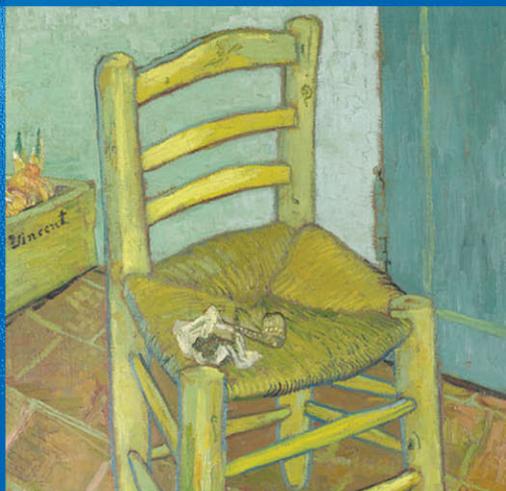


Lindner
Hery · Schaller
Schneider · Sperling



Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen

Eine Publikation
der Arbeitsgruppe
„Alte Menschen“
im Nationalen
Suizidpräventions-
programm
für Deutschland

Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen

Reinhard Lindner
Daniela Hery
Sylvia Schaller
Barbara Schneider
Uwe Sperling
(Hrsg.)

Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen

Eine Publikation der Arbeitsgruppe »Alte Menschen«
im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für
Deutschland

Mit 5 Abbildungen

 Springer

Herausgeber

PD Dr. med. Reinhard Lindner
Gerontopsychosomatik und
Alterspsychotherapie
Medizinisch-Geriatriische Klinik
Albertinen-Haus
Hamburg

Daniela Hery LL.M (MedR)
Kanzleisitz Mainz
Bernard Korn & Partner
Mainz

Dr. phil. Sylvia Schaller
Mannheim

Prof. Dr. med. Barbara Schneider
Abt. für Abhängigkeitserkrankungen und
Allgemeinpsychiatrie
LVR-Klinik Köln
Köln

Dr. theol. Uwe Sperling
IV. Medizinische Klinik, Geriatriisches
Zentrum
Universitätsmedizin Mannheim
Mannheim

ISBN 978-3-662-44011-7

DOI 10.1007/978-3-662-44012-4

ISBN 978-3-662-44012-4 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

SpringerMedizin

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Renate Scheddin, Heidelberg
Projektmanagement: Renate Schulz, Heidelberg
Lektorat: Dr. Brigitte Dahmen-Roscher, Hamburg
Projektkoordination: Cécile Schütze-Gaukel, Heidelberg
Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Fotonachweis Umschlag: © Vincent van Gogh, this work with the title »Van Gogh's Chair« http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Vincent_Willem_van_Gogh_138.jpg is licensed under »public domain works of art« [http://commons.wikimedia.org/wiki/Public_domain#Material_in_the_public_domain]
Herstellung: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Vorwort

Der Suizid trägt die Handschrift des Alters. Jedes Jahr sterben in Deutschland annähernd 10.000 Menschen durch Suizid, darunter überproportional viele alte Menschen, besonders Männer über 75 Jahren. Trotz dieses eindeutigen Befundes ist die Versorgungssituation von Älteren in suizidalen Krisen immer noch schlecht. Einerseits finden Ältere viel zu selten professionelle Angebote, die spezifisch auf ihre Situation eingehen, die gerade im Alter sehr unterschiedlich gestaltet ist. Andererseits erleben Professionelle die Begegnung mit suizidalen Älteren als besonders belastend, und sie fühlen sich oftmals überfordert. Ganz deutlich spüren sie, wie notwendig es ist, die eigene Kompetenz für das Gespräch und die Behandlung auszubauen.

Genau in diesem Feld möchte das vorliegende Buch Information, Hilfe und Unterstützung bieten. Es richtet sich in erster Linie an alle Professionellen, die mit älteren Menschen in Berührung kommen. Genau so wendet es sich jedoch an jeden, der aus persönlichem Interesse mehr über die Suizidalität im Alter erfahren und seine Kompetenz im Verständnis und im Umgang mit suizidalen älteren Menschen verbessern will.

Dieses Buch ist innerhalb des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro) entstanden. Seit über 10 Jahren bündelt das NaSPro mit einer bürgerschaftlichen und ehrenamtlichen »Bottom-up«-Strategie mehr als 80 Gruppen, Organisationen und Institutionen. Mit einer Vielzahl von Initiativen, Aktivitäten und Arbeitsgruppen schafft es laut seinen »Grundsätzen«¹ »Rahmenbedingungen, die ein generelles suizidpräventives Klima bewirken und Forschung und praktisches Handeln stimulieren. Wirksam ist Suizidprävention nämlich überwiegend dort, wo Menschen miteinander in Beziehung stehen. Das Nationale Suizidpräventionsprogramm soll dazu befähigen, auf die Suizidproblematik einzugehen und wirkungsvolle, regional angepasste Strukturen für eine bessere Primärprävention (allgemeine suizidpräventive Maßnahmen), sekundäre (Erkennung und Behandlung suizidgefährdeter Menschen) und tertiäre Prävention (Versorgung von Personen nach einem Suizidversuch) zu schaffen.«

Die Herausgeber und die Autoren der einzelnen Kapitel arbeiten in der Arbeitsgruppe »Alte Menschen« des NaSPro zusammen, die auf mehreren Handlungsebenen das Ziel verfolgt, die Suizidprävention im Alter zu optimieren. Als wichtige Bausteine dafür sieht die Arbeitsgruppe die Folgenden an:

- Die Verbesserung von Information, Aufklärung und Bildungsarbeit zu Themen des Umgangs mit Altern, Lebenskrisen und suizidaler Gefährdung bei betroffenen Berufsgruppen, Angehörigen und alten Menschen.
- Das Engagement in Bereichen der Sozial- und Altenhilfepolitik, um auf möglichst frühzeitige und präventive Strategien zur Krisenbewältigung im Alter hinzuwirken.

1 Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (2014). Grundsätze. ► <http://www.suizidpraevention-deutschland.de/grundsaeetze.html>

- Die Thematisierung existenzieller Fragen am Lebensende, die jeden betreffen. Es ist angezeigt, sich schon frühzeitig damit auseinanderzusetzen. In unterschiedlichen Begegnungsformen mit Älteren und ihren Helfern sollen diese Fragen angestoßen werden. Außerdem engagiert sich die Arbeitsgruppe intensiv bei der Erarbeitung von Stellungnahmen im Zusammenhang mit geplanten Gesetzesmaßnahmen.
- Die Zusammenarbeit mit Medien und die Nutzung von Medien, um die Akzeptanz und Erreichung von Zielen der Suizidprävention im Alter zu befördern. Ein weiteres Anliegen ist der Abbau von Vorurteilen.
- Die Initiierung von Forschungsprojekten und die Beteiligung daran.

Die Arbeitsgruppe »Alte Menschen« hat im Sinne des ersten Bausteins mittlerweile mehrere Veröffentlichungen herausgebracht. Dazu gehören die Broschüre und das Faltblatt *Wenn das Altwerden zur Last wird*² sowie die Materialien zur Aus-, Fort- und Weiterbildung *Suizidprävention im Alter* von Barbara Schneider und Mitarbeitern (2011).

Das vorliegende Buch möchte einem breiten Publikum auf kompakte und informative Weise differenzierte und seinen Bedürfnissen entsprechende Zugänge zu allen Themen der Suizidprävention im Alter bieten. Der Aufbau ermöglicht einen gezielten Zugang zu einzelnen Themen wie den empirischen Hintergründen von Suizid und Suizidalität im Alter, dem aktuellen wissenschaftlichen Verständnis und den psychischen Hintergründen suizidalen Erlebens wie auch den diagnostischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsansätzen. Das Buch schließt mit Kapiteln zu religiösen, ethischen, rechtlichen und gesellschaftspolitischen Aspekten von Suizid, Suizidalität und Suizidprävention im Alter.

Die Herausgeber bedanken sich bei den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft »Ältere Menschen« des NaSPro für die intensive und fruchtbare jahrelange Zusammenarbeit, die in diesem Buch einen Ausdruck findet. Sie bedanken sich bei Prof. Dr. Armin Schmidtke und Georg Fiedler, den Leitern des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland, für ihren unermüdlichen Einsatz für die Suizidprävention, bei Frau Renate Scheddin und Frau Renate Schulz vom Springer Verlag sowie der Lektorin Frau Dr. Brigitte Dahmen-Roscher für die intensive Begleitung des Erscheinungsprozesses dieses Buches. Ein besonderer Dank aber gilt unseren älteren Patienten und Mandanten, die es uns durch ihr Vertrauen erst ermöglichen, ihre Situation zu verstehen und mit ihnen nach Möglichkeiten zur Lösung ihrer Fragen zu suchen.

**Reinhard Lindner, Daniela Hery, Sylvia Schaller,
Barbara Schneider und Uwe Sperling**

Hamburg, Mainz, Köln und Mannheim, im April 2014

2 Abrufbar unter: ► <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/wenn-das-altwerden-zur-last-wird,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>

Inhaltsverzeichnis

I Hintergründe, Basisdaten und Grundlagen

1	Suizidalität im Alter: Die gerontologische Perspektive	3
	<i>Norbert Erlemeier, Uwe Sperling</i>	
1.1	Altern im Spannungsfeld von Gewinnen und Verlusten	4
1.2	Lebensqualität und Wohlbefinden unter erschwerten Bedingungen	5
1.3	Erklärungsansätze für Anpassung an Altersveränderungen	7
1.4	Altern in der Gesellschaft	8
1.4.1	Demografischer Wandel	8
1.4.2	Altersbilder	9
1.5	Altersveränderungen und Belastungen	10
1.5.1	Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten	10
1.5.2	Soziale Beziehungen und Teilhabe	13
1.5.3	Risiken im Alternsprozess	14
1.6	Aspekte der Suizidprävention im Alter	15
1.6.1	Angebote von Krisen- und Lebenshilfen	15
1.6.2	Status quo und neue Herausforderungen	16
1.7	Altern im Spannungsfeld von Gewinnen und Verlusten – Ein Fazit	16
	Literatur	18
2	Epidemiologie	21
	<i>Sylvia Schaller, Norbert Erlemeier</i>	
2.1	Allgemeine Daten	22
2.1.1	Besonderheiten der Erfassung suizidaler Handlungen alter Menschen	22
2.1.2	Häufigkeit suizidaler Handlungen	22
2.2	Soziale Bedingungen	26
2.2.1	Auswirkungen des sozialen Wandels	26
2.2.2	Soziale Bedingungen im Alter	27
2.2.3	Zusammenfassung und Fazit	32
	Literatur	32
3	Einflussfaktoren für Suizid und Suizidalität im Alter	35
	<i>Barbara Schneider, Claus Wächtler, Sylvia Schaller, Norbert Erlemeier, Rolf Hirsch</i>	
3.1	Risikofaktoren	36
3.1.1	Psychische Erkrankungen	36
3.1.2	Körperliche Erkrankungen	38
3.1.3	Weitere Risikofaktoren	38
3.2	Schutzfaktoren und soziale Einflüsse	39
3.2.1	Interne Schutzfaktoren	40
3.2.2	Externe Schutzfaktoren	42
3.2.3	Schutzfaktoren haben Schlüsselfunktion	43
	Literatur	43

4	Erklärungsansätze	47
	<i>Sylvia Schaller, Martin Teising, Reinhard Lindner, Claus Wächtler</i>	
4.1	Allgemeines	48
4.2	Psychoanalytische Ansätze	48
4.3	Verhaltenstherapeutische Ansätze	50
4.4	Transaktionales (multifaktorielles) Erklärungsmodell der Alterssuizidalität	51
4.4.1	Personvariablen	51
4.4.2	Umweltbedingungen	53
4.4.3	Verhalten	54
	Literatur	55

II Erkennen, Vorbeugen, Krisenhilfe und Behandeln

5	Diagnostik der Suizidalität im Alter	59
	<i>Claus Wächtler, Rolf D. Hirsch, Reinhard Lindner, Sylvia Schaller, Barbara Schneider, Uwe Sperling</i>	
5.1	Suizidalität und Depression	60
5.2	Erfassen der Suizidalität	61
5.2.1	Gesprächsführung	61
5.2.2	Testdiagnostik	62
5.2.3	Einschätzung der aktuellen Suizidalität	63
5.3	Ausblick	65
	Literatur	65
6	Suizidprävention im Alter	67
	<i>Reinhard Lindner, Barbara Schneider, Claus Wächtler</i>	
6.1	Epidemiologie	68
6.2	Risikofaktoren	68
6.3	Was ist Suizidprävention?	69
6.4	Suizidprävention im Alter	69
6.5	Evidenzbasierte Strategien zur Suizidprävention bei Älteren	71
	Literatur	73
7	Krisenintervention und Gesprächsführung	75
	<i>Hans Wedler, Martin Teising, Reinhard Lindner</i>	
7.1	Was ist Krisenintervention?	76
7.2	Voraussetzungen für Krisenintervention	76
7.3	Elemente der Krisenintervention	77
7.3.1	Klärung	77
7.3.2	Weichenstellung	78
7.3.3	Motivation	79
7.4	Phasen der Krisenintervention	79
7.5	Gesprächsführung	80
7.6	Beziehungsgestaltung	82
7.7	Begleitmaßnahmen und Beendigung der Krisenintervention	84
7.8	Fallstricke in der Krisenintervention	85

7.9	Krisenintervention nach Suizidversuch	86
7.10	Krisenintervention nach vollzogenem Suizid	87
7.11	Organisationsformen der Krisenintervention	87
7.12	Was qualifiziert zum Krisenhelfer?	88
	Literatur	89
8	Psychiatrische Behandlung und Psychotherapie	91
	<i>Reinhard Lindner, Barbara Schneider, Sylvia Schaller, Claus Wächtler</i>	
8.1	Aktueller Stand der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung suizidaler Älterer	92
8.2	Stationäre und ambulante psychiatrische Behandlung	92
8.3	Stationäre Behandlung akuter Suizidalität im Alter	93
8.4	Konsil/Liaisonbehandlung der Suizidalität älterer Patienten	95
8.5	Psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Psychotherapie der Suizidalität im Alter	97
8.6	Psychotherapeutische Prozesse mit suizidalen Älteren	97
8.6.1	Der depressive Modus	97
8.6.2	Der psychosomatisch-suizidale Modus:	99
8.6.3	Der regressiv-rückzügige Modus	100
	Literatur	102
9	Hilfen für Hinterbliebene	105
	<i>Barbara Schneider, Reinhard Lindner, Uwe Sperling</i>	
9.1	Hilfen kurz nach Suizid eines Angehörigen	106
9.2	Welche Hilfen brauchen Angehörige später?	107
9.2.1	Besonderheiten zum Befinden von Hinterbliebenen nach einem Suizid	107
9.3	Schlussfolgerung	109
	Literatur	109
10	Ältere Menschen in stationären Einrichtungen	111
	<i>Norbert Erlemeier, Rolf D. Hirsch, Reinhard Lindner, Uwe Sperling</i>	
10.1	Einleitung	112
10.2	Stationäre Pflegeeinrichtungen (Altenpflegeheime)	112
10.2.1	Struktur- und Bewohnermerkmale von Altenpflegeheimen	112
10.2.2	Suizidalität von Bewohnern in Altenpflegeheimen	115
10.3	Krankenhäuser	117
10.3.1	Struktur- und Patientenmerkmale von Krankenhäusern	117
10.3.2	Suizidalität von Patienten im Krankenhaus	119
10.4	Zusammenfassung	121
	Literatur	121
11	Teamkoordination in stationären Einrichtungen	123
	<i>Rolf D. Hirsch, Reinhard Lindner</i>	
11.1	Einstellungen und Affekte	124
11.1.1	Eigenproblematik von Teammitarbeitern	124
11.1.2	Ablehnende Vorurteile	125
11.1.3	Emotionen auf Helferseite	125
11.1.4	Umgang mit Gegenübertragungspänomenen	125

11.2	Therapeutisches Milieu und Behandlungsteam	126
11.3	Fortbildung	128
11.4	Fallkonferenz und Dokumentation	128
11.5	Checkliste und Leitlinie	129
	Literatur	130

III Religiöse, ethische, rechtliche und gesellschafts- politische Aspekte

12	Ethische Aspekte der Suizidprävention	133
	<i>Hans Wedler, Martin Teising, Daniela Hery</i>	
12.1	Ethische Wertung des Suizids	134
12.1.1	Ethische Argumente pro Suizid.	134
12.1.2	Ethische Argumente kontra Suizid.	135
12.1.3	Abwägung der Argumente	136
12.2	Ethische Grundlagen der Suizidprävention	136
12.2.1	Konkurrierende ethische Grundprinzipien	137
12.2.2	Schwacher Paternalismus	138
12.2.3	Selbstbestimmungsfähigkeit	138
12.2.4	Schlussfolgerung	139
12.3	Suizidalität und Suizidprävention am Lebensende	140
12.3.1	Patientenwünsche am Lebensende	140
12.3.2	Derzeitige Praxis der Suizidbeihilfe	141
12.3.3	Schlussfolgerungen	142
	Literatur	142
13	Juristische Aspekte	145
	<i>Daniela Hery, Hans Wedler</i>	
13.1	Akute Suizidalität	146
13.1.1	Allgemeine Hilfsverpflichtung	146
13.1.2	Betreuung bei mangelnder Freiverantwortlichkeit	147
13.2	Ärztliche Sterbebegleitung am Lebensende	149
13.3	Rechtsprechung und Rechtspolitik in Bewegung	151
13.4	Anhang: Formulare	153
	Literatur	157
14	Religiosität und Spiritualität als Einflussfaktor	159
	<i>Uwe Sperling</i>	
14.1	Einleitung	160
14.2	Suizid und Suizidalität in den biblischen Religionen	160
14.3	Religiosität und Spiritualität in der Bevölkerung Deutschlands	161
14.4	Haupttheorien für den Zusammenhang von Religiosität und Suizidalität	161
14.5	Religiosität und Spiritualität als Schutzfaktor	162
14.5.1	Moralische Ablehnung	162
14.5.2	Verringerung von Risikofaktoren	163
14.5.3	Religiöse und spirituelle Bewältigungsstrategien	164

14.5.4	Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen	164
14.5.5	Rituale und Meditation	165
14.5.6	Spirituelles Wohlbefinden	165
14.5.7	Trauerbegleitung	165
14.6	Religiosität und Spiritualität als Risikofaktor	165
14.7	Zusammenfassung und Ausblick	167
	Literatur	168
15	Gesellschaftspolitische Aspekte der Suizidprävention im Alter	171
	<i>Norbert Erlemeier, Martin Teising, Reinhard Lindner</i>	
15.1	Einleitung	172
15.2	Stellenwert in Gesundheits- und Präventionspolitik	172
15.3	Rezeption in den Medien	173
15.3.1	Printmedien	173
15.3.2	Rundfunk- und Fernsehen	174
15.3.3	Neue Medien	174
15.3.4	Literatur, Film und Theater	175
15.4	Fazit und künftige Entwicklungen	175
	Literatur	177
	 Serviceteil	
	 Anhang	180
	 Stichwortverzeichnis	182

Autorenverzeichnis

Erlemeier, Norbert, Prof. Dr. phil.

Hirschweg 41, 51519 Odenthal
Norbert.Erlemeier@t-online.de

Hery, Daniela, LL.M (MedR)

Bernard Korn & Partner, Kanzleisitz Mainz
Hindenburgplatz, 355118 Mainz
hery@ckb-anwaelte.de

Hirsch Rolf D., Prof. Dr. med. Dr. phil.

Ermekeilstraße 36, 53113 Bonn
r.d.hirsch@t-online.de

Lindner, Reinhard, PD Dr. med.

Medizinisch-Geriatriische Klinik
Albertinen-Haus
Gerontopsychosomatik und
Alterspsychotherapie
Sellhopsweg 18–22, 22459 Hamburg
Reinhard.Lindner@albertinen.de

Schaller, Sylvia, Dr. phil.

Rosenstr. 94, 68199 Mannheim
SchallerSylvia@t-online.de

Schneider, Barbara, Prof. Dr. med.

LVR-Klinik Köln, Abt. für Abhängigkeits-
erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie,
Wilhelm-Griesinger-Str. 23, 51109 Köln
B.Schneider@lvr.de

Sperling, Uwe, Dr. theol.

Universitätsmedizin Mannheim,
IV. Medizinische Klinik,
Geriatrisches Zentrum,
Theodor-Kutzer-Ufer 1–3, 68167 Mannheim
uwe.sperling@umm.de

Teising, Martin, Prof. Dr. phil.

International Psychoanalytic University
Berlin GmbH
Stromstr. 3, 10555 Berlin
teising@t-online.de

Wächtler, Claus, Dr. med.

Droste-Hülshoffstr. 11, 22609 Hamburg
c.waechter@gmx.de

Wedler, Hans, Prof. Dr. med.

Goslarerstr. 115, 70499 Stuttgart
hans.wedler@web.de

Adressen der Herausgeber

Hery, Daniela, LL.M (MedR)

Bernard Korn & Partner, Kanzleisitz Mainz
Hindenburgplatz, 3 55118 Mainz
hery@ckb-anwaelte.de

Lindner, Reinhard, PD Dr. med.

Gerontopsychosomatik und
Alterspsychotherapie
Medizinisch-Geriatriische Klinik
Albertinen-Haus
Sellhopsweg 18–22, 22459 Hamburg
Reinhard.Lindner@albertinen.de

Schaller, Sylvia, Dr. phil.

Rosenstr. 94, 68199 Mannheim
SchallerSylvia@t-online.de

Schneider, Barbara, Prof. Dr. med.

Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen
und Allgemeinpsychiatrie, LVR-Klinik Köln
Wilhelm-Griesinger-Str. 23, 51109 Köln
B.Schneider@lvr.de

Sperling, Uwe, Dr. theol.

IV. Medizinische Klinik, Geriatriisches
Zentrum, Universitätsmedizin Mannheim
Theodor-Kutzer-Ufer 1–3, 68167 Mannheim
uwe.sperling@umm.de

Hintergründe, Basisdaten und Grundlagen

- Kapitel 1** **Suizidalität im Alter: Die gerontologische Perspektive – 3**
Norbert Erlemeier, Uwe Sperling
- Kapitel 2** **Epidemiologie – 21**
Sylvia Schaller, Norbert Erlemeier
- Kapitel 3** **Einflussfaktoren für Suizid und Suizidalität im Alter – 35**
Barbara Schneider, Claus Wächtler, Sylvia Schaller, Norbert Erlemeier, Rolf Hirsch
- Kapitel 4** **Erklärungsansätze – 47**
Sylvia Schaller, Martin Teising, Reinhard Lindner, Claus Wächtler

Suizidalität im Alter: Die gerontologische Perspektive

Norbert Erlemeier, Uwe Sperling

- 1.1 Altern im Spannungsfeld von Gewinnen und Verlusten – 4**
- 1.2 Lebensqualität und Wohlbefinden unter erschwerten Bedingungen – 5**
- 1.3 Erklärungsansätze für Anpassung an Altersveränderungen – 7**
- 1.4 Altern in der Gesellschaft – 8**
 - 1.4.1 Demografischer Wandel – 8
 - 1.4.2 Altersbilder – 9
- 1.5 Altersveränderungen und Belastungen – 10**
 - 1.5.1 Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten – 10
 - 1.5.2 Soziale Beziehungen und Teilhabe – 13
 - 1.5.3 Risiken im Alternsprozess – 14
- 1.6 Aspekte der Suizidprävention im Alter – 15**
 - 1.6.1 Angebote von Krisen- und Lebenshilfen – 15
 - 1.6.2 Status quo und neue Herausforderungen – 16
- 1.7 Altern im Spannungsfeld von Gewinnen und Verlusten – Ein Fazit – 16**
- Literatur – 18**

1.1 Altern im Spannungsfeld von Gewinnen und Verlusten

Alter und Altern zeigen in historischer wie gegenwärtiger Betrachtung ein Doppelgesicht. Auf der einen Seite bieten sich Chancen und Entwicklungspotenziale, von Rosenmayr (1990, S. 19 ff) mit dem Begriff der »späten Freiheit« bezeichnet, die für die späten Jahre eine Perspektive eröffnen und sinnvoll genutzt werden können. Auf der anderen Seite sind Abbauphenomene, Einschränkungen und Verluste im körperlichen und psychosozialen Bereich nicht zu vermeiden. Altwerden ist, je mehr es dem Lebensende zugeht, oft belastend und schwer zu ertragen. Das Doppelgesicht des Alters, das auch als Spannungsfeld zwischen Gewinnen und Verlusten gesehen werden kann, verbietet deshalb eine einseitige Betonung der positiven wie der negativen, belastenden Seiten der späten Jahre. Rosenmayr (1990, S. 18) gibt zu bedenken:

- » Wer über das Alter schreibt, läuft Gefahr, entweder zu beschönigen und falsche Hoffnungen zu nähren oder durch Mut zur Schilderung des Negativen dazu beizutragen, dass Menschen sich von der Realität erdrückt fühlen und sich dadurch entmutigen lassen.

Vor allem durch die Werbung verbreitete Altersbilder übersehen oft bewusst die Kehrseite des Alters und zeichnen die Illusion ewiger Jugend durch Kosmetik, Schönheitschirurgie oder Anti-Aging-Kampagnen. Medien tragen aber auch dazu bei, durch einseitige Berichterstattung Ängste vor Leistungsabfall und sozialer Vernachlässigung im Alter zu wecken.

Im 20. Jahrhundert bis heute kam es kontinuierlich zu einem Zuwachs an Lebensjahren mit all den Folgeerscheinungen. Ältere und alte Menschen weisen nach Rosenmayr (1996, S 2/30) heute »keine einheitlichen Merkmale mehr auf, sondern müssen immer stärker in Untergruppen gegliedert werden«. Eine entsprechende Alterskultur als Orientierungsrahmen habe sich noch nicht ausbilden können. Alter sei als Massenphänomen eine historisch neue Entwicklung ohne ein verbindliches »Werte-Universum« und verbindliche historische Vorbilder für eine Alterskultur, »an die eine Anlehnung oder auf die ein Rückgriff möglich wäre«. Vom Alter strahlten bis heute auch keine alternativen Lebensstile auf die Gesamtgesellschaft aus, die als ein Gegenentwurf zur Individualisierung und Konsumorientierung der jüngeren Generation dienen könnten.

Lange Zeit beherrschte in der Alternforschung das **Defizitmodell des Alterns** das Feld. Dieses Modell orientierte sich vornehmlich an biologischen Entwicklungsvorstellungen, die von einem zeitabhängigen, irreversiblen, höchstens aufschiebbaren körperlich-organischen Funktionsverlust ausgehen, der zum Tod des Organismus führt (Lehr 2000, S. 46). Das Defizitmodell des Alters erfuhr jedoch wegen seiner methodischen Schwächen und unhaltbaren Konsequenzen für Altenpolitik und Altersprophylaxe eine grundlegende Korrektur und Differenzierung. Abgelöst wurde es von einem **Kompetenzmodell des Alterns**, in dem aufgrund neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse und gesellschaftlicher Weichenstellungen nicht die negativen Seiten des Alters, sondern die Kompetenzen, Potenziale und Entwicklungschancen, die im Alter liegen, betont wurden. Dabei kam es in Überbetonung dieser Perspektive wiederum zu einer Bagatellisierung der biologischen Seiten des Alters.

- » Ein einseitiges Defizitmodell des Alters ist genau so wenig wie ein überzogenes Kompetenzmodell geeignet, die Mehrschichtigkeit und Bandbreite des Alternsprozesses angemessen und realistisch abzubilden.

Nach Baltes (2007, S. 16) geben nicht nur diese beiden polarisierenden Modelle ein unrealistisches Bild des Alters ab, sondern auch das Bild des Doppelgesichts ist irreführend, wenn es um die Vielgestaltigkeit von Alternsprozessen geht. Altern sei gekennzeichnet durch

- **Plastizität** (Formbarkeit),
- **Variabilität** zwischen den Funktionen und Personen und
- in hohem Maße geprägt von **biografischer Individualität**.

Erst pathologische Alternsprozesse wie z. B. die Demenz setzten der Altersvielfalt und Entwicklung deutliche Grenzen.

Die Vielfalt und Plastizität von Alternsprozessen wird auch ausgedrückt durch den Begriff des **differenziellen Alterns**. Dieser betont sowohl die großen individuellen Unterschiede in Verlauf und Ausprägung des Alternsprozesses als auch dessen Mehrschichtigkeit und unterschiedliche Gerichtetheit (Baltes 2007; Wahl u. Heyl 2004). Genetische, gesellschaftlich-kulturelle, psychologische sowie Zufallsprozesse wirken zusammen. Im Alternsprozess selbst durchläuft der Mensch heute wegen der hohen durchschnittlichen Lebenserwartung verschiedene Phasen, die ihn durch eine relativ lange Zeit des gesunden Alterns führen. In der Phase der Hochaltrigkeit, die die Zeit über 80 umfasst, wird dann das Leben immer stärker durch Krankheit, Funktionsverlust und Einbußen an Selbstständigkeit belastet. Gerontologen sprechen, um diese Altersphasen zu unterscheiden, vom **dritten** und **vierten Lebensalter**. Das dritte, das junge Alter, umfasst etwa die Jahre zwischen 60 und 75/80. Es ist bei vielen gekennzeichnet durch körperliche und geistige Funktionstüchtigkeit, durch Aktivitäten und Handlungsmöglichkeiten nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Zum Beispiel sind die heute 70-Jährigen körperlich und geistig genau so fit wie die 60-bis 65-Jährigen vor 30 Jahren.

Tatsache ist aber auch: Mit den Jahren jenseits von 80, d. h. mit dem Eintritt in das vierte Alter, nimmt die Krankheitsanfälligkeit und -häufigkeit, körperlich wie psychisch, zu. Behinderungen in der Alltagsbewältigung erschweren das normale Leben. Hilfe- und Pflegebedürftigkeit werden wahrscheinlicher. Altern, Krankheit und Behinderung überlagern sich. Es kommt zum Nachlassen geistiger Fähigkeiten, soziale Beziehungsnetze werden brüchiger, Verluste sind zu verkraften. Für manche Alte kann das Dasein so sehr zur Last werden, dass sie nicht mehr leben wollen. Der Umgang mit Belastungen, psychosomatische Beschwerden und das subjektive Wohlbefinden werden im Alter von biografischen Vorerfahrungen beeinflusst, die v. a. mit der Verarbeitung von belastenden, aber auch fördernden Ereignissen in früheren Lebensabschnitten zu tun haben. Das subjektive Erleben von Belastungen trägt stärker zu Altersbeschwerden bei als Einschätzungen des objektiven Belastungsgrads (Staudinger et al. 1996; Kruse u. Schmitt 2002).

- **Subjektive Verarbeitungskapazitäten im Zusammenhang mit Einflüssen der äußeren Lebenslage tragen in erheblichem Maße zu Lebensqualität und Wohlbefinden im hohen Alter bei.**

1.2 Lebensqualität und Wohlbefinden unter erschwerten Bedingungen

Zu den Leitbildern der gerontologischen Forschung, der praktischen Altenarbeit sowie der Sozial- und Gesundheitspolitik gehören die Förderung und Erhaltung von Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter, auch und gerade unter erschwerten Bedingungen. Diese Konzepte,

einschließlich des Konzepts der Lebenszufriedenheit, werden in der Gerontologie gerne als Ausdruck des gelingenden Alterns verwendet.

Nach Baltes u. Baltes (1989) wird gelingendes Altern durch 5 Charakteristika genauer bestimmt:

- langes Leben,
- körperliche und seelische Gesundheit,
- psychosoziale Funktionstüchtigkeit (Kompetenz),
- Gefühle der Selbstwirksamkeit und
- Lebenszufriedenheit.

Die Grundvoraussetzung für gelingendes Altern ist nach diesem Konzept zwar ein hohes Alter, hinzu kommen müssen jedoch qualitative Merkmale, die dem langen Leben Inhalt und Sinn verleihen.

Lebensqualität gilt als übergreifende Kategorie, aus der sich **Wohlbefinden** und **Lebenszufriedenheit** ableiten lassen. Bei der Betrachtung von Lebensqualität müssen objektive Lebensbedingungen und subjektive Bewertungen dieser Lebensbedingungen ins Kalkül gezogen werden. Zu den objektiven Bedingungen zählen als Ressourcen v. a. die gesundheitliche Verfassung und körperliche Leistungsfähigkeit, die Einkommens- und Wohnsituation sowie die Qualität und Stabilität sozialer Netzwerke. Subjektive Faktoren spiegeln die individuelle Bedürfnis- und Zielstruktur sowie emotionale Aspekte wie Zufriedenheit mit dem bisherigen Leben, Hoffnungen, Erwartungen, aber auch Sorgen und Befürchtungen wider. Die Erhaltung von Lebensqualität auch unter den erschwerten Bedingungen des Alters ist somit von objektiver Seite wie von Seiten subjektiver Einflussnahme anzustreben. Objektiv gesehen muss z. B. bei Pflegebedürftigkeit eine qualifizierte und finanzierbare Pflegeinfrastruktur vorgehalten werden, aus subjektiver Sicht ist die Erhaltung bestmöglicher Selbstbestimmung unter den Bedingungen des Heimlebens anzustreben.

Subjektives Wohlbefinden schließt 2 Hauptfaktoren ein:

- einen emotionalen Faktor, der Aspekte wie das Vorhandensein positiver und als Gegenpol das geringe Auftreten negativer Gefühlszustände sowie längerfristige Glücksgefühle umfasst, und
- einen kognitiv-evaluativen Faktor mit den Aspekten der allgemeinen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit (Mayring 1991).

Wohlbefinden stellt sich nicht ohne eigenes Zutun ein, sondern ist das Ergebnis aktiver Auseinandersetzung mit Anforderungen des Lebens, die im sehr hohen Alter immer beschwerlicher wird.

■ Studienergebnisse

In der Berliner Altersstudie (BASE) bei Hochbetagten wurde u. a. das subjektive Wohlbefinden der Teilnehmer untersucht (Smith et al. 1996). Über 60 % der Befragten waren mit ihrem gegenwärtigen, vergangenen und zukünftigen Leben zufrieden. Bei den Altersgruppen von 70 bis 100 Jahren nahm der Zufriedenheitsgrad allerdings ab. Im Großen und Ganzen trugen die soziodemografischen Indikatoren wenig zum Wohlbefinden bei. Viel einflussreicher waren die subjektiven Bewertungen einzelner Lebensbereiche, insbesondere des Gesundheitszustands.

Dieser Befund wird u. a. durch Ergebnisse des Alterssurveys für Deutschland bestätigt, das 1996, 2002 und 2008 bei repräsentativen Stichproben dreier Altersklassen durchgeführt wurde (Tesch-Römer2010). Die objektiven Indikatoren für Lebenszusammenhänge klären direkt nur

einen relativ geringen Anteil der Unterschiede in den Dimensionen des Wohlbefindens auf (Lebenszufriedenheit, positive emotionale Befindlichkeit, negative emotionale Befindlichkeit). Psychische Ressourcen wie Zuversichtlichkeit und Kontrollerleben sowie bereichsspezifische Bewertungen sind dagegen von größerem Gewicht bei der Aufklärung der Unterschiede im Wohlbefinden innerhalb der Altersgruppen. In dieser und anderen Studien erweisen sich der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand und die Art und Qualität der Sozialbeziehungen als wichtige Faktoren für Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit im Alter.

Mehrere Untersuchungen liefern den Nachweis für das sog. **Zufriedenheitsparadox**. Obgleich objektive Verschlechterungen in der Lebenssituation alter Menschen nachzuweisen sind, bleibt das subjektive Wohlbefinden bis ins hohe Alter relativ stabil. (Smith et. al. 1996). Alte Menschen sind offenbar in der Lage, mit Hilfe psychischer Ressourcen und Einwirkungsmöglichkeiten ihr inneres Gleichgewicht und Selbstwertgefühl trotz sich verschlechternder äußerer Umstände lange stabil zu halten, zumindest so lange wie ihre Kapazitätsreserven, mit denen sie sich an Altersveränderungen anpassen, nicht erschöpft sind. Trotz ihrer Altersbeschwerden führen viele Menschen bis ins hohe Alter auf Grund ihrer psychischen Verarbeitungskapazitäten ein weitgehend selbstständiges Leben. Sie sind offenbar in der Lage, psychische und soziale Reserven zu mobilisieren, um körperlichen Abbau in Grenzen zu kompensieren.

➤ **Die häufig zu beobachtende positive Anpassungsleistung wird einer »psychischen Widerstandsfähigkeit« (Resilienz) zugeschrieben. Sie gilt als ein wichtiger Schutzfaktor im Umgang mit Altersveränderungen.**

Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit sind keine festen Größen, sondern immer nur in Relation zu dieser Anpassungsleistung zu sehen, die mit Zunahme von Altersbeschwerden und biologischem Abbau immer schwieriger zu erbringen ist. Das vierte Lebensalter stellt die Auseinandersetzung mit Altern und nahendem Lebensende auf eine harte Probe, nicht selten so hart, dass das Leben zur Last werden kann und krisenhaft erlebt wird.

1.3 Erklärungsansätze für Anpassung an Altersveränderungen

In der Entwicklungspsychologie gibt es zahlreiche Modelle, um Veränderungen über den Lebenslauf erklären zu können. Einige, die für den Altersprozess besonders relevant sind, werden kurz vorgestellt (s. auch Erlemeier 2011).

Krisen- und Wachstumsmodell Dieses Modell (Erikson 1973) unterscheidet 8 Hauptstadien des Lebenslaufs, die alle durch ihre phasentypischen Krisen zu charakterisieren sind. Das 8. Stadium der Entwicklung im hohen Alter ist durch den Konflikt zwischen Ich-Integrität und Verzweiflung charakterisiert. Zufriedenheit mit dem bisherigen Lebensverlauf in seinen vielfältigen biografischen Bezügen fördert Ich-Integrität; wird diese Integrität und positive Lebensbilanz nicht erreicht, droht Verzweiflung im Sinne von Trauer über das nicht Erreichte, drohen Vorwürfe gegen sich und andere und tiefe Selbstzweifel.

Modell der Entwicklungsaufgaben Nach Havighurst (1963) stellen sich Entwicklungsaufgaben zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einer Phase im Lebenslauf. Ihre Bewältigung trägt zur Zufriedenheit und zum Erfolg mit späteren Aufgaben bei, während Misserfolg zu Unzufriedenheit des Individuums, zu Anschuldigung der Gesellschaft und Schwierigkeiten mit späteren Aufgaben führt. Sie liefern einen Bezugsrahmen für persönliche Zielsetzungen