

## Suizidprävention im Alter

„Getting older is not for softies. Be yourself - it's not easy, but someone's got to do it.“ Dieses Zitat charakterisiert meines Erachtens sehr treffend, wie man den zentralen Aufgaben dieses Lebensabschnittes begegnen kann. Es gilt, aufbauend auf der eigenen, hoffentlich gefestigten, Identität und ausgerüstet mit den vielen Erfahrungen und Problemlösungsstrategien, die man sich im Laufe eines langen Lebens erworben hat, jene Entwicklungschancen, die das Älterwerden auch mit sich bringt, zu nutzen. So sollte es schließlich möglich sein, das Alter 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 geglückter Bewältigung. Dies verspricht ein bis ins hohe Alter zufriedenstellendes Leben, wie es viele Menschen tatsächlich führen. Als Gegenpol spricht Erikson vom „Lebensekel“. Wenn der Integrationsprozess misslingt, verarbeiten ältere Menschen die sich häufenden, manchmal aber auch nur gedanklich antizipierten Verlusterlebnisse als massive Kränkungen, die das Selbstwertgefühl verletzen oder zerstören.

Dies trägt zur beunruhigend hohen Suizidrate älterer Menschen - insbesondere älterer Männer – in Österreich bei und zwingt uns geradezu, uns verstärkt mit den gesellschaftlichen Entwicklungen und Problemen zu beschäftigen, die damit verbunden sind, dass wir heute in den westlichen Industrienationen auf Grund der steigenden Lebenserwartung mit einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung konfrontiert sind. Die Gesellschaft als Ganzes wie auch das Gesundheits- und Sozialsystem sind gefordert, Konzepte zu entwickeln, die ältere Menschen in ihren spezifischen Problemen unterstützen und dabei auch flexibel auf individuelle Lebensentwürfe Rücksicht nehmen. Wir dürfen dabei nicht übersehen, dass ältere Menschen keine homogene Gruppe darstellen. Das Alter umfasst eine Lebensspanne von über 40 Jahren. Der Gesundheitszustand, die ökonomischen Möglichkeiten, die soziale Einbindung, unterschiedliche Werthaltungen und Lebensstile differenzieren diese Gruppe nachhaltig. Während sich einerseits die Lebensbedingungen der Menschen im dritten Lebensalter (d.h. der 60 –75-jährigen, Kruse, 2009) in den letzten Jahren ständig verbessert haben, steigt das Risiko, bestimmten Belastungen wie Verlusten von Partnern und Freunden, schwerer Krankheit oder Behinderung, begleitet von entsprechenden Einschränkungen, ausgesetzt zu sein, im „vierten Lebensalter“ (über 75-jährige) deutlich an.

Trotzdem wurden suizidpräventive Maßnahmen speziell für diese Gruppe von Menschen bisher vernachlässigt. Wie es scheint, gibt es immer noch eine gewisse Reserviertheit unserer Gesellschaft dem Alter gegenüber. Als Folge dieses negativ getönten Altersbildes

werden Suizide älterer Menschen oft stillschweigend gebilligt. Dabei suggeriert der Begriff „Freitod“ eine frei gewählte Entscheidung zur Selbsttötung, die in den allermeisten Fällen schon auf Grund der eingeschränkten Lebensmöglichkeiten so nicht existieren kann.

### **Soziodemographische Fakten**

Nahezu ein Drittel aller Suizide entfallen auf Menschen im Alter über 65 Jahren (vgl. Etzersdorfer et al. 2005, Kapusta et al. 2009, Kapusta, 2011, 2012). Im Jahr 2012 haben sich 343 Männer (Suizidrate: 53,9/100.000) und 125 Frauen (14,3/100.000) über 65 Jahre das Leben genommen. Damit zählt die Suizidrate älterer Menschen in Österreich im europäischen Vergleich zu den höchsten, während dies für die Rate der Gesamtbevölkerung (2013: 1291 Personen; Rate 15,5/100.000) nicht mehr gilt. Dramatisch ist die Situation bei Männern über 85, die eine fast fünfmal so hohe Suizidrate (109,1/100.000) wie die Gesamtheit der österreichischen Männer haben. Die Suizidhandlungen älterer Menschen sind oft eindeutiger und klarer geplant und mehr von bilanzierenden Motiven und einem deutlichen Todeswunsch als von appellativ manipulativen Intentionen geprägt (vgl. Wolfersdorf et al., 2002).

Besonders alleinstehende, geschiedene und verwitwete Männer haben ein hohes Risiko. Eine Untersuchung von Wilkening ergibt für verwitwete ältere Männer im Vergleich zur männlichen Gesamtbevölkerung ein 2,5-fach erhöhtes Risiko, im Jahr nach dem Tod der Partnerin an einem Suizid zu sterben (vgl., Wilkening 1997).

### **Welches sind die Ursachen, Motive und Beweggründe, die ältere Menschen so verzweifeln lassen, dass sie nicht mehr leben wollen?**

Wie wir wissen, entwickelt sich Suizidalität immer aus einem komplexen Zusammenspiel von Umweltfaktoren, biologisch-somatischen, persönlichkeitspezifischen sowie Verhaltensaspekten. Nie gibt es den „einen“ Grund, der erklärt, warum ein Mensch nicht mehr leben möchte.

Psychosoziale Krisen können sich so zuspitzen, dass Betroffene keinen anderen Ausweg sehen als sich das Leben zu nehmen. Gelingt es aber die Krise zu bewältigen, bleibt dies oft die einzige suizidale Episode im Leben. Viele Menschen werden mit zunehmendem Lebensalter verstärkt mit solch belastenden Lebensereignissen konfrontiert. Sie verlieren ihnen nahestehende Personen oder fühlen sich durch die Diagnose einer schweren Krankheit bedroht. Viele Krisen werden aber auch durch veränderte Lebensumstände, die subjektiv als belastend erlebt werden, ausgelöst. Dazu gehören Schwierigkeiten in Beziehungen, Ausscheiden aus dem Berufsleben und der damit verbundene Verlust von Bedeutung und Einfluss, oder zunehmende körperliche Beeinträchtigung, die zu Einschränkungen und steigender Abhängigkeit führt. Dazu gehören z.B. Minderung oder Verlust der Sehschärfe bis hin zur Erblindung, Minderung und Verlust des Gehörs oder chronischer Schmerz und Bewegungseinschränkungen.

Pflegebedürftigkeit ist offenbar eine jener Einschränkungen des hohen Lebensalters, die von Betroffenen am meisten gefürchtet wird. Alarmierend ist die Tatsache, dass viele Menschen, die in ein Pflegeheim kommen, im ersten Jahr nach dem Einzug versterben (Schmidtke et al., 2009). Dieser oft nicht freiwillige, sondern durch die Umstände erzwungene Wohnortwechsel stellt eine massive Zäsur im Leben der Betroffenen dar, wird im Vorfeld aber trotzdem viel zu wenig als potentieller Krisenauslöser beachtet. Soziale Probleme und finanzielle Sorgen und besonders zunehmende Isolation und damit einhergehend intensive Gefühle von Einsamkeit stellen weitere wesentliche Faktoren für Suizidalität im Alter dar. Besonders bei älteren Männern finden wir in diesen krisenhaften Situationen ein hohes Maß an Hoffnungslosigkeit und Resignation und dementsprechend eine geringe Bereitschaft, beratende oder psychotherapeutische Hilfe anzunehmen.

Nicht übersehen werden sollte aber keinesfalls, dass viele ältere Menschen auf Grund ihrer Lebenserfahrung in manchen Krisensituationen über bessere Bewältigungsstrategien verfügen 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.

Das eigene Leben selbständig und unabhängig von der Hilfe anderer bewältigen zu können, ist in der Vorstellung vieler Menschen unerlässlich für Wohlbefinden und Zufriedenheit. Gerade im Alter muss aber zunehmend mit der Einschränkung von Möglichkeiten und Fähigkeiten bis hin zur Pflegebedürftigkeit gerechnet werden. Der tatsächliche oder vermeintliche Verlust der Selbständigkeit kann als massive Kränkung erlebt werden, die Gefühle von Ohnmacht, Abhängigkeit und Wut auslöst und die eigene Identität in Frage stellt. Man spricht von einer narzisstischen Krise. Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Leben und die Selbstverachtung lassen den älteren Menschen unter Umständen so verzweifeln, dass ein Suizid der scheinbar einzige Ausweg bleibt.

Viele Suizidversuche und Suizide finden natürlich vor dem Hintergrund psychischer Störungen statt. Forschungen, z.B. jene Conwell gehen davon aus, dass in etwa 70 – 90% aller Suizidfälle bei älteren Menschen in der Vorgeschichte eine psychiatrische Erkrankung vorgelegen hat (Conwell, 2000). In den meisten Fällen waren dies depressive Episoden. Zu beachten ist, dass depressive Inhalte mit steigendem Alter immer häufiger über körperliche Symptome und hypochondrische Befürchtungen ausgedrückt werden (vgl. Kapusta, Stein, Sonneck, 2006). Menschen mit Depressionen weisen generell eine zwanzigmal höhere Suizidrate auf als der Durchschnitt der Bevölkerung. Je schwerer die Depression desto höher ist das Suizidrisiko.

Ausgeprägte Zusammenhänge gibt es auch bei Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch, wobei wiederum die Kombination von Depression und Substanzmittelmissbrauch eine besondere Gefahr darstellt. Meist geht dabei die depressive Störung dem Substanzmissbrauch voran. Wie wir wissen werden Alkohol und Drogen nicht selten dazu verwendet, die quälenden Gefühle von Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit zu dämpfen. Dies gelingt aber nur eine begrenzte Zeit, in der Folge verstärken sich die

Störungen wechselseitig. Hingegen spielen psychotische Erkrankungen bei Suiziden im Alter keine so bedeutsame Rolle (Conwell et al., 1996).

Schwere körperliche Erkrankungen, besonders schwere fortschreitende Nierenerkrankungen, neurologische Erkrankungen und Krebserkrankungen erhöhen die Suizidgefahr. Oft besteht eine deutliche Komorbidität mit Depressivität. 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.

Viele Menschen verfügen aber über eine große Anpassungsfähigkeit und gute Ressourcen und lernen auch schwerwiegende Veränderungen zu akzeptieren und den Sinn in ihrem Leben zu behalten. Dabei kommt der Unterstützung durch ihre Umgebung eine hohe Bedeutung zu.

Keine höhere Suizidrate finden wir bei demenzkranken Menschen (3 von 4 Studien u.a. Conwell et al., 2002). Suizide terminal Kranker wiederum können eher durch die Optimierung von Palliativmedizin und Sterbebegleitung, insbesondere auch durch adäquate Schmerztherapie, als durch psychiatrische Interventionen verhindert werden.

### **Suizidprävention im Alter**

In der Folge möchte ich über konkrete suizidpräventive Maßnahmen sprechen und ihnen das Projekt „Suizidprävention in der psychosozialen und medizinischen Versorgung älterer Menschen“, das das Kriseninterventionszentrum mit Unterstützung des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger entwickelt hat, vorstellen.

Wir alle wissen, dass ein offenes Gespräch über die Situation, die innere Not und Verzweiflung und etwaige Suizidgedanken für Menschen in suizidalen Krisen immer hilfreich ist. Das Angebot einer verstehenden tragfähigen Beziehung steht immer im Widerspruch zur Selbsttötungsabsicht.

Ein zentrales Problem der Suizidprävention im Alter ist aber die Tatsache, dass ältere Menschen Kriseneinrichtungen wie auch andere psychosoziale Hilfsangebote selten in Anspruch nehmen. Warum ist das so? Angebote von Kriseneinrichtungen sind schon auf Grund der fehlenden räumlichen Nähe eher auf die Bedürfnisse jüngerer Menschen ausgerichtet, es gibt Informationsdefizite bei älteren Menschen und gerade wenn ältere Menschen sozial isoliert sind auch einen Mangel an VermittlungspartnerInnen. Viele ältere Menschen fürchten immer noch Stigmatisierung, wenn sie psychosoziale Hilfe in Anspruch nehmen und haben zudem häufig Schwierigkeiten damit, die Hilfe fremder Personen zu akzeptieren.

Damit kommt jenen Bezugspersonen, die in die Betreuung von älteren Menschen eingebunden und diesen vertraut sind, eine besondere Rolle zu. Dazu gehören natürlich insbesondere die HausärztInnen. Er/Sie kennt die PatientInnen meist über einen längeren Zeitraum und ist dadurch eher in der Lage, die körperliche und psychische Symptomatik richtig einzuordnen und somit eine Gefährdung rechtzeitig zu erkennen. Oftmals besteht außerdem ein besonderes Vertrauensverhältnis. Der ältere Mensch wird demgemäß das Gesprächsangebot bzw. einen Behandlungsvorschlag des Arztes/der Ärztin eher annehmen können. 40-70% aller älteren Suizidenten waren innerhalb der letzten 30 Tage vor dem Suizid in einer Erstversorgung vorstellig geworden (Cattel und Jolley, 1995). Ältere Menschen machen hingegen seltener von psychiatrischen Hilfseinrichtungen Gebrauch. (Conwell, 2001).

Auch MitarbeiterInnen ambulanter und stationärer Alten- und Krankenpflegeeinrichtungen können zu Vertrauenspersonen werden. Die Zusammenarbeit mit stationären und ambulanten Einrichtungen, die in der Versorgung älterer Menschen eine Rolle spielen, ist damit ein wesentlicher Schritt. Diese Berufsgruppen dürfen mit diesem Problem nicht alleingelassen werden. Schulungsmaßnahmen und bessere Vernetzung sind unerlässliche Bestandteile guter Suizidprävention. Ziel unsrer Schulungen ist es, für das Thema zu sensibilisieren, Hemmschwellen abzubauen, Kompetenz im Umgang mit psychosozialen Krisen und suizidalen Entwicklungen älterer Menschen zu vermitteln und zu fördern und somit die Chancen, Depression und Suizidgefährdung im Alter zu erkennen und richtig einzuschätzen, zu verbessern, und damit eine frühzeitige Behandlung zu ermöglichen.

Das negative gesellschaftliche Altersbild kann sich auch ungünstig 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 eminent 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. Es ist wichtig zu sehen, dass es auch in einem hohen Lebensalter noch viele Menschen gibt, die ihr Leben selbständig führen können. Sie leben im eigenen Haushalt, haben durch ihre Lebenserfahrung viele Ressourcen und Bewältigungsstrategien, sind in ein tragfähiges soziales Netz eingebettet oder können sich bei Bedarf Fremdhilfe organisieren. Vielen gelingt die Neuausrichtung ihres Lebens. Über 70% erleben keine gravierende Einschränkung ihrer geistigen Leistungsfähigkeit. Neben Gewohntem ergeben sich neue Möglichkeiten und Aufgaben.

Um für diese Themen zu sensibilisieren und über Umstände aufzuklären, die Menschen verzweifeln lassen, wurde vom Kriseninterventionszentrum mit Unterstützung des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger 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. Auch Kontakte mit Medien und Vorträge vor Betroffenen (z.B. bei der Seniorenmesse) sollen zur Enttabuisierung beitragen.

Es ist notwendig, der Isolation und Vereinsamung älterer Menschen entgegenzuwirken. Präventive Strategien müssen Interesse an und Verbundenheit mit anderen vermitteln (Wächtler, 2009). Verbundenheit mit anderen steht immer ein Stück im Widerspruch zur Selbsttötungsabsicht. Neue Behandlungskonzepte für ältere Menschen sind zu entwickeln und Behandlungseinrichtungen bereitzustellen, die an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert sind. Auf Grund zunehmender Multimorbidität und den damit einhergehenden lebenspraktischen Einschränkungen ist die problemlose Erreichbarkeit ein wichtiger Faktor bei der Entscheidung, Hilfseinrichtungen in Anspruch zu nehmen. Dementsprechend ist ein Ausbau wohnortnaher Einrichtungen wünschenswert, ebenso wie die Bereitstellung zugehender Unterstützungsangebote, z.B. spezielle Telefonkontaktdienste für ältere Menschen. Zum Beispiel gibt es in Oberitalien einen Telefondienst, der regelmäßige Anrufe bei hochbetagten, alleinstehenden Menschen garantiert, was die Senkung der Suizidrate zur Folge hatte (DeLeo et al., 2002). Spezifische Angebote sollen von einem Grundwissen über die heutigen Lebensprobleme älterer Menschen geprägt sein. Es bedarf sozialer Begegnungsräume, wo auch über Befindlichkeiten und Probleme gesprochen werden kann. Die bessere Vernetzung älterer Menschen untereinander, eventuell in Form aufsuchender Laienbetreuung durch andere Ältere, wäre ein weiterer sinnvoller Zugang (Stein, 2008).

Abschließend noch ein paar Worte zur konkreten Behandlung. Ist es gelungen mit dem suizidalen Menschen in Beziehung zu treten, hat man sich dann die Frage zu stellen, ob aufgrund der akuten Gefährdung eine stationäre Behandlung notwendig ist oder eine ambulante Krisenintervention ausreichenden Schutz gewährt. Steht die Suizidalität im Zusammenhang mit einer aktuellen Krise (z.B. Verlust eines Partners oder Diagnose einer schweren Krankheit) ist ein Kriseninterventionsangebot sinnvoll. Liegt eher ein längerfristiges Problem vor, eine psychiatrische Erkrankung, die immer wieder mit Suizidgedanken einhergeht, macht dies eine längerfristige psychiatrisch-medikamentöse Therapie und/oder Psychotherapie notwendig ist.

Die Strategie der Langzeitbehandlung wird sich primär an der zu Grunde liegenden Störung orientieren. Nach wie vor stellt es ein Problem dar, dass Depressionen im höheren Lebensalter oft unerkannt und damit unbehandelt bleiben. Eine antidepressive Medikation muss speziell auf die Situation des älteren Menschen abgestimmt werden. Vor allen Dingen ist zu beachten, dass das Nebenwirkungsprofil von Psychopharmaka bei älteren Menschen auch auf Grund der Multimorbidität anders und damit schwieriger einzuschätzen ist. Es kann also Sinn machen, für die medikamentöse Behandlung gerontologisch erfahrene Psychiater beizuziehen. Psychiatrische und speziell medikamentöse Therapie und Psychotherapie schließen einander keinesfalls aus, dies gilt besonders für die Selbstwertkrisen des höheren Lebensalters. Die Effektivität von Psychotherapie im Alter ist mittlerweile mehrfach belegt

(Radebold 1992, 1998). Das Angebot muss aber stärker an die aktuelle Lebenssituation des älteren Menschen angepasst werden.

Ein wesentliches Ziel der Suizidprävention muss also sein, das Diktum vom Altern in Würde nicht nur eine Floskel sein zu lassen, sondern mit Leben zu erfüllen. Dazu gehört vor allen Dingen, ältere Menschen nicht vom öffentlichen Leben auszuschließen, sondern ihnen soziale 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 Erfahrung machen zu können, von anderen Menschen gebraucht zu werden (Kruse, 2009). Denn um Viktor Frankl zu zitieren: „Wer ein Warum zu leben hat, erträgt auch jedes Wie“.

Dr. Claudius Stein  
Ärztlicher Leiter  
Dr. Thomas Kapitany  
Stv. Ärztlicher Leiter  
Kriseninterventionszentrum Wien  
Lazarettgasse 14A  
1090 Wien  
+43 1 4069595  
[www.kriseninterventionszentrum.at](http://www.kriseninterventionszentrum.at)

Literatur bei den Verfassern