

DER LANDARZT



NUR VIER TAGE

VON DR. THOMAS ASSMANN

Liebe Leserinnen und Leser, Sie wissen, ich mache meinen Job sehr gerne. Es gibt aber, wie vermutlich bei allen Jobs, Dinge, die ich nicht besonders mag, bei mir ist es die Büro-tätigkeit. Neben der Arbeit mit Patienten muss ich auch meinen Schreibtisch im Blick haben. Wie jeder Selbständige führe ich einen wirtschaftlichen Betrieb. Das bedeutet, am Wochenende beschäftige ich mich mit Überweisungen, Anfragen, Formularen, Briefen und ähnlichem Kram.

So auch am vergangenen Sonntag. Da meine Arbeitsmotivation für eine solche Tätigkeit nicht besonders hoch ist, versuche ich mich zu überlisten, indem ich dabei Radio oder Podcasts höre. Am vergangenen Sonntag habe ich für den „Presseclub“ entschieden. Es ging um das Thema „Viertagewoche“. Also letztlich die Frage: Wer sollte wie viel arbeiten, und wer darf das entscheiden?

Ich weiß nicht, ob ich das schon mal berichtet habe, auf dem Papier habe ich seit vergangener Woche auch eine Viertagewoche. Aufgrund einer Erkrankung musste ich meine Arbeitszeit in der Praxis reduzieren; dass ich trotzdem am Wochenende Büroarbeit mache, zählt da nicht rein.

Reden wir von einer Viertagewoche, geht es politisch natürlich prinzipiell um etwas anderes. Aber reduzierte Arbeitszeiten haben auch viele Mütter, und oft wird suggeriert, das wollten viele von ihnen nicht und litten darunter. Meine Erfahrung ist anders – und um es gleich zu sagen, ich finde das gut.

Als ich auf die vier Tage in der Woche in der Praxis umgestiegen bin, habe ich mit meinen angestellten Ärztinnen, die alle Kinder im schulpflichtigen Alter haben und in Teilzeit arbeiten, gesprochen, ob jemand seine Stunden erhöhen will. Keine von ihnen wollte das, was ich vollkommen nachvollziehen kann. Also verkürzten wir unsere Sprechstundenzeiten.

Viele Frauen entscheiden sich ganz bewusst für Kinder und Familie und deswegen auch für einen Job in Teilzeit. Der Begriff „Kariere“ wird aus meiner Sicht nämlich nicht als Geld oder Machtmaximierung definiert, sondern eben dadurch, dass man ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen darf, bei dem man selbst beschließen kann, was einem wichtig ist. Ein solches Leben ist gefüllt mit Dingen oder Tätigkeiten, die einen bereichern. Was ein Leben bereichert, muss und sollte jeder für sich entscheiden. Es sollte nicht von der Gesellschaft vorgegeben werden.

Ich bin selbst Vater und Opa, ich weiß, wie oft Frauen mit allen Verpflichtungen ringen; ein Gespräch mit einer Mutter, einer guten Freundin von mir, ist mir aber nachhaltig in Erinnerung geblieben. Ihr Mann hatte damals einen Job in Frankreich. Sie sagte mir während ihrer Schwangerschaft, sie sei total unglücklich, weil sie in Frankreich ihr Kind sehr früh in eine Betreuung geben müsste, damit sie wieder arbeiten gehen kann; das würde so erwartet. Sie war dann überglücklich, als ihr Mann ein halbes Jahr später in die Schweiz versetzt wurde. Frauen sind nach meiner Beobachtung immer mehr hin- und hergerissen; sie sollten für sich selbst entscheiden dürfen, wie sie ihre Woche gestalten.

Nicht verschweigen möchte ich aber auch, dass immer mehr junge Männer sich für den Weg entscheiden, mehr Zeit in die Familien zu geben. Ich finde das gut, aber es bedeutet natürlich, dass wir auch in Zukunft mit zunehmendem Arbeitskräftemangel zu tun haben werden. Dafür eine sinnvolle Lösung zu finden, das ist eine gesellschaftliche Aufgabe; dazu muss man nicht andere ständig in ihren Entscheidungen bewerten.

Ich wünsche Ihnen eine Woche ganz nach Ihrem Geschmack – Ihr Landarzt.

Dr. Thomas Assmann, 61 Jahre und Internist, hat eine Praxis im Bergischen Land. Er schreibt hier alle 14 Tage.

Alt, einsam, Mann

Senioren haben ein besonders hohes Suizidrisiko. Nun soll die Prävention verbessert werden. Das ist eine Herausforderung.

Von Eva Schläfer

Das politische Vorhaben länger brauchen als angekündigt, ist keine Seltenheit. Dass Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach am Donnerstag bei der bereits deutlich verzögerten Vorstellung einer Suizidpräventionsstrategie für Deutschland jedoch nicht konkret beantworten konnte, wann die Bundesregierung deren gesetzliche Verankerung umsetzen wird, werteten Akteure der Suizidvorbeugung als Bestätigung ihrer generellen Kritik: Deutschland kümmert sich nicht genug um den Schutz von Menschen mit Selbsttötungsabsichten.

Bei der Pressekonferenz stand Ute Lewitzka, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie am Uniklinikum Dresden und Vorstandsvorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention, als Expertin neben Lauterbach. Der F.A.S. sagte sie zur vorgestellten Strategie, an der sie nicht mitgearbeitet hat, diese gehe noch nicht in die Tiefe, nenne weder konkrete Zeiträume noch klare Zuständigkeiten. Auch zu den finanziellen Mitteln gebe es keine Aussagen. Doch das Gute daran sei zum einen, dass der Bundesgesundheitsminister nun, da sie der Öffentlichkeit vorgestellt worden sei, nicht mehr zurückkömme. Und dass zum anderen Maßnahmen, die die Fachgesellschaften seit Jahren fordern, mit aufgenommen wurden: eine nationale Koordinierungsstelle beispielsweise oder ein durchgehend erreichbarer Krisendienst. Wichtig sei auch die Erkenntnis, dass es besonders gefährdete Personengruppen gibt.

Eine solche Hochrisikogruppe sind Männer im höheren Alter. Auf der Website des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (Naspro) ist ein Balkendiagramm zu sehen, das auf Daten des Statistischen Bundesamts fußt. Es stellt die Suizide nach Lebensalter im Jahr 2022 in Deutschland dar, unterteilt nach Männern und Frauen. 10.119 Menschen nahmen sich insgesamt das Leben, was einen Wert von 13 Suiziden pro 100.000 Einwohner ergibt. Ab einem Alter von 40 Jahren überschreitet die männliche Bevölkerung diesen Mittelwert. Je älter Männer werden, desto heftiger schnellen die Balken in die Höhe. Bei Männern zwischen 80 und 85 Jahren liegt der Wert bei 55, bei der Altersgruppe 85 bis 90 bei 74 und bei den über 90-Jährigen bei 112.

Männer sind generell deutlich gefährdeter für Suizid als Frauen; in Deutschland geschehen ziemlich genau drei Viertel aller Selbsttötungen durch Männer. Auch der starke Anstieg im Alter ist seit vielen Jahren dokumentiert. Trotzdem gibt es so gut wie keine Forschung und somit auch keine systematischen und evaluierten Suizidpräventionsprogramme für diese spezielle Gruppe.

Arno Drinkmann ist Psychologischer Psychotherapeut, Sprecher der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Naspro und Professor für Psychologie an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. Er berichtet, dass das Bundesgesundheitsministerium Naspro vor ein paar Jahren beauftragt hatte, einen Bericht zur Lage der Suizidprävention in Deutschland zu erstellen. In dem Kapitel über Suizidprävention im Alter stellten die Autoren verschiedene Hypothesen dafür auf, weshalb betagte Männer so gefährdet sind. Wissenschaftlich belegt sind sie wegen fehlender Untersuchungen nicht, klingen aber plausibel.

Die wichtigste Hypothese lautet, dass die hohen Suizidraten mit dem „Selbstkonzept von Männern und ihrer Vorstellung von Selbstkontrolle und Autonomie“ zu tun haben, wie es Drinkmann formuliert. Heißt: Männer tun sich eher schwer damit, von anderen abhängig zu sein – solange es nicht die eigene Ehefrau ist. „Die Autonomie, die sich Männer wünschen, steht im Gegensatz zu der Exklusivität, mit der sie sich in der Regel an ihre Frau binden“, sagt Drinkmann. „Da gibt's die Frau und dann lange keinen anderen.“ Männer seien schlechter eingebunden in soziale Beziehungen. Sie hätten weniger Freunde als Frauen, mit denen sie über persönliche Probleme sprechen könnten. Und da sie das auch durch suizidpräventive Maßnahmen zu erreichen.



Foto Plainpicture

Zudem seien Männer, die Partnerschaften mit klassischer Rollenverteilung geführt hätten, häufig nicht geübt darin, ihren Alltag allein zu bewältigen. Diese Faktoren führten dazu, dass der Verlust des Partners, der ein generelles Risiko für Suizid ist, bei Männern eine noch größere Auswirkung habe. Zwar unterlägen auch männliche Rollenbilder einem Wandel. Dass sich das in verändertem Suizidrisiko niederschläge, sei aber noch nicht zu beobachten.

Der Psychotherapeut ist überzeugt davon, dass mit alten Männern aufsuchend gearbeitet werden muss, um seelische Notlagen zu erkennen: „Man kann nicht darauf warten, dass sie selbst zum Hörer greifen.“ Solche Programme aber existieren kaum in Deutschland, unter anderem, da sie sehr personalintensiv sind. Als im vergangenen Juli eine Hitzewelle die Bewohner Roms plagte, riefen Beschäftigte der Stadt bei hochbetagten Bürgern an, um zu fragen, wie es ihnen gehe und ob sie ausreichend Wasser zur Verfügung hätten. Die Resonanz auf diese Aktion war sehr positiv: Die Angerufenen fühlten sich wahrgenommen und umsorgt.

Welchen Einfluss Einsamkeit auf die hohe Suizidrate im Alter nimmt – auch das ist nicht wissenschaftlich untersucht. Studien zeigen, dass alte Menschen seltener als jüngere angeben, sich einsam zu fühlen. Doch sicher ist: Die meisten Menschen, die ein bestimmtes Alter erreichen, werden erleben, dass sich ihre sozialen Kontakte automatisch reduzieren. Der Partner oder die Geschwister sterben, Freunde ziehen an den Wohnort ihrer Kinder oder werden dement, der eigene körperliche Verfall verhindert die Teilnahme an der Sportgruppe. Schon der Eintritt in die Rente vermittelt manchen das Gefühl, nicht mehr richtig dazuzugehören. Speziell alternative Wohnformen wie betreute Wohngruppen oder Mehrgenerationenwohnen könnten dazu beitragen, mehr soziale Anbindung für Senioren zu erzielen.

Gleichzeitig darf nicht vergessen werden: Die meisten Selbsttötungen sind auf psychische Erkrankungen zurückzuführen, vor allem auf eine Depression. Zwar nimmt die Depressionshäufigkeit im Alter leicht ab. Doch insgesamt wird die Erkrankung bei Senioren häufig falsch oder gar nicht behandelt, was mit zu den erhöhten Suizidraten im Alter beiträgt, die sich auch beim weiblichen Geschlecht zeigen, nur auf viel geringerem Niveau. Im Jahr 2019 wies das „Deutschland-Barometer Depression“ der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention nach, dass Depressionen bei Senioren noch häufiger übersehen werden als bei jüngeren Menschen. Depressive Symptome wie Hoffnungs- und Freudlosigkeit, Schlafstörungen oder Erschöpfungsgefühl würden oft nicht als Ausdruck einer eigenständigen schweren Erkrankung anerkannt, sondern als nachvollziehbare Reaktion auf die Bitternisse des Alters oder als Folge körperlicher Erkrankungen fehlinterpretiert, sagte damals Ulrich Hegerl, Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Depressionshilfe.

Die Umfrage unter 5350 Personen zwischen 18 und 79 Jahren zeigte auch: 71 Prozent der Befragten gingen davon aus, dass Ältere seltener bereit seien, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Das jedoch erwies sich in derselben Befragung als Trugschluss. 64 Prozent der Menschen über 70 gaben an, sie würden eine Psychotherapie absolvieren, wenn sie einen Platz bekämen – was aber nur bei 13 Prozent der älteren Befragten mit einer diagnostizierten Depression der Fall war. Hegerl sagt daher: „Ältere Menschen werden im Versorgungssystem eindeutig benachteiligt.“

Doch was könnte helfen, wenn das medizinische System überfordert ist? Arno Drinkmann nennt neben den bereits erwähnten aufsuchenden Hilfen niedrigschwellige Angebote für Männer, um über eine Art Hintertür miteinander ins Gespräch zu kommen. Er habe einst von einem Projekt in der Schweiz gehört, bei dem sich Männer Werkzeug ausleihen konnten. In England gebe es Pub-Mee-

tings als offene Stammtische. Zudem sei es wichtig, das Umfeld von alten Männern zu schulen. Das nennt die Wissenschaft Gatekeeper-Training. Gatekeeper, also Menschen, die nah dran sind an einer bestimmten Person, sind bei Senioren unter anderem Hausärzte, Pflegekräfte und natürlich – die Angehörigen.

An dieser Stelle kommt Birgit Wagner ins Spiel. An der Medical School Berlin (MSB) hat sie eine Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie inne. Im Februar stellte ein Forschungsverbund, an dem neben der MSB auch das Uniklinikum Leipzig und die Universität Bielefeld beteiligt waren, ein Projekt fertig, das sich drei Jahre lang intensiv mit Suizidprävention für Männer aller Altersgruppen auseinandergesetzt hat. „Wir in Berlin haben ein Gatekeeper-Programm für Angehörige suizidgefährdeter Männer erarbeitet. In Leipzig ging es um die Ansprache suizidgefährdeter Männer selbst“, erklärt Wagner.

Für beide Ansätze wurden vor der Entwicklung der Programme qualitative Interviews geführt: in Leipzig mit Männern, die Suizidversuche überlebt haben, in Berlin mit Hinterbliebenen von durch Suizid verstorbenen Männern. Die wichtigste Erkenntnis der Leipziger lautete: Suizidgefährdeten Männern muss klargemacht werden, dass es Situationen gibt, die ein Mensch nicht allein lösen kann. Und dass Hilfe zu holen keine Schwäche ist, sondern ein Weg, Kontrolle und Stärke zurückzuerlangen. Birgit Wagner sagt, ihr Ziel in Berlin sei es gewesen, dem direkten Umfeld Handlungsempfehlungen zu geben.

Sie gibt ein paar Beispiele: Wie erkennt man eine männliche Depression? – Sie äußert sich häufig anders als die „typischen“ Symptome wie beispielsweise sozialer Rückzug oder Traurigkeit. Beispiele für eine männliche Form der Depression können unter anderem Aggressivität und verstärkter Konsum von Alkohol sein. Wie spreche ich einen suizidalen Mann an? – Die eigene Sorge

um den anderen formulieren; verklausulierte Äußerungen ernst nehmen („Es ist mir alles zu viel“), ihm konkrete Hilfsangebote aufzeigen. Und was tut mir selbst gut in dieser auch für mich so belastenden Situation? – Darüber sprechen und vor allem: Auszeiten nehmen.

Allgemein rät Wagner, alte Männer, die den Eindruck machten, sie seien einsam, einfach anzusprechen. Zum Beispiel könnten Nachbarn anbieten, gemeinsam zum Friedhof zu gehen oder zu einem der Seniorentreffen, die es in allen Städten gibt. Denn Angebote, um nicht zu vereinsamen, seien durchaus vorhanden. Sie zu finden, stelle für Männer über 80 aber eine Herausforderung dar.

HILFE IM NETZ

Kompetenznetz Einsamkeit mit einer umfangreichen Auflistung von digitalen und analogen Anlaufstellen: www.kompetenznetz-einsamkeit.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit Informationen zu Depressionen im Alter: www.gesund-aktiv-aelter-werden.de

Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, u. a. mit der Onlineschulung Altersdepression für Pflegenden: www.deutsche-depressionshilfe.de

Websites der Forschungsprojekte aus Berlin/Leipzig/Bielefeld: www.maenner-staerken.de www.hilfe-fuer-angehoerige.de

Wenn Sie sich in einer akuten Krise befinden, wenden Sie sich an Ihren behandelnden Arzt, Psychotherapeuten oder die nächste psychiatrische Klinik, oder wählen Sie den Notruf unter 112.