

## Lebensendlichkeit, Lebensmüdigkeit und Suizidprävention im Kontext von Pflegebedürftigkeit – Eine Befragung pflegender Angehöriger

Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) mit dem Nationalen Suizidpräventionsprogramm (NaSPro)

Beratung des Berichts durch die Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ des NaSPro

März 2023

Autorinnen und Autoren: Dr. Simon Eggert<sup>1</sup>, Dr. Mathias Haeger<sup>1</sup>, Dr. Christian Teubner<sup>1</sup>, Dr. Uwe Sperling<sup>2</sup>, Prof. Dr. Arno Drinkmann<sup>3</sup>, Prof. Dr. Reinhard Lindner<sup>4</sup>, Prof. Dr. Eva-Marie Kessler<sup>5</sup>, Prof. Dr. Barbara Schneider<sup>6</sup>

- 1) Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)
- 2) Universitätsmedizin Mannheim, Geriatrisches Zentrum
- 3) Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, Fakultät für Soziale Arbeit
- 4) Universität Kassel, Institut für Sozialwesen
- 5) MSB Medical School Berlin, Fakultät Naturwissenschaften
- 6) LVR-Klinik Köln, Abteilung Abhängigkeitserkrankungen

Zitiervorschlag:

Eggert, S., Haeger, M., Teubner, C., Sperling, U., Drinkmann, A., Lindner, R., Kessler, E-M. Schneider, B. (2023). Lebensendlichkeit, Lebensmüdigkeit und Suizidprävention im Kontext von Pflegebedürftigkeit – Eine Befragung pflegender Angehöriger. Projektbericht. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.

## I. Hintergrund

Der Themenkomplex Lebensende, Sterben und Tod – Lebensmüdigkeit und Suizidalität eingeschlossen – ist in der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung älterer hilfebedürftiger Menschen von erheblicher Bedeutung. Insbesondere auch dann, wenn mögliche Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige betrachtet werden sollen.

### Sterben im hohen Alter

Die Konfrontation mit dem eigenen Lebensende kann als entwicklungspsychologische Aufgabe des Menschen verstanden werden, deren Bewältigung zu „gelingendem Altern“ beitragen mag (Martin & Kliegel, 2014; Wittkowski, 2012). Offenbar ist die Auseinandersetzung damit auch im hohen Alter<sup>1</sup> bedeutsam und zum Teil mit Herausforderungen verbunden (Jopp et al., 2013; Reidick, 2013). Solche möglichen Herausforderungen beziehen sich beispielsweise auf die Kommunikation mit Angehörigen über Wünsche und Regelungen in Bezug auf das eigene Lebensende oder auf Sorgen in Bezug auf den Sterbeprozess (Eggert et al., 2018; Lloyd-Williams et al., 2007). Der Tod eines Menschen tritt auch in Deutschland zunehmend erst im hohen Alter ein (Rau & Doblhammer, 2012; Wilkening & Martin, 2003). So lag 2021 das Medianalter Gestorbener bei 82,3 Jahren (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BIB), 2022). Dieser prinzipiell positive Befund ist jedoch auch mit der Erkenntnis verbunden, dass das Sterben hierzulande – wie in anderen vergleichbaren Ländern ebenfalls – deutlich vom gesundheitlichen Risikoprofil der Hochaltrigkeit, d. h. auch von einer erheblichen Prävalenz von „Gebrechlichkeit“ (Frailty-Syndrom) sowie Demenz in der Bevölkerungsgruppe der über 80-Jährigen, geprägt ist (Gellert et al., 2018; Kruse, 2017; World Health Organization, 2021). Das bedeutet unter anderem: Die oft langen Verlustprozesse und individuell deutlich variierenden Verläufe dieser Syndrome in Kombination mit der komplexen Gesundheitssituation der Erkrankten stellen verantwortliche Heilberufsgruppen – wie Ärztinnen und Ärzte oder Pflegefachpersonen – gerade in Bezug auf Therapie, Prognose und Prävention nicht selten vor erhebliche Probleme. Dies kann zur Folge haben, dass die Vorbereitung auf das Lebensende, das Abschiednehmen und das Sterben (zusätzlich) belastet werden (Clegg et al., 2013; Murray et al., 2005; Sallnow et al., 2022). Gesundheitliche und soziale Unterstützung – wie sie Hospiz- und Palliativversorgung bzw. „end-of-life care“ vorsehen – ist in diesem Zusammenhang bedeutsam. Daher sollten entsprechende Angebote auch für hochbetagte pflegebedürftige Menschen und ihre Zugehörigen gut zugänglich sein (Müller-Busch, 2012; Van den Block et al., 2016; Van Den Noortgate & Van den Block, 2022). Jedoch sind bestehende Zugangsbarrieren bisher offenbar noch nicht hinreichend abgebaut worden (Blank et al., 2018).

Diese Aspekte des hohen Alters und des Sterbens betreffen auch pflegende Angehörige. Zum Teil unterstützen sie ältere pflegebedürftige Menschen über mehrere Jahre, manchmal sogar über Jahrzehnte intensiv (Brandão et al., 2017; Freeman et al., 2010). Die damit einhergehende Konfrontation mit dem Lebensende, Sterben und Tod kann für sie wiederum mit verschiedenen Herausforderungen wie etwa Konflikten verbunden sein. Als Themen in diesem Sinne wurden zum Beispiel identifiziert:

- Sorgen in Bezug auf die zukünftige Sterbesituation der pflegebedürftigen Person – bspw. in Bezug auf belastende Symptome,
- die eigene Rolle im Sterbeprozess – bspw. als Begleiterin oder Begleiter mit der Bürde unklarer bzw.

---

<sup>1</sup> In dem vorliegenden Bericht werden unter hochaltrigen Menschen bzw. Menschen im hohen Alter diejenigen verstanden, die 80 Jahre alt oder älter sind.

veralteter Regelungen wie Patientenverfügungen,

- Kommunikation mit demenziell veränderten Elternteilen rund um Fragen ihres Lebensendes sowie mit anderen Familienangehörigen.

Das sehr hohe Alter verbunden mit starker Pflegebedürftigkeit kann für Angehörige Fragen nach Würde und Sinn berühren und zudem als eine negativ empfundene, ängstigende „Vorschau“ auf die Bedingungen des eigenen Lebensendes wahrgenommen werden (Cardona-Morrell et al., 2017; Eggert et al., 2021; Soto-Rubio et al., 2017; Thompson & Roger, 2014).

### Lebensmüdigkeit und Suizidalität bei älteren Menschen mit Pflegebedarf

Ein weiterer relevanter Aspekt des Themenfelds Lebensende, Sterben und Tod bei älteren und hochbetagten Menschen mit sehr belastenden gesundheitlichen Problemen ist, dass diese ihre Freude am Leben und die Kraft dafür verlieren können. Dieser Zustand kann zu Lebensmüdigkeit bis hin zur Suizidalität führen. Das bedeutet, geht die Lebensmüdigkeit über in Gedanken, Äußerungen oder Handlungen, die sich auf eine Selbsttötung (Suizid) beziehen, wird von Suizidalität gesprochen (Lindner et al., 2014; Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), 2021). Die gravierendste Folge von Suizidalität ist der vollendete Suizid. Dieser kann insofern als ein relevantes Phänomen des Alters verstanden werden, da Selbsttötungen von Menschen in der Altersgruppe ab 70 Jahren im Vergleich mit der in Deutschland lebenden Gesamtbevölkerung überproportional häufig sind und die Suizidrate in der Gruppe der 80- bis 95-Jährigen am höchsten ist. Zudem könnte die Dunkelziffer gerade bei Alterssuiziden erheblich sein, da ein Suizid nicht immer eindeutig festzustellen ist (Schelhase, 2022; Schneider et al., 2021). In diesem Zusammenhang könnte auch relevant sein, dass Leichenschau und Obduktion gerade bei älteren Verstorbenen in Pflegeheimen nicht selten zu unterschiedlichen Ergebnissen in Bezug auf Todesart und Todesursache kommen (Schulten et al., 2022). Die Frage danach, wie häufig ältere pflegebedürftige Menschen von Lebensmüdigkeit oder sogar Suizidalität betroffen sind, ist jedoch aus methodischen Gründen schwer zu beantworten. Es konnte beispielsweise gezeigt werden, dass geriatrische Patientinnen und Patienten in Deutschland nicht nur vereinzelt als suizidal eingeschätzt werden (Lindner et al., 2022).

Suizidalität im Alter entwickelt sich in einem komplexen individuellen, biografisch geprägten Geschehen, in welchem krisenhafte Lebensereignisse wie etwa schwerwiegend empfundene Verluste, gesundheitliche Probleme und Konflikte mit nahestehenden Menschen sowie deren Folgen – zum Beispiel Abhängigkeit von Hilfe Anderer, geminderte soziale Einbindung, Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit, Kränkungen oder Verlust des Selbstwertgefühls – eine zentrale Rolle spielen (Keefner & Stenvig, 2020; Lindner et al., 2014; Schneider et al., 2021). Es wird also deutlich, dass die mit der Hochaltrigkeit besonders assoziierte vulnerable Gesundheit verbunden mit den psychologischen und sozialen Herausforderungen dieser Lebensphase, die sich im Begriff der Pflegebedürftigkeit beispielhaft verdichten, Suizidalität begünstigen. Dies verdeutlichen verschiedene Forschungsbefunde zu Zusammenhängen zwischen gesundheitsbezogenen Merkmalen, die bei älteren pflegebedürftigen Menschen als häufig vorkommend anzusehen sind. So wurden in der Literatur Zusammenhänge von körperlichen Einschränkungen, „Gebrechlichkeit“ oder Schmerzen mit suizidalen Gedanken, suizidalem Verhalten oder vollendetem Suizid bei älteren Menschen beschrieben (Ding & Kennedy, 2021; Shah et al., 2022). Zudem sind psychische und insbesondere affektive Störungen als eigenständiger Risikofaktor auch für diese Population belegt. Hierbei sind etwa Depression – als eine der häufigsten psychischen Störungen im Alter – aber auch Suchterkrankungen zu nennen (Conejero et al., 2018; Cukrowicz et al., 2014; Kessler et al., 2012; Seyfried et al., 2011). Die Studienlage zur Auswirkung von Demenz auf das Suizidalitätsrisiko ist dabei uneinheitlich (Conejero et al., 2018; Cukrowicz et al., 2014; Kessler et al., 2012; Seyfried et al., 2011). Insgesamt liegen umfassende

Arbeiten in Bezug auf Risiko- und Schutzfaktoren und ihr komplexes Zusammenwirken bei Lebensmüdigkeit und Suizidalität vor. Gerade die Fokussierung auf dieses komplexe Zusammenwirken und nicht auf einzelne Faktoren erscheint zum Verständnis von Suizidalität als grundlegend (Conejero et al., 2018; Ding & Kennedy, 2021; Turecki & Brent, 2016).

Lebensmüdigkeit und Suizidalität betreffen in mehrfacher Hinsicht auch das Umfeld der älteren pflegebedürftigen Person. Die bestehende Literatur legt nahe, dass etwa Pflegefachpersonen durch ihre Arbeit einerseits ein höheres Risiko aufweisen mit einem Suizid in Kontakt zu kommen und andererseits durch diese Kontakte erheblichen Stress und traumatisierende Situationen erleben können (Clua-Gracia et al., 2021). Auch bei pflegenden Angehörigen ist das Thema vermutlich konflikt- und belastungsträchtig. Eine Interviewstudie bei Angehörigen pflegebedürftiger hundertjähriger Menschen wies unter anderem darauf hin, dass die Rolle und die Erfahrungen einiger Angehöriger in der Pflegesituation damit verbunden sein können, sich auch mit Themen wie Lebensmüdigkeit, Suizidwünschen oder sogenannter Sterbehilfe seitens der pflegebedürftigen Person – aber auch in Bezug auf sich selbst – auseinanderzusetzen (Eggert et al., 2021). Zudem kann die Pflege selbst so belastend sein, dass dies zu suizidalen Gedanken pflegender Angehöriger beitragen kann (Anderson et al., 2019; Joling et al., 2018; O'Dwyer et al., 2016).

### Suizidprävention stärken

Vor diesem Hintergrund zeigt sich die Bedeutung der Enttabuisierung des Themas Suizid sowie die erhebliche Relevanz von Suizidprävention – gerade auch im Kontext gesetzlicher Regelungen zum assistierten Suizid, wie unter anderen durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro), die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) und den Deutschen Hospiz- und Palliativ Verband (DHPV) dargelegt wurde (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) et al., 2022; Lindner et al., 2020). Denn Suizidalität ist in aller Regel, wie oben dargestellt, Ausdruck von schwerem Leid bei den betroffenen Menschen. Lebenskrisen und psychische Erkrankungen spielen dabei oft eine erhebliche Rolle. Suizidalität bedeutet entsprechend nicht, unter allen Umständen sterben zu wollen, sondern das Gefühl zu haben, so nicht weiterleben zu können. Aufgabe der gesamten Gesellschaft und insbesondere des Gesundheits- und Sozialsystems ist entsprechend, bei der Bewältigung von der Suizidalität zugrunde liegenden Problemen und Erkrankungen zu unterstützen. Grundlage hierfür ist, auch bei älteren Menschen an Suizidalität zu denken, sie zu erkennen, darüber zu sprechen und professionelle Hilfe einzubinden. Hierbei muss nicht befürchtet werden, Suizide durch die Thematisierung überhaupt erst auszulösen. Um eine gute professionelle Dimension der Suizidprävention für ältere Menschen und ihre Angehörigen sicherzustellen, erscheint vor allem eine flächendeckende und niedrigschwellige sowie eine über einen längeren Zeitraum begleitende Beratungs- und Unterstützungsstruktur rund um das Thema Suizid nötig, verbunden mit einer Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung für ältere Menschen (Lindner et al., 2014; Schneider et al., 2021).

### Ziel der Studie

Vor diesem Hintergrund soll die vorliegende Studie quantitative Einblicke in den Diskurs zur Bedeutung des Themenfelds Lebensende, Sterben und Tod im Kontext Pflegebedürftigkeit aus Perspektive pflegender Angehöriger in Deutschland liefern. Dazu gehört auch, die Themen Lebensmüdigkeit und Suizidalität berührende Aspekte zu beleuchten.

## II. Methodik

Für die Studie wurden 1.000 Personen ab 45 Jahren, die als pflegende Angehörige gelten können, zu Art und Umfang der geleisteten Unterstützung und den damit verbundenen Belastungen bei der Pflege Angehöriger befragt sowie zu Aspekten aus dem Themenfeld Lebensende, Sterben und Tod – einschließlich Lebensmüdigkeit bzw. Suizidalität. Dabei wurden Personen berücksichtigt, die eine pflegebedürftige Person – im Sinne des SGB XI – ab 60 Jahren seit mindestens sechs Monaten in deren Alltag unterstützen.

Fragen mit Bezug zum Lebensende, Sterben oder Tod können möglicherweise für die Befragten belastend sein. Das gilt insbesondere auch für das Thema Suizid. Aus diesem Grund wurden alle Fragen erst nach einer eingehenden Beratung im Expertenkreis<sup>2</sup> in den Fragebogen aufgenommen. Zudem diente eine umfassende Erklärung, verbunden mit Ausstiegsoptionen sowie Hinweisen zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten, als weitere Absicherung. Fragen, die sich direkt auf Themen wie Depression oder Suizidalität bei der befragten Person beziehen, waren nicht Teil der Befragung.

Die Befragung wurde vom 13. bis 30. September 2022 durchgeführt. Grundlage der Befragung ist ein bevölkerungsrepräsentatives, aktiv per Telefon rekrutiertes Online-Panel mit über 100.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern ab 14 Jahren. Die Antwortskalen bestehen zum Teil aus vier- und fünfstufigen Skalen sowie nominalen Skalen, ergänzt um die Antwortkategorie „weiß nicht“. Die Skalen wurden vorab nicht validiert, orientieren sich aber größtenteils an etablierten Skalen (Prüfer et al., 2003). Die Gewichtung der Ergebnisse erfolgte bevölkerungsrepräsentativ nach Geschlecht und Alter der befragten Person, auf Grundlage der aktuellen Erhebung im Deutschen Alterssurvey (DEAS) (Deutsches Zentrum für Altersfragen - FDZ, 2022). Der höchste Gewichtungswert ist 1,79. Die statistische Fehlertoleranz in Bezug auf die Gesamtstichprobe liegt bei +/- 3 Prozentpunkten.

Um Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen statistisch zu untersuchen, werden Chi-Quadrat-Tests nach Pearson durchgeführt. Fälle, in denen keine Angaben gemacht worden sind, werden im Rahmen der jeweiligen Analyse herausgefiltert, um das Ergebnis nicht zu verzerren. Die Effektstärke  $\varphi$  wird in den Auswertungen dieser Studie in Anlehnung an Cohen (Cohen, 1988) unterteilt in „geringer Effekt“ [ $\varphi < 0,1$ ], „kleiner bis mittlerer Effekt“ [ $0,1 \leq \varphi < 0,3$ ], „mittlerer bis großer Effekt“ [ $0,3 \leq \varphi < 0,5$ ] und „großer Effekt“ [ $\varphi \geq 0,5$ ]. In der Darstellung der Anteilswerte mit mehr als zwei Antwortkategorien kann die Summe der Einzelwerte aufgrund von Rundungsdifferenzen von 100 Prozent abweichen.

Abschließend werden, bei der Betrachtung der Daten, verschiedene methodische Limitationen berücksichtigt. So kann die soziale Erwünschtheit einer Antwort bei manchen Fragestellungen einen wesentlichen Einfluss haben und das Ergebnis verzerren, was zwar im Rahmen von Online-Befragungen im Allgemeinen als gering eingeschätzt wird (Pokorny & Roose, 2020), jedoch bei möglicherweise belastenden Fragen wie etwa zu Lebensmüdigkeit und Suizidalität relevant sein kann. Entsprechend wurde bei heiklen Fragen mit einer sogenannten „vergebenden Formulierung“<sup>3</sup> gearbeitet, um diesen Effekt möglichst zu dämpfen (Näher & Krumpal, 2012). Zudem werden einige Fragen als Proxy-Befragung durchgeführt, das heißt, die befragten pflegenden Angehörigen geben eine

<sup>2</sup> Der hier genannte Expertenkreis besteht insbesondere aus Personen, die im Forschungsfeld der Suizidalität und als klinische Expertinnen und Experten eine ausgewiesene Expertise zum Thema besitzen. Zudem wurden die Fragen hinsichtlich ihrer Sensibilität extern geprüft.

<sup>3</sup> Sogenannte „vergebende Formulierungen“ erleichtern den Einstieg in heikle Fragen, zum Beispiel: „Es kann eine Herausforderung sein, über Themen zu sprechen, die das Lebensende, Sterben und Tod betreffen. Wie empfinden Sie...“

Auskunft zu Äußerungen der pflegebedürftigen Person. Validiert wurde die Proxybefragung nicht. So ergeben sich verschiedene Limitationen: Entsprechend vorsichtig sollten die Ergebnisse betrachtet werden, da einerseits emotionale und kognitive Aspekte möglicherweise schlechter eingeschätzt werden (Heuer & Willer, 2020; Roydhouse et al., 2022) und andererseits die Erinnerungsprozesse der befragten Person allgemein bei Befragungen zu Verzerrungen führen können (Bortz & Döring, 2006).

### III. Ergebnisse

#### Merkmale der Befragten

Insgesamt nahmen  $n = 587$  Frauen und  $n = 413$  Männer an der Befragung teil, von denen 14,0 Prozent zum Zeitpunkt des Interviews oder davor selbst einmal in einem praktischen Gesundheitsberuf tätig waren. Die Verteilung von Geschlecht und Alter der befragten Personen sind in der folgenden Tabelle 1 dargestellt.

**Tabelle 1**

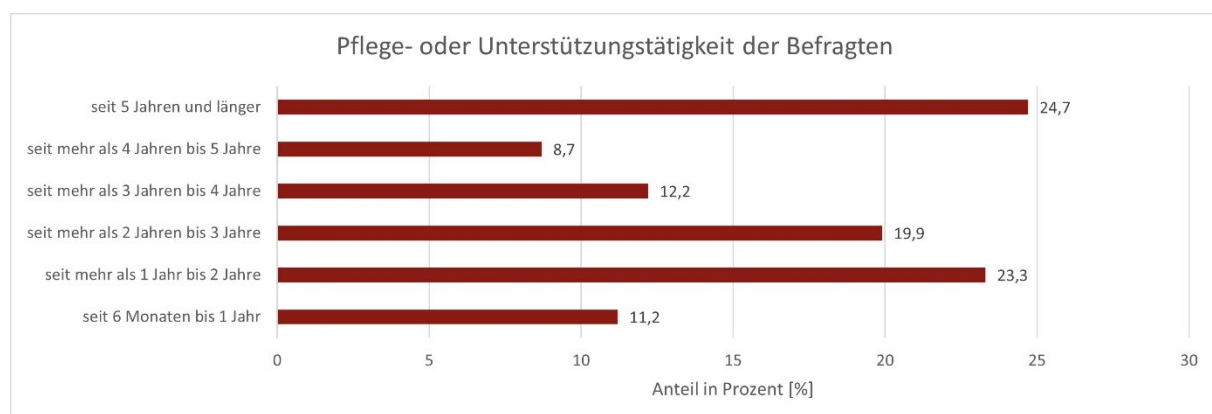
*Prozentuale [%] Verteilung des Geschlechts über die einzelnen Altersgruppen der befragten  $n = 1.000$  Personen. Die hier angegebenen Zahlen sind gerundet, wodurch die Summe der Spalte „Gesamt“ bei 100,1% liegt.*

		Gesamt	45-59 Jahre	60-69 Jahre	70-85 Jahre
Geschlecht	Männer	41,3%	21,6 %	10,2 %	9,5 %
	Frauen	58,8%	32,7 %	16,2 %	9,9 %

Alle befragten Personen kümmerten sich mindestens einmal pro Woche um eine pflegebedürftige Person, indem sie Hilfe leisteten oder diese Person pflegten. Eingeschlossen wurden alle Personen, die diese Unterstützung seit mindestens sechs Monaten leisteten. Abbildung 1 zeigt, wieviel Prozent der befragten Personen bereits über welchen Zeitraum hinweg tätig waren.

**Abbildung 1**

*Übersicht zur längsten bereits bestehenden Pflege- oder Unterstützungstätigkeit der befragten Personen ( $n = 1.000$ ).*

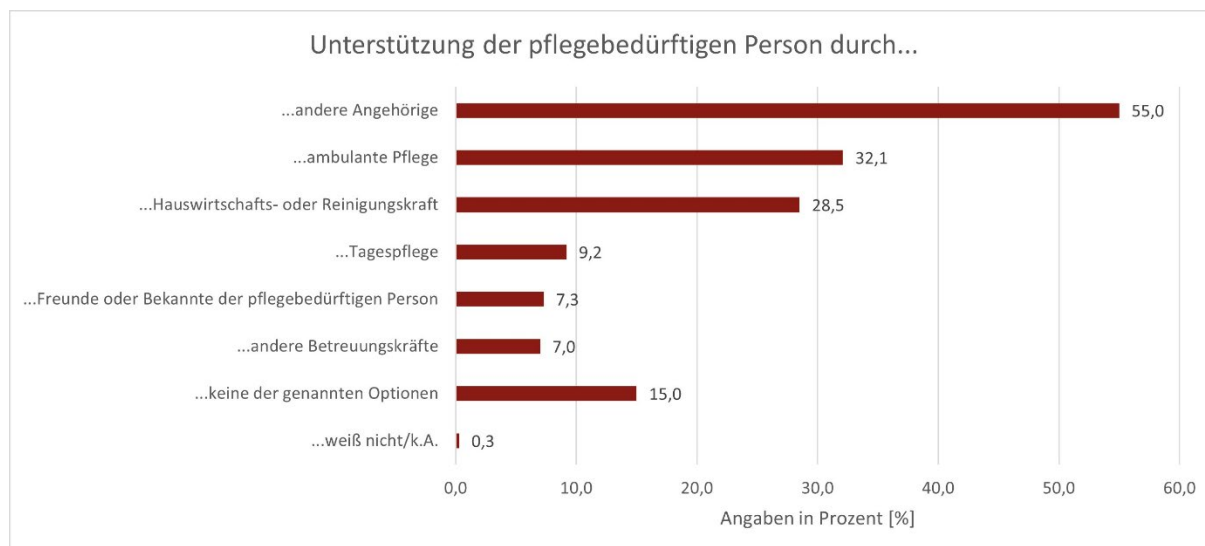


Der überwiegende Teil (69,5%) der befragten Personen pflegte die eigenen Eltern oder Schwiegereltern. Danach folgen die Ehe- oder Lebenspartner mit 12,2 Prozent und die Freunde oder Bekannten mit 7,3 Prozent. Großeltern (1,2%), Geschwister (1,8%), andere Verwandte (4,6%) oder

andere Personen (3,1%) wurden nur von wenigen der Befragten gepflegt. Personen, die nicht in einer stationären Pflegeeinrichtung lebten (n = 891), wurden außer von den Befragten auch durch andere Personen unterstützt. Abbildung 2 gibt einen entsprechenden Überblick.

**Abbildung 2**

Angaben zu weiteren Unterstützungen der pflegebedürftigen Person, die nicht in der stationären Langzeitpflege leben (n = 891); Mehrfachnennungen waren dabei möglich.



## Merkmale der pflegebedürftigen Personen

Im Rahmen der Befragung wurden auch Informationen zu verschiedenen Merkmalen der pflegebedürftigen Personen durch Proxyangaben erhoben. Die folgende Tabelle 2 gibt eine Übersicht zu den wesentlichen soziodemografischen Merkmalen der pflegebedürftigen Personen.

**Tabelle 2**

Übersicht zum Pflegegrad und Geschlecht der pflegebedürftigen Personen in den jeweiligen Altersgruppen, die prozentualen Werte beziehen sich auf die jeweilige Anzahl an Personen.

		Pflegegrad					Geschlecht	
		1	2	3	4	5	Männer	Frauen
Alter	n = 1000	n = 108	n = 356	n = 346	n = 140	n = 49	n = 323	n = 677
60-74	13,4 %	14,8%	11,0%	14,5%	14,9%	15,5%	21,9%	9,4%
75-84	38,8 %	54,4%	37,3%	38,1%	30,3%	45,1%	40,8%	37,9%
85+	47,8 %	30,7%	51,7%	47,4%	54,8%	39,5%	37,3%	52,7%

Nach Angaben der Befragten wohnten n = 422 pflegebedürftige Personen allein im eigenen Haushalt und 178 pflegebedürftige Personen wohnten mit anderen Verwandten/Freunden (inkl. Ehepartner), aber nicht mit der befragten Person zusammen. Weitere 126 pflegebedürftige Personen wohnten nur mit der befragten Person zusammen, dabei handelte es sich in 78,0 Prozent der Fälle um den/die Ehe- oder Lebenspartner/in. Insgesamt gaben 27,8 Prozent aller Befragten an, dass die pflegebedürftige Person noch mit dem/der Ehe- oder Lebenspartner/in zusammenlebte.

## Gesundheits- und Gemütszustand

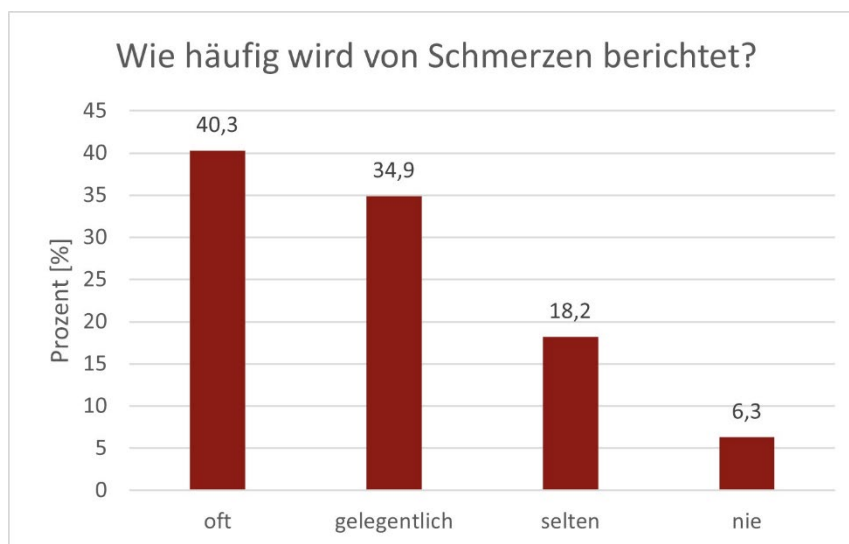
Neben der Frage nach dem Pflegegrad der pflegebedürftigen Person, die von den befragten Angehörigen unterstützt bzw. gepflegt wurde, sind weitere Informationen zu ihrer gesundheitlichen Situation und der Gemütsverfassung ermittelt worden. Diese Fragen bezogen sich insbesondere auf drei Aspekte, die als Hinweise auf begünstigende Faktoren für Lebensmüdigkeit oder Suizidalität angesehen werden können, aber auch unabhängig davon die Pflegesituation erschweren können. Dabei wurde in Bezug auf die pflegebedürftige Person gefragt, (1) ob eine ärztlich diagnostizierte Demenz vorlag, (2) ob und in welchem Umfang Schmerzen berichtet wurden, oder (3) wie sich der Gemütszustand in den letzten vier Wochen darstellte. Die Erfragung des Gemütszustands der pflegebedürftigen Person orientierte sich an zwei Fragen, die im klinischen Umfeld auf den Verdacht einer Depression hinweisen können (Bundesärztekammer (BÄK) et al., 2022). Dabei handelt es sich um den Zwei-Fragen-Test (PHQ-2; „Whooley Questions“), der im Rahmen der Verdachtsdiagnostik zum Einsatz kommt. Wenn beide Fragen von einer untersuchten Person selbst mit ‚Ja‘ beantwortet werden, wird dies als Hinweis auf eine depressive Störung verstanden. Die Fragen an die pflegenden Angehörigen – als Proxy – lauteten entsprechend:

1. Fühlte sich die pflegebedürftige Person häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
2. Hatte die pflegebedürftige Person deutlich weniger Lust, Freude oder Interesse an Themen oder Aktivitäten, mit denen sie sich sonst gerne beschäftigt?

42,6 Prozent der pflegenden Angehörigen beantworteten – als Proxy – beide Fragen mit ‚Ja‘. 29,1 Prozent der Befragten gaben an, die pflegebedürftige Person leide an einer diagnostizierten Demenz. Die Häufigkeit des berichteten Schmerzes wird in Abbildung 3 dargestellt.

### Abbildung 3

Angaben der Befragten, wie häufig die pflegebedürftige Person von Schmerzen berichtet ( $n = 999$ ).



Die Teilnehmenden wurden zudem mithilfe des WHO-5 Fragebogens (World Health Organization, 1998) nach ihrem eigenen Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen, in denen sie die pflegebedürftige Person unterstützt haben, gefragt. Es sollte angegeben werden, wie häufig man („zu keinem Zeitpunkt (0)“ bis „die ganze Zeit (5)“) den folgenden Aussagen zustimmen würde:



1. ... ich war froh und guter Laune
2. ... ich habe mich ruhig und entspannt gefühlt
3. ... ich habe mich voller Energie und aktiv gefühlt
4. ... ich habe mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt
5. ... mein Alltag war voller Dinge, die mich interessieren

Die Wertung jeder Frage wurde summiert und mit vier multipliziert. Das Ergebnis reicht auf einer Skala von 0 (zu keinem Zeitpunkt) bis 100 (die ganze Zeit) Punkten, wobei es sich um eine prozentuale Angabe zum Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen handelt. Die Antworten der Befragten lagen im Mittel bei 50,7 Punkten, was nicht auf ein reduziertes Wohlbefinden oder gar eine depressive Verstimmung hindeutet. Des Weiteren sollten sie angeben, inwiefern sie die aktuelle Pflegesituation belastet. Hierbei zeigte sich, dass 54,3 Prozent sich sehr (14,8 %) oder eher (39,5 %) stark belastet fühlten und 45,7 Prozent sich nicht so stark (41,4 %) oder gar nicht (4,3 %) belastet fühlten.

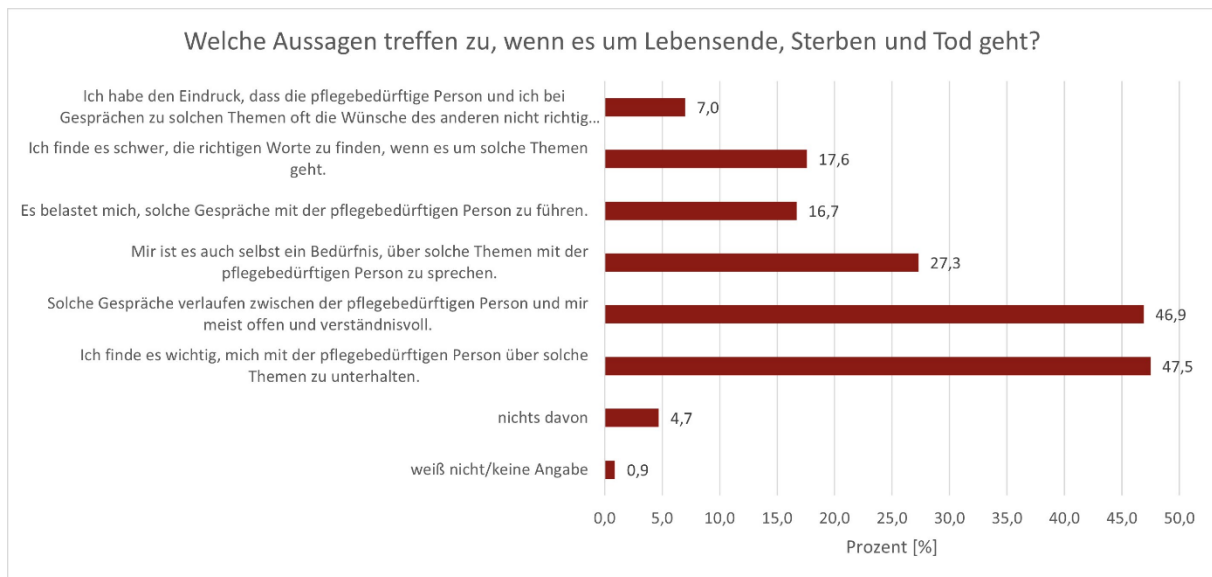
### Konfrontation mit Lebensende, Sterben und Tod

Da die Konfrontation mit dem Lebensende für ältere pflegebedürftige Menschen ein sehr relevanter Gesprächsgegenstand sein kann und zu vermuten steht, dass pflegende Angehörige teilweise – ob sie wollen oder nicht – in eine entsprechende Auseinandersetzung mit der Lebensendlichkeit, mit dem Sterben und dem Tod einbezogen werden, wurden ihnen zu verschiedenen Aspekten in diesem Themenfeld Fragen gestellt.

Die Mehrheit der Teilnehmenden (84,9 %) gab an, dass die pflegebedürftige Person ihnen gegenüber diese Themen angesprochen habe. Etwa jeder Zweite (47,5 %) von ihnen fand es wichtig, für solche Gespräche zur Verfügung zu stehen. Ebenfalls 46,9 Prozent erlebten diese als meist offen und verständnisvoll. Ein eigenes Bedürfnis, mit der pflegebedürftigen Person über diese Themen zu sprechen, berichteten 27,3 Prozent der Interviewten. Doch ist dieser Austausch zum Teil auch mit Schwierigkeiten verbunden. Denn von den Befragten, die auf solche Lebensende-Themen angesprochen worden waren, meinten 17,6 Prozent, es sei für sie schwer, hierbei die richtigen Worte zu finden. Etwa ein Sechstel (16,7 %) berichtete, dass sie entsprechende Gespräche belasteten, und 7,0 Prozent hatten das Gefühl, sie und die pflegebedürftige Person würden bei den Themen Lebensende, Sterben und Tod oft die gegenseitigen Wünsche nicht richtig verstehen. Die Verteilung der Antworten ist in der folgenden Abbildung 4 dargestellt.

Abbildung 4

Zustimmung zu den einzelnen Aussagen in Bezug auf Gespräche zu den Themen Lebensende, Sterben und Tod; Mehrfachantworten waren möglich (n = 849).



Bei einer allgemeinen Einschätzung, wie diese Themen empfunden werden, gaben etwa vier von zehn Teilnehmenden an, dass es sie eher (31,7 %) oder sehr (9,1 %) belastete, damit konfrontiert zu werden. Von denjenigen, die diese Belastung fühlten, wünschten sich 33,6 Prozent professionelle Unterstützung wie beispielsweise kostenlose Beratung durch Experten, dazu wie man solche Gespräche führt und mit den eigenen Gefühlen hierbei umgeht.

Aus der Gruppe derjenigen, die angaben, Gespräche über Lebensende, Sterben und Tod hätten noch nicht stattgefunden (n = 145), sagte rund jeder Zweite (49,2 %), die pflegebedürftige Person wolle darüber nicht sprechen; 27,9 Prozent sagten, die pflegebedürftige Person wäre nicht (mehr) in der Lage, darüber zu sprechen. Von der letztgenannten Gruppe wünschten sich aber 49,6 Prozent eigentlich solche Gespräche.

Angehörige können aber auch der Grund dafür sein, wenn entsprechende Gespräche nicht zustande kommen. In dieser Studie gab jedoch nur eine sehr kleine Gruppe der Teilnehmenden an, für einen solchen Austausch eher nicht offen zu sein.

Wenn es ums Sterben geht, sind unter anderem soziale Einbindung, belastende Symptome sowie entsprechende Symptomkontrolle bedeutsame Faktoren. Hier kann die Hospiz- und Palliativversorgung das maßgebliche „protektive“ Versorgungselement darstellen, das zum Beispiel helfen kann, Befürchtungen in Bezug auf den Sterbeprozess zu verringern. Auf die Frage, wie sich die Teilnehmenden in Bezug auf die Möglichkeiten der Palliativversorgung in Deutschland informiert fühlen, gaben 11,5 Prozent an, sich sehr gut und 34,9 Prozent sich gut informiert zu fühlen. Insgesamt 48,1 Prozent sagten hingegen, sie würden sich eher schlecht (38,6 %) oder sehr schlecht (9,5 %) informiert fühlen. Von denjenigen Befragten (n = 138), bei denen ein professioneller Bezug zum Gesundheitswesen bekannt war, fühlten sich diesbezüglich 29,7 Prozent eher schlecht und 7,7 Prozent sehr schlecht informiert.

## Konfrontation mit Lebensmüdigkeit und Suizidalität

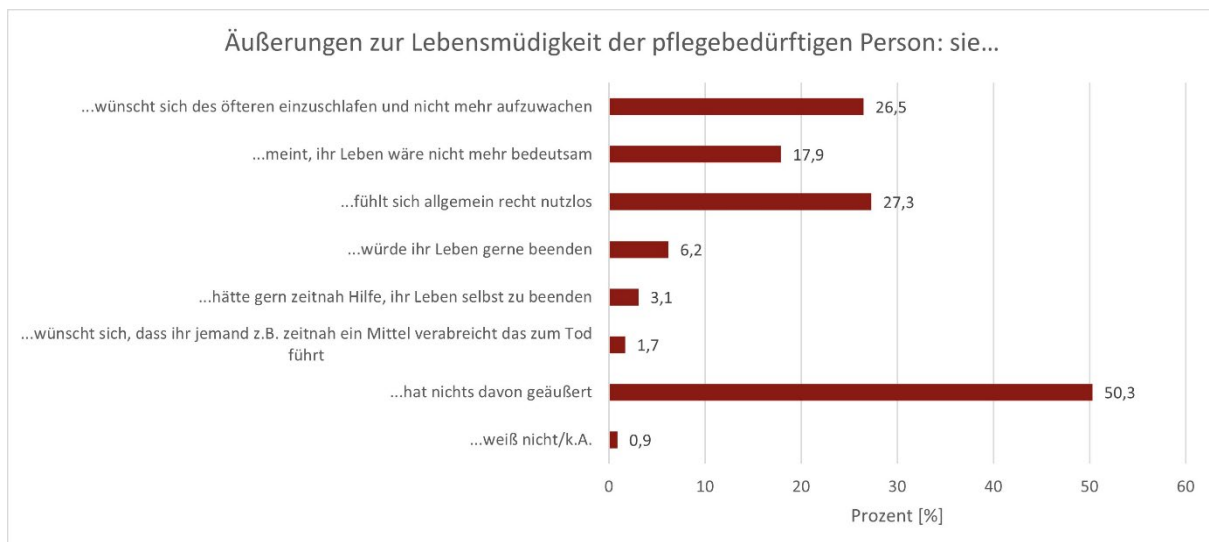
Ältere pflegebedürftige Menschen können Lebensmüdigkeit bis hin zu Suizidalität erleben und äußern. Für pflegende Angehörige ist es dann vermutlich oft nicht leicht, damit umzugehen. Um eine Annäherung an die Frage zu versuchen, in welchem Umfang ältere pflegebedürftige Menschen von Gefühlen im Spektrum von Lebensmüdigkeit bis Suizidalität betroffen sein könnten, wurden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sechs Aussagen vorgelegt, die sich an dem englischsprachigen Screening-Instrument 5-Item-GSIS orientierten (Heisel & Flett, 2020): Die pflegebedürftige Person hat geäußert, dass...

- (1) ...sie sich des Öfteren wünscht, einzuschlafen und nicht mehr aufzuwachen.
- (2) ...sie meint, ihr Leben wäre nicht mehr bedeutsam.
- (3) ...sie sich allgemein recht nutzlos fühlt.
- (4) ...sie ihr Leben gerne beenden würde.
- (5) ...sie gerne zeitnah Hilfe dabei hätte, ihr Leben selbst zu beenden.
- (6) ...sie sich wünscht, dass ihr jemand zum Beispiel zeitnah ein Mittel verabreicht, das zum Tod führt.

Der Hälfte der Befragten fiel keine solche Äußerung in den zurückliegenden drei Monaten ein, aber 27,2 Prozent erinnerten sich an mindestens eine Äußerung aus einer der sechs Kategorien, 13,1 Prozent an jeweils mindestens eine Äußerung aus zwei Kategorien und 9,0 Prozent an jeweils mindestens eine Äußerung aus drei oder mehr Kategorien im fraglichen Zeitraum. Die genauen Angaben werden in Abbildung 5 dargestellt.

**Abbildung 5**

*Prozentuale Darstellung der einzelnen Äußerungen, an die sich die Befragten erinnern konnten; Mehrfachantworten waren hierbei möglich (n = 1.000).*



Eine weiterführende Analyse der Daten erbrachte zudem statistische Zusammenhänge zwischen Lebensmüdigkeit und Suizidalität (mind. eine der sechs dargestellten Äußerungen wurde getätigt) und den Faktor Schmerz<sup>4</sup> sowie Hinweisen auf den Verdacht einer Depression<sup>5</sup>. Alter, Geschlecht und eine diagnostizierte Demenz bei der pflegebedürftigen Person zeigten keinen signifikanten Zusammenhang mit den oben genannten Äußerungen. Entsprechende Äußerungen aus dem Spektrum der

<sup>4</sup>  $\chi^2(1) = 11,89$ ,  $p < 0,001$ ;  $\phi = 0,11$  [kleiner bis mittlerer Effekt],  $p < 0,001$

<sup>5</sup>  $\chi^2(1) = 134,46$ ,  $p < 0,001$ ;  $\phi = 0,37$  [mittlerer bis großer Effekt],  $p < 0,001$

Lebensmüdigkeit und Suizidalität können auch Einfluss auf das Belastungsempfinden pflegender Angehöriger haben. In der Gruppe derjenigen Befragten, die sich an entsprechende Äußerungen der Pflegebedürftigen erinnerten, gaben 63,6 Prozent eine Belastung in der Pflegesituation an. Das sind 18,4 Prozentpunkte mehr als in der Gruppe, die sich an keine Äußerungen erinnert. In Bezug auf das Belastungsgefühl durch die Konfrontation mit Themen rund um Lebensende, Sterben und Tod (47,4 %) lag der Unterschied zwischen beiden Gruppen bei 8,4 Prozentpunkten.

Ein weiterer Zugang zu der Thematik wurde über die Einschätzung von Wissen über Suizidalität in Anlehnung an Fiedler et al. (2022) sowie World Health Organization (2014) gewählt. Denn ausreichend Wissen in den jeweils angesprochenen Themenbereichen kann hilfreich sein, das Verhalten oder die Äußerungen einer Person richtig einzuschätzen (Ludwig et al., 2022). Die Befragten wurden mit folgenden Aussagen konfrontiert und darum gebeten, diesen zuzustimmen oder diese zurückzuweisen:

- a) Ein Mensch, der Suizidgedanken hat, möchte in der Regel nicht darüber sprechen.
- b) Wenn man einen Menschen auf seine Suizidgedanken anspricht, erhöht es die Gefahr eines Suizids.
- c) Einem Menschen, der sich das Leben nehmen will, kann man helfen.
- d) Ein Mensch, der Suizidgedanken äußert, möchte nichts anderes als sterben.
- e) Ein Mensch der Suizidgedanken ausspricht, sucht Hilfe zum Weiterleben.

Für eine maximale Punktzahl mussten die Aussagen ‚a‘, ‚b‘ und ‚d‘ abgelehnt und den Aussagen ‚c‘ und ‚e‘ zugestimmt werden. Im Ergebnis zeigte sich, dass 21,6 Prozent eine geringe (0-1 Punkte), 43,3 Prozent eine mittlere (2-3 Punkte) und 35,1 Prozent eine umfangreiche (4-5 Punkte) Korrektheit des Wissens über Suizidalität hatten.

Abschließend wurde geprüft, ob der selbst-eingeschätzte Wissenstand in Bezug auf die Palliativversorgung in Deutschland oder ob das Wissen über Suizidalität einen Einfluss auf die wahrgenommene Belastung haben kann. Hierbei zeigte sich, dass Personen, die sich als gut informiert über die Palliativversorgung einschätzen, auch tendenziell eine geringere Belastung bei der Thematisierung von Lebensende, Sterben oder Tod<sup>6</sup> als auch der allgemeinen Belastung bei der Pflege und Unterstützung<sup>7</sup> berichten. Der Wissensstand über Suizidalität wies keinen Zusammenhang mit angegebenen Belastungen auf.

#### IV. Diskussion

Ziel der Studie war es, neue quantitative Einblicke in Perspektive und Herausforderungen pflegender Angehöriger in Bezug auf die Konfrontation mit dem Themenfeld Lebensende, Sterben und Tod im Pflegekontext zu gewinnen, die insbesondere als Anregungen für zukünftige Forschungsarbeiten im Themenfeld verstanden werden können. Hierbei wurden auch Aspekte wie Lebensmüdigkeit und Suizidalität berücksichtigt. Es ergeben sich zwei inhaltliche Schwerpunktabchnitte der Arbeit, deren Ergebnisse im Folgenden kurz diskutiert werden sollen.

##### Lebensende, Sterben und Tod im Kontext von Pflegebedürftigkeit im Alter

Das Lebensende, im Zeichen von „altersassoziierten Syndromen“, Multimorbidität und

<sup>6</sup>  $\chi^2(1) = 19,46$ ,  $p < 0,001$ ;  $\phi = 0,15$  [kleiner bis mittlerer Effekt],  $p < 0,001$

<sup>7</sup>  $\chi^2(1) = 5,14$ ,  $p = 0,023$ ;  $\phi = 0,07$  [geringer Effekt],  $p = 0,023$

Pflegebedürftigkeit, ist etwa mit Blick auf pflegerische und medizinische Versorgungsfragen bzw. -probleme (Hall et al., 2011; Threapleton et al., 2017), Pflegesettings (Ávik Persson et al., 2018; Tjernberg & Bökberg, 2020) bzw. Sterbeorte (Evans et al., 2014) aber auch bei psychosozialen Herausforderungen älterer Menschen am Lebensende (Hallberg, 2004; Lloyd et al., 2016) Gegenstand internationaler Forschung. Zudem sind diese Themen bei Angehörigen (Milligan et al., 2016) und bei Gesundheitspersonal (Carter et al., 2021) sowie im Rahmen von allgemeinen Bewältigungs- und Trauerprozessen (Hovland, 2018) untersucht worden.

Bisher wurde wenig dazu veröffentlicht, vor welchen Herausforderungen Angehörige in Bezug auf die Konfrontation mit Lebensende, Sterben und Tod im Zusammenhang mit der Unterstützung eines älteren pflegebedürftigen Menschen stehen. Der oben dargestellte Befund, dass offenbar 40,8 Prozent der Befragten es tendenziell als belastend empfinden, mit Themen oder Gedanken rund um Lebensende, Sterben und Tod in Bezug auf die pflegebedürftige Person konfrontiert zu werden, ist passend zu Forschungsergebnissen aus dem Feld und bietet hierbei eine grobe Quantifizierung für Deutschland (Cardona-Morrell et al., 2017; Soto-Rubio et al., 2017). Insbesondere stützt er Ergebnisse aus einer qualitativen Interviewstudie bei sorgenden Angehörigen von pflegebedürftigen Hundertjährigen in Deutschland, in der die Konfrontation mit dem Thema als ein mögliches Herausforderungsfeld identifiziert worden war (Eggert et al., 2021). Dort zeichneten sich zudem die Bedeutsamkeit und zugleich die Störanfälligkeit von Kommunikation über Lebensende, Sterben und Tod in einer familialen Pflegebeziehung sowie das Belastungspotenzial durch entsprechende Gespräche ab. Insgesamt ist jedoch Vorsicht in Bezug auf die Genauigkeit der Quantifizierung angezeigt. Die Ergebnisse verweisen dabei einerseits auf positive Erfahrungen (z. B. verständnisvolle Gespräche), die tendenzielle Offenheit vieler pflegender Angehöriger für entsprechende Gespräche oder sogar auf deren eigenen Wunsch hierzu. Andererseits sind die von knapp mehr als einem Sechstel der Teilnehmenden dezidiert angegebenen Schwierigkeiten in Bezug auf den Austausch zu Themen rund ums Lebensende ein wichtiger Hinweis auf mögliche Belastungen und Konflikte. Zusätzlich sollte nicht übersehen werden, dass ein großer Teil der Befragten – denen gegenüber die pflegebedürftige Person das Thema schon mindestens einmal angesprochen hatte – zwar die Kommunikation nicht ausdrücklich problematisierte, aber doch den Aussagen nicht zustimmen mochte, „ich finde es wichtig für solche Gespräche zur Verfügung zu stehen“ oder „ich erlebe diese Gespräche als meist offen und vertrauensvoll“. Beachtenswert ist auch, dass in der Gruppe derjenigen, die berichteten, dass ein entsprechender Austausch zwischen ihnen und der pflegebedürftigen Person bisher nicht stattgefunden hat, etwa die Hälfte meinte, die pflegebedürftige Person möchte darüber nicht sprechen. Die Lage könnte hier im Einzelfall komplizierter sein. Eine qualitative Analyse von Interviews mit hundertjährigen Menschen liefert Hinweise darauf, dass einige der dort Teilnehmenden einen Gesprächswunsch über Fragen, die das Ende des Lebens betrafen, hatten, aber zum Beispiel nahe Angehörige damit nicht belasten wollten oder sich von diesen darin nicht richtig verstanden fühlten – anders als es diese Angehörigen vielleicht vermuteten (Eggert et al., 2018).

Entsprechend ist zu prüfen, wie pflegenden Angehörigen zu diesem Themenkomplex Wissensvermittlung und Beratung niedrigschwellig zugänglich und als hilfreich empfunden angeboten werden kann. In der vorliegenden Studie wurden mögliche Angebote hierzu von ungefähr einem Drittel derjenigen, die das Thema als problematisch empfanden, als wünschenswert beurteilt.

#### Berührung mit möglicher Lebensmüdigkeit bis hin zu Suizidalität

Der zweite Schwerpunktabschnitt bezieht sich auf das Phänomen von Lebensmüdigkeit bis hin zu Suizidalität, das im Alter – und vermutlich insbesondere unter dem Einfluss von Belastungen, die mit

Pflegebedürftigkeit einhergehen können – ein gesundheitliches Risiko auch für pflegende Angehörige darstellt. Vor allem geht die vorliegende Studie in diesem Zusammenhang darauf ein, inwieweit pflegende Angehörige mit Äußerungen, die auf Lebensmüdigkeit oder Suizidalität hindeuten können, konfrontiert sein können und was das für sie bedeuten kann.

Fast die Hälfte der Befragten gab an, die pflegebedürftige Person habe in den letzten drei Monaten Aussagen über sich selbst getätigt, die als Hinweise auf bestehende Lebensmüdigkeit bis hin zu Suizidalität interpretiert werden können. Für den Umgang mit entsprechenden Äußerungen wird allgemein empfohlen, das Thema offen und respektvoll zu besprechen und gut zuzuhören, damit nach Möglichkeit Ursachen erkannt werden können (Schneider et al., 2021; Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), 2021). Um einschätzen zu können, was entsprechende Aussagen im Einzelfall bedeuten und um z. B. Suizidrisiken zu erkennen, bedarf es jedoch oft professioneller Unterstützung etwa durch Psychiaterinnen und Psychiater bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Nicht nur Angehörige können im Übrigen mit der Einordnung solcher Aussagen überfordert sein. Eine systematische Übersichtsarbeit identifizierte für verschiedene Professionen in der Gesundheitsversorgung in verschiedenen Ländern Wissenslücken in Bezug auf Suizidrisiken von Patientinnen und Patienten. Für diese Gruppe wurden wiederkehrende Schulungen als empfehlenswert angesehen (Dillon et al., 2020). Es wäre zu untersuchen, ob, wie und gegebenenfalls von welcher Form von Beratung oder Schulung zum Thema Suizidalität pflegende Angehörige profitieren können.

Dass das Zusammenspiel verschiedener Einflussfaktoren bei Lebensmüdigkeit und Suizidalität komplex sein kann, wurde bereits in verschiedenen Übersichtsarbeiten beschrieben (Conejero et al., 2018; Ding & Kennedy, 2021; Turecki & Brent, 2016). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie können insofern als dem Forschungsstand entsprechend verstanden werden, als dass sich beispielsweise eine Korrelation zwischen dem möglichen Verdacht auf eine Depression bei der pflegebedürftigen Person und ihren – von den Angehörigen berichteten – Äußerungen aus dem Spektrum der Lebensmüdigkeit und Suizidalität zeigt. Diesem Ergebnis liegt jedoch eine Fremdeinschätzung zugrunde (Proxy-Befragung), wodurch der Zusammenhang, gerade bei emotional beeinflussten Variablen, verzerrt sein kann (Roydhouse et al., 2022). In der wissenschaftlichen Literatur wurden für die eingangs genannten Zusammenhänge verschiedene – in ihrer Aussagekraft stets auch begrenzte – Modelle als Erklärungsansatz genutzt (Keefner & Stenvig, 2020; Laflamme et al., 2022). So weisen etwa Turecki und Brent (2016) in ihrer Übersichtsarbeit darauf hin, dass es schwierig ist, ein allgemeingültiges Modell oder einen entsprechend eindeutigen Behandlungsansatz für das Suizidrisiko zu finden. Diese Komplexität der Thematik könnte auch ein Grund dafür sein, dass selbst in Langzeitpflegeeinrichtungen, die in Bezug auf verschiedene Einflussfaktoren ein gut zu kontrollierendes Setting darstellen, Interventionen nur geringe oder unzureichende Evidenz bei der Reduzierung suizidaler Gedanken zeigen (Chauliac et al., 2020).

Neben der Betrachtung von Risikofaktoren und Äußerungen zu Lebensmüdigkeit und Suizidalität der pflegebedürftigen Personen, wurden auch deren mögliche Effekte auf die Befragten untersucht. Von Bedeutung erscheint dies unter anderem, da insbesondere die psychische Belastung von pflegenden Angehörigen zwar gut erforscht (Bastawrous, 2013; Pinquart & Sörensen, 2003), aber der Einfluss des in dieser Studie betrachteten Themenfelds auf pflegeassoziierte Belastungen, auf Stress und Konflikte pflegender Angehöriger bisher noch nicht umfassend untersucht ist. Diesbezügliche Ergebnisse zeigen, dass die erinnerten Äußerungen der pflegebedürftigen Personen, die sich im Spektrum von Lebensmüdigkeit bis Suizidalität befinden, mit der wahrgenommenen Pflegebelastung korrelieren. Ein kausaler Zusammenhang lässt sich damit aber noch nicht nachweisen. Wie belastend Pflege am Lebensende sein kann, wird nicht zuletzt in einer Übersichtsarbeit aus dem Bereich der Hospiz- und

Palliativversorgung deutlich (Oechsle, 2019). Die Vielzahl der dort zusammengefassten Studien zeigt, dass Angehörige beispielsweise steigenden Stress auf psychologischer und psychosozialer Ebene erfahren, je mehr die Erkrankungen der pflegebedürftigen Person voranschreiten. Vor diesem Hintergrund ist es interessant, dass die Ergebnisse der vorliegenden Befragung zeigen, dass der selbst eingeschätzte Wissensstand zur Palliativversorgung in einem Zusammenhang mit dem Belastungsgefühl der Angehörigen steht. Dies kann als ergänzendes Indiz dafür gewertet werden, dass ein guter Wissensstand über Versorgungsmöglichkeiten am Lebensende Belastungsempfinden rund um das Thema Sterben und Tod womöglich reduzieren kann.

Wie gut das Wissen pflegender Angehöriger zu Aspekten von Lebensmüdigkeit und Suizidalität ist, kann anhand dieser Untersuchung nicht umfassend beantwortet werden, auch wenn die Befragung ergab, dass nur etwa 64,2 Prozent sogenannte Suizidmythen und Fakten über Suizid auf mittlerem bis gutem Niveau identifizieren konnten. Allerdings kann der Informations- bzw. Wissensstand im Umgang mit Lebensmüdigkeit und Suizidalität anderen Studienergebnissen zufolge von Bedeutung sein. Dem trägt unter anderem das Konzept des „Gatekeeper“-Trainings Rechnung, welches in der Suizidprävention zum Einsatz kommt (Hawgood et al., 2021; Holm et al., 2021). Inhalte eines solchen Trainings können Wissensvermittlung, Hilfen bei Kommunikation und Dialog zu Warnzeichen sowie eine Schulung in sozialer Unterstützung und Aufmerksamkeit gegenüber anderen Personen sein (Holm et al., 2021). Als „Gatekeeper“ kommen Personen infrage, die der pflegebedürftigen Person nahestehen oder häufig mit ihr in Kontakt sind. Hierzu bedarf es jedoch noch weiterer Forschung, um mögliche Effekte besser zu belegen.

## V. Limitationen

Die hier durchgeführte Befragung fokussiert sich auf Personen zwischen 45 und 85 Jahren, die eine pflegebedürftige Person ab 60 Jahren pflegen, da diese Altersspanne für den Gewichtungssatz entscheidend war. Damit muss auf eine gewisse Erfassungslücke durch die Nichteinbeziehung der unter 45-Jährigen hingewiesen werden, da so beispielsweise die Gruppe der Jungen Pflegenden (Young Carers), welche in Deutschland – auf Jugendliche bezogen – geschätzt rund 5 Prozent der 12- bis 17-Jährigen ausmacht (Lux & Eggert, 2017), herausfällt. Da es sich zudem um ein telefonisch rekrutiertes Online-Panel handelt, werden die Probleme von Online-Access-Panels wie beispielsweise Verzerrungen durch Selbstselektion zwar umgangen, aber es bleibt die potenzielle Verzerrung durch Nicht-Nutzer bzw. sogenannte Offliner, die durch Online-Umfragen nicht erreicht werden (Pokorny & Roose, 2020). Hier kommen insbesondere die 70-Jährigen und Älteren in Betracht (Initiative D21, 2021). Auch die Pandemie-Situation könnte sich auf die Befindlichkeit der Befragten und damit als verstecktes Artefakt systematisch auf das Antwortverhalten der Teilnehmenden ausgewirkt haben (Bachleitner & Aschauer, 2008). Zudem steht gerade bei als heikel empfundenen Fragen wie etwa im Kontext Sterben, Tod oder Suizidalität zu vermuten, dass die Ergebnisse durch den Effekt des sozial erwünschten Antwortverhaltens verzerrt werden (Krumpal, 2013; Skarbek-Kozietulska et al., 2012).

## Literatur

- Anderson, J. G., Eppes, A., & O'Dwyer, S. T. (2019). „Like Death is Near“: Expressions of Suicidal and Homicidal Ideation in the Blog Posts of Family Caregivers of People with Dementia. *Behavioral Sciences*, 9(3), 1-12. <https://doi.org/10.3390/bs9030022>
- Ávik Persson, H., Sandgren, A., Fürst, C. J., Ahlström, G., & Behm, L. (2018). Early and late signs that precede dying among older persons in nursing homes: the multidisciplinary team's perspective. *BMC Geriatrics*, 18(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0825-0>
- Bachleitner, R., & Aschauer, W. (2008). Versteckte Artefakte in Umfragedaten. *SWS-Rundschau*, 48(3), 348-355. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-233359>
- Bastawrous, M. (2013). Caregiver burden—A critical discussion. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 431-441. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.005>
- Blank, W. A., Levin, C., & Beck, A. (2018). Auswirkung des Hospiz- und Palliativgesetzes auf die hausärztliche Tätigkeit – eine kritische Bewertung aus hausärztlicher Sicht. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 19(5), 234-238.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation* (4). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Brandão, D., Ribeiro, O., Oliveira, M., & Paúl, C. (2017). Caring for a centenarian parent: an exploratory study on role strains and psychological distress. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 984-994. <https://doi.org/10.1111/scs.12423>
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2022). *Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression - Langfassung* (3.0). <https://doi.org/10.6101/AZQ/000493>
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BIB). (2022). Medianalter der Gestorbenen in Deutschland (1952-2021). [https://www.bib.bund.de/Permalink.html?cms\\_permaid=1217716](https://www.bib.bund.de/Permalink.html?cms_permaid=1217716)
- Cardona-Morrell, M., Lewis, E., Suman, S., Haywood, C., Williams, M., Brousseau, A. A., . . . Dent, E. (2017). Recognising older frail patients near the end of life: What next? *European Journal of Internal Medicine*, (45), 84-90. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2017.09.026>
- Carter, C., Leanza, F., Mohammed, S., Upshur, R. E. G., & Kontos, P. (2021). A rapid scoping review of end-of-life conversations with frail older adults in Canada. *Canadian Family Physician*, 67, e298-305. <https://doi.org/10.46747/cfp.6711e298>
- Chauliac, N., Leane, E., Gardette, V., Poulet, E., & Duclos, A. (2020). Suicide Prevention Interventions for Older People in Nursing Homes and Long-Term Care Facilities: A Systematic Review. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 33(6), 307-315. <https://doi.org/10.1177/0891988719892343>



- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752-762. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)62167-9)
- Clua-Gracia, R., Casanova-Garrigós, G., & Moreno-Poyato, A. R. (2021). Suicide care from the nursing perspective: A meta-synthesis of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 77(7), 2995-3007. <https://doi.org/10.1111/jan.14789>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2). USA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Conejero, I., Olié, E., Courtet, P., & Calati, R. (2018). Suicide in older adults: current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 691-699. <https://doi.org/10.2147/CIA.S130670>
- Cukrowicz, K. C., Duberstein, P. R., Vannoy, S. D., Lin, E. H., & Unützer, J. (2014). What factors determine disclosure of suicide ideation in adults 60 and older to a treatment provider? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 331-337. <https://doi.org/10.1111/sltb.12075>
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Nationales Suizidpräventionsprogramm (NaSPro), Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS), & Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV). (2022). Eckpunkte für eine gesetzliche Verankerung der Suizidprävention.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen - FDZ. (2022). *SUF Deutscher Alterssurvey (DEAS) 1996-2021*. Berlin: DZA. <https://doi.org/10.5156/DEAS.1996-2021.M.001>
- Dillon, C. B., Saab, M. M., Meehan, E., Goodwin, M. J., Murphy, M., Heffernan, M. S., . . . Horgan, A. (2020). Staff awareness of suicide and self-harm risk in healthcare settings: A mixed-methods systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 276, 898-906. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.113>
- Ding, O. J., & Kennedy, G. J. (2021). Understanding Vulnerability to Late-Life Suicide. *Current Psychiatry Reports*, 23(9), 58. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01268-2>
- Eggert, S., Kuhlmeier, A., Suhr, R., & Dräger, D. (2018). Hundertjährige in Vorbereitung auf das Lebensende? [Centenarians preparing for the end of life?]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51(4), 418-424. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1187-5>
- Eggert, S., Wenzel, A., Suhr, R., Gellert, P., & Dräger, D. (2021). Caregiving adult children's perceptions of challenges relating to the end of life of their centenarian parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(4), 1086-1095. <https://doi.org/10.1111/scs.12921>
- Evans, C. J., Ho, Y., Daveson, B. A., Hall, S., Higginson, I. J., & Gao, W. (2014). Place and cause of death in centenarians: a population-based observational study in England, 2001 to 2010. *PLoS Medicine*, 11(6), e1001653. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001653>

Fiedler, G., Drinkmann, A., Schwab, F., & Lindner, R. (2022). Wie beurteilt die deutsche Bevölkerung die Möglichkeit zum assistierten Suizid? [Perceptions in the German population of assisted suicide.]. *Suizidprophylaxe*, 44, 100-102. <https://doi.org/10.31234/osf.io/pcnaq>

Freeman, S., Kurosawa, H., Ebihara, S., & Kohzuki, M. (2010). Caregiving burden for the oldest old: A population based study of centenarian caregivers in Northern Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3), 282-291. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.04.008>

Gellert, P., Eggert, S., Zwillich, C., Hörter, S., Kuhlmeier, A., & Dräger, D. (2018). Long-term Care Status in Centenarians and Younger Cohorts of Oldest Old in the Last 6 Years of Life: Trajectories and Potential Mechanisms. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(6), 535-540 e531. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.02.010>

Hall, S., Petkova, H., Tsouros, A. D., Costantini, M., & Higginson, I. J. (2011). *Palliative care for older people: better practices*. Kopenhagen. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326378/9789289002240-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hallberg, I. R. (2004). Death and dying from old people's point of view. A literature review. *Aging Clinical and Experimental Research*, 16, 87-103. <https://doi.org/10.1007/BF03324537>

Hawgood, J., Woodward, A., Quinnett, P., & De Leo, D. (2021). Gatekeeper Training and Minimum Standards of Competency. *Crisis*, 43, 516-522. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000794>

Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2020). Screening for suicide risk among older adults: assessing preliminary psychometric properties of the Brief Geriatric Suicide Ideation Scale (BGSIS) and the GSIS-Screen. *Aging & Mental Health*, 26(2), 392-406. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1857690>

Heuer, S., & Willer, R. (2020). How Is Quality of Life Assessed in People With Dementia? A Systematic Literature Review and a Primer for Speech-Language Pathologists. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(3), 1702-1715. [https://doi.org/10.1044/2020\\_AJSLP-19-00169](https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00169)

Holm, A. L., Salemonsén, E., & Severinsson, E. (2021). Suicide prevention strategies for older persons - An integrative review of empirical and theoretical papers. *Nursing Open*, 8(5), 2175-2193. <https://doi.org/10.1002/nop2.789>

Hovland, C. (2018). Welcoming Death: Exploring Pre-Death Grief Experiences of Caregivers of Older Adults with Dementia. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 14(4), 274-290. <https://doi.org/10.1080/15524256.2018.1508538>

Initiative D21. (2021). *D21-Digital-Index 2020/2021. Jährliches Lagebild zur digitalen Gesellschaft*. [https://initiated21.de/app/uploads/2021/02/d21-digital-index-2020\\_2021.pdf](https://initiated21.de/app/uploads/2021/02/d21-digital-index-2020_2021.pdf)

Joling, K. J., O'Dwyer, S. T., Hertogh, C. M. P. M., & van Hout, H. P. J. (2018). The occurrence and persistence of thoughts of suicide, self-harm and death in family caregivers of people with dementia:

a longitudinal data analysis over 2 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(2), 263-270. <https://doi.org/10.1002/gps.4708>

Jopp, D. S., Rott, C., Boerner, K., Boch, K., & Kruse, A. (2013). *Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Herausforderungen und Stärken des Lebens mit 100 Jahren*. Stuttgart: Robert-Bosch-Stiftung. [https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf\\_import/Studie\\_Hundertjaehrige\\_Online\\_Einzelseiten.pdf](https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/Studie_Hundertjaehrige_Online_Einzelseiten.pdf)

Keefner, T. P., & Stenvig, T. (2020). Rethinking Suicide Risk With a New Generation of Suicide Theories. *Research and Theory for Nursing Practice*, 34(4), 389-408. <https://doi.org/10.1891/RTNP-D-19-00128>

Kessler, E.-M., Bowen, C. E., Baer, M., Froelich, L., & Wahl, H.-W. (2012). Dementia worry: a psychological examination of an unexplored phenomenon. *European Journal of Ageing*, 9(4), 275-284. <https://doi.org/10.1007/s10433-012-0242-8>

Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review. *Quality & Quantity*, 47(4), 2025-2047. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9640-9>

Kruse, A. (2017). Die besonderen Anforderungen des hohen Alters im Hinblick auf das Sterben. [The special requirements of old age in terms of dying]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 60(1), 18-25. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2481-x>

Laflamme, L., Vaez, M., Lundin, K., & Sengoelge, M. (2022). Prevention of suicidal behavior in older people: A systematic review of reviews. *PLoS One*, 17(1), e0262889. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262889>

Lindner, R., Drinkmann, A., Schneider, B., Sperling, U., & Supprian, T. (2022). Suizidalität im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 55(2), 157-164. <https://doi.org/10.1007/s00391-022-02030-w>

Lindner, R., Hery, D., Schaller, S., Schneider, B., & Sperling, U. (2014). *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen*. Heidelberg: Springer Berlin. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-44012-4>

Lindner, R., Schneider, B., Sperling, U., Wolfersdorf, M., & Fiedler, G. (2020). Offener Brief an BM J. Spahn: Zur möglichen Neuregelung der Suizidassistenz. <https://www.naspro.de/dl/2020-NaSPro-AssistierterSuizid-Spahn.pdf>

Lloyd-Williams, M., Kennedy, V., Sixsmith, A., & Sixsmith, J. (2007). The End of Life: A Qualitative Study of the Perceptions of People Over the Age of 80 on Issues Surrounding Death and Dying. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(1), 60-66. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.09.028>

- Lloyd, A., Kendall, M., Starr, J. M., & Murray, S. A. (2016). Physical, social, psychological and existential trajectories of loss and adaptation towards the end of life for older people living with frailty: a serial interview study. *BMC Geriatrics*, 16(1), 176. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0350-y>
- Ludwig, J., Dreier, M., Liebherz, S., Härter, M., & von dem Knesebeck, O. (2022). Suicide literacy and suicide stigma - results of a population survey from Germany. *Journal of Mental Health*, 31(4), 517-523. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1875421>
- Lux, K., & Eggert, S. (2017). ZQP-Analyse Erfahrungen von Jugendlichen mit Pflegebedürftigkeit in der Familie. In *ZQP-Report Junge Pflege* (S. 14-25). Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege. [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP\\_2017\\_Report\\_JungePflegernde.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_2017_Report_JungePflegernde.pdf)
- Martin, M., & Kliegel, M. (2014). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie* (4. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Milligan, C., Turner, M., Blake, S., Brearley, S., Seamark, D., Thomas, C., . . . Payne, S. (2016). Unpacking the impact of older adults' home death on family care-givers' experiences of home. *Health & Place*, 38, 103-111. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.01.005>
- Müller-Busch, C. (2012). Entwicklung und Desiderate der Palliativmedizin in Deutschland. In F.-J. Bormann, & G. D. Borasio (Hrsg.), *Sterben - Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens* (S. 95-110). Berlin, Boston: De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110257342.95>
- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., & Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative care. *BMJ*, 330(7498), 1007-1011. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7498.1007>
- Näher, A.-F., & Krumpal, I. (2012). Asking sensitive questions: the impact of forgiving wording and question context on social desirability bias. *Quality & Quantity*, 46, 1601-1616. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9469-2>
- O'Dwyer, S. T., Moyle, W., Zimmer-Gembeck, M., & De Leo, D. (2016). Suicidal ideation in family carers of people with dementia. *Aging & Mental Health*, 20(2), 222-230. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1063109>
- Oechsle, K. (2019). Current Advances in Palliative & Hospice Care: Problems and Needs of Relatives and Family Caregivers During Palliative and Hospice Care-An Overview of Current Literature. *Medical Sciences*, 7(3), 1-16. <https://doi.org/10.3390/medsci7030043>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Pokorny, S., & Roose, J. (2020). *Die Eignung von Umfragemethoden - Methodische Einschätzung*. Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung.

<https://www.kas.de/documents/252038/7995358/Die+Eignung+von+Umfragemethoden+%28pdf%29.pdf/930e07f3-f750-502b-fd48-a42b94914a4d?version=1.0&t=1605534848743>

Prüfer, P., Vazansky, L., & Wystup, D. (2003). *Antwortskalen im ALLBUS und ISSP: eine Sammlung*. (ZUMA-Methodenbericht). Mannheim: M. u. A.-Z. Zentrum für Umfragen. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-48519-4>

Rau, R., & Doblhammer, G. (2012). Zur Epidemiologie des Sterbens in der deutschen Gesellschaft: Entwicklung von Lebenserwartung, Todesursachen und Pflegebedarf am Lebensende. In F.-J. Bormann, & G. D. Borasio (Hrsg.), *Sterben - Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens* (S. 677). Berlin, Boston: De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110257342.3>

Reidick, O. (2013). *Einstellungen zu Sterben und Tod bei Hochaltrigen: Die Rolle von Persönlichkeit, Gesundheit und Religiosität*. Heidelberg: Verlag Peter Lang. <https://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/15563/1/Dissertation%20Reidick%20HeiDOK.pdf>

Roydhouse, J. K., Cohen, M. L., Eshoj, H. R., Corsini, N., Yucel, E., Rutherford, C., . . . Mercieca-Bebber, R. (2022). The use of proxies and proxy-reported measures: a report of the international society for quality of life research (ISOQOL) proxy task force. *Quality of Life Research*, 31(2), 317-327. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02937-8>

Sallnow, L., Smith, R., Ahmedzai, S. H., Bhadelia, A., Chamberlain, C., Cong, Y., . . . Wyatt, K. (2022). Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *The Lancet*, 399(10327), 837-884. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)02314-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02314-x)

Schelhase, T. (2022). Suizide in Deutschland: Ergebnisse der amtlichen Todesursachenstatistik. [Suicides in Germany: results from the official cause of death statistics]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 65(1), 3-10. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03470-2>

Schneider, B., Lindner, R., Giegling, I., Müller, S., Müller-Pein, H., Rujescu, D., . . . Fiedler, G. (2021). *Suizidprävention Deutschland - Aktueller Stand und Perspektiven*. Kassel: Deutsche Akademie für Suizidprävention e.V. (DASP). <https://www.naspro.de/dl/Suizidpraevention-Deutschland-2021.pdf>

Schulten, P., Walz, C., Schwarz, C.-S., & Germerott, T. (2022). Vergleichende Untersuchungen zu Todesart und Todesursache bei Pflegeheim- und Nicht-Pflegeheimbewohnern. *Rechtsmedizin*, 32(5), 355-361. <https://doi.org/10.1007/s00194-022-00563-3>

Seyfried, L. S., Kales, H. C., Ignacio, R. V., Conwell, Y., & Valenstein, M. (2011). Predictors of suicide in patients with dementia. *Alzheimer's Dementia*, 7(6), 567-573. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.01.006>

Shah, J., Kandil, O. A., Mortagy, M., Abdelhameed, A., Shah, A., Kuron, M., & Abdellatif, Y. O. (2022). Frailty and Suicidality in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology*, 68(5), 571-577. <https://doi.org/10.1159/000523789>

Skarbak-Kozietulska, A., Preisendörfer, P., & Wolter, F. (2012). Leugnen oder gestehen? Bestimmungsfaktoren wahrer Antworten in Befragungen [To Deny or to Confess? Determinants of Truthful Answers in Surveys]. *Zeitschrift für Soziologie*, 41(1), 5-23. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-2012-0103>

Soto-Rubio, A., Pérez-Marín, M., & Barreto, P. (2017). Frail elderly with and without cognitive impairment at the end of life: Their emotional state and the wellbeing of their family caregivers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, (73), 113-119. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.07.024>

Thompson, G. N., & Roger, K. (2014). Understanding the needs of family caregivers of older adults dying with dementia. *Palliative & Supportive Care*, 12(3), 223-231. <https://doi.org/10.1017/S1478951513000461>

Threapleton, D. E., Chung, R. Y., Wong, S. Y. S., Wong, E. L. Y., Kiang, N., Chau, P. Y. K., . . . Yeoh, E. K. (2017). Care Toward the End of Life in Older Populations and Its Implementation Facilitators and Barriers: A Scoping Review. *Journal of American Medical Directors Association*, 18(12), 1000-1009.e1004. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.04.010>

Tjernberg, J., & Bökberg, C. (2020). Older persons' thoughts about death and dying and their experiences of care in end-of-life: a qualitative study. *BMC Nursing*, 19(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00514-x>

Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00234-2)

Van den Block, L., Smets, T., van Dop, N., Adang, E., Andreasen, P., Collingridge Moore, D., . . . Deliens, L. (2016). Comparing Palliative Care in Care Homes Across Europe (PACE): Protocol of a Cross-sectional Study of Deceased Residents in 6 EU Countries. *Journal of American Medical Directors Association*, 17(6), 566.e561-566.e567. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.03.008>

Van Den Noortgate, N. J., & Van den Block, L. (2022). End-of-life care for older people: the way forward. *Age and Ageing*, 51(7), 1-5. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac078>

Wilkening, K., & Martin, M. (2003). Lebensqualität am Lebensende: Erfahrungen, Modelle und Perspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, 333-338. <https://doi.org/10.1007/s00391-003-0178-x>

Wittkowski, J. (2012). Zur Psychologie des Sterbens – oder: Was die zeitgenössische Psychologie über das Sterben weiß. In F.-J. Bormann, & G. D. Borasio (Hrsg.), *Sterben - Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens* (S. 50-64). Berlin, Boston: De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110257342.50>

World Health Organization. (1998). *Wellbeing measures in primary health care/the DepCare Project: report on a WHO meeting: Stockholm, Sweden, 12–13 February 1998 (No. WHO/EURO: 1998-4234-43993-62027)*. Stockholm, Sweden: World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349766/WHO-EURO-1998-4234-43993-62027-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2014). *Preventing Suicide: A global imperative*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>

World Health Organization. (2021). *Global status report on the public health response to dementia*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). (2021). *Wenn ältere pflegebedürftige Menschen lebensmüde sind*. Berlin: ZQP.