

Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen

Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter

Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im
Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro)
Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)

2015

Eine Initiative der:



Inhalt

| | | |
|----------|---|----|
| 1 | Begriffsklärungen | 5 |
| 2 | Belastetes Alter als Risikobereich für Suizidalität | 6 |
| | <i>Alter und Altern im Spannungsfeld von Verlust und Entwicklung</i> | |
| | <i>Gesundheitliche Belastungen</i> | |
| | <i>Soziale Beziehungsprobleme</i> | |
| | <i>Folgerungen für die Suizidprävention</i> | |
| 3 | Epidemiologie | 10 |
| 4 | Erklärungsansätze | 11 |
| 5 | Risiko- und Schutzfaktoren | 14 |
| | 5.1 Risikofaktoren | |
| | <i>Psychische und körperliche Erkrankungen als Risikofaktoren</i> | |
| | <i>Soziale Risikofaktoren</i> | |
| | 5.2 Schutzfaktoren | |
| | <i>Interne Schutzfaktoren</i> | |
| | <i>Externe Schutzfaktoren</i> | |
| 6 | Stand, Formen und Methoden der Suizidprävention | 18 |
| | 6.1 Internationale und nationale Erkenntnislage | |
| | 6.2 Behandlungsprinzipien der Suizidalität bei Älteren | |
| | <i>Akute Suizidalität</i> | |
| | <i>Chronische Suizidalität</i> | |
| | 6.3 Psychische Störungen und Suizidalität im Alter | |
| | 6.4 Suizidprävention bei alten Männern | |
| | 6.5 Suizidprävention und Therapie bei multimorbidem Hochbetagten | |
| | 6.6 Suizidalität bei alten Menschen in Pflegeeinrichtungen | |
| 7 | Ethische und juristische Aspekte | 24 |
| 8 | Perspektiven der Suizidprävention | 27 |
| | 8.1 Demographische Entwicklung | |
| | 8.2 Lebensbedingungen | |
| | 8.3 Medizinische Versorgung | |
| | 8.4 Gesellschaftliche Einstellung | |
| | 8.5 Hilfen am Lebensende | |
| 9 | Empfehlungen | 32 |

1 Begriffsklärungen

Die Definition von Suizidhandlungen ist nur vor dem Hintergrund eines kulturhistorischen Horizontes oder eines Menschenbildes möglich. Dies zeigt sich schon in der Terminologie der deutschen Sprache: „Selbstmord“, „Selbsttötung“ und „Freitod“. Diese weisen auf ganz unterschiedliche Bedeutungen hin, die diesem Phänomen zugeordnet werden. Während der „Mord“ die Konnotation des Heimtückischen, Aggressiven und zu Verurteilenden hat, ist der Begriff der „Selbsttötung“ weniger moralisch vorbelastet. Er lässt sich wie der Begriff „Suizid“ aus dem lateinischen Wortstamm – sui caedere: sich schlagen, sich töten, morden ableiten. Der Gebrauch des Wortes „Suizid“ impliziert eine distanzierende Neutralität in der Sprache und findet deshalb auch in der Wissenschaft eine weitgehende Verbreitung. Im Begriff „Freitod“ wird die freie Willensentscheidung zur Beendigung des Lebens betont. In Deutschland wird meist auf eine Definition von Stengel (1969) zurückgegriffen, der unter Suizidhandlungen (Suizid, Suizidversuch) jeden Akt freiwilliger Selbstbeschädigung versteht, bei dem der Handelnde nicht sicher sein kann zu überleben.

Der Suizidversuch wird hinsichtlich des darin enthaltenen Todeswunsches unterschiedlich beurteilt. Aus psychologischer Perspektive

ist gerade beim Suizidversuch die Intention des Suizidalen und die Wirkung seines Handelns weniger auf den Tod als auf das Leben ausgerichtet, das hoffnungs- und ausweglos erscheint. Ob Suizid und Suizidversuch zwei ätiologisch unterschiedliche Entitäten darstellen, wird in der Suizidforschung kontrovers diskutiert.

„Suizidalität“ wird noch unterschiedlicher als „Suizid“ begriffen: Darunter wird das ganze Spektrum von Gedanken, Äußerungen und Handlungen, vom selteneren Suizid über den häufigeren „Suizidversuch“ und suizidale Äußerungen bis hin zu Suizidgeuden und -phantasien verstanden. Andererseits wird der Ausdruck „suicidal ideation“ verwendet, der alle Gedanken, von flüchtigen Ideen, dass das Leben nicht wert zu leben sei, über konkrete, gut durchdachte Pläne zur Selbsttötung bis hin zu einer wahnhaften Beschäftigung mit der Selbstzerstörung einschließt.

Suizidalität ist in jeder Erscheinungsform stets mit einer Ambivalenz verbunden, so nicht mehr weiterleben zu können und doch nicht unter allen Umständen sterben zu wollen.



2 Belastetes Alter als Risikobereich für Suizidalität

Suizidhandlungen und ihre Folgen sind ein gesundheitspolitisches Problem, das oft unterschätzt bzw. übersehen wird. Das gilt besonders für den Alterssuizid. Jährlich nehmen sich in Deutschland rund 3500 über 65-Jährige das Leben. Das sind rund 35 % aller Suizide. Im Vergleich zum Anteil an der Bevölkerung mit rund 21 % ergibt sich ein überproportionaler Anteil an allen Suiziden. Alte Menschen gehören zu den Hochrisikogruppen für Suizide. Für nicht wenige Personen wird das Leben im hohen Alter so zur Last, dass sie es beenden wollen und sich das Leben nehmen. Diese Sachlage fordert dazu auf, die Suizidprävention im Alter stärker als bisher ins Blickfeld zu rücken und zu unterstützen.

Alter und Altern im Spannungsfeld von Verlust und Entwicklung

Alter und Altern bringen Veränderungen mit sich, die sich wechselseitig verstärken können. Dazu gehören biologisch-körperliche Abbauprozesse, psychische und soziale Funktionseinbußen und Einschränkungen, die mit zunehmender Intensität immer schwerer zu kompensieren sind. Belastend erlebt werden vor allem irreversible Erkrankungen, Einschränkung der Selbständigkeit, Beziehungsproble-

me und der Mangel an sozialer Unterstützung, Nachwirkungen von Lebenskrisen, unerfüllte Lebenspläne sowie existenzielle Fragen am Lebensende. Die negativen Seiten des Alterns können mit Annäherung an das Lebensende immer stärker hervortreten, so dass dem Leben Positives oft nur noch mit Mühe und starker psychischer Widerstandskraft abzugewinnen ist. Alter und Altern vollziehen sich stets in einem historischen und gesellschaftlichen Umfeld. Sie erhalten in enger Verschränkung mit ihm ihr Gepräge und ihre individuelle Gestalt. Es gibt viele alte Menschen, die bis an ihr Lebensende über psychische und körperliche Reserven und soziale Ressourcen verfügen, um Belastungen des Alters ertragen zu können, für andere dagegen wird das Leben zu einer Qual, die sie beenden möchten.

Sowohl im Fortschreiten des Alterns als auch im Grad der Belastbarkeit bestehen große individuelle Unterschiede. Genetisch-körperliche, gesellschaftlich-kulturelle, psychologisch-soziale sowie Zufallsprozesse wirken zusammen. Im Alternsprozess durchläuft der Mensch heute verschiedene Phasen, die ihn durch eine relativ lange Zeit des gesunden Alterns führen.

Mit dem Übergang ins hohe Alter nehmen die Anfälligkeit für körperliche und psychi-

sche Erkrankungen sowie deren Häufigkeit zu. Behinderungen in der Alltagsbewältigung erschweren eine selbständige Lebensführung. Hilfe- und Pflegebedürftigkeit werden wahrscheinlicher. Altern, Krankheit und Behinderung überlagern sich. Es kommt zum Nachlassen geistiger Fähigkeiten, soziale Beziehungsnetze werden brüchiger und Verluste sind zu verkraften. Erfahrungen im Umgang mit Lebenskrisen und die Verarbeitung von Belastungen, die durch Veränderungen der äußeren Lebenslage noch zunehmen können, tragen in erheblichem Maße zur Lebensqualität und zum Wohlbefinden im hohen Alter bei. Psychische Ressourcen wie Zuversichtlichkeit, Kontrollerleben und Selbstwertgefühl sind von starkem Gewicht bei der Aufrechterhaltung des Wohlbefindens. Das gilt auch für den selbst eingeschätzten Gesundheitszustand und die Art und Qualität der Sozialbeziehungen. Der Umgang mit Belastungen und psychosomatischen Beschwerden wird im Alter von biografischen Vorerfahrungen beeinflusst, die vor allem mit der Verarbeitung von belastenden, aber auch fördernden Ereignissen in früheren Lebensabschnitten zu tun haben.

Besonders ist auf die Wirkung von Altersbildern hinzuweisen. Sie haben einen weitreichenden Einfluss auf Alter und Altern in der Gesellschaft, denn sie dienen als Deutungsmuster für Politik, Organisationen und Institutionen, beeinflussen die Interaktion zwischen Altersgruppen und den Umgang mit alten Menschen in Hilfe- und Pflegebeziehungen

und wirken sich indirekt auf Selbstwahrnehmung, Kompetenzzuschreibung und soziale Aktivitäten alter Menschen aus.

Gesundheitliche Belastungen

Allgemeine Charakteristika des körperlichen Gesundheitszustandes alter Menschen sind erhöhte Morbidität (Krankheitshäufigkeit), Multimorbidität (Mehrfacherkrankung) und chronische Verläufe von Krankheiten. Zu den häufigsten Erkrankungen zählen solche der Blutgefäße von Herz und Gehirn und solche des Bewegungsapparates. Letztere stehen auch bei den subjektiven Beschwerden im Vordergrund und sind oft mit chronischen Schmerzzuständen verbunden.

Gravierende Funktionseinbußen engen Entscheidungs- und Handlungsräume ein. Zu den funktionalen Problemen gehören vor allem Einschränkungen des Sehens und Hörens. Sensorische Schwierigkeiten können das Alltagsleben und die Kommunikation mit anderen sehr erschweren und zur Isolation und Vereinsamung beitragen. Psychische Störungen können das Alter ebenfalls belasten.

Soziale Beziehungsprobleme

Tragfähige soziale Beziehungen, die Belastungen im Alter abfedern können und sozial unterstützend wirken, sind für das Wohlbefinden im Alter sehr wichtig. Ist diese Einbindung in ein Netzwerk sozialer Beziehungen brüchig

geworden, gestört oder gar nicht mehr vorhanden, fehlt ein zentrales Element zur Problembewältigung im Alter.

Einsamkeitsgefühle nehmen mit dem Alter zu, werden jedoch nicht so sehr durch äußere Netzwerkmerkmale wie Anzahl der Kontaktpartner ausgelöst, sondern durch qualitative Eigenschaften wie Mangel an vertraulichen Gesprächen und emotionalem Austausch. Für die Suizidprävention im Alter ist von Bedeutung, dass alte Menschen in Krisen zuerst auf Hilfen aus dem engen Netzwerk, an erster Stelle aus dem Familienkreis, vertrauen und erst dann andere Helfer in Anspruch nehmen.

Diejenigen alten Menschen, die diese sozialen Beziehungen vermissen, sozial isoliert sind und sich verlassen fühlen, stehen unter einem erhöhten Risiko, das Leben nicht mehr lebenswert zu finden. Ein zentrales Anliegen der Suizidprävention ist deshalb das Bemühen, alten Menschen soziale Teilhabe in einem vertrauten Umfeld zu ermöglichen.

Folgerungen für die Suizidprävention

Krisenhilfe und Suizidprävention umfassen alle Maßnahmen zur Linderung akuter psychischer Leidenszustände und körperlicher Belastungen sowie zur Verhütung ihrer sozialen und psychischen Folgen und Auswirkungen, von denen oft auch andere Personen betroffen sind. Vielen Menschen gelingt es bis ins hohe Alter, mit ihren psychischen Ressourcen und mit sozialer Unterstützung auftretende

Krisen zu verkraften. Sind diese Ressourcen jedoch so geschwächt, dass die Probleme, die in die Krise geführt haben, aus eigener Kraft nicht gelöst werden können, ist äußere Hilfe angezeigt. Gefühle der Überforderung, Niedergedrücktheit, Verlassenheit und Hoffnungslosigkeit bis hin zu suizidalen Gedanken lassen dann subjektiv keinen Ausweg aus der Krise mehr erkennen. Kontakte zu Gesprächspartnern, die zuhören und die Problematik verstehen, können, wenn sie frühzeitig greifen, Entlastung schaffen und Möglichkeiten aufzeigen, wie eine weitere Verschärfung der Krise verhütet werden kann.

Angebote und Einrichtungen der Suizidprävention für alte Menschen sind notwendig, um diejenigen, die sich in akuten Lebenskrisen überfordert fühlen, möglichst in ihrem sozialen Umfeld zu erreichen, sie zu entlasten und gemeinsam mit ihnen nach Auswegen aus der lebensbedrohenden Situation zu suchen. Krisenhilfe und Suizidprävention werden von alten Menschen selten in Anspruch genommen, obwohl sie besonders suizidgefährdet sind.

Das hängt auch damit zusammen, dass dieses Problem nach wie vor in politischen Kreisen und in der Öffentlichkeit unterschätzt wird und zugehende Hilfsangebote regional sehr unterschiedlich ausgebaut sind. Der Suizid findet im Vergleich zu anderen Todesursachen im Alter als „seltene“ Todesursache wenig öffentliche Beachtung und wird eher toleriert als bei jüngeren Menschen.

Jeder Alterssuizid wirft nicht nur ein Schlaglicht auf eine individuell tief greifende Lebensproblematik, sondern auch auf ökonomische und sozial-strukturelle Schwachpunkte in der Gesellschaft, unter denen Menschen leiden. Für zukünftige Altersgenerationen zeichnen sich bereits neue Anforderungen an ihre Belastbarkeit und Bewältigungskompetenz ab. Sie betreffen die ökonomische und soziale Sicherung im Alter, die mit dem Wandel der Lebens- und Solidarformen zusammenhängen und Fragen nach neuen Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen bis ins höchste Alter nach sich ziehen. Die Lebensformen im Alter scheinen vielfältiger und bunter, zugleich aber auch fragiler zu werden.

Eine Voraussetzung für gelingende Suizidprävention ist politische Weitsicht und das Bemühen, Lebensqualität und Wohlbefinden unter den erschwerten Bedingungen des Alters möglichst lange zu erhalten.

Hilfreich dabei können folgende Aspekte sein:

- Differenzierte Altersbilder zu kommunizieren und umzusetzen.
- Sinnstiftende Rollen und Betätigungsfelder mit Älteren zu finden und auszubauen.
- In frühzeitige Prävention und Gesundheitsförderung zu investieren.
- Eigeninitiative und Selbstorganisation Älterer zu stärken.

- Potenzielle Älterer wahrzunehmen und gemeinschaftlich zu nutzen.
- Alte Menschen in der Gesellschaft nicht nur als ökonomisches Problem zu sehen, sondern ihren gesellschaftlichen Mehrwert zu schätzen.
- Alte Menschen in Krisen zu unterstützen und gemeinsam Auswege zu suchen.

Insgesamt geht es um ein modifiziertes Verständnis von Alter und Altern, bei dem nicht nur die Schattenseiten und Defizite betont werden, sondern das Augenmerk stärker auf die Förderung von Kompetenzen und Ressourcen gerichtet wird, die alte Menschen trotz der erschwerten Bedingungen in die Gestaltung des Alternsprozesses einbringen können. Hier liegt auch der Schlüssel für eine nachhaltige primäre Suizidprävention. Politik und psychosoziale Unterstützungsstrukturen können dazu einen wichtigen Beitrag leisten.



3 Epidemiologie

Der Anteil alter Menschen an den Suiziden insgesamt hat sich in den letzten Jahren überproportional erhöht und zwar bei Frauen noch deutlicher als bei Männern. Fast jeder zweite Suizid einer Frau wird heute von einer Frau über 60 Jahre begangen. Dabei wird die Häufigkeit von Handlungen in suizidaler Absicht im Alter eher noch unterschätzt. Schwer zu erfassen sind z. B. indirekte suizidale Handlungen, z.B. Risikoverhalten oder Unterrlassungshandlungen, wie das Nicht-Befolgen ärztlicher Maßnahmen, Über- oder Unterdosierungen von Medikamenten und das Einstellen der Nahrungszufuhr oder des Trinkens mit der Absicht zu sterben.

Die Suizidraten im Alter werden auch durch Besonderheiten der Dokumentation der Todesursache unterschätzt, da häufig nicht die suizidale Handlung selbst als Todesursache angegeben wird, sondern z.B. vorbestehende Erkrankungen oder durch den Suizidversuch verursachte nachfolgende Krankheiten.

Bei den angewandten Suizidmethoden liegt in Deutschland das Erhängen bei Männern und Frauen an der Spitze, wodurch der primär-präventive Ansatz erschwert ist, den Zugang zu Suizidmitteln zu verhindern.

Zu Suizidversuchsraten existieren keine offiziellen Statistiken. Nach vorliegenden Studien

zeigt sich, dass ältere Menschen weniger Suizidversuche als jüngere Altersgruppen unternehmen und ihre Suizidversuche deutlich häufiger als ernsthaft beurteilt werden als die jüngerer Menschen.



4 Erklärungsansätze

Suizidale Menschen können meistens deutlich machen, was sie dazu veranlasst, sich selbst töten zu wollen. Hierzu zählen ganz wesentlich Trennungen, Verluste und Kränkungen. Diese „Auslöser“ suizidalen Erlebens führen dazu, dass der Mensch nur noch eingeschränkt auf die Belastungen reagieren kann. Die Bewältigungs- und Handlungsmöglichkeiten werden weniger an die aktuelle Lebenssituation angepasst, wirken holzschnittartiger und, bei Suizidalität besonders wichtig, sie führen zu einem stärkeren Druck, „radikal“ zu handeln. Dieser Handlungsdruck führt auch dazu, dass die natürlichen Mechanismen, den eigenen Körper vor Bedrohung und Verletzung zu schützen, geschwächt werden.

Weitgehend durchgesetzt haben sich der *psychoanalytische* und *verhaltenserapeutische* Erklärungsansatz

Die *Psychoanalyse* untersucht und bearbeitet den Einfluss unbewusster Wünsche und Ängste auf das bewusste Erleben und Handeln. Sie bleibt dabei nicht bei der Aufarbeitung unbewältigter Kindheitserlebnisse stehen, sondern deckt deren anhaltende, unbewusste wie bewusste Wirkung auf das Leben des Patienten auf. Besonders durch die Analyse des Patient-Therapeut-Verhältnisses versucht die psychoanalytische Therapie der

Bedeutung „unsinnig“ erscheinender Vorstellungen, Handlungsweisen oder Symptome, wie z.B. der Suizidalität, auf die Spur zu kommen. Dadurch hilft sie dem Einzelnen, mit bisher abgewehrten, unbewussten Tendenzen wieder in Berührung zu kommen. Die Nachhaltigkeit psychoanalytischer Therapie kann in der „Nachentwicklung“ des veränderten Blicks auf sich selbst und wichtige andere Personen gesehen werden. Ziel der Behandlung ist ein Zugewinn an Freiheitsgraden des persönlichen Erlebens und Handelns und damit auch der Beziehungsfähigkeit.

Die *Verhaltenstherapie* bezieht sich auf das aktuelle Verhalten (d. h. Gefühle, Gedanken, körperliche Prozesse und Handlungen) und deren auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen. Verhaltenstherapie ist ziel- und handlungsorientiert und setzt eine aktive Mitarbeit des Patienten voraus. Reflektion der Probleme und Einsicht in Entstehung der Problematik sind nicht ausreichend, sondern der Patient wird angeleitet, selbst hilfreiche Strategien zu entwickeln, um problematische Verhaltensweisen zu verändern. Regelmäßiges, aktives Erproben von neuen Verhaltensweisen und Problemlösestrategien auch außerhalb der therapeutischen Sitzungen ist daher ein wesentliches Element verhaltens-

therapeutischen Vorgehens. Ein verhaltenstherapeutisches Konzept zur Behandlung der Suizidalität älterer Menschen muss daher ein individuell auf den alten Menschen zugeschnittenes Behandlungsangebot, ein Abgehen von „Komm-Strukturen“ sowie Angebote, die auf die alten Menschen zugehen, beinhalten.

Dieses Behandlungskonzept soll einerseits Veränderungen auf der Verhaltensebene bewirken, andererseits werden kognitive Stile, negative Selbstkognitionen und inadäquate Denkstile zu ändern versucht. Die hierbei indizierten Behandlungsstrategien setzen vornehmlich beim Verhaltensrepertoire der alten Menschen an, die aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen häufig auf Problemlösungen festgelegt sind, die unter den veränderten Bedingungen des Alters nicht mehr wirksam sind. Ziel des therapeutischen Vorgehens ist daher zunächst, mit dem Patienten die Probleme unter diesen veränderten Bedingungen zu identifizieren, eine neue Prioritätensetzung zu vermitteln und in handlungsbezogene Schritte umzusetzen. Gleichzeitig muss aber auch eine kognitive Restrukturierung der Denk- und subjektiven Erklärungsstile erfolgen, die die Anwendung situationsangemessener Problemlösungsstrategien behindern und eine Akzeptanz vorliegender Beeinträchtigungen erschweren.

Empirische Befunde zu biografisch determinierten Ursachen von Suiziden im Alter sind sehr spärlich. Trennung durch den Tod langjähriger Lebenspartner, psychiatrische Erkrankungen

kungen und Trennungserfahrungen in Kindheit und Jugend sind bei älteren Suizidenten häufig.

Es finden sich Hinweise, dass Bedrohungs- und Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend, wie sie in der aktuell alternden deutschen Bevölkerung häufig sind (Krieg, Vertreibung, Bombenterror, nationalsozialistische Verfolgungserfahrungen), sich im Alter bei Bedrohung der körperlichen Identität durch Krankheit, Behinderung und Immobilität auch zu belastendem suizidalem Erleben verdichten können.

Im Vergleich jüngerer mit älteren suizidalen Personen wird ein grundlegender Aspekt besonders deutlich: Während der jüngere, heranwachsende Mensch seinen Selbstwert und seine Identität zu entwickeln und zu stabilisieren sucht, versucht der ältere und der sehr alte Mensch diese zu bewahren und zu erhalten. Die Erfahrung des Angegriffen-Seins und die Verletzbarkeit im höheren Lebensalter sind in unserem heutigen Gesellschaftssystem besonders hoch, so dass Ressourcen rasch aufgebraucht erscheinen. Vor diesem Hintergrund kann Suizidalität Ausdruck eines lebenslangen konflikthaften Themas um Bindung, Abhängigkeit, Freiheit und Autonomie sein, das auch im Alter weiter wirksam ist. Zum anderen aber kann Suizidalität altersspezifische Auslöser haben. Hier nehmen die Trennungserfahrungen einen besonderen Stellenwert ein: der Verlust an beruflicher Identität, die Veränderungen in der Beziehung zum eigenen Körper, seinen Funktionen und der Bedro-

hung durch Krankheit und Tod, aber auch die Veränderungen der interpersonellen Beziehungen im Alter. Wie auch bei den Auslösern in anderen Lebensabschnitten gilt hier: Die genannten Erfahrungen sind zwar ubiquitär. Suizidal aber werden nur einige Menschen in diesen Situationen. Diese Personen unterscheiden sich von Nicht-Suizidalen in ihren im gesamten Lebensverlauf ausgeprägten Verarbeitungsmustern von Beziehungserfahrungen, die ihren Anfang in Kindheit und Jugend hatten. Zentrale Komponenten dieser Erfahrungen sind Verluste und aggressiv-destructive Interaktionen.



5 Risiko- und Schutzfaktoren

Bis heute ist über den Einfluss von Risikofaktoren des Alterssuizids viel mehr geforscht worden als über den psychischen und sozialen Schutzfaktoren. Das hat insbesondere damit zu tun, dass Krankheitsmodelle des Suizids oft den Vorrang vor Erklärungsmodellen haben, in denen krank machende (pathogene) wie gesund erhaltende (salutogene) Einflüsse beachtet und abgewogen werden. Risiko- und Schutzfaktoren sollten in ihrem Zusammenwirken auf die Entstehung suizidaler Gefährdung untersucht werden.

5.1 Risikofaktoren

Risikofaktoren sind definiert als pathogene Bedingungen, die in Bevölkerungsstudien bei der Untersuchung der Entstehungsbedingungen bestimmter Krankheiten statistisch gesichert wurden.

Psychische und körperliche Erkrankungen als Risikofaktoren

Bisher wurde eine Vielzahl von Risikofaktoren für Suizid identifiziert. Wie in anderen Lebensabschnitten auch sind in westlichen Ländern psychische Erkrankungen die wichtigsten Risikofaktoren für Suizid. Ein hoher Anteil aller älteren Erwachsenen, die durch Suizid ver-

storben waren, hatte psychische Störungen. Daneben sind körperliche Erkrankungen bedeutsame Risikofaktoren für Suizid im Alter.

Affektive Störungen gelten als die häufigsten psychischen Erkrankungen bei älteren Suizidopfern. Ältere Patienten, die unter Depressionen leiden, haben ein stark erhöhtes Suizidrisiko, insbesondere dann, wenn sie wiederholt an Depressionen erkrankt waren. Bestimmte Symptome wie Hoffnungslosigkeit oder Wahnvorstellungen, aber auch Schlafstörungen erhöhen das Suizidrisiko. Häufig wird übersehen und unterschätzt, dass viele ältere Suizidopfer, d. h. knapp ein Drittel, unter einer Suchterkrankung leiden. Die wichtigsten Suchtmittel im Alter sind Alkohol und Beruhigungsmittel. Das Suizidrisiko ist bei Suchterkrankungen stark erhöht, und höheres Lebensalter gehört neben anderen Faktoren wie geringe soziale Unterstützung zu den Risikofaktoren für Suizid bei Alkoholismus. Auch für Menschen im Alter von über 60 Jahren spielen Persönlichkeitsstörungen als Risikofaktoren für Suizid eine wichtige Rolle.

Demenz ist bekanntermaßen eine Erkrankung, die vorwiegend Menschen im Alter von über 65 Jahren betrifft. Trotz des häufigen Vorkommens von dementiellen Erkrankungen im Alter werden sie eher selten bei älteren

ren Suizidopfern gefunden. Offenbar ist das Suizidrisiko kurz nach der Diagnosestellung am höchsten. Andere psychische Erkrankungen wie Psychosen, Angsterkrankungen und Essstörungen sind für Suizidalität im Alter kaum von Bedeutung.

Offensichtlich stärker als in anderen Altersgruppen spielen körperliche Erkrankungen bei Suizid im Alter eine Rolle. Bei Krebserkrankungen ist das Suizidrisiko besonders im ersten Jahr nach der Diagnosestellung und bei Metastasierung erhöht.

Soziale Risikofaktoren

Generell sind Faktoren, die mit geringerer sozialer Integration einhergehen, Risikofaktoren für Suizid. So haben Unverheiratete ein erhöhtes Suizidrisiko; Migration kann unter bestimmten Bedingungen ein Risikofaktor für Suizid sein, selbst oft noch Jahrzehnte nach der Einwanderung. Auch spezifische belastende Lebensereignisse erhöhen das Suizidrisiko; dazu gehören familiäre Konflikte und finanzielle Probleme. Da ältere Menschen in der Regel aus dem Berufsleben ausgeschieden sind, spielen beruflicher Status und (Nicht)Teilnahme am Erwerbsleben als Risikofaktoren für Suizid praktisch keine Rolle. Nach Verlust von nahestehenden Personen können Isolation und Einsamkeit zu Entstehung von suizidaler Gefährdung beitragen.

Frühere Suizidversuche und traumatische Erlebnisse wie körperlicher oder emotionaler

Missbrauch gehen mit einem gesteigerten Suizidrisiko einher. Suizid und Suizidversuche bei Freunden oder Angehörigen oder Berichte darüber in den Medien (so genannte Cluster-Suizide bzw. der Werther-Effekt) können suizidales Verhalten begünstigen.

Allerdings lassen sich Risikofaktoren nur z. T. verallgemeinern, da jedes Individuum einmalig von seiner Lebensgeschichte geprägt ist, über unterschiedliche Schutzfaktoren verfügt und die inter- und intraindividuelle Schwankungsbreite der Fähigkeiten und Fertigkeiten alter Menschen sehr groß ist.

5.2 Schutzfaktoren

Heute wird der Blick vermehrt auf die Frage gerichtet, warum die Mehrzahl der Menschen nicht psychisch krank oder nicht von psychischen Krisen überrollt wird. Wir sehen alte Menschen, die eine Vielzahl von Leiden und Schicksalsschlägen erlebt haben und dennoch nicht verzweifelt sind. Schutzfaktoren besitzen eine Schlüsselfunktion im Bewältigungsprozess von Stress- und Risikosituationen. Sie fördern eine kreative, selbstbewusste und kompetente Anpassung an die sich im Leben verändernden Anforderungen und an die sich stets im Wandel befindende Umwelt. Es stellen sich Fragen wie: Welche Schutzfaktoren hat ein Mensch, um nicht suizidal zu werden? Können innere Schutzfaktoren auch noch später erworben werden, selbst von Menschen, die bereits einen Suizidversuch gemacht haben? Inwieweit sind äußere Schutzfaktoren (soziale und öffentliche) hilf-

reich und werden auch als solche wahrgenommen?

Schutzfaktoren sind eine Art Puffer, die Menschen vor einer schädigenden Wirkung bei Risikobedingungen schützen, z. B. vor einem Suizidversuch oder Suizid. Wenn ein Suizidversuch schon eingetreten ist, können Schutzfaktoren bewirken, dass es nicht zu einem weiteren kommt. Sie sind individuell unterschiedlich ausgeprägt. Zudem kann der innere Schutz durch äußere Gegebenheiten (z. B. Vorhandensein von Psychopharmaka oder gefährlichen Gegenständen) situativ oder chronisch verringert sein. Äußere Schutzfaktoren können in der Familie und im sozialen Umfeld vorhanden sein, in der Gesellschaft verankert oder durch Medien unterstützt werden.

Interne Schutzfaktoren

Ein zentraler Schutz vor Suizidalität ist die Fähigkeit, mit Anforderungen in unterschiedlichen belastenden und schwierigen Situationen flexibel und adäquat umgehen zu können. Dies bedarf einer reifen Frustrationstoleranz und einer optimistischen Lebenshaltung. Ähnlich auswirken dürften sich diese Fähigkeiten beim Umgang mit drohenden oder eingetretenen Erkrankungen, Trennungen, Verlusten und Einsamkeit. Deutlich zeigt sich, dass im Alter die Einstellung zu Religion und Spiritualität als Erfahrungsdimension im Erleben von Transzendenz einen Schutzfaktor darstellt. Werte- und Normenorientierung sind hiervon beeinflusst.

Das eigene Bild vom Altern und Alter, die aktive und realistische Auseinandersetzung mit dem Älterwerden und Altsein sowie die Fähigkeit, damit verbundene mögliche Einschränkungen zu reflektieren und darin auch Chancen zu sehen, können weitere Schutzfaktoren sein. Eine kreative und selbstbewusste Auseinandersetzung mit der Endlichkeit und der möglichen Autonomieeinbuße unterstützt die Fähigkeit, Alter auch als Gewinn zu erleben, was daher ein stabilisierender Schutz ist. Auch eine optimistische Lebenseinstellung sowie ein positiver Denkstil, dass Situationen beeinflusst werden können, sind als Schutzfaktoren von Bedeutung.

Externe Schutzfaktoren

Eine enge und stabile familiäre Bindung und Beziehung zum Partner oder einem anderen engen Familienmitglied dürfte ein besonders effektiver Schutzfaktor sein. Bei Frauen nimmt mit steigender Kinderzahl das Suizidrisiko ab; der Verlust von erwachsenen Kindern durch Suizid war allerdings bei beiden Elternteilen mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert. Ein lebendiges Familienklima mit klaren Strukturen und Regeln, Gefühlsoffenheit, gegenseitigem Respekt und relativer Autonomie wirkt schützend. Hierzu gehört, dass man selbst aktiv in diesen persönlichen Netzwerken lebt, Verpflichtungen sowie Aufgaben übernimmt und auch für andere da ist. Für Alleinstehende können Aktivitäten im sozialen Lebenskreis schützend sein. Generell ist einer der wich-

tigsten äußeren Schutzfaktoren die soziale Unterstützung. Vereinfacht ausgedrückt umschreibt diese Sammelbezeichnung Personen, Interaktionen und Erlebnisse, die einer bestimmten Person das Gefühl geben, geliebt, geachtet und umsorgt zu sein und in zuverlässigen Beziehungen zu stehen.

Eine ausreichende Wohn- und Umgebungs situation ohne Barrieren, die Möglichkeit, den öffentlichen Verkehr zu nutzen und eine ausreichende finanzielle Basis für einen angemessenen Lebensstandard können vor Rückzug, Isolation und Vereinsamung im Alter schützen. Darüber hinaus spielt die Teilnahme am gesellschaftlichen und politischen Leben eine wichtige Rolle.

Eine sachliche und nicht skandalisierende, verantwortungsvolle Berichterstattung, die auf Vorbedingungen und Hintergründe der Suizidalität im Alter eingehet, intensiver auf regionale, insbesondere niederschwellige Hilfsangebote hinweist und diese auch zugängig macht, sind Schutzfaktoren, die Medien und Öffentlichkeitsarbeit leisten können.



6 Stand, Formen und Methoden der Suizidprävention

6.1 Internationale und nationale Erkenntnislage

International allgemein anerkannt sind folgende präventiv wirkende Handlungsstrategien (z. B. der WHO):

- Strategien auf allgemein gesellschaftlichem Level. Dazu gehören z. B. die Reduktion von Suizidmethoden, die Bekämpfung von Alkohol und Suchtmittelmissbrauch, die Verbesserung der Lebensbedingungen, z.B. im Heim, gesundheitliche Aufklärung und die sachgerechte Medienberichterstattung über Suizide.
- Strategien, die sich auf besondere Risikogruppen für Suizidgefährdung in der Gesellschaft richten. Genannt werden z. B. die Schulung von Ärzten, das „Gatekeeper“ (z.B. Polizisten, Sozialarbeiter, Briefträger) Training, die Einrichtung kommunaler Krisenberatungszentren, einschließlich zugehender Angebote, und die Hilfen für Angehörige nach Suiziden.
- Strategien auf einem individuellen Level. Hier geht es vor allem um Erkennen und

Behandeln psychischer Erkrankungen, die Nachsorge von Personen nach Suizidversuch und die Begleitung und Behandlung von Personen mit suizidalen Risikoanzeichen.

Studien zur Evaluation von Suizidpräventionsprogrammen für Ältere waren bisher auf die Reduktion von Risikofaktoren gerichtet: Eine zentrale Rolle spielten dabei eine persönliche professionelle Beziehung, wie auch die Minderung von Isolation. Ein rein pharmakologisches Regime der Depressionsbehandlung, wie dies in Deutschland immer noch zu häufig geschieht, wurde nach den Studien selten eingesetzt. Sie zeigen eine Reduktion der Suizidgedanken bei Patienten oder der Suizidraten in den Zielregionen. Innovative Strategien zur Suizidprävention sollten künftig gelingendes Altern und Resilienz, d. h. die Fähigkeit, sich selbst wieder in ein inneres Gleichgewicht zu bringen, fördern, die Familie und sog. „Gatekeeper“ einbinden und auch Medien wie Telekommunikation nutzen, um gefährdete Ältere zu erreichen.

6.2 Behandlungsprinzipien der Suizidalität bei Älteren

Grundprinzipien der Psychotherapie älterer Suizidgefährdeter orientieren sich an der Annahme, dass sich die Suizidalität auch in der Beziehung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten zeigt. Dies äußert sich in der Art und Weise, wie er den Therapeuten behandelt und wie dieser auf die „Behandlung“ durch den Patienten reagiert. Diese „Verstrickungen“ finden unweigerlich statt, erst später können sie erkannt und gelöst werden. Dies geschieht, indem der Therapeut sich fortlaufend mit den Fragen beschäftigt:

- Wie behandelt mich der Patient und wie reagiere ich auf ihn?
- Was sagt der Patient und wie handelt er? Gibt es da Widersprüche?
- Welche Konflikte werden in diesen Widersprüchen erkennbar?

Zunächst also kann ein Psychotherapeut nur wachsam für sich und den Patienten zuhören, das Gesagte aufnehmen und innerlich Verknüpfungen anstellen zwischen (1) der auslösenden Situation, (2) dem suizidalen Erleben des Patienten, (3) dazu passenden lebensgeschichtlichen Ereignissen und Beziehungsmustern und (4) der Art der Beziehungsgestaltung durch den Patienten in der Therapie.

Um über derartige Erkenntnisse dann ins Gespräch zu kommen, bedarf es der Erfahrung einer haltgebenden, achtsamen, akzeptierenden und unerschütterlichen Zuwendung,

wie dies in der Krisenintervention und jeder Art der Psychotherapie notwendig ist. Die suizidalen Tendenzen oft zugrunde liegenden Gefühle von Aggression, Wut, Verzweiflung, Schuld und Scham, wie auch der Kränkungen und Verlusterfahrungen können mit dem Patienten besprochen werden, wenn dieser sich ausreichend gehalten fühlt. Der Zugewinn für den Patienten liegt darin, sich mit dem bisher Unerträglichen, Verdrängten und Vergessenen zunächst in der therapeutischen Beziehung, dann aber auch in anderen Beziehungen zu zeigen und mit sich selbst und anderen verbundener zu fühlen.

Die Behandlung der Suizidalität lässt sich unterscheiden zwischen Behandlungsmöglichkeiten bei

- *akuter Suizidalität*
- *chronischer Suizidalität*

Akute Suizidalität

Ältere Personen, die unter erheblichem Druck stehen, ihre suizidalen Impulse in die Tat umzusetzen, bedürfen einer intensiven persönlichen Betreuung, die im Zweifelsfall durch andere psychiatrische Maßnahmen unterstützt werden muss. Zu letzteren zählt die medikamentöse Behandlung von Schlafstörungen und Depressivität. Gelingt es nicht, eine tragfähige therapeutische Beziehung herzustellen, in der der Professionelle den Eindruck hat, der Patient bleibt bis zum nächsten Kontakt am Leben (Absprachefähigkeit), sollte eine geschlossene Unterbringung in einer

psychiatrischen Klinik in Erwägung gezogen werden. Grundsätzlich sollte bei Suizidalität im Alter psychiatrische und/oder psychosomatisch-psychotherapeutische Expertise hinzugezogen werden.

Chronische Suizidalität

Personen, die im Laufe ihres Lebens bereits oft suizidal waren, Suizidversuche unternommen haben und in der aktuellen Zusitzung, z.B. infolge einer körperlichen Erkrankung und funktionellen Einschränkung, schon mehrfach suizidal wurden, kommunizieren dies oft auch gegenüber dem Hausarzt, in der Altenhilfe oder in der Geriatrie. Deshalb zählt die Aufmerksamkeit für Suizidalität, auch wenn sie nicht offensichtlich ist, zu den wichtigsten diagnostischen Fähigkeiten in der Altenhilfe und der ärztlichen und pflegerischen Versorgung. Eine psychiatrische Diagnostik kann dann entsprechende Behandlungsmöglichkeiten einleiten. Wichtig ist, zusammen mit dem suizidalen Älteren zu erarbeiten, wie er oder sie sich vor der Zusitzung des suizidalen Handlungsdrucks schützen kann und welche konkreten Hilfen in Anspruch genommen werden können.

6.3 Psychische Störungen und Suizidalität im Alter

Noch häufiger als bei Jüngeren werden die Depressionen Älterer nicht erkannt und nur unzureichend behandelt. Dabei stellen Depressionen einen Hauptrisikofaktor für Suizide dar.

- Dass die Depressionen älterer Menschen häufig nicht erkannt werden, hat verschiedene Gründe. Zum einen herrscht sowohl bei Älteren selbst und ihren Angehörigen als auch bei den Behandlern die Meinung vor, schlechte Stimmung gehöre zum Alter. Das stimmt aber nicht. Depressionen stellen auch im Alter eine Krankheit dar. Zum anderen zeigen die Depressionen älterer Menschen häufig ein anderes Erscheinungsbild: im Vordergrund stehen häufig nicht Klagen über schlechte Stimmung und Freudlosigkeit, sondern körperliche Beschwerden (z.B.: „es drückt auf der Brust ...“ oder mangelnder Appetit und Abgeschlagenheit – Symptome, die erst einmal an eine körperliche Erkrankung denken lassen) oder Gedächtnisstörungen („kann nicht mehr denken, mir nichts merken ...“ – sodass nicht selten statt an eine Depression an eine Demenz gedacht wird). Auch suchen vor allem alte Männer nicht Hilfe wegen einer seelischen Störung, sondern erklären sich ihr Unwohlsein mit einer körperlichen Erkrankung – und bringen auch damit den Behandler auf die falsche Fährte. Noch mehr als bisher muss die Bevölkerung über die Symptome einer Depression und speziell einer Altersdepression informiert werden und müssen insbesondere die Hausärzte geschult werden, bei Älteren auch an die Möglichkeit einer Depression zu denken und gezielt nach entsprechenden Symptomen zu fragen. Und sie müssen erfahren, dass sich Depressionen auch im Alter gut behandeln lassen.

- Denn auch die Depressionen Älterer, die erkannt werden, werden häufig nicht adäquat behandelt. Die Behandlung wird entweder gar nicht begonnen: weil unzutreffend pessimistische Haltungen bzgl. der Erfolgsaussichten bestehen oder weil gefürchtet wird, dass sich die Medikamente gegen Depression evtl. nicht mit jenen gegen andere körperliche Erkrankungen vertragen. Die letztgenannte Befürchtung kann durchaus zutreffen. Durch sorgfältige Auswahl eines der neueren und in der Regel gut verträglichen Präparate und durch eine gute intern-medizinische Begleitung (z.B. Kontrolle einiger Laborwerte und des Elektrokardiogramms), evtl. auch durch Weglassen eines anderen nicht erforderlichen Medikamentes gelingt es aber meist, dass der ältere Depressive von der Psychotherapie profitiert. Ein häufiger Fehler ist darüber hinaus, dass ein Mittel gegen Depression zwar verordnet, aber zu niedrig dosiert oder zu früh abgesetzt wird. Dann können die Medikamente nicht ihre Wirkung entfalten. Dabei ist die adäquate Behandlung gerade so wichtig: unzureichend behandelte Depressionen erhöhen das Risiko, dass körperliche Erkrankungen ausbrechen oder sich verschlechtern, dass Lebensfreude und Selbständigkeit nachhaltig eingeschränkt werden, dass der Wechsel in ein Heim droht und dass Gedanken auftreten, nicht mehr leben zu wollen. Auch bei Älteren mit einer Depression ist Psychotherapie wirksam, ein entsprechendes Angebot erfolgt aber zu selten.

Es besteht Konsens, dass unbehandelte Depressionen, insbesondere bei älteren Männern, erheblich zu der hohen Suizidgefährdung älterer Menschen beitragen. Präventionsstrategien müssen daher vor allem auf eine bessere Versorgung älterer Depressiver zielen: Auffinden und Inanspruchnahme von sozialen und kommunalen Diensten sowie einer psychotherapeutischen Behandlung.

6.4 Suizidprävention bei alten Männern

Alte Männer stellen eine besonders herausfordernde Gruppe für die Suizidprävention dar, da sie sich selten in professionell-helfende Beziehungen begeben, angefangen vom Besuch eines Hausarztes, über Behandlungen in Beratungsstellen, bei Fachärzten für Psychiatrie, bis hin zur Aufnahme einer Psychotherapie und Konsultation von Seelsorgern.

Aus epidemiologischen Studien ist bekannt, dass dabei besonders alte Männer mit eingeschränkten Beziehungserfahrungen, verwitwet, isoliert und zu Alkoholabusus neigend gefährdet sind.

Entsprechend sind hier Präventionsstrategien notwendig, die Kontakt Personen (Ärzte, Seelsorger, Sozialarbeiter, Apotheker) auf das Erkennen von Depression, Alkoholabusus, Trauer und Vereinsamung schulen. Eine wichtige Rolle spielt dabei der Umstand, dass gerade alte Männer im Kontext körperlicher Erkrankungen und Behinderungen suizidal werden.

6.5 Suizidprävention und Therapie bei multimorbidem Hochbetagten

Lebensmüdigkeit und Suizidalität in der klinischen Akutgeriatrie liegen bei ca. 5 %, in psychiatrisch-psychosomatischen Konsildiensten geriatrischer Kliniken bei ca. 20 %. Diese Personen sind mehrheitlich hochbetagt, depressiv und hatten bereits früher in ihrem Leben suizidale Gedanken. Suizidales Erleben ist gerade bei stationär geriatrischen Patienten ein fluktuierendes, inkonstantes Phänomen, das sich bereits während des Krankenhausaufenthaltes entaktualisieren kann.

Dabei sind Lebensmüdigkeit und Suizidalität oftmals korreliert mit körperlichen Erkrankungen, wie Herzinsuffizienz, chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen, Schmerz, hirnorganischen Anfällen, Inkontinenz, Krebs und vor allem mit sensorischen Störungen. Ausschlaggebend sind dabei nicht die Schwere der körperlichen Erkrankung, sondern das Ausmaß der psychischen Belastungen durch die Erkrankung und deren Folgen für die täglichen Lebensaktivitäten. Viele Hochbetagte haben Angst davor, schwer krank, dement und abhängig zu werden, und denken deshalb an Suizid.

Suizidprävention und Behandlung von Lebensmüdigkeit und Suizidalität sind allerdings nicht gleichzusetzen mit einem imperativen Helferwunsch, jeden Wunsch zu sterben als behandlungsbedürftiges Krankheitssymptom zu definieren. Vielmehr ist ein Zustand der Einwilligung ins Sterben, ein Sterbenwollen und

Sterbenwünschen oftmals Teil des Sterbeprozesses und sollte als solcher verstanden, akzeptiert und begleitet werden.

Zentral ist auch hier, im Sinne der Suizidprävention die Aufmerksamkeit der Professionellen zu fördern, Suizidalität und Lebensmüdigkeit zu erkennen und auf taktvolle Weise anzusprechen. Ziel sollte immer der Kontakt mit Professionellen sein, die ein therapeutisches Angebot machen können, um die Auslöser und Hintergründe der Suizidalität zu erkennen und Verständnis, Klärung und psychische Entwicklung auch in diesem Lebensabschnitt zu fördern. Für eine derartige psychotherapeutische Arbeit mit multimorbidem Hochbetagten ist das ambulante Netz der Richtlinienpsychotherapie durch Vertragsärzte und -psychotherapeuten noch unzureichend vorbereitet. Politische Anstrengungen sind notwendig, aufsuchende Psychotherapie, sei es in der eigenen Häuslichkeit oder im Heim, in den Kanon der vertraglichen Leistungen der Kostenträger aufzunehmen. Zusätzlich sind Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit hilfreich, die Angehörige, Nachbarn und Bekannte erreichen und für Suizidalität im Alter sensibilisieren.

6.6 Suizidalität bei alten Menschen in Pflegeeinrichtungen

Zur Suizidalität von alten Menschen in Pflegeeinrichtungen liegen nur wenige Forschungsbefunde vor. Sie entstammen meist älteren, oft ausländischen Studien, deren Ergebnisse nicht ohne Bedenken auf die deutsche Pfle-

gelandschaft übertragen werden können. Vorliegende Ergebnisse werden kurz zusammengefasst:

- Suizide sind in Altenpflegeheimen ein eher seltenes Ereignis. Gründe können einerseits in guter Pflege, der sichernden Unterbringung und kontrollierenden Pflegeorganisation durch das Personal liegen, durch die unbemerkte Selbsttötung erschwert wird, andererseits aber auch in der körperlichen Fragilität und dementiellen Symptomatik der meist hochaltrigen Bewohner, die zur Ausführung einer direkten Suizidhandlung nicht mehr in der Lage sind.
- Häufiger werden dagegen so genannte „indirekte selbstdestruktive Verhaltensweisen“ beobachtet, wie Verweigerung von Nahrung und Medikamenten, körperliche Vernachlässigung und sozialer Rückzug.
- Häufiger vertreten bei Heimbewohnern sind Anzeichen von Lebensmüdigkeit und Sterbewünsche, die an das Personal herangetragen werden.
- Heimbewohner mit Anzeichen von Lebensmüdigkeit und suizidalen Gedanken leiden häufiger unter gestörten Familienbeziehungen und sozialer Missachtung.
- Belegt sind auch enge Beziehungen zwischen Depression und Suizidalität bei Heimbewohnern.

Es besteht aber erheblicher Forschungsbedarf. Dabei sollte vor allem Trägern und Heimleitungen die Befürchtung genommen werden, Suizidhandlungen könnten, wenn

sie publik werden, ein schlechtes Licht auf Heimmanagement und Pflegequalität werfen. Auf Veränderung äußerer Bedingungen abzielende Interventionen sind bei Heimbewohnern begrenzt. Beistand und mitführendes Gespräch sind oft das einzige, was noch angeboten werden kann. Deshalb sind kollegiale Beratung, Teambesprechungen und Supervision wichtige Elemente eines qualifizierten Umgangs mit lebensmüden und sterbewilligen Heimbewohnern.



7 Ethische und juristische Aspekte

Im Unterschied zu früheren Jahrhunderten und zu auch heute noch bestehenden Regelungen in manchen anderen Ländern ist in Deutschland suizidales Handeln gesetzlich nicht verboten. Dies ist die Folge der seit der Aufklärung anhaltenden Entwicklung zu immer stärkerer Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des einzelnen Menschen. In der christlichen Ethik wird der Suizid überwiegend als gegen Gott gerichtet abgelehnt. Von einer Verurteilung im Einzelfall wird jedoch abgesehen. Aus ethischer Sicht gibt es in der heutigen säkularen Gesellschaft keine überzeugenden Gründe nichtreligiöser Art, die Selbsttötung prinzipiell zu ächten.

Allerdings ist nahezu jeder Suizid auch eine *Beziehungstat*, die andere Menschen, vor allem nahe Angehörige, aber auch Arbeitskollegen, Freunde oder zufällige Zeugen, in ihrem Selbstverständnis trifft, bisweilen ihre Existenz bedroht und erhebliche psychische Traumatisierungen zur Folge haben kann. Allein schon aus diesem Grund, aber auch aus der grundsätzlichen Haltung, menschliches Leben zu bewahren, ist die gesellschaftliche Toleranz gegenüber dem Suizid begrenzt.

Dementsprechend gilt in der deutschen Rechtsprechung eine Hilfsverpflichtung bei unmittelbar erkennbarer Suizidgefahr. Eine

Suizidhandlung wird als Unglücksfall gewertet, bei dem prinzipiell jeder Bürger im Rahmen seiner Möglichkeiten zur Hilfeleistung verpflichtet ist, in erster Linie aber „Garanten“: Personen, die dem Betroffenen unmittelbar nahestehen, sowie jeder Arzt.

Aus ethischer Sicht kann diese generelle Hilfsverpflichtung allerdings auch problematisch erscheinen, da der Eingriff von außen in die autonome Entscheidung eines Individuums als Anmaßung betrachtet werden kann. Selbstbestimmungsrecht und Lebensschutz (Fürsorgeverpflichtung), beides im deutschen Grundgesetz verankert, geraten hier in besonderer Weise in einen Konflikt. Welchem dieser Prinzipien im Einzelfall Priorität zukommt, beruht letztlich auf individuellen Einschätzungen und Überzeugungen.

Falls eine Suizidhandlung aufgrund einer psychischen Erkrankung, die die Fähigkeit zur Selbstbestimmung einschränkt, geplant oder ausgeführt wird, wenn auch nur der Verdacht auf eine derartige Einengung sich aufdrängt, besteht in jedem Fall eine uneingeschränkte Hilfsverpflichtung.

Unklar und widersprüchlich erscheint die deutsche Rechtsprechung insofern, als die Beihilfe zum Suizid grundsätzlich erlaubt ist (da der Suizid keine Straftat ist), bei Verlust

der Selbstbestimmungsfähigkeit, etwa infolge eingetretener Bewusstlosigkeit, notfallmäßiges Eingreifen aber verlangt wird. Dass ein anderer einem Suizidwilligen das zum Sterben nötige Gift verschaffen kann, ihn nach Einnahme desselben aber retten muss, erscheint paradox. In jüngster Zeit deutet sich hier ein Wandel in der Rechtsprechung an, als verschiedene Gerichte eine unterlassene Hilfeleistung bei zweifelsfrei bestehender Freiverantwortlichkeit des Suizidenten straflos gelassen haben.

Allerdings ist die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit, die auch bei bestehender psychischer Krankheit nicht in jedem Fall gänzlich ausgeschlossen werden kann, für den von außen Hinzukommenden ein kaum lösbares Problem. Im Zweifelsfall wird er sich im Sinne eines schwachen *Paternalismus* zum Handeln entschließen, das heißt, zu einer Lebensrettung, die dem Suizidenten die Chance eröffnet, anschließend das Leben doch wieder anzunehmen.

In jedem Fall setzt eine Beihilfe zum Suizid voraus, dass die Tat vom freiverantwortlich Handelnden selbstständig ausgeführt, das Gift von eigener Hand eingenommen wird. Alles andere wäre als Tötung auf Verlangen oder gar als Totschlag zu bestrafen. Die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer untersagt Ärzten, Suizidbeihilfe zu leisten. Allerdings haben die in dieser Frage entscheidenden Landesärztekammern dieses Verbot teilweise nicht oder nicht in dieser Form übernommen.

Eine zusätzliche Unklarheit ist durch die gesetzliche Regelung der grundsätzlichen Gültigkeit einer Patientenvorausverfügung im Jahr 2009 entstanden. Danach kann jeder Bürger schriftlich festlegen, welche Behandlungsmaßnahmen er wünscht oder ablehnt, falls er seine Selbstbestimmungsfähigkeit vorübergehend oder dauerhaft verliert. Ob eine Vorausverfügung, im Fall einer Suizidhandlung jede ärztliche Hilfeleistung zu unterlassen, uneingeschränkt Gültigkeit hat, ist bisher juristisch noch nicht entschieden.

Ein weiteres Problem erwächst aus dem sich in der Bevölkerung immer deutlicher artikulierenden Verlangen, bei fortgeschritten, unheilbarer Krankheit und ohnehin nahe dem Lebensende den Sterbeprozess mit ärztlicher Hilfe rasch zu beenden. Hintergrund sind einerseits das gewachsene Verlangen nach individueller Selbstbestimmung unter Einschluss des Lebensendes, andererseits die stark ausgeweiteten Möglichkeiten der Medizin, direkt in den Sterbeprozess einzugreifen und erwünschtes Sterben zu verzögern oder gar zu verhindern – mit der möglichen Folge weiteren Leidens.

Nachdem in einigen Nachbarländern bereits entsprechende gesetzliche Regelungen getroffen wurden, haben sich auch in Deutschland diverse Angebote zur Sterbehilfe etabliert, ohne einheitliche Kriterien und ohne staatliche Aufsicht. Eine neue gesetzliche Regelung wird derzeit parteiübergreifend im deutschen Bundestag, in Fachverbänden und Berufsorganisationen diskutiert,

insbesondere mit dem Ziel, den Wildwuchs an organisierter Suizidbeihilfe einzudämmen. In diesem Zusammenhang werden Vorschläge diskutiert, den ärztlich assistierten Suizid bei Patienten, die dem Lebensende nahe sind und trotz aller Palliativmaßnahmen schwer leiden, innerhalb eines gesetzlichen Rahmens zu regeln.



8 Perspektiven der Suizidprävention

Die von Jahr zu Jahr wachsende Lebenserwartung der Menschen in fast allen Teilen der Welt, ganz besonders in den ökonomisch privilegierten Industriestaaten, führt zu gesellschaftlichen Veränderungen und Umwälzungen, deren Ausmaß zum Teil noch gar nicht abschätzbar ist. Die Tatsache, dass es in fast allen reichen Industrieländern die alten Menschen sind, die überproportional häufig ihr Leben mittels Suizid vorzeitig beenden, könnte Anlass sein zu der Befürchtung, dass die Suizidhäufigkeit in den kommenden Jahren weiter in die Höhe schnellt.

Tatsächlich ist die Zahl der jährlich erfolgten Suizide in Deutschland in den zurückliegenden 35 Jahren – trotz deutlich angestiegener allgemeiner Lebenserwartung – um mehr als die Hälfte zurückgegangen. Auch die Suizidraten alter Menschen sind – bei nach wie vor hohem Niveau – rückläufig. Es stellt sich somit die Frage, wie die künftige Entwicklung im Hinblick auf die Suizidalität der Bevölkerung sich darstellen wird, welche Faktoren sie beeinflussen und in welchem Ausmaß die Suizidprävention künftig gefordert sein wird.

Vermutlich sind es vor allem fünf Faktoren, die sich auf die Suizidhäufigkeit im Alter in den kommenden Jahrzehnten auswirken werden.

8.1 Demographische Entwicklung

Es ist zu erwarten, dass die mittlere Lebenserwartung weiterhin steigen wird, wenn auch aufgrund naturgegebener Grenzen allmählich immer langsamer. Deshalb ist mit einer weiteren Zunahme hochaltriger Menschen mit ihrer besonderen Suizidgefährdung zu rechnen. Gleichzeitig besteht die Annahme, dass der Zustrom von jüngeren Menschen aus ärmeren Regionen der Welt und ihre Integration in die Gesellschaft zunehmen werden, sodass – trotz anhaltend niedriger Geburtsrate in der deutschen Bevölkerung – der proportionale Anteil alter Menschen nicht im gleichen Maße steigen wird wie die Lebenserwartung. Zuwanderer haben zudem – u.a. aufgrund ihrer andersartigen religiösen Bindungen – in aller Regel eine deutlich niedrigere Suizidwahrscheinlichkeit als die Stammbevölkerung.

Insgesamt ist unter rein demographischen Prämissen zwar ein numerischer Anstieg der Suizide alter Menschen zu erwarten bei jedoch eher stabilen oder rückläufigen Suizidraten.

8.2 Lebensbedingungen

Von großer Bedeutung für das Ausmaß der Suizidgefährdung im Alter sind die Lebens-

bedingungen für alte Menschen. Die soziale Sicherheit und der relative Reichtum in Deutschland erlauben der überwiegenden Zahl alter Menschen heute eine befriedigende Lebensführung, gute Wohnverhältnisse und ausreichende soziale Kontakte. Eine eindeutig positive Wirkung haben auch die durchs Internet und andere Medien gegebenen, vielfältigen Kommunikationsmöglichkeiten, die der im Alter oftmals drohenden Ver einsamung entgegenwirken. Alte Menschen sind heute im Durchschnitt länger gesund als in früheren Zeiten; auch im Rentenalter haben sie die Möglichkeit zu einem in vieler Hinsicht selbstbestimmten Leben.

Andererseits sind alte Menschen nach dem Auftreten schwerwiegender Krankheiten und/oder bleibender Behinderung oftmals auf sich allein gestellt, weil die Familien als traditionelle Versorgungseinrichtung für alte Menschen zunehmend weniger zur Verfügung stehen. Infolgedessen müssen sich viele alte Menschen früher oder später in eine meist unerwünschte Versorgungssituation begeben (Heime, Pflegeeinrichtungen), häufig verbunden mit Einengung und Fremdbestimmung, die sie zudem in vielen Fällen finanziell überfordern. Das Ausmaß der daraus resultierenden Resignation, Depressivität und Zweiflung bis hin zu verdeckter oder offener Suizidalität bleibt bislang im Verborgenen.

Seitens der Politik ist die Aufgabe, für die wachsende Zahl alter Menschen auch bei eingeschränkter Gesundheit annehmbare Lebensbedingungen zu entwickeln, bisher

nur teilweise und unzureichend erkannt. Muster einrichtungen wie Mehrgenerationenhäuser mit angemessener professioneller Pflegemöglichkeit sind nur punktuell realisiert und in der Öffentlichkeit wenig bekannt. Soziale Unterstützung für alte Menschen sollte sich nicht an Ideal-Bedingungen orientieren, sondern so flexibel wie möglich sein, um dem individuellen Bedarf zu entsprechen. Die Stärkung von Selbstbestimmung, aber auch von Selbstverantwortung sollte stets Priorität haben – auch in Pflegeeinrichtungen.

8.3 Medizinische Versorgung

In der generell ausreichend guten ärztlichen Betreuung alter Menschen zeigt sich bislang sehr häufig eine Lücke: Suizidalität einschließlich ihrer Vorboten wird nicht oder nicht rechtzeitig erkannt. Hintergrund ist eine noch unzureichende Thematisierung der Alterssuizidalität in Aus- und Fortbildung, aber auch eine vielfach mangelnde Berücksichtigung psychosozialer Hilfsangebote als unabdingbarem Teil einer guten Gesundheitsversorgung. Die Früherkennung suizidaler Gefährdung aber ist die Basis jeder erfolgreichen Suizidprävention. Die nötige Sensibilisierung für erkennbare Vorboten suizidaler Handlungen betrifft nicht nur Ärzte sondern alle Personen, die in die Pflege und Betreuung alter Menschen eingebunden sind. Krisenintervention muss überall rasch verfügbar sein und sollte als medizinische Regelleistung Anerkennung finden. Auch die Behandlung erkannter psychischer Störungen (z. B. Schlafstörungen,

Depressionen, Suchtprobleme) darf sich nicht auf die Verordnung von Medikamenten beschränken, sondern sie muss immer psychosoziale und psychotherapeutische Angebote mit einbeziehen.

Um auch für alte Menschen mit Bewegungseinschränkungen dieselbe Versorgungsqualität bereitzustellen wie für die Gehfähigen, ist für alle psychosozialen Angebote eine Bring-Struktur ebenso unabdingbar wie für den Hausarzt. Bislang mangelt es diesbezüglich an einer adäquaten Finanzierung der Hilfsdienste.

8.4 Gesellschaftliche Einstellung

Noch vor einem halben Jahrhundert unterlag der Suizid auch in Deutschland einem Tabu, bis dieses seit Ende der 1970er Jahre mit Unterstützung der Medien nach und nach aufgebrochen wurde. Ein Rudiment dieser Tabuisierung zeigt sich noch heute in der gesellschaftlichen Einstellung zum Alterssuizid, dem sehr häufig ein viel größeres Verständnis entgegengebracht wird als dem Suizid im mittleren Alter oder gar von Jugendlichen. Die sich dahinter verbergende stillschweigende Akzeptanz des Suizids alter Menschen führt zu einer mangelnden Bereitschaft sich einzumischen, Hilfe überhaupt anzubieten.

In vielen Pflegeheimen wird die Suizidthematik konsequent aus der Kommunikation ausgeklammert. Suizidale alte Menschen finden deshalb oft keinen Ansprechpartner und keine Hilfe.

Die anhaltende Tabuisierung des Alterssuizids steht im Zusammenhang mit einer generellen Tendenz, Jugendlichkeit zu präferieren, zu bewundern, sich mit Jugendlichkeit äußerlich und innerlich zu identifizieren. Der traditionelle Respekt vor dem Alter, wie er noch in Ländern der Dritten Welt und in asiatischen Schwellenstaaten regelhaft anzutreffen ist, kam darüber weitgehend abhanden. So nimmt es nicht Wunder, dass alte Menschen in nicht geringer Zahl so genannte „Anti Aging“-Angebote für sich zu nutzen suchen. Tatsächlich steht dahinter eine tiefgreifende Selbstverunsicherung mit dem latenten Wunsch, die eigene Sterblichkeit aus dem Bewusstsein zu verdrängen. Da solche Bemühungen früher oder später immer scheitern müssen, münden sie schließlich oft in tiefe Enttäuschung und Verbitterung und können Suizidabsichten nachhaltig befördern.

Die hier zufordernde Änderung der gesellschaftlichen Einstellung zum Alter generell und insbesondere zum Alterssuizid lässt sich nicht allein mit guten Worten erreichen. Statt dessen ist die Wahrnehmung der grundsätzlichen Begrenztheit der eigenen Lebenszeit eine Aufgabe, die auf allen gesellschaftlichen Ebenen vermittelt und gelebt werden muss. Die bewusste Annahme der eigenen Sterblichkeit fördert eine Haltung der Toleranz und der Wertschätzung, ohne deshalb die Freude am eigenen Lebensvollzug in irgendeiner Weise zu mindern. Sie wird im Gegen teil sogar gefördert, die Aussicht auf das eigene Altwerden nicht mehr als Bedrohung,

sondern als potentieller Gewinn betrachtet. Voraussetzung für eine derartige Haltung ist die Entdämonisierung des Todes, der nicht als „Skandalon“ begriffen werden muss, sondern als das, was er eigentlich ist: eine naturgegebene Normalität und Notwendigkeit. Eine in der Gesellschaft verankerte Wertschätzung des Alters geht – nach den Erfahrungen in anderen Ländern – mit einer nahezu fehlenden Alterssuizidalität einher.

8.5 Hilfen am Lebensende

Auch wenn die Begrenztheit der Lebenszeit und der irgendwann eintretende Tod im Bewusstsein und akzeptiert sind, besteht bei vielen Menschen eine große Angst vor der Phase unmittelbar vor dem Sterben und vor dem Sterben selbst. Befürchtet werden neben körperlichen Qualen wie Schmerzen und Atemnot die Abhängigkeit von anderen Menschen, die eingeschränkten Bewegungsmöglichkeiten, der Verlust an Selbstbestimmung.

Viele Menschen möchten für den Fall einer mit schwerem Leiden verbundenen terminalen Krankheit sicher gehen, dass sie nicht gegen ihren Willen belastenden lebensverlängernden medizinischen Maßnahmen wie beispielsweise apparativen Behandlungen oder künstlicher Ernährung ausgesetzt werden. Noch immer kennen zu wenig Menschen ihr Recht, solche medizinischen Behandlungen abzulehnen oder zu beenden. Hierzu zählen beispielsweise auch die palliative Sedierung oder das palliative Weaning, bei denen der Sterbende durch eine künstlich her-

beigeführte Bewusstlosigkeit unerträgliche Zustände des Schmerzes oder der Atemnot nicht ertragen muss. Diese Möglichkeiten bei gleichzeitiger Leidensminderung werden zu dem noch immer nicht ausreichend ausgeschöpft.

In den letzten Jahren werden in der deutschen Öffentlichkeit die in den Benelux-Staaten, in der Schweiz und in fünf US-Staaten getroffenen gesetzlichen oder gerichtlichen Regelungen, den Sterbeprozess in bestimmten Fällen auf eigenen Wunsch mittels ärztlich assistiertem Suizid abzukürzen, lebhaft diskutiert. Auch in Deutschland weisen repräsentative Befragungen der Bevölkerung aus, dass sich eine Mehrheit die Möglichkeit einer ärztlichen Sterbehilfe wünscht, zugleich jedoch auch eine bessere Aufklärung über die bestehenden Optionen.

Seit geraumer Zeit haben sich diverse Sterbehilfe-Angebote etabliert, die unter Nutzung der unscharfen und in sich widersprüchlichen Rechtssituation in Deutschland nach selbst gegebenen Regeln, oft überaus willkürlich, verzweifelten oder auch nur überängstlichen Menschen zum raschen Sterben verhelfen.

In dieser Situation findet aktuell eine gesellschaftspolitische Debatte darüber statt, wie auf die beschriebenen existentiellen Sorgen und Nöte eingegangen werden soll. Einigkeit besteht in der Forderung nach einem Ausbau der Palliativmedizin und -pflege. Ein breiter Konsens besteht darin, dass organisierten For-

men der Suizidbeihilfe der Boden entzogen werden soll. Für den Kreis der schwer kranken und leidenden Menschen am Lebensende wird diskutiert, ob Entscheidungen über lebensverkürzende Maßnahmen ohne weitere gesetzliche Regelung weiterhin in der vertrauensvollen Beziehung zwischen Arzt und Patient verbleiben sollen, oder ob eine gesetzliche Regelung den (ärztlich) assistierten Suizid unter bestimmten transparenten und zu überprüfenden Bedingungen für diese Personengruppe straffrei stellen soll.

Aus suizidpräventiver Perspektive ist zu sagen, dass ein vollständiges Verbot sicher auf vielfältige Weise umgangen, die völlige Freigabe jedoch eine wirksame Suizidprävention künftig in gravierender Weise behindern würde. Individuelle Suizidprävention findet in einem Beziehungsraum statt, der die weitgehende Freiheit des Suizidalen akzeptiert und zugleich helfend und schützend Alternativen zum Suizid anbietet. Die freie Verfügbarkeit von Suizidmitteln steigert empirischen Untersuchungen zufolge die Wahrscheinlichkeit, dass Suizide auch vollzogen werden. Andererseits gibt es suizidale Personen, die allein aufgrund der Vorstellung, im Falle zu großen Leidens Suizid begehen zu können, stabilisiert sind und den Suizid nicht begehen.

Menschen am Lebensende benötigen Behandlungsangebote und -möglichkeiten, die auf ihre individuelle existentielle Situation abgestimmt sind. Dazu gehören die Krisenintervention, die psychosoziale und die seelsorgerische Beratung in suizidalen Krisen in unter-

schiedlichen meist ambulanten Angeboten, weiterhin die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung suizidaler Älterer (ambulant und (teil-)stationär), in Situationen schwerer körperlicher Erkrankungen und Einschränkung der Mobilität auch in einem aufsuchenden Angebot im Lebensumfeld der Betroffenen, und nicht zuletzt die Begleitung Sterbender durch Professionelle (z.B. im Rahmen der psychoonkologischen Behandlung, aber auch der (Alten-)Pflege) und durch Laien (z.B. im Rahmen von Hospiz- und Palliativvereinen).

In jedem Falle ist die Politik gefordert, Maßnahmen der Suizidprävention gerade auch für ältere Menschen zu fördern, die bestehenden palliativen Versorgungsmöglichkeiten und Modelle der Sterbebegleitung weiter auszubauen und sie für Menschen nahe dem Lebensende grundsätzlich bekannt und verfügbar zu machen. Allein das Wissen um eine wirksame Hilfe im Bedarfsfall kann voreilige Wünsche, das eigene Leben beenden zu wollen, abmildern oder ganz aufheben.



9 Empfehlungen

Die fachübergreifende Analyse der Situation der Suizidprävention in höheren Altersgruppen und deren Perspektiven für die Zukunft hat aufgedeckt, in welchem Umfang und auf welchen Forschung- und Praxisfeldern Handlungsbedarf besteht, der in der öffentlichen Wahrnehmung und bei politischen Entscheidungsträgern nicht mehr übersehen oder marginalisiert werden darf. Mehr als bisher müssen differenzielle Suizidpräventionsstrategien entwickelt werden, die stärker die Schutzfaktoren in den Vordergrund rücken und nicht nur auf die Reduktion von Risikofaktoren abzielen.

Für die Suizidforschung und Suizidprävention bei Älteren gibt es nach wie vor Erkenntnislücken und Fragestellungen. Sie führen dazu, dass bei Praxisprojekten, in der Aus- und Weiterbildung und bei Forschungsvorhaben zur Verbesserung der gegenwärtigen Situation auf selektive Informationen, Erfahrungsberichte und nicht selten auf mehr oder weniger plausible Vermutungen zurückgegriffen werden muss. Wünschenswert sind Untersuchungen der Suizidalität in Altenpflegeeinrichtungen, von geschlechtsspezifischen Einflussfaktoren und von Faktoren wie Multi- und Komorbidität auf die Alterssuizidalität. Ein kaum erforschtes Feld ist die Suizidprävention

bei Suchtmittelgebrauch im Alter, insbesondere von Beruhigungsmitteln. Kaum bekannt ist auch, welchen Einfluss körperliche Erkrankungen auf das Suizidrisiko bei älteren Suchtkranken haben.

Die Verfasser möchten in einer Zusammen schau diesen Handlungsbedarf genauer umschreiben und *Empfehlungen* zur Förderung und zum Ausbau der Krisenhilfe, Suizidprävention und Therapie für höhere Altersgruppen geben, die der Vielfältigkeit suizidaler Phänomene gerecht werden:

- 1 Die erhöhte Suizidgefährdung alter Menschen muss stärker als bisher als ein **gesundheits- und versorgungspolitisches Problem** wahrgenommen und behandelt werden.
- 2 Die meisten Menschen durchleben ihr Altwerden mit Hilfe innerer Anpassungskräfte und äußerer Hilfe. Dennoch dürfen diejenigen nicht übersehen werden, die unter ihrem Alter so stark leiden, dass sie nicht mehr leben wollen. Sie **zu erreichen, ihre Not zu erkennen und Entlastung zu schaffen**, ist Ziel und Aufgabe der Suizidprävention.
- 3 Enttabuisierung des Suizids, Betonung des Selbstbestimmungsrechts und Hilfen zum Sterben sind gesellschaftlich zeitgemäße Anliegen. Dennoch darf der Alterssuizid nicht als „sozial verträglich“ toleriert und **die Suizidprävention bei Älteren nicht vernachlässigt werden**.
- 4 Bei jeder erkennbaren Suizidgefährdung bei alten Menschen müssen **präventive und therapeutische Bemühungen den Vorrang vor jeglicher Form der Suizidbeihilfe** haben.
- 5 Eine wichtige Aufgabe besteht darin, **für alte Menschen in Krisen** offen zu sein und ihnen mit einem breiten, leicht **erreichbaren Angebot von Fachdiensten und Einrichtungen** zur Seite zu stehen.
- 6 Suizidprävention im Alter hat die Versorgungskomplexität ins Kalkül zu ziehen, der alte Menschen ausgesetzt sind. **Es muss untersucht werden, welche Formen von Suizidalität in einzelnen Versorgungseinrichtungen** (z.B. in stationären Einrichtungen) **vorkommen und wie ihnen präventiv begegnet** werden kann.
- 7 Es ist dringend geboten, **Forschungsprogramme zu entwickeln**, um die Versorgungslage und Vorbeugung suizidaler Gefährdung alter Menschen genauer zu untersuchen und zu verbessern.
- 8 **Die Wahrnehmung der grundsätzlichen Begrenztheit der eigenen Lebenszeit** ist eine Aufgabe, die jeder Mensch sich vergegenwärtigen und die als eine Leitlinie soziales Handeln auf allen gesellschaftlichen Ebenen mitbeeinflussen sollte.

Weiterführende Informationen und Literaturhinweise

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)

www.suizidprophylaxe.de

Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland

www.suizidpraevention-deutschland.de

Publikationen der Arbeitsgruppe:

Arbeitsgruppe Alte Menschen (2013) Wenn das Altwerden zur Last wird - Suizidprävention im Alter. Informationsschrift, unterstützt vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 5. Auflage.

Lindner, R., Hery, D., Schaller, S., Schneider, B. & Sperling, U. (Hrsg.) (2014) Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen: Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Heidelberg: Springer Verlag.

Schneider, B., Sperling, U. & Wedler, H. (Hrsg.) (2011) Suizidprävention im Alter. Folien und Erläuterungen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung. Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag

Memorandum der

**Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im
Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro)**

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Prof. Dr. Arno Drinkmann, Eichstätt

Prof. Dr. Norbert Erlemeier, Odenthal

RA Daniela Hery, Mainz

Prof. Dr. Rolf D. Hirsch, Bonn

Priv.-Doz. Dr. Reinhard Lindner, Hamburg

Dr. Sylvia Schaller, Mannheim

Prof. Dr. Barbara Schneider, Köln

Dr. Uwe Sperling, Mannheim

Prof. Dr. Martin Teising, Berlin

Dr. Claus Wächtler, Hamburg

Prof. Dr. Hans Wedler, Stuttgart

Gestaltung und Druck:

asmuth druck + crossmedia gmbh & co. kg, Köln, 2015

ISBN: 978-3-938800-23-2

Eine Initiative der:



Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend