



Suizidprävention in Altenhilfe und
hospizlich-palliativer Versorgung

Ergebnisse der Umfrage zu Erfahrungen und Bedarfen im
Umgang mit den Themen Suizidalität, Suizidprävention
und assistierter Suizid

Februar 2025

Inhaltsverzeichnis

Hintergrund	3
Ergebnisse	5
Demografische Daten.....	5
<i>Erfahrungen mit Suizid und Suizidalität</i>	6
Direkte Suizidneigungen.....	7
Indirekte Suizidneigungen.....	7
Todeswünsche.....	8
Beobachtungen in den Bereichen der Altenpflege und Hospizversorgung.....	8
Bewährte Reaktionsweisen im Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen.....	9
Gewünschte Unterstützung im Umgang mit suizidalen Klient_innen.....	10
Angebotene Unterstützung von Seiten des Trägers.....	11
Gewünschte Unterstützung der Befragten.....	12
Teilnahme an Schulungen.....	13
Konzepte zum Umgang mit existenziellen Krisen.....	13
Inhalte der Konzepte zum Umgang mit existenziellen Krisen.....	14
<i>Assistierter Suizid</i>	15
Begegnung mit dem Thema assistierter Suizid.....	15
Unterstützung im Umgang mit dem Thema assistierter Suizid.....	16
Konzepte zum Umgang mit dem Thema assistierter Suizid.....	17
Inhalte der Konzepte zum Umgang mit dem assistierten Suizid.....	17
Anmerkungen der Befragten	19
Fazit	20
Mögliche Maßnahmen	21

Hintergrund

Im Rahmen des Projekts SALTHO (Suizidprävention in Altenhilfe und hospizlich-palliativer Versorgung) führte der Diözesan-Caritasverband im Erzbistum Köln e.V. (DiCV) vom 14.08.2024 bis 18.10.2024 eine Umfrage zur Thematik der Suizidprävention durch. Ziel der Umfrage war es, die bisherigen Erfahrungen und Bedarfe der Haupt- und Ehrenamtlichen in Bezug auf die Themen Suizidprävention, Suizidalität und Todeswünsche bei Klient_innen, Patient_innen, Bewohner_innen bzw. Gästen zu ermitteln. Die Umfrage bestand aus insgesamt 19 Fragen und gliederte sich in drei Abschnitte (Tabelle 1). Dabei richtete sie sich an haupt- und ehrenamtliche Personen aus den verschiedenen Bereichen der sozialen Altenarbeit, Altenpflege, Krankenhäuser sowie hospizlich-palliativen Versorgung.

Hinweis: Durch die geringe Anzahl der Teilnehmenden und die Einschränkung auf Einrichtungen des Diözesan-Caritasverbands für das Erzbistum Köln e.V. sind die hier berichteten Ergebnisse nicht repräsentativ. Die Ergebnisse liefern lediglich Hinweise auf das Erleben und die Erfahrungen der befragten Personen.

Tabelle 1. Aufbau des Fragebogens

Bereich	Frage	Antwortmöglichkeiten
Demografie	Alter	Offen
	Geschlecht	Männlich, weiblich, divers
	In welchem Bereich sind Sie tätig?	Stationäre Altenpflege, ambulante Altenpflege, offene soziale Senior_innenarbeit, stationäre Hospizarbeit, ambulante Hospizarbeit, Krankenhaus, Sonstiges (offen)
	Welche Funktion haben Sie?	Ehrenamtlich tätig, Fachkraft, Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung, Koordination, Geschäftsführung, Ärztlicher Dienst, Sonstiges
	Haben Sie in der Vergangenheit existenzielle Krisen bis hin zu direkten Suizidneigungen bei Klient_innen bzw. Patient_innen beobachtet? (z.B. eindeutige Absichten oder Handlungen)	Nie Manchmal Häufig
Suizidalität und Todeswünsche	Haben Sie in der Vergangenheit indirekte Suizidneigungen bei Klient_innen bzw. Patient_innen beobachtet? (z.B. Verweigerung von Nahrung oder Medikamenten, gewollte Verwahrlosung)	
	Haben Sie in der Vergangenheit Todeswünsche bei Klient_innen beobachtet? (z.B. Lebensmüdigkeit oder Aussagen wie "Ich wünschte, es wäre morgen vorbei"; "Ich möchte so nicht mehr leben"; "Ich möchte morgen nicht mehr aufwachen" etc.)	
	Welche Reaktionsweisen haben sich im Umgang mit Suizidgedanken und Todeswünschen bei Klient_innen in Ihrer Einrichtungen bisher besonders bewährt?	
	Was würde Sie beim Umgang mit suicidalen Klient_innen unterstützen?	Offen
	Welche Unterstützung bietet Ihr Träger im Umgang mit Suizid und Suizidalität an?	
	Welche Unterstützung wünschen Sie sich von Seiten des Trägers beim Umgang mit dem Thema Suizid und Suizidprävention?	
	Haben in der Vergangenheit Sie selbst oder Mitarbeitende an Schulungen zum Thema Suizidalität, Todeswünsche o.Ä. teilgenommen?	Ja, nein, weiß ich nicht
	Liegt in Ihrer Einrichtung/bei Ihrem Träger ein Konzept o.Ä. zum Umgang mit existenziellen Krisen vor? (wie z.B. Todeswünsche oder Suizidalität)	
	Wenn ein Konzept vorliegt, beschreiben Sie es bitte in wenigen Worten.	Offen
	Wie oft wird das Thema assistierter Suizid im Kontakt mit Klient_innen und ihren An- und Zugehörigen in Ihrem Dienst/Ihrer Einrichtung angesprochen?	Nie, manchmal, oft, weiß ich nicht
Assistierter Suizid	Was würde Ihnen im Umgang mit dem Thema assistierter Suizid helfen?	Offen
	Liegt in Ihrer Einrichtung/bei Ihrem Träger ein Konzept o.Ä. zum Umgang mit dem Thema assistierten Suizid vor?	Ja, nein, weiß ich nicht
Abschluss	Wenn ein Konzept zum Umgang mit assistiertem Suizid vorliegt, beschreiben Sie es bitte in wenigen Worten.	Offen
	Raum für Anmerkungen	Offen

Ergebnisse

Demografische Daten

Insgesamt haben **87 Personen** die Umfrage beantwortet, wovon 77 % weiblich und 23 % männlich waren. Die Teilnehmenden waren im Durchschnitt ca. 52 Jahre alt und kamen vor allem aus dem Bereich der stationären Altenpflege (24 Personen), gefolgt von der ambulanten und stationären Hospizarbeit sowie Krankenhäusern. Abbildung 1 zeigt die Aufteilung der Teilnehmenden auf die verschiedenen Arbeitsbereiche, Abbildung 2 zeigt die verschiedenen Funktionen.

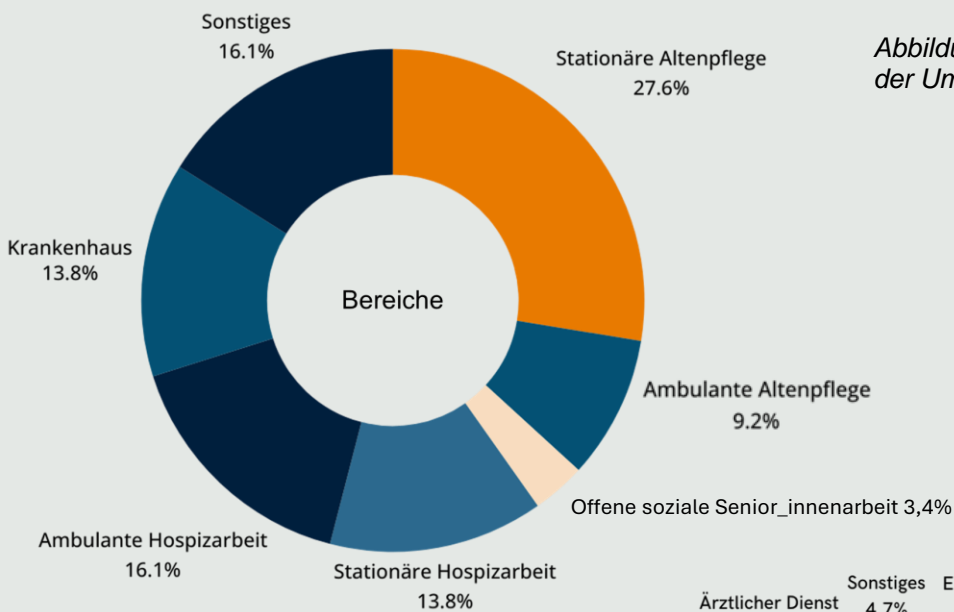


Abbildung 1. Arbeitsbereiche, die in der Umfrage vertreten sind

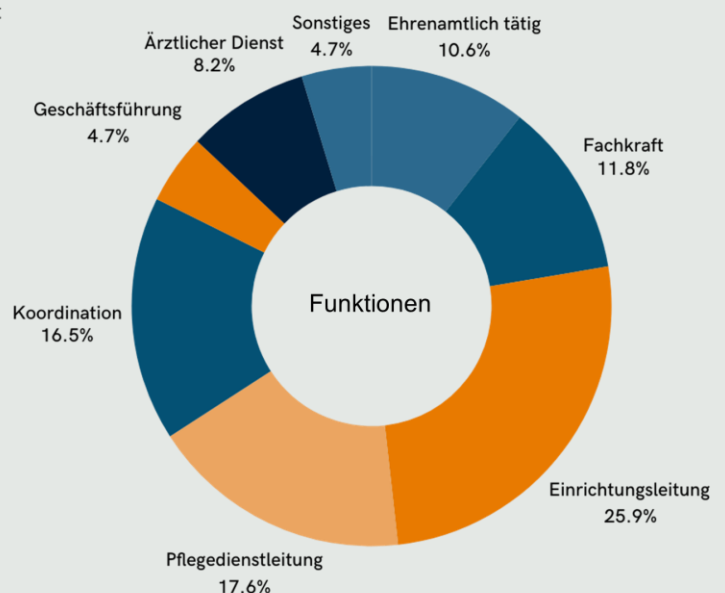


Abbildung 2. Berufliche Funktionen der Teilnehmenden

Erfahrungen mit Suizid und Suizidalität

Im zweiten Abschnitt wurden Einschätzungen und Erfahrungen zum Thema Suizid und Suizidalität bei Klient_innen bzw. Patient_innen¹ ermittelt. Dazu wurde nach direkten und indirekten Suizidneigungen sowie nach Todeswünschen gefragt.

Diese Begriffe wurden wie folgt definiert:

- **Direkte Suizidneigungen:** Darunter fallen konkrete Handlungen und Pläne mit dem Ziel sich zu suizidieren (dazu zählen in dieser Umfrage auch vollendete Suizide).
- **Indirekte Suizidneigungen:** Betrifft sog. "selbstdestruktive" Verhaltensweisen, wie bspw. äußere Vernachlässigung oder die Verweigerung von Nahrung und Medikamenten.
- **Todeswünsche:** Betreffen den Wunsch zu sterben, jedoch **ohne erhöhten Handlungsdruck**, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen. Sie beinhalten bspw. Lebenssattheit oder Lebensmüdigkeit und können sich zum Beispiel durch folgende Aussagen äußern: *"Ich möchte so nicht mehr Leben"*, *"Hoffentlich ist alles bald vorbei"*, *"Es wäre nicht schlimm, wenn ich morgen nicht mehr aufwache"* etc.

¹Im weiteren Verlauf wird aus Gründen der Leserlichkeit lediglich der Begriff „Klient_innen“ verwendet.

Direkte Suizidneigungen

Bei der Frage, inwieweit in der Vergangenheit *direkte Suizidneigungen* beobachtet werden konnten, gaben **67 % aller Befragten** an, diese „*manchmal*“ bei Klient_innen beobachtet zu haben. **31 %** haben diese in der Vergangenheit noch nicht beobachtet (Abbildung 3).

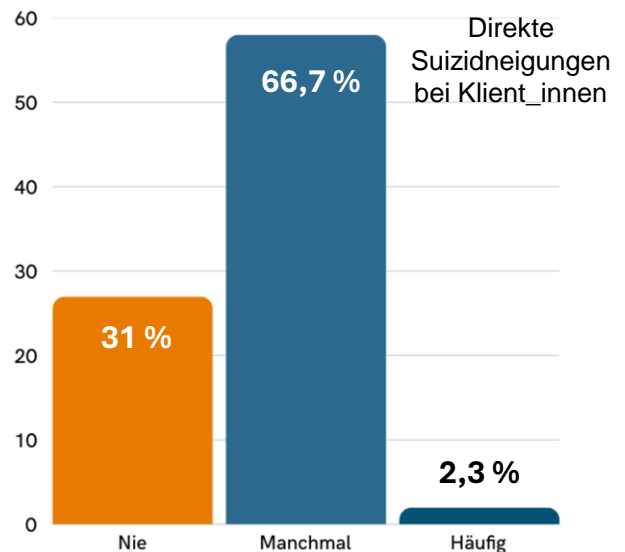


Abbildung 3. Beobachtung direkter Suizidneigungen bei Klient_innen

Indirekte Suizidneigungen

Bei der Frage nach indirekten Suizidneigungen gaben **75 % aller Befragten** an, diese „*manchmal*“ in der Vergangenheit bei Klient_innen beobachtet zu haben. **Knapp 17 %** geben an, diese „*häufig*“ beobachtet zu haben (Abbildung 4).

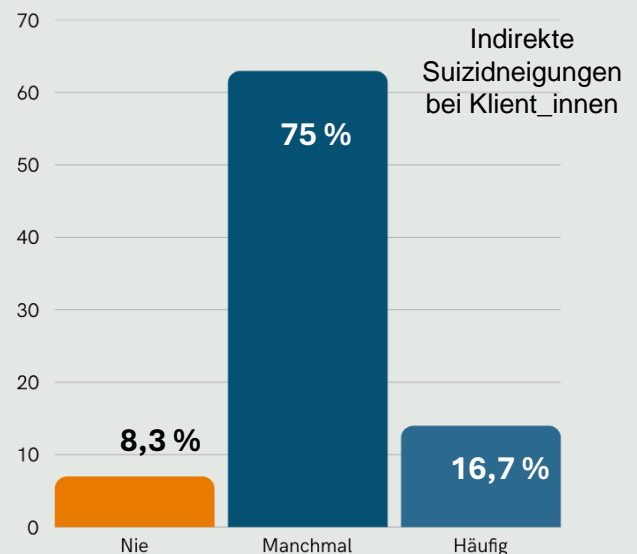
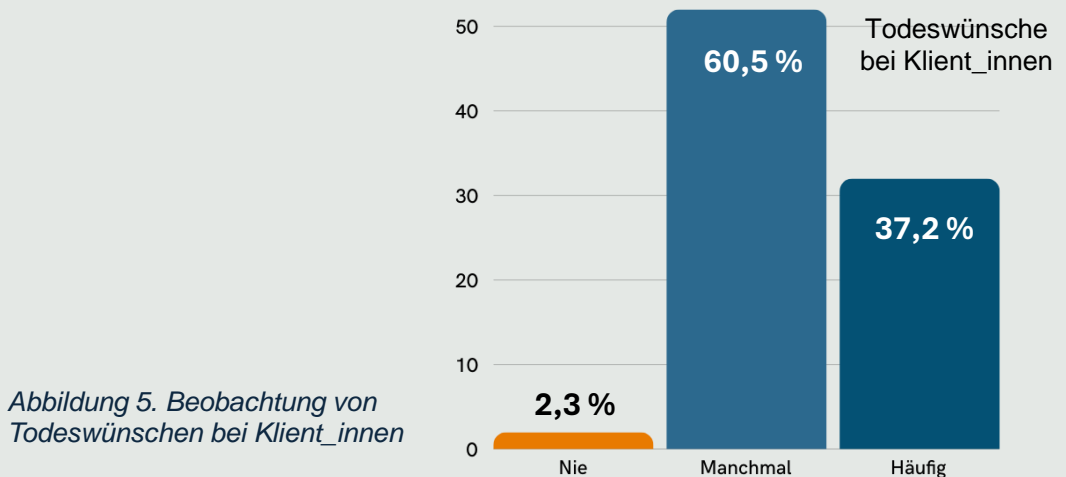


Abbildung 4. Beobachtung indirekter Suizidneigungen bei Klient_innen

Todeswünsche

Bei der Frage, ob in der Vergangenheit *Todeswünsche* bei Klient_innen beobachtet wurden, gaben ca. **60 %** an, diese „*manchmal*“ beobachtet zu haben und weitere **37 %** gaben an, diesen „*häufig*“ begegnet zu sein (Abbildung 5).



Beobachtungen in den Bereichen der Altenpflege und Hospizversorgung

Tabelle 2 zeigt, wie oft in der Vergangenheit direkte Suizidneigungen, indirekte Suizidneigungen und Todeswünsche in den Bereichen der Altenpflege und der Hospizversorgung beobachtet wurden. Direkte als auch indirekte Suizidneigungen werden etwas weniger von den Befragten der Hospizversorgung beobachtet als von den Befragten der Altenpflege. Todeswünsche werden hingegen eher von den Befragten der Hospizversorgung beobachtet.

Tabelle 2. Beobachtung direkter Suizidneigungen, indirekter Suizidneigungen und Todeswünsche bei Klient_innen der Bereiche Altenpflege und Hospizversorgung

	Direkte Suizidneigungen		Indirekte Suizidneigungen		Todeswünsche	
	Altenpflege	Hospizversorgung	Altenpflege ¹	Hospizversorgung ²	Altenpflege ³	Hospizversorgung
Häufig	1 (2,9 %)	0	3 (9,4 %)	5 (17,9 %)	10 (30,3 %)	16 (55,2 %)
Manchmal	22 (64,7 %)	18 (62,1 %)	26 (81,3 %)	20 (71,4 %)	22 (66,7 %)	13 (44,8 %)
Nie	11 (32,4 %)	11 (37,9 %)	3 (9,4 %)	3 (10,7 %)	1 (3,0 %)	0

Altenpflege (ambulant und stationär, inkl. Tagespflege) = 34 Befragte

Hospizversorgung (ambulant und stationär) = 29 Befragte

^{1,3}Zwei fehlende Werte

²Ein fehlender Wert

Bewährte Reaktionsweisen im Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen

Hinsichtlich der Reaktionsweisen im Umgang mit betroffenen Personen, wird im Großteil der Statements deutlich, dass sich bisher besonders ein **empathischer und wertschätzender Umgang** bewährt hat, der von **Offenheit** geprägt ist und Betroffene mit ihrem Leid ernst nimmt. Darüber hinaus wurden **kontinuierliche, empathische Gespräche** mit den Betroffenen genannt sowie die **interdisziplinäre Zusammenarbeit** mit verschiedenen Professionen. Weitere Themen waren außerdem die **Einbeziehung der Angehörigen**, die Einbeziehung **spiritueller/religiöser Aspekte**, ethische **Fallbesprechungen** oder die Anregung **sozialer Kontakte**.

„Wir gehen auf die Menschen ein, sprechen sie an und hören erst einmal zu. Dann schauen wir gemeinsam mit ihnen, was ihnen in ihrer Not helfen könnte.“

„offener, wertfreier Raum, um diese Gedanken äußern zu können“

„Wahrnehmen, ernst nehmen, Beziehung halten bzw. Intensivieren“

„Ruhig bleiben, auf das Thema eingehen, nicht kleinreden oder abtun“

„Fallbesprechungen und weiterleiten an SAPV, Pfarrer“

„Zusammenarbeit mit den Angehörigen“

„Gespräche über die Ursache des Todeswunsches, meist wollten die Menschen nicht sterben - sie waren nur perspektivlos. Besonders die Information über die palliativen Möglichkeiten bewähren sich.“

Gewünschte Unterstützung im Umgang mit suizidalen Klient_innen

73 Personen haben auf die Frage geantwortet, welche Unterstützung sie sich im Umgang mit suizidalen Klient_innen wünschen. Davon bezieht sich ein Großteil der Statements auf die **Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit**, wie bspw. die Verfügbarkeit und der Austausch mit Psycholog_innen, Zusammenarbeit mit Seelsorge, Ärzt_innen, Therapeut_innen und der (palliativen) Pflege oder die Verfügbarkeit eines Krisenteams.

Weitere Statements beziehen sich auf die Notwendigkeit der **Schulung** von Haupt- und Ehrenamtlichen bzw. dem **Ausbau fachlicher Kompetenzen**, der **Stärkung von Supervisions- und Gesprächsangeboten** und der **Verbesserung übergeordneter Rahmenbedingungen**, wie der Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung der Suizidprävention oder der Verbesserung von Arbeitsbedingungen.

Weitere Statements sprachen sich für die **Notwendigkeit konkreter Handlungsmöglichkeiten bzw. Formulierungsbeispiele** im Umgang mit suizidalen Personen aus und für **weitere Vernetzungsmöglichkeiten**. Auch wurde berichtet, dass die **eigene Einrichtung bereits gut aufgestellt** sei.

„gutes Netzwerk,
tatsächlich sind viele
erreichbar, nur
Psychologen fehlen.“

„Kurzfristige professionelle
Beratungsmöglichkeiten, um
Gedanken und Planung zu
strukturieren.“

„eine eindeutige
Rechtslage in
Deutschland“

„Austauschen mit
anderen
Kollegen/Erfahrungen“

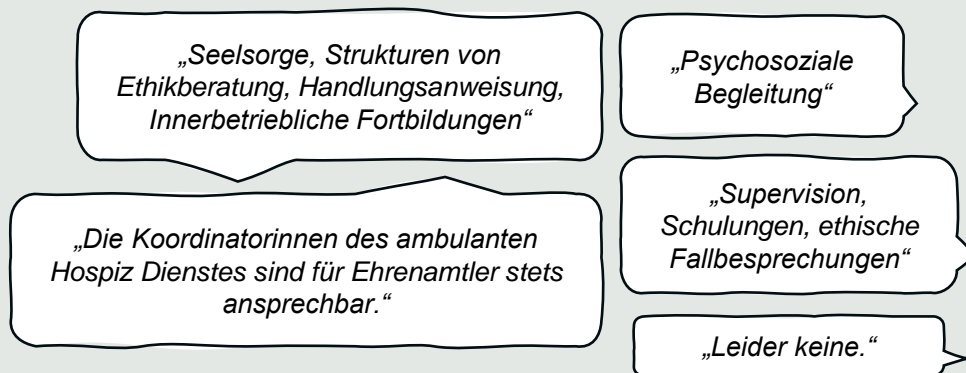
„Netzwerk zur
Weitervermittlung“

„In meinem Arbeitsbereich/
SAPV, besteht bereits
ausreichend Unterstützung“

„Formulierungsbeispiele
für eine Antwort.“

Angebotene Unterstützung von Seiten des Trägers

75 Personen haben auf die Frage, welche Unterstützung von Seiten ihres Trägers/ihrer Einrichtung angeboten wird, geantwortet. Davon bezieht sich ein Großteil der Statements auf **vorhandene Beratungs- und Gesprächsangebote** sowie **Schulungen**. Weiter ermöglichen die Träger/die Einrichtungen (**ethische**) **Fallbesprechungen** und verfügen über **seelsorgerische Angebote**. Zwölf der Teilnehmenden berichten jedoch auch, dass es **keine bzw. kaum Angebote** zur Unterstützung gibt.



Gewünschte Unterstützung der Befragten

66 Personen haben mitgeteilt, welche Unterstützung sie sich von ihrer Einrichtung/ihrem Träger in Bezug auf den Umgang mit suizidalen Klient_innen wünschen. Fast ein Drittel wünscht sich **Fortbildungen oder Schulungen** zum Thema Suizidalität. Darüber hinaus wünschen sich einige der Befragten, dass das **Tabu rund um das Thema Suizid und Sterben aufgebrochen** und **mehr Personal** (auch Psychologen) zur Verfügung gestellt wird. Zehn Personen haben keine weiteren Wünsche an ihren Träger. Weiter wurden eine **Positionierung des Trägers** gewünscht sowie **(praktische) Handlungsempfehlungen**. Auch Ansprechpersonen, Beratungsstellen für akute Hilfe und Fallbesprechungen wurden genannt. Zehn Personen haben keine weiteren Wünsche an ihren Träger.

„Unterstützung durch geschultes Personal, psychologische Unterstützung des Bewohners/der Bewohnerin“

„Offensivere Aufklärung und Austausch unterschiedlicher Fachbereiche.“

„mehr Beratungsstellen, akute Unterstützung in der Gesprächsberatung“

„Ansprechpartner, Schulungen, Infoveranstaltungen“

„Positionierung und Freiwilligkeit der Handlungsoptionen beim Ehrenamt“

Teilnahme an Schulungen

Die Frage, ob die Befragten selbst oder Mitarbeitende in der Vergangenheit an Schulungen zu den Themen Suizidalität, Todeswünsche o.Ä. teilgenommen haben, beantworteten knapp **60 % der Befragten** mit *ja*. Dabei haben etwas mehr Personen aus der Hospizversorgung an Schulungen teilgenommen als aus der Altenpflege (Tabelle 3).

Tabelle 3. Teilnahme an Schulungen in den Bereichen der Altenpflege und Hospizversorgung

An Schulungen teilgenommen		
	Altenpflege	Hospizversorgung
Ja	22 (64,7 %)	20 (69 %)
Nein	11 (32,4 %)	6 (20,7 %)
Weiß ich nicht	1 (2,9 %)	3 (10,3 %)

Konzepte zum Umgang mit existenziellen Krisen

Von den Befragten geben **ca. 25 %** an, dass in Ihrer Einrichtung bzw. bei Ihrem Träger ein Konzept zum Umgang mit existenziellen Krisen vorliegt. Die Mehrheit der Befragten berichtet, dass **kein Konzept** vorliegt, 33 % können darüber keine Auskunft geben (Abbildung 6).

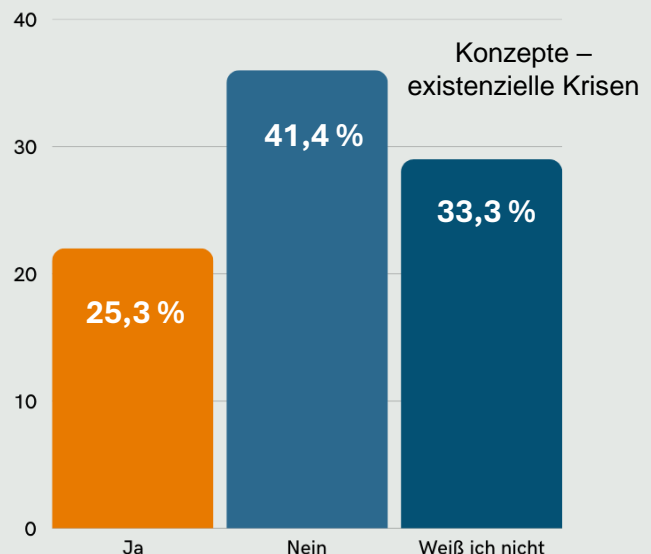


Abbildung 6. Vorliegen eines Konzeptes zum Umgang mit existenziellen Krisen

Inhalte der Konzepte zum Umgang mit existenziellen Krisen

15 Personen haben die Konzepte ihrer Einrichtungen und/oder Träger in kurzen Worten beschrieben. In dieser Hinsicht werden in den bestehenden Konzepten vor allem **Kommunikationshinweise** bereitgestellt bzw. **Hinweise zur Grundhaltung** im Umgang mit den betroffenen Personen. Aber auch Inhalte zum konkreten Vorgehen in Krisenfällen wurden berichtet (z.B. Kriseninterventionen oder Meldekettten).

*„Im Wesentlichen geht es
Kommunikation mit dem
Klienten (...)“*

*„Krisenintervention wie z.B. gemeinsame
Aufarbeitung in Gruppe durch Psychologen“*

*„Konzept beschreibt Haltung
und Gesprächsansätze“*

*„Durchführung einer Ethischen Fallbesprechung,
Im Krisenfall selbst Meldekette, Formulare,
entsprechend Betreuung aller Beteiligten“*

*„Konzept beschreibt Haltung und
Gesprächsansätze“*

Assistierter Suizid

Im dritten Abschnitt wurden bisherige Erfahrungen mit dem Thema des assistierten Suizids abgefragt. Dabei wurde der assistierte Suizid als eine Form der straflosen Beihilfe zur Selbsttötung definiert, sofern eine dritte Person (z.B. Arzt oder Ärztin) bei der Vorbereitung oder Durchführung einer eigenverantwortlichen Selbsttötung durch Beschaffung, nicht aber Verabreichung, eines todbringenden Mittels Unterstützung leistet und die betroffene Person das Mittel selbstständig einnimmt.

Begegnung mit dem Thema assistierter Suizid

Hinsichtlich des assistierten Suizids **gaben 52 % aller Befragten an**, dass sie in der Vergangenheit „**manchmal**“ von Klient_innen oder auch An- und Zugehörigen auf die Thematik angesprochen wurden. **32,6 % gaben an, dies in der Vergangenheit noch nie erlebt zu haben**, weitere **6 % haben dies schon oft** erlebt (Abbildung 7).

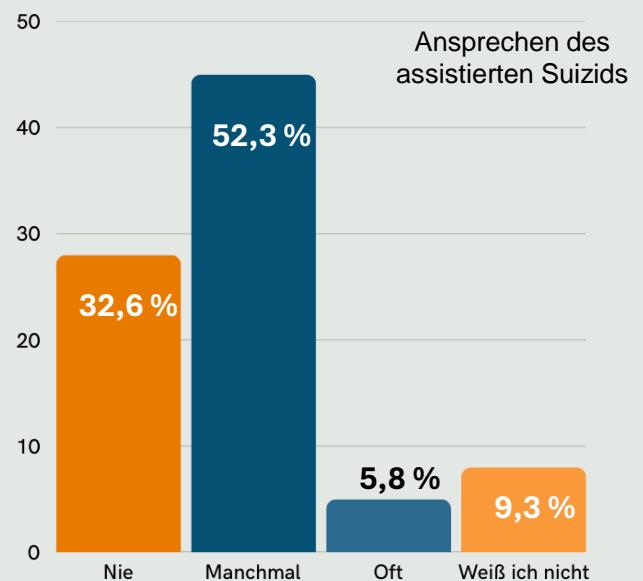


Abbildung 7. Ansprechen des assistierten Suizids durch Betroffene und ihre An- und Zugehörige

Tabelle 4 zeigt, in welchem Ausmaß die Befragten aufgeteilt auf die Bereiche der Altenpflege und Hospizversorgung, auf die Thematik des assistierten Suizids angesprochen wurden. Dabei berichten die Befragten der Hospizversorgung tendenziell öfter als die Befragten der Altenpflege, dass sie auf den assistierten Suizid angesprochen werden.

Tabelle 4. Begegnung mit dem Thema des assistierten Suizids in den Bereichen der Altenpflege und Hospizversorgung

	Ansprechen des assistierten Suizids	
	Altenpflege ¹	Hospizversorgung
Häufig	0	4 (13,8 %)
Manchmal	15 (48,4 %)	18 (62,1 %)
Nie	16 (51,6 %)	5 (17,2 %)
Weiß ich nicht	2 (6,1 %)	2 (6,9 %)

Altenpflege (ambulant und stationär, inkl. Tagespflege) = 34 Befragte

Hospizversorgung (ambulant und stationär) = 29 Befragte

¹Ein fehlender Wert

Unterstützung im Umgang mit dem Thema assistierter Suizid

67 Personen haben mitgeteilt, was Ihnen beim Umgang mit dem Thema assistierter Suizid weiterhelfen würde. Die Mehrheit nannte in diesem Zusammenhang **Fort- und Weiterbildungen**. Darüber hinaus wünschten sich die Befragten klare (gesetzliche) **Regelungen, Handlungssicherheit und Ansprechpersonen**. Weiter wurden sich Informationsmaterialien gewünscht sowie Austauschmöglichkeiten und Offenheit gegenüber der Thematik. Ein kleiner Teil der Befragten äußerte Ablehnung bzw. Unsicherheit gegenüber dem assistierten Suizid.

„regelmäßige Schulungen für Haupt- und Ehrenamt“

„rechtliche Regelung dazu in Deutschland“

„Das dies mehr angeboten wird, kein Tabu-Thema, Fachmann- der beratend zur Seite steht“

„Aufklärung. Darstellung unterschiedliche Positionen und deren Begründungen. Austausch über einzelne Fachbereiche und einzelne Träger hinweg“

„Ich muss gestehen, ich kann keine konkrete Antwort geben. Ich stehe dem Thema assistierter Suizid skeptisch gegenüber. Mehr kann ich im Moment nicht sagen“

Konzepte zum Umgang mit dem Thema assistierter Suizid

Von den Befragten geben ca. **16 %** an, dass in Ihrer Einrichtung bzw. bei Ihrem Träger ein Konzept zum Umgang mit dem assistierten Suizid vorliegt. Die Mehrheit der Befragten (ca. 53 %) berichtet, dass **kein Konzept** vorliegt und ca. 31 % können darüber keine Auskunft geben (Abbildung 8).

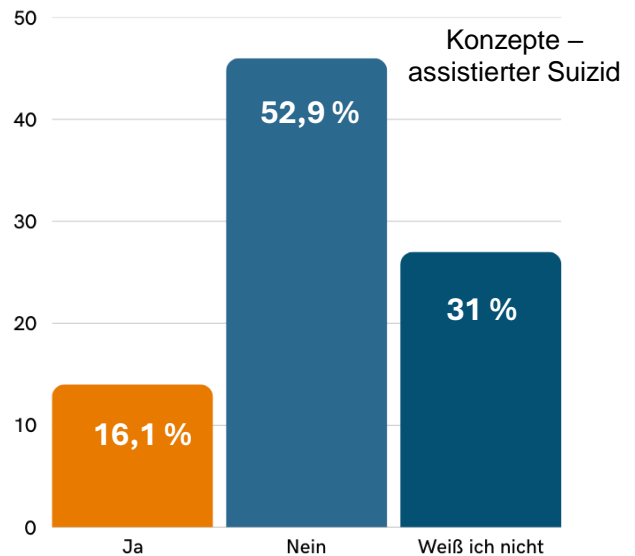


Abbildung 8. Vorliegen eines Konzeptes zum Umgang mit dem assistierten Suizid

Inhalte der Konzepte zum Umgang mit dem assistierten Suizid

7 Personen haben die Inhalte der Konzepte zum Umgang mit assistiertem Suizid beschrieben. Bei zwei Personen befindet sich derzeit ein Konzept in der Erstellung. Zwei weitere beschreiben Aspekte der Haltung und Kommunikation im Umgang mit betroffenen Personen. Zwei weitere Konzepte untersagen den assistierten Suizid, eine befragte Person erwähnt in diesem Zusammenhang die Bezugnahme auf den katholischen Glauben.

„beschreibt Haltung, Umgang und Kommunikationsangebot in der Begleitung“

„Wird gerade verschriftlicht“

„Klare Haltung aus dem katholischen Glauben, gegen assistierten Suizid“

Tabelle 5 zeigt die Angaben zum Vorliegen eines Konzeptes zum Umgang mit existenziellen Krisen bzw. dem assistierten Suizid aufgeteilt auf die Bereiche der Altenpflege und der Hospizversorgung. Zu beiden Themen geben die Befragten der Altenpflege eher das Vorliegen eines Konzeptes an als die Befragten der Hospizversorgung.

Tabelle 5. Vorliegen von Konzepten zum Umgang mit existenziellen Krisen bzw. mit assistiertem Suizid in den Bereichen der Altenpflege und Hospizversorgung

	Vorliegen von Konzepten			
	Existenzielle Krisen		Assistierter Suizid	
	<i>Altenpflege</i>	<i>Hospizversorgung</i>	<i>Altenpflege</i>	<i>Hospizversorgung</i>
Ja	11 (32,4 %)	4 (13,8 %)	6 (17,6 %)	4 (13,8 %)
Nein	16 (47,1 %)	12 (41,4 %)	20 (58,8 %)	14 (48,3 %)
Weiß ich nicht	7 (20,6 %)	13 (44,8 %)	8 (23,5 %)	11 (37,9 %)

Altenpflege (ambulant und stationär, inkl. Tagespflege) = 34 Befragte

Hospizversorgung (ambulant und stationär) = 29 Befragte

Anmerkungen der Befragten

20 Personen haben abschließend die Möglichkeit genutzt, eine offene Anmerkung zur Thematik der Suizidalität und zum Fragebogen abzugeben. Darunter die Unterstreichung der thematischen Relevanz und der Wunsch, dass das Tabu rund um Suizidalität aufgebrochen wird. Weitere Anmerkungen enthielten Informationen darüber, inwieweit sich in der Einrichtung mit dem Thema auseinandergesetzt wird. Andere unterstreichen die Schwierigkeiten und Unsicherheiten, die im Arbeitsalltag auftreten können. Darüber hinaus gab es Hinweise in Bezug auf den Fragebogen.

„Habe im Moment keine Anfragen. Es ist ein so schwerwiegendes Thema. Man möchte dem Menschen helfen, ich glaube aber, dass egal welche Entscheidung man trifft, ein Rest Zweifel bleibt, ob man richtig gehandelt hat.“

„Ich finde das Thema der Suizidprävention sehr wichtig für unsere Gesellschaft, da es kaum wahrgenommen wird.“

„Es ist ein großes Thema gerade in der ambulanten Versorgung. Kollegen mit palliativer Zusatzausbildung sind viel weiter in der Thematik. Leider ist es bei Kollegen ohne Zusatz viel schwieriger sich in diesen Situationen zurecht zu finden. Es fehlt an Informationen und Gelegenheiten sich über dieses Thema auszutauschen.“

„Ich wünsche mir, dass dieses Thema kein Tabuthema wird.“

„Gesetzgeber lässt die Menschen mit dem Thema allein und in einer Grauzone.“

„Ein Thema, das im Hospiz an der Tagesordnung ist und nur unbefriedigend für die Patienten geregelt ist. Änderungen erwünscht.“

Fazit

- Das Thema ist in den verschiedenen Einrichtungen präsent und direkte als auch indirekte suizidale Handlungen wurden von der Mehrheit der Befragten in der Vergangenheit bereits erlebt
- Die Sensibilität für indirekte suizidale Handlungen ist vielfach gegeben und kann durch tiefergehende Informationsbereitstellungen oder Schulungen geschärft werden
- Besonders Todeswünsche werden von einem Großteil der Befragten beobachtet. Dabei bringen die Befragten bereits eine Vielzahl an Ressourcen mit, die sie im Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nutzen können. Besonders die Relevanz einer angemessenen Kommunikation wird dabei unterstrichen. Gleichzeitig gibt lediglich ein Viertel der Befragten an, dass sie selbst oder Mitarbeitende bereits Schulungen besucht haben. An dieser Stelle besteht die Möglichkeit, grundständige und vertiefende Schulungen anzubieten. Diese ermöglichen es, Ressourcen auszubauen und zu verfestigen. In ihrer Umsetzung muss darauf geachtet werden, dass diese niedrighschwellig angeboten werden und innerhalb des beruflichen Alltags wahrgenommen werden können
- Die Befragung zeigt, dass die Thematik verschiedene Professionen interdisziplinär berührt. In diesem Zusammenhang muss die Möglichkeit multiprofessioneller Zusammenarbeit gestärkt werden und Haupt- und Ehrenamtliche für deren Relevanz sensibilisiert werden.

- Die Unterstützung, die die verschiedenen Träger bieten, wird sehr heterogen berichtet. Träger und Einrichtungen sollten dabei unterstützt werden, die Bedarfe ihrer Mitarbeitenden zu kennen und erfüllen zu können.
- Nur 25 % berichten, dass ein Konzept zum Umgang mit existenziellen Krisen vorliegt. Dort, wo Konzepte bereits existieren, muss deren Verbreitung unter Mitarbeitenden und Ehrenamtlichen gesichert sein. Dort, wo Konzepte fehlen, sollten Einrichtungen zur Erstellung befähigt werden.
- Auch das Thema des assistierten Suizids tritt in den Einrichtungen vermehrt auf. Auch in diesem Zusammenhang besteht ein Bedarf an Schulungen und Aufklärungsangeboten. Sowohl für Haupt- und Ehrenamtliche als auch für Betroffene und Angehörige.
- Fehlende rechtliche Regelungen erschweren den Umgang mit der Thematik. Der Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V. setzt sich in diesem Zusammenhang aktiv für die Erstellung eines Suizidpräventionsgesetzes ein.

Mögliche Maßnahmen:

- Erstellung von Informationen für Angehörige, sowie Haupt- und Ehrenamtliche mit dem Verweis auf konkrete Hilfen. Dazu werden bestehende Informationen auf der Webseite www.suizidpraevention-im-alter.de ausgebaut und weiterverbreitet. Gleichzeitig wird eine Broschüre erstellt, die das Thema der Suizidprävention behandelt.
- Es werden Schulungen zum Umgang mit Suizidalität angeboten. Diese werden zunächst im Onlineformat bereitgestellt, um einen Eindruck vom generellen Nutzen zu erhalten. Bei weiteren Bedarfen werden dann ggf. Präsenzs Schulungen bzw. Schulungen zur Vertiefung angeboten.
- Erstellung einer Orientierungshilfe zum Umgang mit suizidalen Personen.

Die Umfrage wurde im Rahmen des Projekts SALTHO des Diözesan-Caritasverbands für das Erzbistum Köln e.V. erstellt und mit Mitteln der Deutschen Fernsehlotterie gefördert.

Mehr Informationen sowie konkrete Hilfen zu den Themen Suizidalität und Todeswünsche im Alter finden Sie auf der Webseite www.suizidpraevention-im-alter.de.



Herausgeber

Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.

Kontakt

Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.

Bereich Gesundheits-, Alten- und Behindertenhilfe

Georgstraße 7

50676 Köln



Diözesan-Caritasverband
für das Erzbistum Köln e. V.

