



Vorarlberger Suizidbericht 2014

Verfassende

Prim. Dr. Albert Lingg

Prim. Prof. Dr. Reinhard Haller

MMag. Dr. Isabel Bitriol-Dittrich

Bregenz, September 2015

Suizidbericht

aks gesundheit GmbH
Rheinstraße 61
6900 Bregenz
T 055 74 / 202 - 0
F 055 74 / 202 - 9
gesundheit@aks.or.at
www.aks.or.at

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Vorarlberger Suizidzahlen 2014.....	2
Suizidraten	3
Geschlechtsverteilung	4
Altersverteilung.....	5
Suizide und Verkehrstote	7
3. Suizidprävention.....	8
4. Suizid im Alter	9
Suizidprävention im Alter.....	16
5. Weitere hilfreiche Links	21

1. Einleitung

Das lange tabuisierte Suizidthema wurde in den letzten Jahren aus verschiedenen Anlässen und unterschiedlichen Interessen stark in den Vordergrund gerückt: In verschiedenen Parlamenten wird über Gesetzesänderungen zur „Sterbehilfe“ diskutiert; aus Ländern, welche unter den Folgen der Finanz- und Wirtschaftskrise leiden, wird eine starke Zunahme der Suizidfälle berichtet; Nachrichtensendungen ohne die Meldung weiterer „Selbstmord-attentate“ sind bald die Ausnahme. Positive Meldungen gehen daneben meist unter: in verschiedenen Ländern, so auch in Österreich, wurden suizidverhütende Initiativen ins Regierungsprogramm genommen und sind die Suizidraten in den letzten Jahrzehnten stark gesunken.

Der seit 1987 jährlich erstattete SUIZIDBERICHT VORARLBERG soll auch in unserem Bundesland das Interesse am Thema Suizidverhütung wach halten, auf regionale Besonderheiten Bedacht nehmen, mögliche negative Entwicklungen hinweisen und allem auf diesem Feld Tätigen eine Rückmeldung geben. Die in den letzten Jahrzehnten erfreuliche Abnahme von Selbsttötungen darf nicht dazu verleiten das Erreichte als gesichert anzusehen, wissen wir doch um die starke Abhängigkeit des Seelenzustandes vieler Menschen vom gesellschaftlichen Klima oder wirtschaftlichen Gegebenheiten. Die Veröffentlichung soll auch der Bevölkerung vor Augen führen, dass sich erfolgreiche Suizidverhütung nicht allein an Experten oder Programme delegieren lässt sondern auch auf die Bereitschaft vieler baut Krisen und Gefährdungen Betroffener ernst zu nehmen, bei Hilferufen nicht weg zu hören und nach Möglichkeit Hilfen zu vermitteln.

Nach einem Höchststand Mitte der 80er Jahre geht die Zahl der Selbsttötungen in Österreich anhaltend zurück: wurden 1986 national noch 2139 Suizide registriert, waren es im vergangenen Jahr 1313 Suizide. Damit hat sich, rechnet man das Bevölkerungswachstum mit ein, in diesem Zeitraum die Zahl der Selbsttötungen mehr als halbiert! Die Enttabuisierung des Suizidthemas, das Einrichten leichter zugänglicher Beratungs- und Behandlungsstellen, bessere Behandlungsmöglichkeiten psychischer Störungen und ein verlässlicheres soziales Auffangnetz, ein sorgsamerer Umgang der Medien mit der Thematik und eine verbesserte Notfallversorgung dürfen als Gründe für die Abnahme der Selbsttötungen angenommen werden.

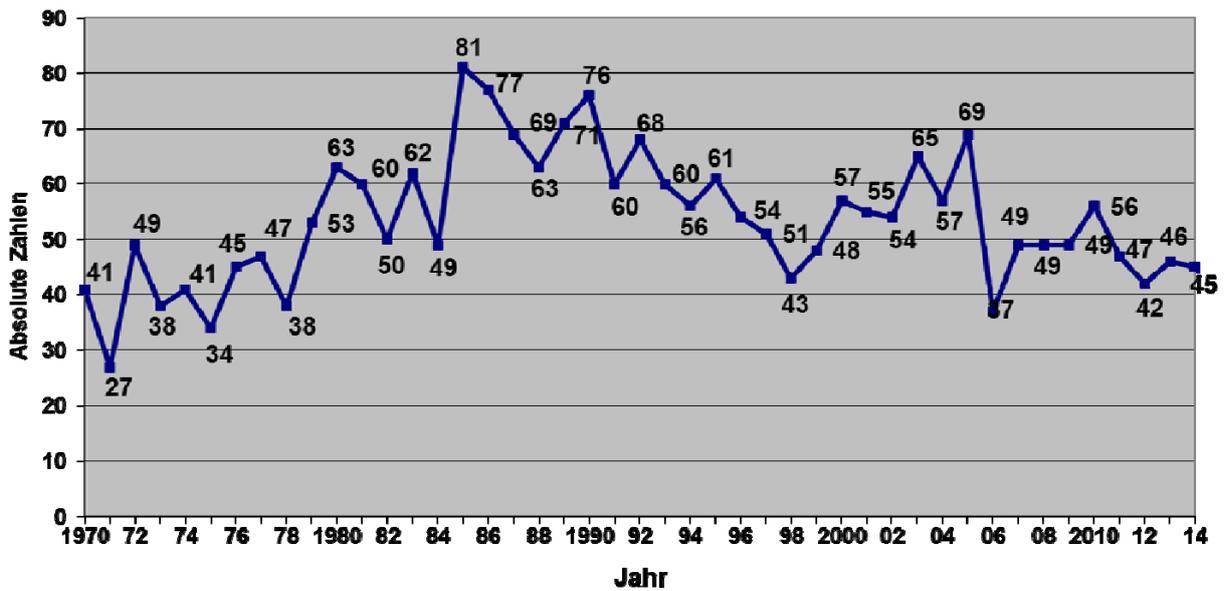
Es werden nun die verfügbaren statistischen Daten für das Jahr 2014 dargestellt und interpretiert.

2. Vorarlberger Suizidzahlen 2014

Im Jahre 2014 wurden laut Statistik Austria in Vorarlberg 45 Suizide registriert. Damit weist unser Bundesland erneut erfreulich niedrige Zahlen auf.

Abb. 1

Absolute Suizidzahlen für Vorarlberg 1970-2014
(Quelle: Statistik Austria)



Suizidraten

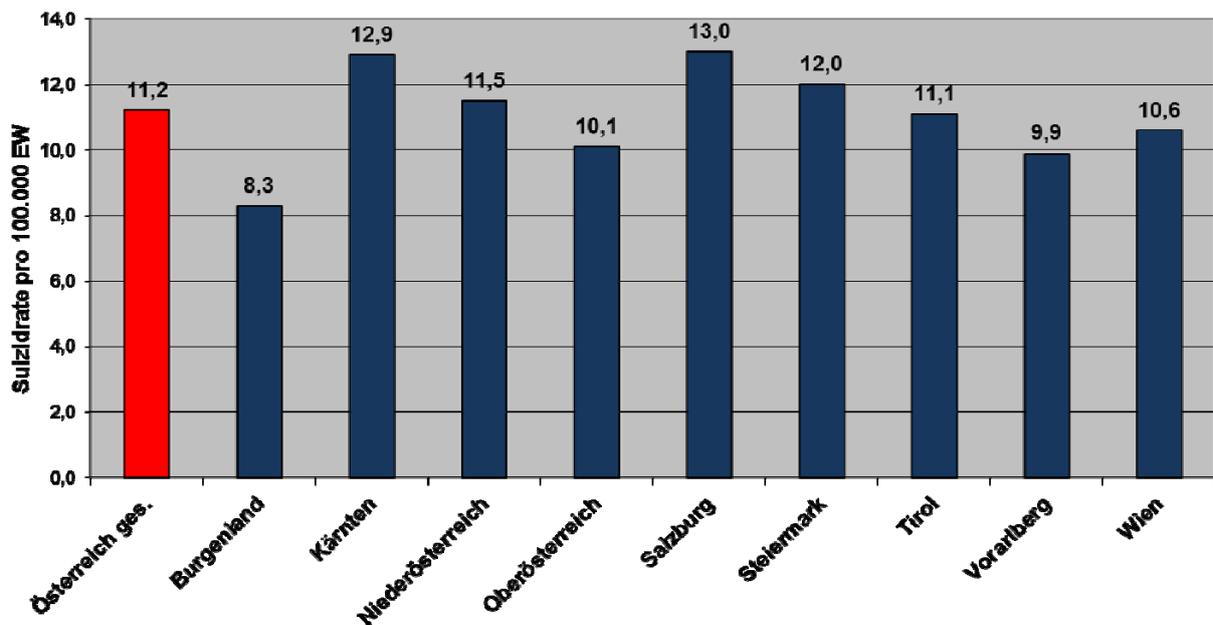
Aussagekräftiger wie absolute Zahlen ist die Suizidrate, d. h. die Zahl der Suizide / 100.000 Einwohner. Lag die Rate Mitte der 80er Jahre noch deutlich über 20, liegen wir gesamtösterreichisch seit Jahren um das von der WHO um die Jahrtausendwende ausgegebene Ziel einer Rate um 15 / 100.000 Einwohner.

So lag Österreich auch 2014 mit einer Suizidrate von knapp über 15 erneut in diesem Bereich, Vorarlberg mit 12 Suiziden / 100.000 Einwohner deutlich darunter.

Die STATISTIK AUSTRIA berechnet die Suizidziffern auf eigene Weise, nämlich auf die europäische Standardbevölkerung bezogen und kommt so zu niedrigeren Raten wie in unseren Berichten wie auch jenen der SUPRA (Suizidprävention Austria) bzw. des BM für Gesundheit.

Abb. 2

**Suizidraten 2014 für die einzelnen Bundesländer
(Quelle: Statistik Austria)**



Geschlechtsverteilung

In Vorarlberg kamen 1914 mehr als 4 männliche auf 1 weibliches Suizidopfer. Von Jahr zu Jahr schwankt dieses Verhältnis zwar beträchtlich, über einen längeren Zeitraum betrachtet sind jedoch Männer etwa 3-mal häufiger betroffen. Dies ist – von wenigen Ausnahmen abgesehen – auch weltweit der Fall. Selbsttötungen von Männern sind häufiger als Folge von Kurzschlussreaktionen (Kränkungen in Beziehungskrisen, am Arbeitsplatz u. ä.) zu erklären, Männer versäumen ferner nach wie vor häufiger rechtzeitig Hilfe zu suchen, unbehandelte Depressionen und Alkoholismus haben bei ihnen häufiger den Suizid als Endpunkt.

Abb. 3

Geschlechtsverteilung nach den einzelnen Bundesländern 2014 (n = 1.313)
(Quelle: Statistik Austria)

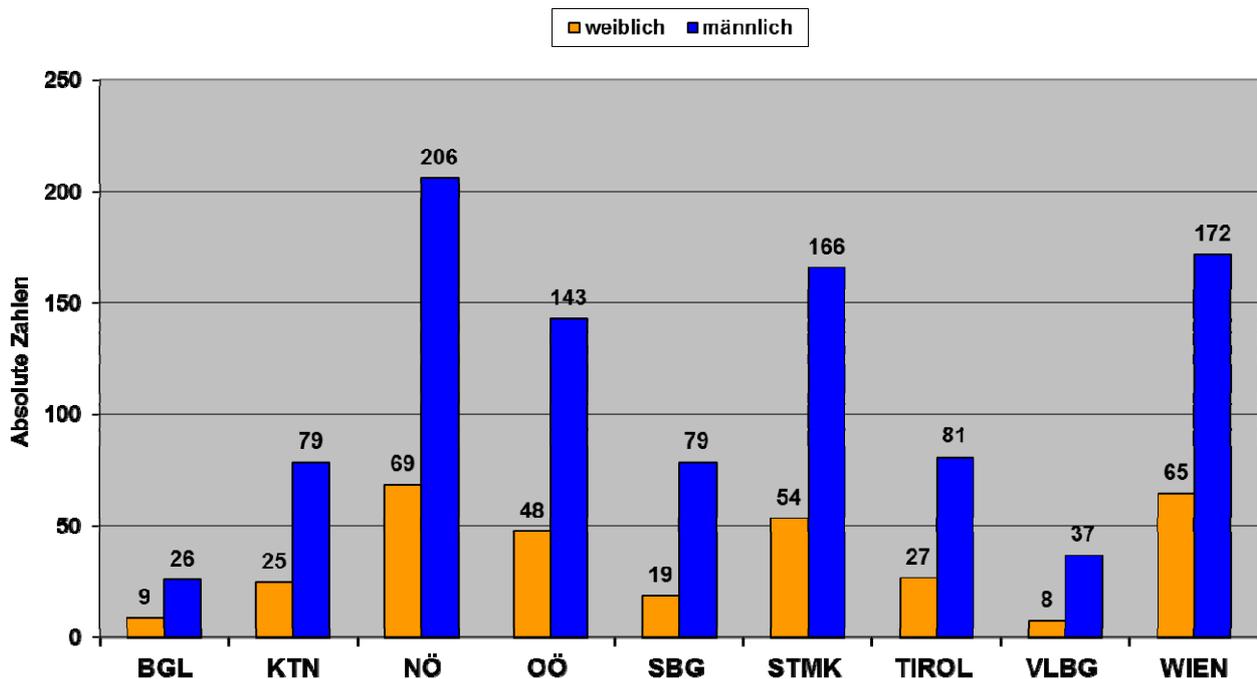
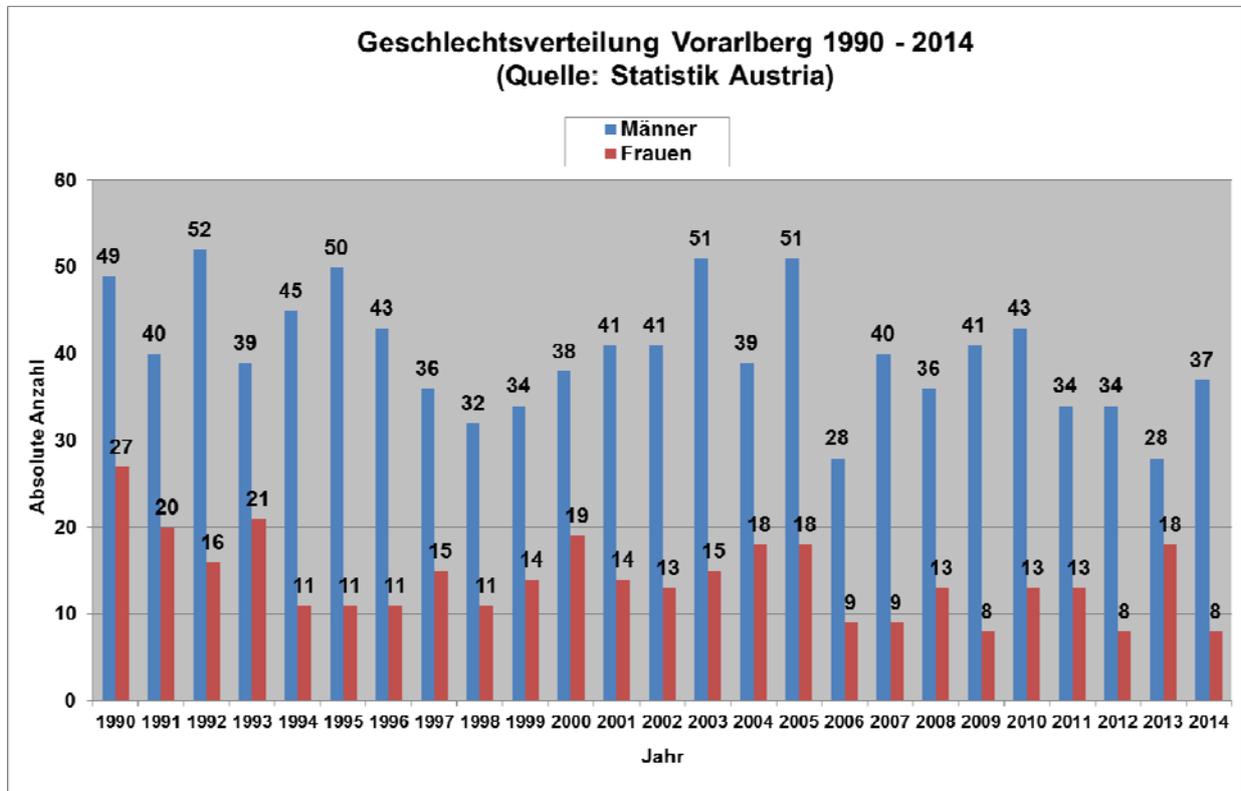


Abb. 4



Altersverteilung

Die Suizidrate steigt, entgegen häufig angenommener Dominanz jüngerer Menschen, mit dem Alter an. Dies ist aus der Betrachtung einzelner Jahre und der absoluten Suizidzahlen nicht ersichtlich; es müssten die Suizidopfer nämlich in Beziehung zur jeweiligen Zahl der Jahrgänger errechnet werden, was für ein einzelnes Jahr nicht möglich ist.

2014 [war ein Kindersuizid](#) zu beklagen, dieses besonders bedrückende Ereignis ist selten, so waren etwa in Vorarlberg zwischen 1988 und 2011 vier Kindersuizide (unter 14jährige) registriert. Bei den [alten und hoch betagten Mitbürgern zeigt sich hierzulande weiterhin eine günstige Situation](#), es wurden in Vorarlberg seit unserer Dokumentation deutlich weniger Suizide alter und hochbetagter Menschen gemeldet als im Österreichvergleich. Eine vermeintlich herausragende Betroffenheit der mittleren Altersgruppen relativiert sich in Anbetracht der dort starken Jahrgänge, gleichwohl dürften – wie auch in Krisendiensten und Behandlungsstellen beobachtet – der verstärkte Druck im Berufsleben und nicht minder Beziehungskrisen und Trennungen (auch langjähriger Ehen oder Beziehungen) diese Altersgruppe besonders betreffen.

Abb. 5

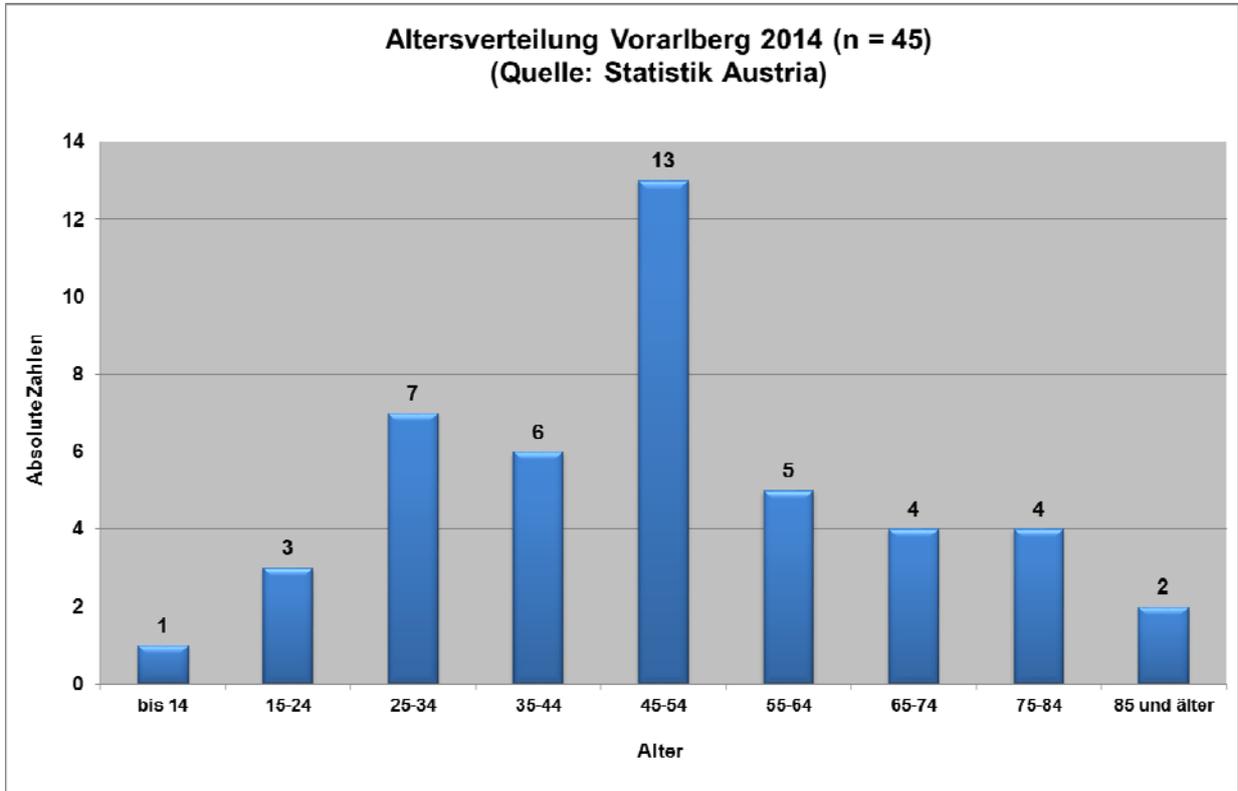
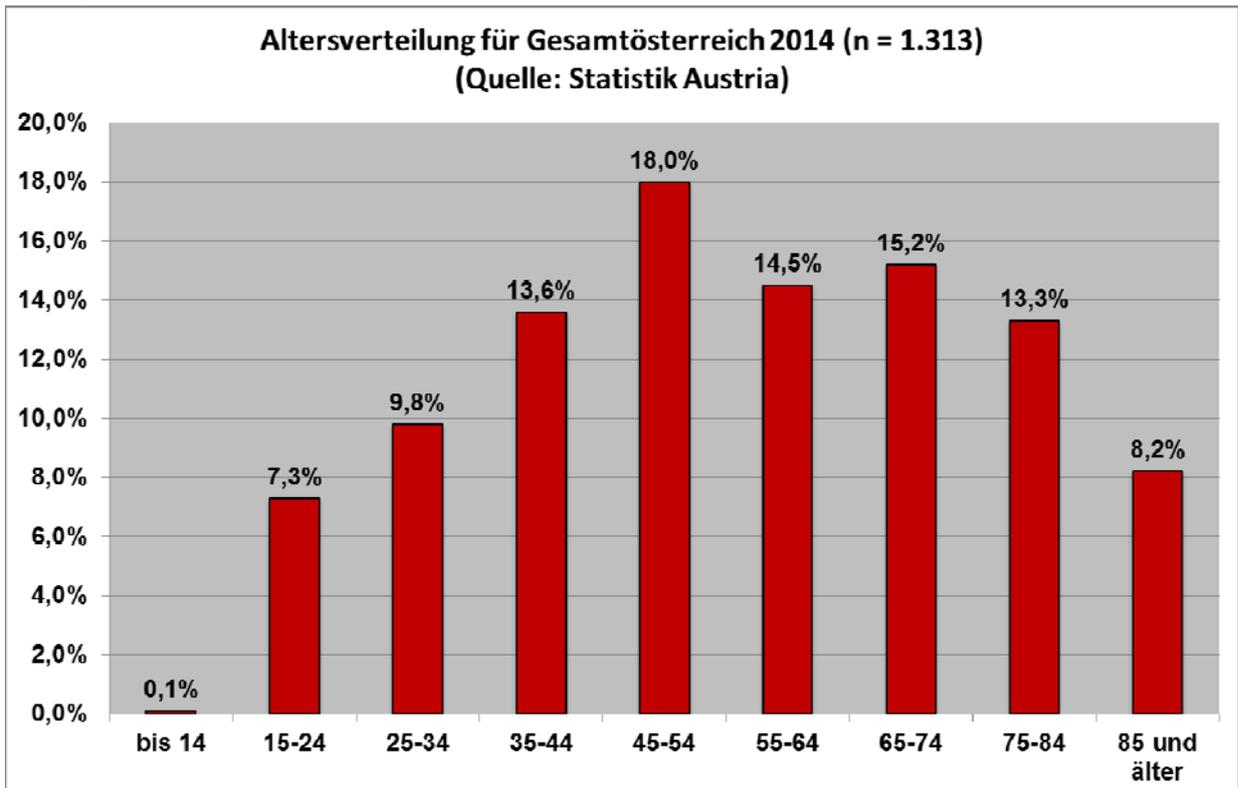


Abb. 6

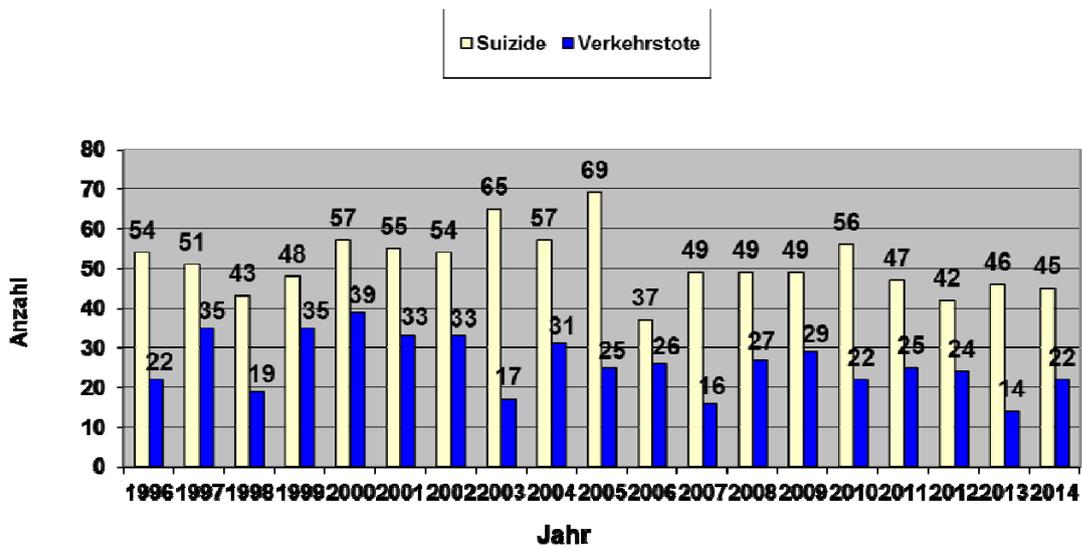


Suizide und Verkehrstote

Weiterhin liegt die Zahl der **Verkehrstoten** in Österreich und in unserem Bundesland deutlich unter jenen der Suizide. Verschiedene Maßnahmen zur Verkehrssicherheit haben bekanntlich seit den 70er Jahren zu einem Rückgang um nahezu 80 Prozent der früheren Horrorzahlen an Verkehrsoffern geführt. Auch die Zahl der Suizide nahm im letzten Vierteljahrhundert um mehr als ein Drittel, die gewachsene Bevölkerungszahl mit berücksichtigt um über die Hälfte ab. Beide Fakten belegen die Sinnhaftigkeit vorsorgender Maßnahmen!

Abb. 7

**Suizide und Verkehrstote in Vorarlberg 1996-2014
(Quelle: Statistik Austria)**



3. Suizidprävention

Die Suizidprävention auszubauen ist Teil des Regierungsprogramms (7.9.2012). So soll in Österreich eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Suizidprävention sichergestellt werden. (7.9.2012) Das Konzept SUPRA - Suizidprävention Austria - stellt die Basis für die Entwicklung einer nationalen Suizidpräventionsstrategie dar. In einem ersten Schritt wurde an der Gesundheit Österreich GmbH eine Kontaktstelle für Suizidprävention eingerichtet. Wesentliche der im SUPRA angeführten Punkte werden seit Erstellung der SUIZIDSTUDIE VORARLBERG 1985 und durch die JÄHRLICHEN SUIZIDBERICHTE seit nunmehr 28 Jahren in unserem Bundesland umgesetzt bzw. in Arbeit genommen:

So soll - mit der Veröffentlichung und Diskussion des jährlichen SUIZIDBERICHTs VORARLBERG sowohl Öffentlichkeit wie Schlüsselpersonen [sachlich über die Situation in unserem Land](#) informiert und auf jeweils aktuelle Entwicklungen und Anlaufstellen hingewiesen, - die Bedeutung der für die Suizidverhütung niederschwelliger [Beratungs- und Krisendienste](#) (IFS, Telefonseelsorge, K.I.T.) wie auch [gemeindenaher und stationärer Behandlungsstellen](#) für psychisch kranke und süchtige Menschen hervorgehoben, - besonderes Augenmerk auf altbekannte wie neue [Risikogruppen](#) gelegt werden. Den sich [stets rascher verändernden Anforderungen](#) muss durch Anpassung der Hilfsangebote Rechnung getragen werden. Darum bemühen sich viele stationäre und gemeindenahere Dienste auch durch ihre Mitarbeit in der Umsetzung des Psychiatrieplanes.

In den [Curricula der Ausbildungsstätten](#) für psychosoziale und Gesundheitsberufe ist die Thematik „Umgang mit Suizidgefahr“ etabliert und muss ständig auf neue Brennpunkte (Beispiel Internet-Suizidforen, neue Süchte, die Ausweitung der „Sterbehilfe“-Propaganda auch auf psychisch Kranke u. ä.) ausgerichtet werden.

Neben anderer Öffentlichkeitsarbeit soll der am 10. September von der WHO ausgerufene [Welt - Suizid - Präventionstag](#) auch bei uns Beachtung finden.

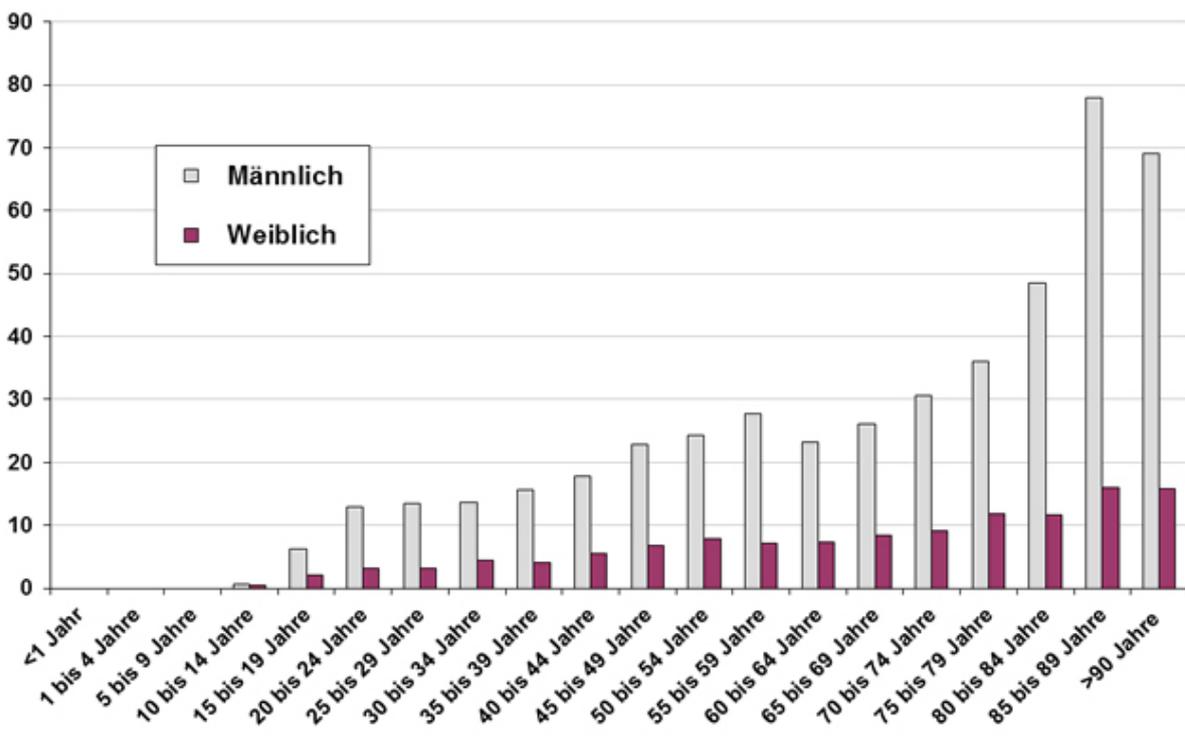
4. Suizid im Alter

Im jährlichen Suizidbericht widmen wir uns jeweils einem Schwerpunkt. War es im vergangenen Jahr der Suizid von Kindern und Jugendlichen, so nehmen wir heuer die Gruppe alter und hochbetagter Menschen in den Fokus.

Die Altersverteilung der Suizide in den meisten Ländern folgt dem so genannten "ungarischen Muster", d. h. die Suizidgefährdung nimmt mit zunehmendem Alter für beide Geschlechter deutlich zu. Zur Bezeichnung „ungarisch“ kam es bereits vor Jahrzehnten, weil dieses Phänomen im betreffenden Land besonders ausgeprägt gewesen sein soll; allerdings darf nicht übersehen werden, dass die Länder der ehemaligen Monarchie über die verlässlichsten Sterberegister verfügten und somit Ungarn wie Österreich auch aus diesem Grund lange Zeit im Spitzenfeld der Suizidstatistiken rangierten.

Abb. 8 Suizidraten in Deutschland 2011

(Bundesamt für Statistik/ Gesundheitsberichterstattung des Bundes; 2012)



Laut einer Analyse des [Deutschen](#) Statistischen Bundesamtes aus 2004 hat sich das [Durchschnittsalter](#) der durch Suizid gestorbenen Personen zwischen 1982 und 2002 um 3 auf 54,4 Jahre erhöht.

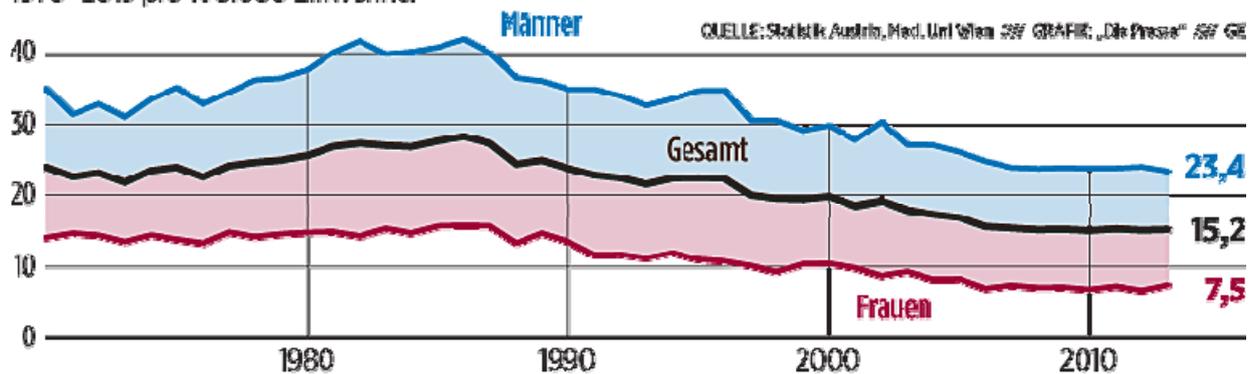
- » Dabei waren die [Männer im Durchschnitt mit 52,6 Jahren deutlich jünger](#) als die Frauen (59,1 Jahre).
- » In der [Altersgruppe der 15- bis 35-Jährigen](#) rangiert der Suizid nach dem Unfalltod an zweiter Stelle der Todesursachen. Das bedeutet allerdings nicht, dass die Selbsttötung in dieser Altersgruppe besonders häufig ist, denn schließlich ist der Suizid in dieser Altersklasse neben Mord und Unfall und wegen der altersbedingt deutlich weniger auftretenden Krankheiten die beinahe einzig mögliche Todesursache.
- » In den letzten Jahren ist besonders auffällig, dass der [Anteil alter Menschen an der Gesamtzahl der Suizide zugenommen](#) hat. Allerdings ist zu beachten, dass mit zunehmendem Alter zwar der Anteil der Suizide an allen Todesarten abnimmt, die altersspezifischen Suizidraten pro 100.000 Einwohnern dennoch wächst. Heutzutage wird z. B. fast jede zweite Selbsttötung, die eine Frau vornimmt, von einer Frau über 60 Jahre durchgeführt.
- » Zur Anzahl der statistisch erfassten Suizide älterer Menschen muss wohl noch eine vergleichsweise hohe [Dunkelziffer](#) hinzugerechnet werden. Dabei geht man von der Annahme aus, dass ältere Menschen eher zu den so genannten "weichen" Suizidmethoden (z. B. Über- oder Unterdosierungen verschriebener Medikamente), die wiederum nicht als Suizide erkannt werden und daher den "unklaren Todesursachen" zugeschlagen werden.

Abb. 9 Suizidraten in Österreich / Gesamt und nach Alter

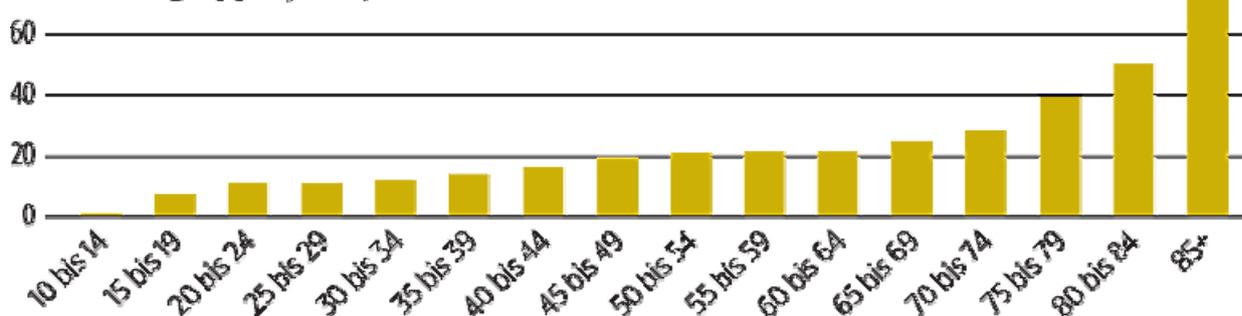
(Quelle: Statistik Austria / Grafik: „Die Presse“)

Suizidraten in Österreich

1970–2013 pro 100.000 Einwohner



Nach Altersgruppen, 2012 pro 100.000 Einwohner



Folgende Besonderheiten zeichnen **Suizide im Alter** aus:

- » Eine häufig übersehene Hochrisikogruppe (v. a. Männer, frisch verwitwet)
- » Im Vergleich zu Jüngeren: weniger Suizidversuche, mehr „gelungene“ Selbsttötungen
- » Mehr „stille“ Suizide – auch deshalb falsche Meinung, Suizid begingen v. a. junge Menschen
- » Nach der soziologischen Sichtweise (E. Durckheim)
 - › egoistische (schlechte soziale Einbindung, kein Rückhalt in Beziehungen, ...)
 - › anomische (Umsturz der Werte, schnelllebige Zeit, ...)
 - › altruistische (nicht zur Last fallen, die anderen erlösen) Suizide häufiger

- » Identifizierte Risikofaktoren im Alter:
 - › das Alter
 - › männliches Geschlecht
 - › Partnerverlust, Vereinsamung
 - › Suizidversuche in der Vorgeschichte
 - › Suizid in der Umgebung
 - › psychiatrische Erkrankungen – v. a. Depression, beginnende hirnorganische Veränderung, Alkoholismus;
 - › familiäre Konflikte oder Beziehungskrisen
 - › materielle Probleme
 - › Verlust der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung
 - › mit Schmerz verbundene körperliche Erkrankungen
 - › „Freitod“ Propaganda oder Euthanasiedebatten

- » Viele dieser Faktoren sind beeinflussbar! Über
 - › Primärprophylaxe: solidarische Gesellschaft, Ausgrenzung alter Menschen verhindern, ihnen das Gefühl vermitteln noch gebraucht und geschätzt zu werden
 - › Sekundärprophylaxe: Krankheiten (v. a. Depression!) auch älterer Menschen ernst nehmen und behandeln, den Zugang und die Akzeptanz von Krisendiensten verbessern
 - › Tertiärprophylaxe: Suizidale Äußerungen und Suizidversuche auch alter Menschen ernst nehmen!

Die Ergebnisse einer [Vernetzungstagung](#) zur [Suizidprävention im Alter](#) („Suizidprävention in Österreich – Status Quo und Perspektiven“) am 5. September 2014 fassten Dr. Claudius Stein und Dr. Thomas Kapitany (Ärztliche Leiter des Kriseninterventionszentrum Wien) wie folgt zusammen:

„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 bis 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 Prozent 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 und -partnern. 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 und Hausärzte. Er / Sie kennt die Patientinnen und Patienten 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 bis 70 Prozent 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 Hilfeeinrichtungen Gebrauch. (Conwell, 2001). Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 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 unserer 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 Prozent 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 Psychiaterinnen bzw. 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“.

Literatur bei den Verfassern

Vom Kriseninterventionszentrum Wien wurde

» die Broschüre

["Ich will SO nicht mehr weiterleben!' Die Herausforderungen des Älter-Werdens meistern. Suizidprävention im Alter"](#)

erstellt und über die connexia bereits an Sozialzentren und Heime verteilt.

http://www.kriseninterventionszentrum.at/dokumente/Suizidpraevention_im_Alter.pdf

Ferner verfügbar ist

» der Folder

["Ich will SO nicht mehr weiterleben!' Hilfe bei Suizidgefährdung im Alter"](#)

http://www.kriseninterventionszentrum.at/dokumente/suizidpraevention_im_alter_folder.pdf

5. Weitere hilfreiche Links

http://www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich.pdf

Ursachen für den Rückgang der Suizidraten 2010 sieht Dr. Nestor Kapusta unter dem Einfluss vieler Faktoren. Unter anderem dürfte die verbesserte psychosoziale Versorgung, insbesondere die Diagnostik und Behandlung depressiver Erkrankungen, für den Rückgang der Suizidinzidenz verantwortlich sein. Personen mit Symptomen einer Depression oder anderen psychischen Erkrankungen finden ein zunehmend besseres Versorgungsnetz vor. Darüber hinaus wurden Richtlinien zur Medienberichterstattung über Suizid etabliert um Imitationssuizide zu reduzieren (s. u.)

<http://www.suizidpraevention.at/pdf/suizidpraeventionsplan.pdf>

Univ.-Prof. Dr. Gernot Sonneck, Dr. Thomas Niederkrotenthaler
Institut für Medizinische Psychologie,
Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien;
Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie

<http://www.suizidpraevention.at>

Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention

<http://www.jugend.ktn.gv.at/de-1062-fileDownload.pdf>

Bundesministerium für Gesundheit Familie und Jugend
Broschüre zum Jugend – Suizid

http://www.kriseninterventionszentrum.at/dokumente/pdf3_Leitfaden_Medien.pdf

Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid
Herausgegeben vom Kriseninterventionszentrum Wien

<http://www.suizidprophylaxe.de/>

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

<http://www.agus-selbsthilfe.de/info-zu-suizid/tod-durch-suizid/zahlen-und-statistiken/#pdf-129>

AGUS e. v. – Für Suizidtrauernde bundesweit

<http://www.seelischegesundheit.net>

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit

<http://suizidpraevention.wordpress.com>

Welttag der Suizidprävention

<http://www.psychosoziale-gesundheit.net>

Psychosoziale Gesundheit / Prof. Volker Faust