

Todeswünsche ernst nehmen und den Lebenswillen stärken

Zur Suizidgefährdung und Suizidprävention im Alter



Uwe Sperling



In ihrem Film „Ich will sterben“ zeichnet Tina Soliman (2009) das Portrait vierer Menschen, die im Alter nicht mehr leben wollten. Im Begleittext findet man folgende Zitate aus dem Film: „Dreimal hat der Hamburger schon versucht, sich das Leben zu nehmen. Der tägliche Kräfteverfall deprimiert ihn, hat der ehemals erfolgsverwöhnte Jurist seiner Tochter erklärt, er fühle sich überflüssig.“ – „Im Grunde bedeutet Altwerden, dass man immer häufiger Abschied nehmen muss, von den körperlichen und geistigen Fähigkeiten, von Anerkennung, von Freunden, vom Lebenspartner“, so die 72-jährige Christel V., die vor einem Jahr ihren Mann verloren hat. Die Flensburgerin wollte nicht mehr leben und hat sich selbst in die Psychiatrie einweisen lassen, um etwas gegen ihre Depressionen zu tun.

Suizid und Suizidalität – Begriffe und Zahlen

In jedem Jahr nehmen sich in Deutschland etwa 10.000 Menschen das Leben. Von diesen waren im Jahr 2011 4.381 60 Jahre oder älter. Ältere Menschen haben sich demnach wesentlich häufiger umgebracht, als man es aufgrund ihres Bevölkerungsanteils von etwa 26% erwarten würde. Die Männer sind mit rund 70% aller Suizide im Alter stärker vertreten als die Frauen, auf der anderen Seite muss jedoch festgestellt werden, dass fast jede zweite Frau, die einen Suizid durchgeführt hat, 60 Jahre oder älter war. Die Altersverteilung der Suizidraten kann mit dem sogenannten „Ungarischen Muster“ beschrieben werden: Ab dem 75. Lebensjahr steigt die Suizidrate (Anzahl pro 100.000 der entsprechenden Altersgruppe) auffallend stark an: bei den 85–90-jährigen Männern auf über 75, bei den gleichaltrigen Frauen auf über 15, während die durchschnittliche Suizidrate in Deutschland bei 18 (Männer) bzw. 5,7 (Frauen) lag (Stand 2009). Diese Verteilung, die in den meisten Industrieländern zu finden ist, nennt man das „Ungarische Muster“ (siehe Abbildung 1), da man sie erstmals in

Ungarn in besonderer Ausprägung beobachtet hat.

Die Suizidrate in Deutschland liegt im weltweiten und europäischen Vergleich auf einem mittleren Niveau. Höher ist die Rate in Ländern wie Russland, Litauen, Ungarn oder Finnland, niedriger ist sie beispielsweise in Malta, Griechenland, Portugal oder Spanien.

Schwieriger ist es, die Zahl der Suizidversuche zu erfassen bzw. abzuschätzen. Man kann davon ausgehen, dass die Zahl der Suizidversuche etwa 10-mal höher ist als die der durchgeführten Suizide. Im Alter stehen den Suiziden weniger Suizidversuche gegenüber, was vor allem damit zusammenhängt, dass der Suizid im Alter oftmals weniger ein Hilfeappell an Andere, sondern ein letzter Akt in einer als

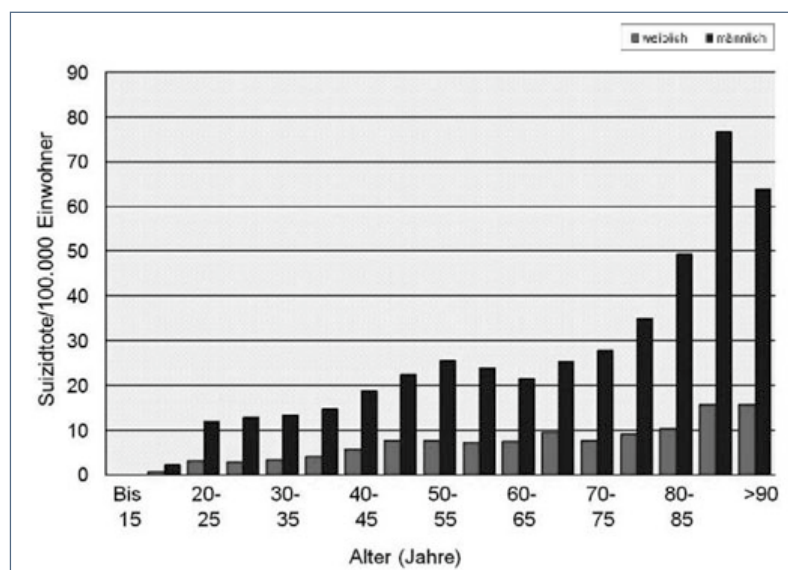


Abbildung 1: Suizidraten nach Alter und Geschlecht (2009)



hoffnungslos erlebten Lebenslage ist. Am häufigsten sind die Suizide durch Erhängen und Vergiften. Ältere Männer benutzen häufiger eine Schusswaffe als jüngere.

Als Suizidhandlung wird seit Stengel (1972) jeder Akt freiwilliger Selbstzerstörung bezeichnet, bei welchem die betreffende Person nicht sicher ist zu

Die Suizidrate in Deutschland liegt im weltweiten und europäischen Vergleich auf einem mittleren Niveau

überleben. Suizid ist demzufolge eine Suizidhandlung mit unmittelbar oder mittelbar tödlichem Ausgang. Suizidalität ist demgegenüber ein weiterer Begriff, der auch die gedankliche Be-

schäftigung mit dem Suizid und dessen Planung umfasst. Weiterhin gehören Gedanken, dass das Leben nicht (mehr) lebenswert sei und vor allem Todeswünsche zum Spektrum dessen, was der Begriff der Suizidalität abdeckt. Während ein Teil der Suizidologen aktive und passive Suizidalität deutlich voneinander abgrenzt, sprechen andere von einem Kontinuum der Suizidalität, das von dem Gefühl, dass das Leben nicht lebenswert sei, bis hin zum vollendeten Suizid reicht. Diese Sichtweise, die insbesondere von Scocco/De Leo (2002) vertreten wird, halte ich gerade für den Zugang zur Suizidalität im Alter für besonders hilfreich, da sie die von älteren Menschen geäußerten Todeswünsche in keiner Weise bagatellisiert und sie in ihrer Ernsthaftigkeit würdigt.

Was fördert Suizidalität im Alter?

Wir sind weit davon entfernt, Suizidhandlungen und Suizidgedanken im Alter zu erklären oder gar vorherzusagen. Es gibt keine überzeugenden Tests oder Fragebögen, die das Suizidrisiko im individuellen Fall zuverlässig erfassen würden. Die folgende

schematische Darstellung geht auf den Gerontopsychologen Erlemeier zurück und fasst wichtige Risikofaktoren, die bei der Entstehung von Suizidalität im Alter eine Rolle spielen, übersichtlich zusammen.

Zunächst sind die allgemeinen Risikofaktoren höheres Alter und männliches Geschlecht zu nennen, wie sie sich aus der Grafik zur Verteilung des sog. „Ungarischen Musters“ ablesen lassen. Dazu kommen schwerere Erkrankungen oder kritische Lebensereignisse in der Biografie, die das Risiko für Suizidalität erhöhen. Schließlich kann die aus den Anlagen und aus der Auseinandersetzung mit den Herausforderungen des Lebens hervorgegangene Persönlichkeit dazu beitragen, dass ein größeres Risiko, im Alter suizidal zu werden, besteht. Allerdings ist es wichtig zu beachten, dass das Vorhandensein von Risikofaktoren nichts darüber aussagt, ob es im Einzelfall wirklich zu Suizidgedanken, -plänen oder -handlungen kommt.

Weitere Einflussfaktoren können bei der Entstehung von Suizidalität im Alter eine Rolle spielen. Bei etwa 90% der Fälle liegt eine psychische Erkrankung, vor allem eine Depression, vor, aber auch Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen gehören zu den ausschlaggebenden Faktoren. Es wäre allerdings zu einfach zu sagen, dass diese allein die Suizidalität erklären würden. Akute und chronische Erkrankungen, insbesondere wenn sie mit Schmerzen oder der Angst vor Schmerzen verbunden sind, finden sich häufiger bei suizidalen Älteren als in der Gesamtbevölkerung. Einfluss hat auch, ob Suizidmittel leichter oder schwerer verfügbar sind, wie beispielsweise Schusswaffen bei älteren Männern oder präventiv verkleinerte Packungsgrößen für bestimmte Medikamente.

Suizidale ältere Menschen leben häufiger isoliert oder sie leiden darunter, dass ihre bestehenden sozialen Kontakte mit dem Alter abgebrochen sind. Menschen, die den Suizid eines Angehörigen oder besonders nahestehenden Menschen erleben mussten, haben selbst eine erhöhte Suizidwahrscheinlichkeit. Dies gilt auch nach einem gescheiterten Versuch, sich das Leben zu nehmen. Nicht zuletzt müs-

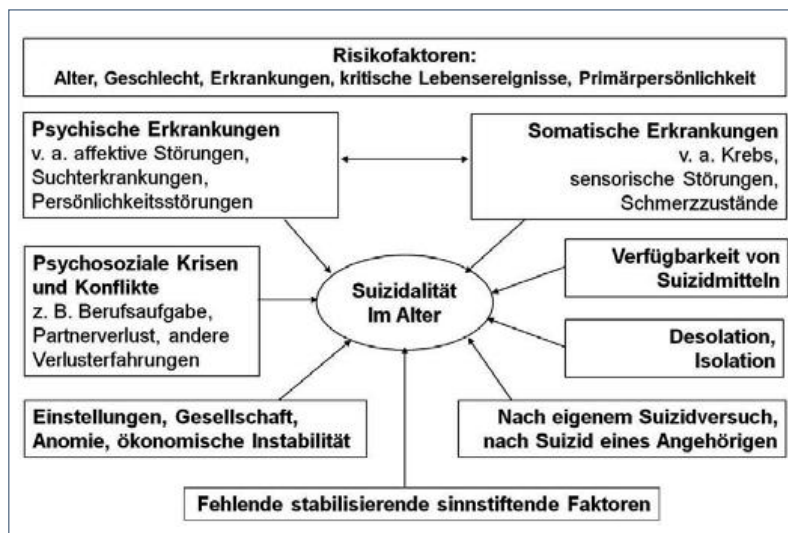


Abbildung 2: Schematische Darstellung: Einflussfaktoren für Suizidalität im Alter. Quelle: Schneider, Sperling, Wedler (2011)

sen psychosoziale Krisen und Konflikte angesprochen werden, die eine Person entweder schon lange Zeit belasten oder akut zum Auslöser einer suizidalen Krise werden können. Beispiele dafür sind der Verlust des Lebenspartners, die mit der Berufsaufgabe verbundenen Veränderungen, die Auseinandersetzung mit Funktionsverlusten nach akuten und bei chronisch fortschreitenden Erkrankungen, langjährige konflikthafte Partnerschaften oder schwierige Beziehungen zu Kindern (Linder 2012), aber auch aktuell erlebte Enttäuschungen. Die Auseinandersetzung mit solchen Krisen geschieht jedoch nicht nur individuell, sondern das Individuum steht im Austausch mit der jeweiligen gesellschaftlichen Wirk-



Eine Gesellschaft, die die Bedeutung des Menschen an seiner Nützlichkeit misst, trägt zur Suizidalität im Alter bei

lichkeit, deren Bedeutung für das Entstehen von Suizidalität im Alter nicht unterschätzt werden sollte. Dazu gehören in Deutschland einerseits die für die meisten Senioren gute ökonomische Situation und die anhaltend steigende Lebenserwartung bei überwiegend guter Gesundheit und die damit gewonnenen Freiheiten im Alter, auf der anderen Seite aber auch die mit dem demografischen Wandel verbundenen Sorgen, wie der Wohlstand aller Generationen gesichert werden soll, die Frage, welche Rollen Ältere in der Gesellschaft einnehmen können und sollen, ohne dass sie sich als Last für die anderen vorkommen und zugleich ohne dass sie in ungerechte oder überfordernde Leistungszwänge hineinkommen. Ein gesellschaftliches Klima, in dem das Alter vorwiegend unter dem Begriff der Alterslast in einem von Überalterung gezeichneten Land verhandelt würde und in dem man die Bedeutung eines Lebens primär nach seiner aktuellen Nützlichkeit bewertete, wären auf Dauer sicherlich ein weite-

rer Faktor, der zu einem Anwachsen der Suizidalität im Alter beitragen könnte. Ein weiterer, stärker bei der betreffenden Person angesiedelter Faktor ist schließlich in suizidfördernden eigenen Wertvorstellungen und fehlenden sinnstiftenden Sichtweisen des Alterns zu finden.

Welche Schutzfaktoren sind in Bezug auf die Suizidalität im Alter bekannt?

Für die Suizidprävention sind neben der Berücksichtigung von Risikofaktoren auch die Schutzfaktoren wichtig, die dazu beitragen, dass ältere Menschen in objektiv vergleichbarer Situation nicht suizidal werden. Die Forschung dazu ist eben erst im Wachsen und wird unter dem Begriff der Resilienz umfassender als bisher danach schauen, wodurch die Widerstandsfähigkeit des Menschen, außergewöhnlichen Belastungen standzuhalten, gefördert wird. Im Alter kann man darunter nicht nur die Fähigkeit verstehen, nach erlittenem Trauma ein positives Selbstwertgefühl zu bewahren, sondern



Suizidprävention setzt im Vorfeld suizidaler Krisen an

vor allem auch die Fähigkeit, trotz aller Verluste eine möglichst normale Funktionsfähigkeit aufrechtzuerhalten und unvermeidbare Funktionseinschränkungen zu verarbeiten (Staudinger, Greve 1997). Als weitere Schutzfaktoren in Bezug auf Suizidalität im Alter

Die genannten Einflussfaktoren können helfen, die multifaktorielle Bedingtheit der Suizidalität aufzuschlüsseln, sie genügen im Einzelfall zwar nicht, Suizidgedanken oder Suizidhandlungen zu erklären, sie stellen jedoch Ansatzpunkte für die Suizidprävention dar.

sind das Kohärenzgefühl, ein sinnstiftender Wertehorizont einschließlich der Berücksichtigung spiritueller Bedürfnisse, soziale Einbindung und die damit verbundene emotionale Unterstützung sowie eine ausreichende Anpassungsbereitschaft an sich verändernde Lebensumstände anzusprechen. Diese hat ein wesentliches Fundament darin, frühzeitig die Risiken und Chancen des Älterwerdens zu antizipieren, sich eine gewandelte Einstellung zum Alter in der Ambivalenz von Autonomie und Abhängigkeit zu erarbeiten und bei Bedarf Beratung und Vorsorge in Anspruch zu nehmen, was einer großen Zahl älterer Menschen immer noch schwerer fällt als jüngeren. Solche Schutzfaktoren greifen in der Regel nicht erst in der suizidalen Krise, sondern sie sind überwiegend in deren Vorfeld angesiedelt. Dementsprechend früh sind darauf beruhende Präventionsmaßnahmen anzusetzen. Generell gilt: die Chancen für Suizidprävention liegen in erster Linie im Vorfeld der suizidalen Krise, wenngleich auch spätere Hilfen sinnvoll und notwendig bleiben.

Suizidales Erleben und Verhalten im Alter

Erst in jüngerer Zeit nimmt die Zahl von Studien zu, die sich mit der Suizidalität im Alter befassen und dabei versuchen, das Erleben und Verhalten der älteren Menschen in den Blick zu nehmen. Demnach fanden 2,5–15% der älteren Allgemeinbevölkerung das Leben nicht lebenswert, Todeswünsche äußern

2,8–6%; Suizidgedanken und -pläne waren bei 1–2,8%, Suizidversuche bei 0,2–0,6% zu verzeichnen (für einen Überblick siehe Sperling u. a. 2009, S. 30). Bei einer Erhebung im geriatrischen Akutkrankenhaus gaben 36% der Patienten für die zurückliegenden 6 Monaten Todeswünsche, Suizidgedan-



ken und -pläne oder einen Suizidversuch an. (Sperling u. a. 2009, S. 31). Hinter diesen Zahlen steht das individuelle Erleben jedes Einzelnen. In Interviews, Beobachtungsstudien, Fallanalysen und aufgrund von Therapieprotokollen gewinnt man erste Einblicke in die Dynamik, die diesen Suizidüberlegungen zugrunde liegt.

Unter dem Stichwort der narzisstischen Kränkung beschreibt Teising (2009) die Auseinandersetzung eines älteren Mannes mit seiner im Alter auf tretenden Angewiesenheit auf fremde Hilfe. Nach einem Leben, in dem er sich aus der Abhängigkeit von seiner Mutter gelöst und über die Jahre des Erwachsenenalters seine eigene Unabhängigkeit bis hin zu den Verhaltensweisen eines Macho behauptet hat, wird diese nun im Alter durch drohende oder eingetretene Pflegebedürftigkeit eingeschränkt oder unmöglich gemacht wird. Ausgehend vom Fallbeispiel des Krankenhaussuizids eines 88-Jährigen weist Lindner (2012) auf die Bedeutung von Trennungs- und Verlusterfahrungen hin, die bereits in Kindheit und Jugend, aber auch aktuell gemacht wurden. Suizidale unterscheiden sich demnach von Nicht-Suizidalen, die das gleiche Schicksal erleben, durch spezifische Verarbeitungsmuster, mit denen sie die Verlusterfahrungen und Konflikte verarbeiten.

Den Ärger über die für ihn unerträgliche Situation aufgrund der schweren Beeinträchtigungen durch seine Krebserkrankung und Diabetesfolgen und zugleich den Wunsch nach nahezu paradiesischem Frieden brachte ein 77-jähriger Patient bei einem Klinikaufenthalt zum Ausdruck, als er im Gespräch unvermittelt deutlich machte, wie ihm die ganze Situation zum Hals heraushängt und er sehr konkrete Suizidgedanken äußerte, um dann plötzlich den wohl nicht erfüllbaren Wunsch nach einem Häuschen im Freien mit etwas Rasen und Tieren anzuschließen (Sperling 2012, S. 150). Vielfach begegnet man Äußerungen der Hoffnungslosigkeit und dem Wunsch, so, wie es jetzt ist, nicht mehr länger

leben zu müssen. Die verbreitete Vorstellung, dass der Suizid im Alter in der Regel als Bilanzsuizid zu verstehen sei, kann nicht bestätigt werden. Am



Der Wunsch alter Menschen, das Leben zu beenden, resultiert meist aus einer aktuellen Krisensituation und ist oft bereits in ihrer Biografie angelegt

Ende seines Artikels „Suizid im Alter: Symptom oder Bilanz?“ schreibt Teising (2001, S. 42): „Keine von ihnen hatte in freier Entscheidung seine Suizidabsichten entwickelt, sondern in Situationen seelischer Not mit tiefer

Verzweiflung, in Krisen und Notlagen, in Lebenssituationen, die unfrei sind und einengen. Entscheidend (...) war in der Regel eine tiefe Kränkung des Selbstwertgefühls, die für die Betroffenen von besonders schwerwiegender Bedeutung war.“ Ähnliches muss wohl auch in Bezug auf ein Verständnis der Suizidalität im Alter als Ausdruck einer positiv konnotierten Lebenssattheit gesagt werden. Wohl haben ältere Menschen mir gesagt, dass sie ein gutes Leben hatten und es jetzt genug sei, aber sie alle wiesen zugleich darauf hin, dass es vor allem die aktuellen Lebensumstände sind und die fehlende Aussicht auf ähnlich gute Erfahrungen wie früher, die in ihnen den Wunsch, das Leben zu beenden, weckten.

Suizidprävention bei älteren Menschen ist möglich

Todeswünschäußerungen und Art und Weise der Suizidausführung älterer Menschen tragen oft den Charakter eines letzten Aktes in einer als aussichtslos erlebten Situation. Ein Appellcharakter ist oft nicht zu erkennen und öfter als bei jüngeren Menschen ist man zu Verständnis und Akzeptanz geneigt. Dennoch entsteht die Suizidalität (auch) im Alter in der Regel durch das Zusammenwirken mehrerer unterschiedlicher Ursachen, so dass durchaus Möglichkeiten bestehen können, den vermeintlich unumstößlichen Entschluss zu hinterfragen und Wege für ein Weiterleben zu suchen. Dafür spricht auch die Tatsache, dass parallel zu der Halbierung der Suizidziffern in Deutschland in den letzten 30 Jahren auch die Suizidziffern bei den älteren Menschen zurückgegangen sind. Dafür spricht die Erfahrung von Therapeuten, die mit suizidalen älteren Menschen arbeiten. Einen Hinweis darauf, dass Veränderbarkeit durchaus gegeben sein kann, hat auch die eigene Beobachtung gezeigt, nach der sich die Suizidgedanken oder Todeswünsche bei 50% der betreffenden geriatrischen Patienten eines Akutkrankenhauses be-

reits während des Aufenthalts mildernden (Sperling u. a. 2009).

Traditionell werden auch bei der Suizidprävention Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden (Erlemer 2011, S. 132 f.). Primärprävention versucht erstmalige Suizidhandlungen zu vermeiden, indem sie entsprechende Risiken möglichst früh erkennt und verhindert. Sie richtet sich an die Gesamtbevölkerung und an Risikogruppen. Sekundärprävention wendet sich mit Mitteln der Krisenintervention und therapeutischen Angeboten an Menschen in suizidalen Krisen oder in akuter Suizidgefahr, während die Tertiärprävention nach einem Suizidversuch greift und neben der medizinischen Akutversorgung auch die weitere psychiatrische und psychosoziale Betreuung umfassen sollte. Auf europäischer Ebene wird derzeit eine veränderte Systematik für die Suizidprävention bei älteren Menschen diskutiert. Man unterscheidet dabei Maßnahmen, die das Risiko bei Personen mit hohem Suizidrisiko reduzieren sollen, von solchen, die sich an Risikogruppen wenden oder die auf die Gesamtbevölkerung gerichtet sind.

Suizidalität im Alter erkennen, behandeln, vorbeugen

Entscheidend für die Suizidprävention generell und besonders bei älteren Menschen ist, dass Suizidalität erkannt wird. Äußerungen, die eine Lebensmüdigkeit, Suizidgedanken, -absichten oder -pläne thematisieren, sind ernst zu nehmen und nicht als altersentsprechende Äußerungen hinzunehmen. Es besteht Gesprächsbedarf, insbesondere auch dann, wenn Einschränkungen und Belastungen vorliegen (könnten), die auf physische, psychische oder soziale Veränderungen und Probleme zurückgehen, oder wenn Nahrung und Medikamente nicht mehr ausreichend genommen werden. Ein weiterer Indikator können eigene unbestimmte Gefühle der Angst oder Bedrohung sein, die die betreffende Person in ihrem Gegenüber auslöst. Zwei verbreitete Fehlannahmen besagen, dass Menschen, die davon sprechen, sich nicht umbringen und dass man den älteren Menschen erst auf den Gedanken bringen würde, sich das Leben zu nehmen, wenn man mit ihm über Suizid spricht. Beide Fehlannahmen tragen mit dazu bei, dass Gesprächsmöglichkeiten ungenutzt bleiben. 60% der älteren

Menschen, die später einen Suizid begehen, hatten im Monat zuvor ihren Hausarzt aufgesucht; aber nicht nur Hausärzte, auch Pflegekräfte, Seelsorger und jeder, der älteren Menschen begegnet, kann hier plötzlich gefordert sein. Schnelle Antworten und Lösungen, die es meist nicht gibt, sind nicht gefragt. Wichtig ist es, älteren Menschen in dieser Situation Beziehung anzubieten, zuzuhören und konkret nachzufragen. Das kann zu einer emotionalen Entlastung beitragen und eine tragfähige Grundlage für das Gespräch schaffen. Die Frage, welche Hilfen und Maßnahmen in Anspruch genommen werden sollen, stellt einen zweiten Schritt dar.

Bei unmittelbarer Lebensgefahr steht die Sicherung des Lebens an erster Stelle. Im Vorfeld einer möglichen suizidalen Krise gibt es vielfache Ansatzpunkte für die Prävention. Dazu gehören beispielsweise die angemessene Diagnostik und Behandlung somatischer und psychischer Erkrankungen und ihrer funktionellen Folgen. Dazu gehört aber auch die Verringerung weiterer Risikofaktoren und Ursachen auf indi-

vidueller Ebene und bei den Angehörigen besonders gefährdeter Gruppen.

Dies setzt voraus, dass ein Beratungs- und Unterstützungsbedarf rechtzeitig erkannt und erfüllt wird. Daran aber mangelt es gerade im Blick auf ältere Menschen bis heute. Das liegt einerseits an den älteren Menschen selbst, die solche Angebote selten in Anspruch nehmen und oftmals keine Hilfe mehr erwarten. Es liegt aber auch an den Anbietern möglicher Hilfe, die häufig auf jüngere Menschen hin orientiert sind, Hilfsmöglichkeiten für Ältere zu wenig kennen und den Zugang für Ältere oft nicht niedrigschwellig genug halten (Erlemeier 2010). Stellvertretend für die mittlerweile wachsende Zahl von Angeboten, die auch für ältere Menschen in Deutschland bereitstehen, seien die Telefonseelsorge, die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) und das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro), die vielerorts etablierten Gruppen des Bündnisses gegen Depression, psychiatrische Kliniken, örtliche Beratungsangebote, die Beratungsangebote des Arbeitskreises Leben (AKL) oder die bundesweit agierende Selbsthilfegruppe Angehörige um Suizid (AGUS) genannt.

LITERATUR

- Erlemeier, N. (2010): Suizidalität alter Menschen. Entstehungsbedingungen und präventive Strategien, in: Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung 33/2, S. 54–58.
- Ders. (2011): Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter. Stuttgart.
- Lindner, R. (2012): Suizidalität und Suizidprävention im Alter, in: J. Lindner und M. Peters (Hg.): Psychosoziale Gesundheit im Alter. Neue Herausforderungen für die Prävention und Psychosomatische Rehabilitation. Bad Harzburg, S. 208–217.
- Socco, P.; De Leo, D. (2002): One-year prevalence of death thoughts, suicide ideation, and behaviours in an elderly population, in: Int J Geriatr Psychiatry 17: 842–846.
- Schneider, B.; Sperling, U.; Wedler, H. für die Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm NaSPro (2011): Suizidprävention im Alter. Folien und Erläuterungen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung. Frankfurt.
- Soliman, T (2009): „Ich will sterben“. Film Quelle ARD (ausgestrahlt am 20.9.2009, Phoenix).
- Sperling, U.; Thüler, C.; Burkhardt, H.; Gladisch, R. (2009): Äußerungen eines Todesverlangens – Suizidalität in einer geriatrischen Population, in: Suizidprophylaxe 36, 29–35.
- Sperling, U. (2012): Alt, krank und am liebsten tot: Was gibt es dazu zu sprechen, in: Suizidprophylaxe 39/4, 147–152.
- Staudinger, U. M.; Greve, W. (1997): Das Selbst im Lebenslauf. Brückenschläge und Perspektivwechsel zwischen entwicklungs- und sozialpsychologischen Zugängen, in: Zeitschrift für Sozialpsychologie 28 (1/2), 3–18.
- Stengel, E. (1972): Definition and classification of suicidal acts, in: Int Conf Suici Prev Mexico 18.
- Teising, M. (2001): Suizid im Alter: Symptom oder Bilanz?, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie -psychiatrie 14/1, S. 36–43.
- Ders. (2009): Narzissmus und Suizidalität im Alter, in: Suizidprophylaxe 36/1, S. 39–42.

Ein weiteres für die Prävention wichtiges Feld erschließt sich im Zusammenhang mit dem Thema der Vorbereitung und Umstellung auf die mit zunehmendem Alter zu erwartenden Veränderungen. Viele sind absehbar: Eine antizipatorische Auseinandersetzung und ein aktiver Umgang damit können dazu beitragen, Selbstbestimmung und Einverständnis unter neuen Gegebenheiten weiterzuführen. Rechtzeitige Planung und Entscheidungen können helfen, die Dinge, die einem wichtig sind, so zu regeln, dass sie einem nicht später als Belastung über den Kopf wachsen. Netzwerke zu stärken und sinnstiftende Aktivitäten, die möglicherweise auch bei eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit fortgeführt werden können, zu pflegen, sind weitere Maßnahmen einer – auch suizidpräventiv – wirksamen Vorsorge für das Alter.

Suizidprävention ist schließlich auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Sie umfasst die Aufklärung und Wissensvermittlung zu Fragen der Suizidalität und Prävention im Alter. In einer geschichtlich bisher einmaligen Zeit des langen Lebens hat die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den Fragen des Alterns, seiner Auswirkungen auf die bisherigen Lebensordnungen und die damit verbundenen Chancen und Risiken in unserem Land gerade erst begonnen. Die Gesellschaft muss sich die gewonnene Lebenszeit erst aneignen, indem sich ihre älteren Mitglieder neue Rollen schaffen und ausfüllen und indem sinnführende Konzepte für mögliche Zeiten stärkerer körperlicher und geistiger Beeinträchtigung erarbeitet und umgesetzt werden. Dazu gehört auch die aktive Auseinandersetzung mit Fragen der Qualität, Organisation und Finanzierung von Pflege am Lebensende, die viele Menschen bereits in jüngeren Jahren ängstigen.

Suizidprävention im Alter ist mehr als bloße Suizidverhinderung. Sie zieht ihre Berechtigung aus der Multikausalität der Suizidalität auch im Alter und der Überzeugung, dass nicht in allen Fällen die Mittel ausgeschöpft wurden, um den Lebenswillen zu erhalten oder



Die Gesellschaft muss es erst noch lernen, sich die im Alter gewonnene Lebenszeit zu erschließen

zu stärken. Suizidprävention muss den Kreis weit ziehen, vom Individuum und seinem existentiellen Erleben über Hilfs- und Versorgungsstrukturen hin zu gesellschaftlicher und politischer Aufklärung, Verantwortung und Leistung. Wir sind noch weit davon entfernt, das Nötige zu tun.

Suizidprävention findet auf der anderen Seite jedoch ihre Grenze in der Entscheidung des Einzelnen. Sie kann und will dem älteren Menschen auch in extremer, ausweglos und hoffnungslos erscheinender Situation helfen weiter zu leben. Ob er dieses Angebot annimmt, liegt letztlich nicht in ihrer Hand.

Fazit

1. Suizide, Suizidgedanken und Todeswünsche kommen im Alter überdurchschnittlich oft vor und finden in der Öffentlichkeit wesentlich weniger Aufmerksamkeit als dies bei jüngeren Menschen der Fall ist.

2. Die freie Entscheidung zum Suizid ist auch im Alter die Ausnahme. Meist wird die Entscheidung zum Suizid in Situationen seelischer Not mit tiefer Verzweiflung, in Krisen und Notlagen, in Lebenssituationen, die unfrei sind und einengen, getroffen.

KURZBIOGRAPHIE

Dr. theol Uwe Sperling (* 1957), Dipl.-Gerontologe an der IV. Medizinischen Klinik, Geriatriisches Zentrum, Universitätsmedizin Mannheim.

Forschungsschwerpunkte: Klinische Begleitforschung (Demenz, Lebensqualität, Auseinandersetzung mit Veränderungen und Belastungen), Suizidalität im Alter, Spiritualität und Gesundheit
Ausgewählte Veröffentlichungen:

– Sperling, U. (2012): Alt, krank und am liebsten tot: Was gibt es da zu sprechen, in: Suizidprophylaxe 39/4, 147–152.

– Schneider, B.; Sperling, U.; Wedler, H. für die Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm NaSPro (2011): Suizidprävention im Alter. Folien und Erläuterungen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung. Frankfurt.

– Sperling, U.; Thüler, C.; Burkhardt, H.; Gladisch, R. (2009): Äußerungen eines Todesverlangens – Suizidalität in einer geriatrischen Population, in: Suizidprophylaxe 36, 29–35.

3. Suizidprävention ist deshalb auch bei älteren Menschen angezeigt. Todeswünsche Suizidgedanken und -pläne sind auch beim älteren Menschen veränderbar.

4. Für wirksame Suizidprävention braucht es ein breites Bündel von Maßnahmen: von der individuellen Hilfe in der Krisensituation über die rechtzeitige Auseinandersetzung mit den sich verändernden Lebensbedingungen im Alter bis hin zu einer aktiven Gestaltung der Politik in einer Gesellschaft des sich verlängernden Lebens.

5. Suizidprävention kann immer nur ein Hilfsangebot zum Leben sein, nie Suizidverhinderung um jeden Preis.