

# Suizidalität im Alter

## Einleitung

Selbstmord ist eine einsame Tat. Das Fehlen von sozialen Beziehungen trägt vermutlich zu einem nicht unbeträchtlichen Teil dazu bei, dass Menschen ihrem Leben ein Ende setzen. Dies gilt umso mehr für ältere Menschen, die Verluste nahestehender Personen erleben müssen und die auf Grund der zunehmend eingeschränkten sozialen Kontakte in Isolation geraten. Suizidäußerungen oder -handlungen können als Hilferuf betroffener Menschen verstanden werden. Dieser Hilferuf darf keinesfalls überhört werden.

In den westlichen Industrienationen ist man heute auf Grund der steigenden Lebenserwartung mit einer deutlich älter werdenden Bevölkerung konfrontiert. Dies stellt die Gesellschaft als Ganzes wie auch das Gesundheits- und Sozialsystem laufend vor neue Herausforderungen. Ältere Menschen stellen allerdings keine homogene Gruppe dar, das Bild des Alters ist deutlich bunter geworden. Die Lebensbedingungen der Menschen im dritten Lebensalter (d.h. der 60–75-jährigen) hat sich in den letzten Jahren ständig verbessert und bietet ganz neue Lebensmöglichkeiten – auch wenn die gesellschaftlich vorherrschende Einstellung zum Älterwerden immer noch eher negativ geprägt ist. Im „vierten Lebensalter“ (über 75-jährige) steigt allerdings das Risiko, bestimmten Belastungen, wie Verlusten von PartnerInnen und FreundInnen, schwerer Krankheit oder Behinderung, begleitet von entsprechenden Einschränkungen, ausgesetzt und damit auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, deutlich an. Dies zu akzeptieren stellt eine schwierige Aufgabe dar und ist oft mit erheblichen Kränkungen verbunden. Gesundheits- und Sozialpolitik, aber auch alle Menschen, die in die Betreuung älter-

er Menschen eingebunden sind, sind gefordert, sich mit diesen Themen auseinanderzusetzen und Betreuungskonzepte zu entwickeln, die ältere Menschen in ihren spezifischen Problemen unterstützen und dabei auch flexibel auf individuelle Lebensentwürfe Rücksicht nehmen.

## Epidemiologie suizidalen Verhaltens

Auch wenn nicht gerne darüber gesprochen wird – die Tatsachen belegen, dass ältere Menschen eine deutlich erhöhte Suizidrate im Vergleich zur Gesamtbevölkerung haben. 2012 haben sich in Österreich 1275 Menschen das Leben genommen. Mehr als ein Drittel aller Suizide entfielen auf Menschen im Alter über 65 Jahre. Im Jahr 2012

haben eine fast fünfmal so hohe Suizidrate (109,1 je 100.000) wie die Gesamtheit der österreichischen Männer.

## Ursachen der Suizidalität älterer Menschen

Suizidalität entwickelt sich immer aus einem komplexen Zusammenspiel von Umweltfaktoren, biologisch-somatischen, persönlichkeitspezifischen sowie Verhaltensaspekten. Selten gibt es den „einen“ Grund, der erklärt, warum ein Mensch nicht mehr leben möchte. Wie bereits erwähnt, werden viele Menschen mit zunehmendem Lebensalter mit belastenden Lebensereignissen konfrontiert. Sie verlieren ihnen nahestehende Personen oder erleben durch schwere Krankheiten zunehmende Einschränkungen. Vie-



© Melpomene / fotolia.com

waren das 343 Männer (Suizidrate: 53,9 je 100.000) und 125 Frauen (14,3 je 100.000). Das heißt, pro Tag nehmen sich in Österreich ein bis zwei ältere Menschen das Leben. Damit zählt die Suizidrate älterer Menschen in Österreich im europäischen Vergleich zu den höchsten, während dies für die Rate der Gesamtbevölkerung (15,3 je 100.000) nicht mehr gilt. Besonders gefährdet sind ältere Männer, die deutlich häufiger Suizide begehen als ältere Frauen. Männer über 85 Jah-

le Krisen werden aber auch durch veränderte Lebensumstände, die subjektiv als belastend erlebt werden, ausgelöst. Dazu gehören Schwierigkeiten in Beziehungen, das Ausscheiden aus dem Berufsleben und der damit verbundene Verlust von Bedeutung und Einfluss oder zunehmende körperliche Beeinträchtigung, die zu steigender Abhängigkeit führt. Pflegebedürftigkeit ist offenbar eine jener Einschränkungen des hohen Lebensalters, die von Betroffenen am meisten



gefürchtet wird und die Übersiedlung in eine Pflegeeinrichtung stellt für viele Menschen einen massiven Einschnitt im Leben dar. Dennoch wird dieses Ereignis im Vorfeld viel zu wenig als potentieller Krisenauslöser beachtet. Besonders Krisen älterer Männer sind oft mit einem hohen Maß an Hoffnungslosigkeit und Resignation verbunden und dementsprechend haben die Betroffenen leider oft eine geringe Bereitschaft, beratende oder psychotherapeutische Hilfe anzunehmen.

Viele ältere Menschen verfügen jedoch auf Grund ihrer Lebenserfahrung in manchen Krisensituationen sogar über bessere Bewältigungsstrategien als jüngere Menschen. Man muss bei der Unterstützung älterer Menschen also sowohl die Risiken, die das Älterwerden in sich trägt, berücksichtigen, als auch die Kompetenz und die Entwicklungschancen älterer Menschen nutzen!

Wie die zentralen Aufgaben dieses Lebensabschnitts bewältigt werden, hängt also davon ab, ob es gelingt, das Altern und die damit verbundenen Einschränkungen und Verluste anzunehmen. Der ältere Mensch ist gefordert, die Ordnung des Lebens mit jener des Todes zu verbinden (Kruse, 2009). Erikson (1959) spricht von Generativität als der Fähigkeit, eigene Erfahrungen und Fertigkeiten an die nächste Generation weiterzugeben und von Integrität als Ziel glücklicher Bewältigung und stellt dies dem Begriff Lebenskekel gegenüber. Misslingt der Integrationsprozess, verarbeiten ältere Menschen die sich häufenden, manchmal aber auch nur gedanklich antizipierten Verluste als massive Kränkungen, die das Selbstwertgefühl verletzen oder zerstören. Unzufriedenheit mit dem eigenen Leben, Selbstverachtung und das Erleben

von Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit lassen den älteren Menschen unter Umständen so verzweifeln, dass ein Suizid der scheinbar einzige Ausweg bleibt. Zunehmende Isolation und damit einhergehend intensive Gefühle von Einsamkeit stellen wesentliche Faktoren für Suizidalität im Alter dar.

Viele Suizidversuche und Suizide finden vor dem Hintergrund psychischer Störungen statt. Jeder vierte Mensch über 65 leidet an einer psychischen Erkrankung. Am häufigsten sind dabei Depressionen zu finden (Schmidtko et al., 2004). Wichtig zu wissen ist, dass sich depressive Verstimmungen mit steigendem Alter zunächst oft in Form diffuser körperlicher Symptome zeigen (vgl. Kapusta, Stein, Sonneck, 2006).

Schwere körperliche Erkrankungen erhöhen die Suizidgefahr. Oft werden diese von Depressionen begleitet. Dabei kommt es öfter am Beginn der Erkrankung, insbesondere nach der Diagnosestellung, zu krisenhaften Entwicklungen mit Suizidgefahr, seltener in späteren Phasen. Die Phantasien über befürchtete Folgen der Erkrankung bestimmen zu diesem Zeitpunkt in bedrohlicher Weise das innere Erleben und können zu Gefühlen von Auswegs- und Hoffnungslosigkeit und damit zu suizidalen Entwicklungen führen. Um Suizide terminal Kranker zu verhindern ist eine gute Versorgung mit Einrichtungen, die Palliativmedizin, adäquate Schmerztherapie und Sterbebegleitung anbieten, entscheidend.

#### **Warnsignale**

Menschen, die nicht mehr leben wollen, fühlen sich eingeengt. Persönliche Handlungsmöglichkeiten können als Folge äußerer Umstände, z.B. durch den Verlust des Partners oder der Partnerin oder eine schwere Krankheit, oder auf Grund persönlicher

Umstände und Einstellungen zunehmend eingeschränkt sein. Die Betroffenen grübeln und ziehen sich aus ihren zwischenmenschlichen Beziehungen zurück. Innerlich bewegen sich die Wahrnehmung der Welt und das Denken nur in eine negative Richtung. Diese Menschen verlieren die Freude an Dingen, die sie früher gerne gemacht haben. Ihre Gefühlswelt ist von negativen Gedanken überschattet, sie fühlen sich zunehmend ängstlich, verzweifelt und hoffnungslos.

Für die meisten Menschen gibt es etwas im Leben, das von ganz besonderer Bedeutung ist und das sie daher von einer Selbsttötung abhält. Das können Beziehungen zu nahestehenden Menschen sein, aber auch religiöse und spirituelle Werte oder die Pflege eines lieb gewonnenen Haustieres. Werden solche zentralen Werte in Frage gestellt, kann dies ein letzter, sehr ernster Schritt in Richtung Suizid sein.

Entgegen der oft fälschlich vorherrschenden Meinung, dass eine Person, die darüber spricht, sich ohnehin nicht das Leben nimmt, werden die allermeisten Suizide direkt oder indirekt angekündigt, oft sogar mehrfach. Äußerungen wie „Ich will nicht mehr leben.“, „Ich kann nicht mehr weiter.“, „Wenn das nicht anders wird, passiert etwas.“ etc. müssen unbedingt ernst genommen werden. Je konkreter die Planung ist („Morgen springe ich.“), je weniger Alternativen erwogen werden, desto bedrohlicher ist die Situation einzuschätzen, desto mehr Handlungsbedarf besteht. Ist das geplante Suizidmittel (z.B. eine Waffe, Medikamente) auch noch verfügbar, sollte unbedingt über professionelle Hilfe nachgedacht werden. Wenn die Suizidideen das Denken beherrschen, wenn sie sich also „aufdrängen“, ist das ganz beson-

ders beunruhigend. Aufmerksamkeit ist auch gefordert, wenn insbesondere Männer sich ihrer Umwelt gegenüber feindselig, ablehnend oder aggressiv verhalten. Männer tendieren dazu, auf diese Weise ihre Verzweiflung zu verbergen.

Wenn ein Mensch, der zuvor konkrete Suizidabsichten geäußert hat, plötzlich entspannt wirkt, sich seine Stimmungslage überraschend gebessert hat, obwohl die Belastungen unvermindert weiterbestehen, sollte an einen feststehenden Suizidplan gedacht werden. Menschen, die den Entschluss gefasst haben sich das Leben zu nehmen, fühlen sich unter Umständen entlastet und haben das Gefühl, einen Ausweg für Ihre verzweifelte Situation gefunden zu haben. Bis zu diesem Zeitpunkt quälten sie sich mit einem inneren Widerspruch. Sie sind einerseits so verzweifelt, dass sie überlegen sich zu töten und haben gleichzeitig die Hoffnung auf Hilfe noch nicht aufgegeben. Diese Menschen sprechen auch oft über ihre innere Not. Das tut der entschlossene Mensch nicht mehr. Oft bringt er Dinge noch in Ordnung, verfasst ein Testament oder verschenkt Gegenstände von persönlichem Wert. Umso erschütternder ist es, wenn sich dieser Mensch kurze Zeit darauf das Leben nimmt.

### Behandlung der Suizidalität

Ein zentrales Problem der Suizidprävention im Alter stellt die Tatsache dar, dass ältere Menschen Kriseneinrichtungen wie auch andere psychosoziale Hilfsangebote relativ selten in Anspruch nehmen. Angebote von Kriseneinrichtungen sind schon auf Grund der räumlichen Distanz eher auf die Bedürfnisse jüngerer Menschen ausgerichtet, die Vernetzung mit der Altenhilfe ist mangelhaft und oft wissen ältere Menschen gar nicht von den Hilfsangeboten. Viele ältere Menschen fürchten auch immer noch Stigmatisierung, wenn sie psychosoziale Hilfe in Anspruch nehmen und haben zudem häufig grundsätzlich Schwierigkeiten damit, die Hilfe fremder Personen zu akzeptieren. Daher kommt jenen Bezugspersonen, die in die Betreuung von älteren Menschen eingebunden und diesen vertraut sind, eine besondere Rolle zu. Die Kooperation und Vernetzung mit ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, aber selbstverständlich auch mit MitarbeiterInnen ambulanter und stationärer Alten- und Krankenpflegeeinrichtungen ist unerlässlicher Bestandteile guter Suizid-

prävention, ebenso wie Schulungsmaßnahmen (siehe weiter unten). Die Betreuungspersonen kennen die Betroffenen meist über einen längeren Zeitraum und sind dadurch eher in der Lage, die körperliche und psychische Symptomatik richtig einzuordnen und eine Gefährdung rechtzeitig zu erkennen. Oftmals besteht außerdem ein besonderes Vertrauensverhältnis. Man kann davon ausgehen, dass der ältere Mensch das Gesprächsangebot bzw. einen Behandlungsvorschlag ihm vertrauter Personen eher annehmen kann.

Grundsätzlich gilt, dass ein offenes Gespräch über die Situation, die Not und Verzweiflung und etwaige Suizidgedanken immer hilfreich ist. Das Angebot einer verstehenden tragfähigen Beziehung steht meist im Widerspruch zur Selbsttötungsabsicht. Eine



wichtige Grundregel im Umgang mit suizidalen Menschen lautet: Wenn man das Gefühl hat, der Gesprächspartner oder die Gesprächspartnerin könnte an Suizid denken, dann soll man ihn oder sie danach fragen!

Benötigen Betroffenen eine längere Behandlung, ist es wichtig festzustellen, welche Störung der Suizidalität zu Grunde liegt. Psychiatrisch medikamentöse Behandlung, Psychotherapie und soziale Maßnahmen wie die Förderung sozialer Kontakte und das Einbeziehen in soziale Netzwerke ergänzen einander. Die Effektivität von Psychotherapie im Alter ist mittlerweile mehrfach belegt (Radebold 1992). Das Angebot muss aber stärker an die aktuelle Lebenssituation des älteren Menschen angepasst werden.

### Das Projekt „Suizidprävention in der psychosozialen und medizinischen Versorgung älterer Menschen“

Dieses vom Kriseninterventionszentrum Wien entwickelte Projekt wird vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger unterstützt.

Zentraler Bestandteil des Projektes ist die Vernetzung und Kooperation mit jenen Bezugspersonen, die in die Betreuung von älteren Menschen eingebunden und diesen vertraut sind, also ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und MitarbeiterInnen ambulanter und stationärer Alten- und Krankenpflegeeinrichtungen. Das Kriseninterventionszentrum bietet für die KollegInnen Schulungen an, deren Ziel es ist, für das Thema zu sensibilisieren, Hemmschwellen abzubauen, Kompetenz im Umgang mit psychosozialen Krisen und suizidalen Entwicklungen älterer Menschen zu vermitteln und zu fördern. Dies erhöht die Chancen, dass Depressionen und Suizidgefährdung rechtzeitig erkannt und richtig eingeschätzt werden und sollte in der Folge frühzeitig eine gezielte Behandlung ermöglichen. Diese Schulungen werden auf Anfrage von MitarbeiterInnen des Kriseninterventionszentrums durchgeführt.

Das negative gesellschaftliche Altersbild kann sich auch negativ auf das Selbstkonzept älterer Menschen auswirken. Somit stellt die Aufklärung der Öffentlichkeit über Probleme des Älterwerdens mit dem Ziel einer Einstellungs- und Verhaltensänderung in der Bevölkerung ein ganz wichtiges übergeordnetes Ziel dar. Die frühzeitige Thematisierung existentieller Fragen am Lebensende sollte auch dazu beitragen, dass sich Menschen früher auf Altersprobleme und unvermeidliche Einbußen von Selbstständigkeit einstellen und sich mit den Fragen nach dem Lebenssinn oder der eigenen Endlichkeit auseinandersetzen. Es gibt keine allgemeingültigen Antworten, jeder Mensch ist gefordert, seine individuellen Lösungen zu finden. Um für diese Themen zu sensibilisieren und über Umstände aufzuklären, die Menschen verzweifeln lassen, wurde vom Kriseninterventionszentrum die Broschüre „Ich will SO nicht mehr weiterleben. Die Herausforderungen des Älterwerdens meistern“ veröffentlicht. Inhalte sind: Warnsignale einer Suizidgefährdung im Alter, Ursachen und Entstehung der Suizidalität im Alter, Möglichkeiten der Gesprächsführung und Krisenhilfe im Alter, Kontaktadressen und Ansprechpartner. Diese Broschüre und ein kürzerer Folder für Betroffene können beim Kriseninterventionszentrum angefordert werden. Auch Kontakte mit Medien und Vorträge vor Betroffenen (z.B. bei der Seniorenmesse) sollen zur Enttabuisierung beitragen.

Es ist notwendig, der Isolation und Verein-samung älterer Menschen entgegenzu-wirken. Neue Behandlungskonzepte für ältere Menschen sind zu entwickeln und Behandlungseinrichtungen bereitzustellen, die an den Bedürfnissen der Betroffenen ori-entiert sind. Auf Grund zunehmender Multi-morbidität und den damit einhergehenden lebenspraktischen Einschränkungen ist die problemlose Erreichbarkeit ein wichtiger Faktor bei der Entscheidung, Hilfseinrich-tungen in Anspruch zu nehmen. Dement-sprechend ist der Ausbau wohnortnaher Ein-richtungen wünschenswert, ebenso wie die Bereitstellung zugehender Unterstüt-zungsangebote, z.B. spezielle Telefonkontaktdienste für ältere Menschen. Ein gutes Bei-spiel dafür ist ein Telefondienst in Oberitalien, der regelmäßige Anrufe bei hochbetagten, alleinstehenden Menschen garantiert. Dies hat zu einer deutlichen Reduktion der

Suizidrate in dieser Region geführt (DeLeo et al., 2002). Solche spezifischen Angebote sollen von einem Grundwissen über die heutigen Lebensprobleme älterer Menschen geprägt sein. Es bedarf sozialer Begeg-nungsräume, wo auch über Befindlichkeiten und Probleme gesprochen werden kann. Die bessere Vernetzung älterer Menschen untereinander, eventuell in Form aufsuchen-der Laienbetreuung durch andere Ältere, wäre ein weiterer sinnvoller Zugang (Stein, 2008).

Ein wesentliches Ziel der Suizidprävention muss also sein, ein Altern in Würde zu ermöglichen. Dazu gehört vor allen Dingen auch, ältere Menschen nicht vom öffentlichen Leben auszuschließen, sondern ihnen so-ziale Teilhabe zu ermöglichen. Dabei geht es nicht nur um soziale Integration, sondern auch um die Möglichkeit, den öffentlichen

Raum mitzugestalten, d.h. Mitverantwortung für andere zu übernehmen und so die Er-fahrung machen zu können, von anderen Menschen gebraucht zu werden.

**Dr. Claudius Stein**

Kriseninterventionszentrum Wien  
 claudius.stein@kriseninterventionszentrum.at

Literatur beim Verfasser

Anfragen für Seminare und  
 Anforderung von Broschüren:  
 Mag.ª Dagmar Ferstl 4069595-26  
 verwaltung@kriseninterventionszentrum.at

**10. Gemeinsamer Österreichisch-Deutscher Geriatriekongress**  
**55. Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie**

# Public Health für eine alternde Gesellschaft

26.-28. März 2015, Congress Center, Messe Wien

## Themen

- Prävention, Diagnose und Therapie chronischer Erkrankungen:  
 Diabetes, Herzinsuffizienz, COPD, Hypertonie, Demenz, Dysphagie
- Frailty-Marker
- Psychische Gesundheit im Alter - jenseits von Demenz
- Onkologie, Kommunikation in der Onkologie
- End-of-life Care – Palliative Geriatrie
- Ernährung
- Schmerz
- „Choosing Wisely“ Partizipative Entscheidungen – was macht (noch) Sinn?
- Alterstraumatologie
- ICF als gemeinsame Sprache des therapeutischen Teams, Interdisziplinarität
- 2. Evolutionsstufe „Geriatisches Assessment“
- Entlassungsmanagement
- Pflegende Angehörige
- Psychosomatik in der Geriatrie
- Was ist gesund? – Wohlbefinden trotz Krankheit
- Gesundheitsförderung, Gesundheitsbildung
- Impfungen
- Qualitätssicherung, Qualitätsindikatoren und Qualitäts-messung
- Versorgungsforschung, Versorgungsqualität, Vernetzung
- Biogerontologie, Translationale Forschung
- CORE CURRICULUM GERIATRIE

**Information und Anmeldung unter**  
[www.geriatriekongress.at](http://www.geriatriekongress.at)



© Johannes Plank

