 44)*

*„Im Akutfall allerdings ist das ganz schwierig. Auch wenn, wenn ich das noch dazu sagen darf, auch wenn von Seiten des Patienten die Bereitschaft besteht,*

*sich in Betreuung zu begeben. Und grad, wenn er bereit ist und sich sofort entschließen kann, in seiner bedrohten Situation, dann soll das nicht erst in drei Tagen sein, weil da kann alles zu spät sein.“ (B 3, Zeile 129-132)*

*„Also äh, bis der Patient eine Kassenstelle beim Psychotherapeuten bekommt (...) ähm also bis er die bekommt hat er sich schon längst umgebracht.“ (B 1, Zeile 47-48)*

*„Erstens die langen Wartezeiten.“ (B 1, Zeile 156)*

*„... Psychiatertermine sehr, sehr langfristig sein können.“ (B 3, Zeile 128)*

### **4.3.3 Erschwerter Zugang zu Facheinrichtungen**

Die befragten Personen gaben im Zuge des Interviews an, dass der Zugang zu Facheinrichtungen viele Barrieren für die Betroffenen aufweist. Darunter wurden die unflexiblen Vorgaben von Einrichtungen sowie der komplizierte Anmeldeprozess genannt.

*„... Du bist oft und oft alleine gelassen damit. Da werden komische Vorgaben gegeben. Man muss an einem Dienstag zwischen 12:00 und 13:00 Uhr dort anrufen und kundtun, dass man sich da eine Betreuung geben, begeben möchte. Und es ist aber grad Freitag. (...) Oder es ist in Wien so, dass das bezirkswise gegliedert ist, wer da psychiatrische Notdienste anbietet.“ (B 3, Zeile 116-120)*

*„Dann die Anmeldung ist so, dass meist selbst ein junger, viel schlauerer Patient hier scheitert. Meistens dann so ein altes Mutterl mit neunzig Jahr, ha ha ha. Also in psychiatrische Versorgung fallen die de puncto mehr oder weniger raus. Und wenn nicht irgendwelche Angehörigen da sind, die ihnen helfen, scho ganz.“ (B 1, Zeile 156-159)*

Insbesondere die Mobilität stellt für viele Betroffene ein großes Hindernis dar. Es wurde von den Gesprächspartner\*innen mehrmals erwähnt, dass ältere Menschen aufgrund der altersbedingten Einschränkungen, auf Angehörige angewiesen sind und ohne deren Unterstützung nicht mobil sind.

*„Aber auch da muss man den Alten dazu bringen, und der ist womöglich relativ immobil. Zum Fenster schafft ers noch, ohne Tabletten einnehmen, aber die Treppen rauf kann er nicht mehr, ja.“ (B 1, Zeile 181-182)*

*„... und dann ist es oft schwierig, weil es einfach keine Therapeuten, glaube ich, gibt, die auch Hausbesuche machen. Weil viele haben dann niemanden zum Fahren etc.“ (B 2, Zeile 124-125)*

*„Oder es sind die Angehörigen weit weg, die nicht täglich fahren und müssen noch arbeiten, und und und. Oder es gibt eine ungünstige Verkehrsanbindung, das fällt einem selbst schwer oder sie sind kaum mehr mobil.“ (B 2, Zeile 149-151)*

Die Expert\*innen erwähnen, dass das Erreichen der Versorgungsstellen eine große Herausforderung darstellt, welches durch die Einführung von Hausbesuchen erleichtert werden kann. Zurzeit gibt es wenige Psychotherapeut\*innen, die diese Möglichkeit anbieten.

*„Dann sind die ja teilweise nicht so mobil, das heißt, ich bräuchte jemanden, der Hausbesuche macht. Ich habe Psychotherapeut\*innen, die Hausbesuche machen, aber das ist extrem selten und (...) ähm, auf das muss man sich auch einlassen.“ (B 4, Zeile 163-166)*

#### **4.3.4 Hohe Kosten**

Eine Psychotherapie ermöglicht betroffenen Personen, sich mit belastenden Lebensereignissen auseinanderzusetzen und einen Weg zu finden, besser mit der Situation umzugehen. Es besteht eine hohe Wirksamkeit, die sich jedoch viele ältere Menschen nicht leisten können. Die Interviewpartner\*innen berichten, dass die Behandlungsmethode aufgrund der hohen Kosten, häufig keine Option ist. Die Anzahl an kassenfinanzierten Psychotherapieplätze, die mittels Krankenschein in Anspruch genommen werden können, ist nicht ausreichend, um den Bedarf zu decken.

*„... und einen Psychotherapeuten können sich die meisten nicht leisten ...“ (B 1, Zeile 44-45)*

*„ja jedenfalls, die Psychotherapie wird nicht gezahlt oder nur sehr gering. Die alten Menschen haben schlicht und einfach in den meisten Fällen kein Geld.“ (B 1, Zeile 143-145)*

*„Aber was psychiatrische Betreuung oder psychotherapeutische Betreuung betrifft, da gibt es viel Bedarf. Und das ist durchaus angeboten, allerdings kostenpflichtig und zum Teil oder vielfach, vielfach für die Menschen nicht leistbar. Also bis jetzt gibts also die Psychotherapie auf Krankenschein in derart homöopathischen Dosen, dass es den Bedarf bei weitem nicht gerecht wird.“ (B 3, Zeile 143-147)*

Von den Interviewpartner\*innen wurde angemerkt, dass häufig die Bereitschaft sich in Psychotherapie zu begeben aus Patient\*innensicht besteht, jedoch in vielen Fällen kein kassenfinanzierter Platz vorhanden ist und die Kosten nicht eigenständig getragen werden können. Bei dringendem Bedarf ist die Suche nach einer Behandlungsmöglichkeit eine große Herausforderung für die Betroffenen.

*„Und auch wenn da jemand kommt und meint: ‚Oh ja da gibt es die Sozialplätze in den Psychotherapien‘, da kann ich nur lachen.“ (B 1, Zeile 151-152)*

#### **4.3.5 Mangelnde Zusammenarbeit zwischen Akteur\*innen des Versorgungssystems**

Generell wurden von Hausärzt\*innen häufig die Zuständigkeitsbereiche und Versorgungslücken genannt. Aufgrund dessen berichteten Gesprächspartner\*innen von Patient\*innen, die in Notsituationen weggeschickt wurden, weil die/der Betroffene nicht in dem Bezirk wohnt und damit nicht in den Zuständigkeitsbereich fällt. Ein weiterer Punkt, der erwähnt wurde war die mangelhafte Abstimmung zwischen der stationären und ambulanten Versorgung.

*„in meiner Gegend ist es so, dass ich die Patienten nur auf eine normale Notfallambulanz ins Spital schicken kann und dann werden sie begutachtet und dann wird festgestellt, ob sie wirklich Hilfe brauchen oder nicht. Aber, ich denke mir, als betreuender Hausarzt, denke ich, kenne ich jemanden sehr gut, wenn ich ihn*



*jahrelang betreue. Dann kann ich schon sehr gut einschätzen, ob er zum Beispiel stationäre Hilfe braucht oder nicht. Und das kann nicht einfach ein Kollege, der den Patienten nicht kennt, nicht feststellen. Ich möchte niemandem zu nahe treten, aber das ist auch immer ein (...) schwieriger Punkt. Ich habe den Patienten überredet, dass wir jetzt schon etwas unternehmen, und schicke ihn hinein und dann wird er mir postwendend zurück nach Hause geschickt und ich soll im niedergelassenen Bereich etwas machen. Und dann scheitert es, ja.“ (B 2, Zeile 136-145)*

*„Und ich weiß oft gar nicht explizit, welcher Bezirk, wo wann der von weiter weg kommt, die Zuständigkeit hat. Also das sind alles ganz komische Hürden, wo du dann manchmal sogar erlebst, dass der Patient in seiner Not dann eine dieser bekannten Anlaufstellen aufsucht und abgewiesen wird, weil er nicht aus dem Bezirk ist, der dort zuständig ist ...“ (B 3, Zeile 121-125)*

*„Also, diese komischen Regelungen, der Nichtzuständigkeit, das ist etwas was den Psychiater auszeichnet. Vor allem die Nichtzuständigkeit zu formulieren. Das sage ich jetzt einmal ein bisschen mal überspitzt. Also wir kämpfen mit der Nichtzuständigkeit.“ (B 3, Zeile 134-136)*

Zudem erwähnt ein Interviewpartner, dass er sich als niedergelassener Arzt in solchen Situationen vom Gesundheitssystem im Stich gelassen fühlt, da er als Einzelakteur den betroffenen Patient\*innen nicht die notwendige Behandlung bereitstellen kann.

*„Und das Problem ist, dass ich oft alleingelassen werde mit Dingen, mit Anliegen, die so nicht lösbar sind in diesem Setting. Und dass dann die nächste Stufe, wenn man das als Eskalationsstufe im Betreuungsbedarf bezeichnen möchte, in der nächsten Stufe sofort die Unzuständigkeiten kommen oder die zeitlichen Dimensionen so in die Ferne gerückt sind, dass man da einen (...) dringlichen und naheliegenden Bedarf nicht anbieten kann.“ (B 3, Zeile 153-158)*

Die Expert\*innen äußern den Wunsch einer besseren Zusammenarbeit mit den Akteur\*innen des Versorgungssystems, damit eine angemessene Behandlung der Patient\*innen gewährleistet wird.

*„Also ich glaube, es gehört mehr Teamarbeit. Es ist ja so, dass Hausarztpraxis, ja, ein Einzelkämpferunternehmen ist und angeblich ist es frei. Das ist ein Blödsinn, weil ich muss alles, was da jetzt in meinem Computer steckt, muss ich nehmen. Ich muss das E-Rezept nehmen und ich muss das (unv.) nehmen und ich weiß nicht was. Also frei bin ich sowieso nicht. Das heißt, es wäre einfach gut, es gäbe Teams, die da zusammenarbeiten.“ (B 4, Zeile 203-208)*

## 5 Diskussion

Angesichts der Tatsache, dass die Suizidrate mit steigendem Alter exponentiell zunimmt wird deutlich, dass ein Handlungsbedarf besteht. Die Erkenntnisse der Literatur belegen, dass die Erkennung von Suizidalität durch körperliche Symptome und Altersveränderungen erschwert wird. Demnach haben Hausärzt\*innen die wichtige Aufgabe, neben physischen Schmerzen, auch die psychischen Beschwerden wahrzunehmen und eine Behandlung sicherzustellen. Aufgrund dessen wurden im Rahmen der Arbeit, die Herausforderungen bei der Identifikation und Weitervermittlung von suizidgefährdeten, älteren Menschen aus hausärztlicher Sicht untersucht. Um die Forschungsfrage zu beantworten wurden qualitative Interviews mit Hausärzt\*innen aus Wien und Niederösterreich durchgeführt. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte mittels der Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2015).

Die Ergebnisse zeigen, dass die Gesprächspartner\*innen zahlreiche Hindernisse sowohl bei der Erkennung als auch bei der Weiterleitung in Therapie bzw. in andere Fachrichtungen wahrgenommen haben. Demnach wurden die recherchierten Inhalte der Literatur, mit den Erkenntnissen der Interviews bestätigt. In Bezug auf die Diagnosestellung lässt sich sagen, dass Kassenärzt\*innen in der Praxis häufig ein hohes Patient\*innenaufkommen und dementsprechend begrenzte zeitliche Ressourcen haben. Besonders die Auseinandersetzung mit psychischen Belastungen und Suizidalität erfordert ein hohes Maß an Vertrauen, Geduld und Sensibilität, was aufgrund des Zeitdrucks eine Herausforderung aus ärztlicher Sicht darstellt. Ein weiterer Punkt ist der Umgang von Betroffenen mit Suizidalität. Einerseits berichten die Interviewpartner\*innen von offenen direkten Äußerungen der betroffenen Person, andererseits vom Rückzug, was ein besonderes Risiko für suizidale Handlungen darstellt. Bei ausbleibenden Arztbesuchen können Hausärzt\*innen schwer eingreifen, da die Bereitschaft, sich Hilfe zu suchen von der/dem Patient\*in ausgehen muss. Um dem entgegenzuwirken führen die Interviewpartner\*innen teilweise regelmäßige Hausbesuche durch. Ein Hindernis, dass sich in Zusammenhang mit der Weitervermittlung von suizidgefährdeten, älteren Menschen ergeben hat, ist die Ablehnung gegenüber der Weitervermittlung in Psychotherapie. Die Aussagen zeigen, dass insbesondere ältere Männer eine Behandlung abgewiesen haben. Die Gründe sind einerseits auf die typischen Geschlechterrollen und die Angst vor einem Verlust der Maskulinität und andererseits auf die Sorge als verrückt abgestempelt zu werden, zurückzuführen. Die Psychotherapie ist in der Al-

tersgruppe noch sehr negativ besetzt und bedarf daher an Aufklärungsarbeiten. Wohingegen ältere Frauen oftmals der medizinischen Meinung vertrauen und die Behandlung akzeptieren. Ein weiterer Punkt ist die Sturheit und fehlende Krankheitseinsicht der Betroffenen. Besonders Menschen mit einer Demenz sehen häufig nicht den notwendigen Behandlungsbedarf, wodurch keine erforderlichen Maßnahmen getroffen werden können. Außerdem zeigen die Interviews große Hindernisse beim Zugang zum Versorgungssystem. Besonders die geringe Anzahl an Therapieplätzen, sowie das Fehlen von akutgeriatrischen Behandlungsangeboten werden kritisiert. Zudem setzt die Inanspruchnahme von Psychotherapie das Bestehen von ausreichenden finanziellen Mitteln voraus, dass häufig nicht gegeben ist. Demnach können sich viele Betroffene trotz dem dringenden Bedarf, keine Psychotherapie leisten. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit einen kassenfinanzierten Platz zu erhalten, wodurch die Kosten über den Sozialversicherungsträger abgedeckt sind. In der Praxis stehen jedoch nicht ausreichend Angebote zu Verfügung, um die Nachfrage zu decken. Das zeigt sich anhand der langen Wartezeiten, was jedoch in akuten Notsituationen keine Option ist. Ein weiterer Punkt sind die Barrieren beim Anmeldeprozess für psychiatrische Versorgungen und die erschwerten Bedingungen beim Zugang. Besonders altersbedingte Mobilitätseinschränkungen stellen ein großes Hindernis für die Inanspruchnahme von Leistungen dar. Demnach sind auch im psychotherapeutischen Bereich Hausbesuche gefragt. Zuletzt besteht die große Problematik der bezirksbezogenen Zuständigkeitsbereiche und der mangelnden Kommunikation zwischen der ambulanten und stationären Versorgung. Um eine patient\*innenorientierte Behandlung zu gewährleisten, ist eine bessere Zusammenarbeit zwischen den Akteur\*innen des Gesundheitssystems erwünscht.

Abschließend muss berücksichtigt werden, dass im Rahmen dieser Bachelorarbeit lediglich niedergelassene Hausärzt\*innen aus Wien und Niederösterreich befragt wurden. Demnach können die Ergebnisse bei anderen österreichischen Bundesländern möglicherweise abweichen.

## 6 Fazit und Ausblick

Mit dieser Bachelorarbeit war es möglich, einen Einblick zum Thema Suizid und Suizidalität im Alter zu erhalten und die Herausforderungen aus hausärztlicher Sicht aufzuzeigen. Aus den gewonnenen Erkenntnissen können weiterführende vertiefende Forschungen durchgeführt werden. Besonders die Betrachtung der Problematik aus psychotherapeutischer Sicht wäre interessant.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein hoher Bedarf an psychotherapeutischen Angeboten besteht, wodurch ein Ausbau des Versorgungssystems und die Einführung von zusätzlichen Behandlungseinrichtungen für ältere Menschen erforderlich sind. Zudem werden geschlechterspezifische Maßnahmen benötigt, da insbesondere ältere Männer eine enorm hohe Suizidrate aufweisen. Demnach wird deutlich, dass der Zielgruppe ein besonderer Unterstützungsbedarf gilt und deshalb in Zukunft stärker betrachtet werden muss. Mehr kassenfinanzierte Psychotherapieplätze würden für eine angemessene Behandlung für jede/n Patient\*in sorgen, die/der Hilfe benötigt.

Ein weiterer Punkt wäre die flächendeckende Einführung von Hausbesuchen sowohl bei Hausarzt\*innen als auch bei Psychotherapeut\*innen, was eine wertvolle Option darstellt, um älteren Menschen einen uneingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen zu ermöglichen.

Schließlich bleibt festzuhalten, dass Aufklärungsarbeiten für eine Enttabuisierung sowie vertiefende Fort- und Weiterbildungen für Hausarzt\*innen benötigt werden, um auf die Anzeichen einer Suizidalität bei älteren Menschen aufmerksam zu machen und rechtzeitig eine Behandlung zu gewährleisten.

## Literaturverzeichnis

- Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (2019). *Wenn das Altwerden zur Last wird. Suizidprävention im Alter*. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/95512/03e414bd01deff4bf704d6e9e5ce4dab/wenn-das-altwerden-zur-last-wird-data.pdf>
- Armstrong, U. (2013). Hausärzte können Suizide verhindern: Lebensmüde alte Patienten. *CME*, 10(7–8), 50–50. <https://doi.org/10.1007/s11298-013-0857-x>
- Backes, G. M. & Höltge, J. (2008). Überlegungen zur Bedeutung ehrenamtlichen Engagements im Alter. In M. Erlinghagen & K. Hank (Hrsg.), *Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften* (S. 277–299). VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-90850-2\\_13](https://doi.org/10.1007/978-3-531-90850-2_13)
- Brockmann, E., Hegerl, U. & Winter, S. (2005). Die Situation Hinterbliebener nach Suizid. *Verhaltenstherapie*, 15(1), 47–53. <https://doi.org/10.1159/000083937>
- Bundesministerium für Gesundheit (2011). *SUPRA. Suizidprävention Austria*. BMG. <https://www.suizidpraevention.at/pdf/suizidpraeventionsplan.pdf>
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021). *Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2020*. BMSGPK. [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:670a6150-81df-4f37-ba70-bcec9becd127/Suizidbericht\\_2021\\_pdfUA.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:670a6150-81df-4f37-ba70-bcec9becd127/Suizidbericht_2021_pdfUA.pdf)
- Haas, S., Minder, J. & Harbauer, G. (2014). Suizidalität im Alter – was kann der Hausarzt tun? *Praxis*, 103(18), 1061–1066. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001775>
- Hausmann, A., Rutz, W. & Meise, U. (2008). Frauen suchen Hilfe – Männer sterben! Ist die Depression wirklich weiblich? *Neuropsychiatrie*, 22(1), 43–48. <https://www.buendnis-depression.at/content/download/348/2192>
- Körtner, U. (2021). *Die VfGH-Entscheidung aus ethischer Sicht. Österreichische Kommentare zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik* [IERM Working Paper No. 5].

[https://www.ierm.at/fileadmin/user\\_upload/i\\_ierm/Presse/korr\\_WP\\_5\\_Ko\\_\\_rtner.pdf](https://www.ierm.at/fileadmin/user_upload/i_ierm/Presse/korr_WP_5_Ko__rtner.pdf)

- Lindner, R. (2019). Wenn alte Menschen sterben wollen. *Geriatric-Report*, 14(3), 6–10. <https://doi.org/10.1007/s42090-019-0234-3>
- Löbiger, T., Pilling, L., Müller, K., Dreßler, J. & Thiele, K. (2015). Suizid im hohen Lebensalter: Retrospektive Zwanzigjahresanalyse der Bevölkerung der Stadt Zwickau. *Rechtsmedizin*, 25(4), 274–280. <https://doi.org/10.1007/s00194-015-0045-2>
- Mayring, P. & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 633–648). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4\\_42](https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42)
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Beltz Verlag.
- Minder, J. & Harbauer, G. (2015). Suizid im Alter. *Schweizer Archiv Für Neurologie Und Psychiatrie*, 166(03), 67–77. <https://doi.org/10.4414/sanp.2015.00326>
- Müller-Pein, H. & Lindner, R. (2020). Suizid im Alter. In K. Auer & U. Karl (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 533-541). Springer-Verlag. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-26624-0\\_48](https://doi.org/10.1007/978-3-658-26624-0_48)
- OECD (2013). *Economic, Environmental and Social Statistics*. OECD Factbook 2013. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/factbook-2013-97-de.pdf?expires=1652657841&id=id&accname=guest&checksum=9D8F209825977F5E060CCD0F8550BD5E>
- Plener, P. L. & Freudenmann, R. W. (2012). Suizid. In W. Harth, E. Brähler & H.-C. Schuppe (Hrsg.), *Praxishandbuch Männergesundheit: Interdisziplinärer Beratungs- und Handlungsleitfaden* (S. 290–297). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. <https://doi.org/10.32745/9783954660162-3.7>
- Schaar, Y. & Schipper, M. (2017). Suizid und Alter: Eine Bestandsaufnahme. *Public Health Forum*, 25(2), 177–179. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2017-0008>

- Schneider, B., Wächtler, C., Schaller, S., Erlemeier, N. & Hirsch, R. (2014). Einflussfaktoren für Suizid und Suizidalität im Alter. In R. Lindner, D. Hery, S. Schaller, B. Schneider & U. Sperling (Hrsg.), *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen* (S. 35–45). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-44012-4\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-662-44012-4_3)
- Schneider, B. & Wolfersdorf, M. (2018). SOP Abklärung bei Verdacht auf Suizidalität. *PSYCH up2date*, 12(06), 439–442. <https://doi.org/10.1055/a-0630-8696>
- Schulte-Wefers, H. & Wolfersdorf, M. (2006). Suizidalität bei Männern. *Blickpunkt der Mann*, 4(2), 10-18. <https://www.kup.at/kup/pdf/5785.pdf>
- Weltgesundheitsorganisation (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/585331/retrieve>
- Wolfersdorf, M. (2008). Depression und Suizid. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 51(4), 443–450. <https://doi.org/10.1007/s00103-008-0513-x>
- Wolfersdorf, M. & Franke, C. (2006). Suizidalität—Suizid und Suizidprävention. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 74(7), 400–419. <https://doi.org/10.1055/s-2005-915640>
- Zeitler, N. (2014). *Suizid im Alter: Ursachenforschung, Diagnostik und Möglichkeiten zur Vermeidung*. Bachelor + Master Publishing.

## Online-Quellen

- <https://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/wissenswertes/aelterenmenschen?msckid=ebed771ecec11ecb827696a644d0bfb> [Abruf am 08.05.2022]
- <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatikpsychotherapie/risikofaktoren/alter/psychische-erkrankungen/> [Abruf am 26.03.2022]



## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Suizidrate in Österreich nach Altersgruppen und Geschlecht .....	9
Abbildung 2: Angewandte Suizidmethoden bei Frauen und Männern.....	11

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Interviewformen und Aufzeichnungsdauer .....	15
Tabelle 2 : Kategoriendarstellung .....	17

# Anhang

Anhang A: Interviewleitfaden

## Interviewleitfaden

- Für die Teilnahmebereitschaft bedanken
- Eigene Vorstellung und kurze Themenbeschreibung
- Ablaufklärung (Dauer: ca. 20 min)
- Versicherung über Anonymität und Datenschutz

Bitte erzählen Sie kurz, wie lange Sie schon als niedergelassene/r Arzt/Ärztin tätig sind und wie Ihr beruflicher Werdegang ist.

### Fragen:

1. Wie gehen Sie damit um, wenn ältere Patient\*innen sich mit psychischen Problemen an Sie wenden?
  - Wie behandeln Sie betroffene Patient\*innen?
2. Welche Anzeichen machen Sie auf das Thema Suizid bei älteren Menschen aufmerksam?
  - Wo liegt Ihrer Meinung nach das größte Problem bei der Erkennung einer suizidgefährdeten, älteren Person?
  - Was könnte getan werden, um das Erkennen von Suizidalität bei älteren Personen zu verbessern?
3. Wie reagieren betroffene Patient\*innen auf eine Überweisung in eine Psychotherapie bzw. weitere Behandlungsstelle?
  - Stoßen Sie dabei gelegentlich auf Ablehnung?
  - Was sind Ihrer Erfahrung nach Gründe, weshalb Betroffene keine Psychotherapie in Anspruch nehmen?
4. Vor welchen Problemen steht aus Ihrer Sicht das Gesundheitssystem bei der Behandlung von suizidgefährdeten, älteren Personen?
5. Was denken Sie, könnte zukünftig verbessert werden, um eine angemessene Behandlung der Betroffenen zu gewährleisten?

Wir sind am Ende des Interviews angelangt. Gibt es wichtige Punkte bzw. Aspekte, die Sie noch gerne ansprechen möchten?