

Suizidalität und Suizidprävention im Alter

Suizidalität und Suizidprävention im Alter

Norbert Erlemeier
unter Mitarbeit von Markus Wirtz

Band 212
Schriftenreihe des Bundesministeriums
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Verlag W. Kohlhammer

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Erlemeier, Norbert

Suizidalität und Suizidprävention im Alter / Norbert Erlemeier,
Markus Wirtz. [Hrsg.: Bundesministerium für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend]. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer 2001

(Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bd. 212)
ISBN X-XX-XXXXX-X

In der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend werden Forschungsergebnisse, Untersuchungen, Umfragen usw. als Diskussionsgrundlage veröffentlicht. Die Verantwortung für den Inhalt obliegt der jeweiligen Autorin bzw. dem jeweiligen Autor.

Alle Rechte vorbehalten. Auch fotomechanische Vervielfältigung des Werkes (Fotokopie/Mikrokopie) oder von Teilen daraus bedarf der vorherigen Zustimmung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Herausgeber: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
10118 Berlin

Titelgestaltung: 4 D Design Agentur, 51427 Bergisch-Gladbach

Gesamtherstellung: DCM • Druckcenter Meckenheim, 53340 Meckenheim

Verlag: W. Kohlhammer GmbH
2001

Verlagsort: Stuttgart
Printed in Germany

Gedruckt auf chlorfrei holzfrei weiß Offset

Vorwort

In den letzten 10 Jahren hat die Auseinandersetzung mit Fragen um die Selbsttötung von Menschen zugenommen. Wissenschaftliche Erkenntnisse aus Medizin, Psychologie und Sozialforschung liegen vor. Praktische Erfahrungen beschreiben direkte und präventive Hilfen für jene älteren Menschen, die in besonderen Lebenslagen im Suizid den einzigen Ausweg sehen. Trotzdem bleibt die noch immer vorhandene Unterschätzung der Suizidgefährdung im hohen und höchsten Alter ein Problem, das größere gesellschaftliche Aufmerksamkeit und zielgerichtete Intervention erfordert.

Suizidprävention und Krisenhilfe bei alten Menschen sind nicht isoliert zu betrachtenden Altersproblemen, sondern Bestandteil der sozialpolitischen und bürgerschaftlichen Bemühungen zur Erhaltung von Lebensqualität und Wohlbefinden. Deshalb muss es gelingen, ein „Aktionsbündnis“ der Institutionen und Personen, die für die Lebensumstände der Senioren Verantwortung tragen, zu organisieren und auszubauen.

Vorhandene Krisendienste müssen besser auf die Problemlagen älterer Menschen eingestellt werden und mit der praktischen Altenhilfe eng zusammenarbeiten. Die Aufklärung der Öffentlichkeit über Suizidrisiken und Hilfeangebote bedarf neuer und wirksamerer Formen. Fachkräfte, aber auch ehrenamtliche soziale Helferinnen und Helfer, benötigen spezifische Weiterbildung, um von den Risiken zu wissen, die im Alter zu depressiven Krisen bis hin zu akuter Suizidgefahr führen können, um rechtzeitig Alarmsignale zu erkennen und vorbeugend tätig werden zu können.

Genauso wichtig ist es, im gesellschaftlichen Leben Meinungen, Haltungen und Ausgrenzungen entgegenzuwirken, die suizidale Handlungen im höheren Lebensalter begünstigen oder auslösen.

Für die weitere Ausgestaltung erforderlicher Hilfen und Angebote ist die hier veröffentlichte Expertise eine gute Grundlage.



Dr. Christine Bergmann
Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	7
Einleitung	11
Teil I Forschungsstand (1991-2000)	
1 Terminologie	18
2 Suizid- und Suizidversuchshäufigkeit	21
2.1 Suizide im internationalen Vergleich.....	21
2.2 Suizidversuche im internationalen Vergleich	27
2.3 Suizide in Deutschland.....	30
2.4 Suizidversuche in Deutschland.....	40
2.5 Selbsttötungs- und Selbstverletzungsmethoden.....	42
2.6 Suizidgedanken (suicidal ideation).....	48
2.7 Suizidalität bei Heimbewohnern und Patienten.....	52
3 Epidemiologie	54
3.1 Diagnostik der Suizidalität.....	54
3.2 Biologische Aspekte.....	57
3.3 Körperliche Erkrankungen.....	61
3.4 Psychische Erkrankungen.....	65
3.5 Soziale Beziehungsprobleme.....	70
3.6 Geschlechtsunterschiede	74
3.7 Sonstige Einflussfaktoren.....	80
4 Theorien	84
5 Suizidprävention	92

5.1	Internationale Perspektiven.....	94
5.2	Europäische Perspektiven	101
5.3	Nationale Perspektiven	113
5.4	Krisenintervention	118
5.5	Psychotherapie	135
5.6	Hilfen für Hinterbliebene.....	144
6	Rechtliche und ethische Implikationen.....	148
6.1	Rechtliche Bewertung	148
6.2	Ethische Bewertung	152
7	Zusammenfassung	166
Teil II Befragungsergebnisse		
8	Einleitung.....	168
9	Befragung der ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen	169
9.1	Befragungsstichprobe	169
9.2	Befragungsmethode.....	171
9.3	Befragungsergebnisse	173
10	Befragung der Expertengruppe	211
10.1	Befragungsstichprobe	211
10.2	Befragungsmethode.....	212
10.3	Befragungsergebnisse	213
11	Befragung der Gruppe alter Menschen.....	233
11.1	Befragungsstichproben	233
11.2	Befragungsmethode.....	233
11.3	Befragungsergebnisse	236

Teil III Perspektiven der Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter

12	Einleitung	253
13	Leitlinien	255
14	Interventionsebenen	260
14.1	Sozialpolitische Interventionsebene.....	260
14.2	Kommunikativ-educative Interventionsebene	264
14.2.1	Diagnostisch-therapeutische Handlungsebene.....	265
14.2.2	Educative Handlungsebene	266
14.3	Strukturelle Interventionsebene	268
15	Zusammenfassung	277

Einleitung

1992 legte der Verfasser im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren einen Bericht über den aktuellen Forschungsstand zur Suizidalität im Alter vor, in dem auf die lückenhafte Datenlage zur Inanspruchnahme von ambulanten Beratungs- und Krisenhilfediensten durch alte Menschen hingewiesen wurde. Nachdrücklich regte der Verfasser unter der Überschrift Forschungsbedarf eine Untersuchung der ambulanten Krisenhilfestrukturen mit der Fragestellung an, ob und in welchem Ausmaße die Belange der Zielgruppe suizidgefährdeter alter Menschen von ihnen berücksichtigt werden. Im vorliegenden Forschungsprojekt konnte diese wichtige Fragestellung aufgegriffen und durch empirische Befunde bearbeitet werden.

Eine Bestandsaufnahme der Krisenhilfeangebote für alte Menschen in Deutschland ist notwendig, um praktische Empfehlungen für eine Verbesserung von Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter geben zu können. Außerdem muss der gegenwärtige internationale Forschungsstand zur Suizidalität und Suizidprävention im Alter aufgearbeitet werden.

Eine erste Einschätzung stammt von DeLeo (1997, S. 51), einem der weltweit bekannten Suizidologen. „Lately, elderly suicide seems to be attracting some more interest“. Sie ist zu teilen, wenn man die Zahl der Publikationen und Forschungsaktivitäten seit 1991 als Maßstab zugrunde legt. Die Aufarbeitung des aktuellen Forschungsstandes zur Alters-suizidalität bis 1990 erbrachte bereits einen erstaunlichen Erkenntnisfundus (Erlemeier, 1992). Seit dieser Zeit hat sich das Interesse in der Fachwelt und in den Medien für diese Problematik noch verstärkt. In der sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion wird die suizidale Gefährdung von bestimmten Risikogruppen in der Gesellschaft (z. B. psychisch Kranken, Drogenabhängigen, alten Menschen in Lebenskrisen) allerdings erst in jüngster Zeit ernsthaft zur Kenntnis genommen, z.B. im Gesundheitsbericht für Deutschland (1998). Es ist zu hoffen, dass daraus mehr Anstrengungen erwachsen als bisher, die Suizidprävention zu einer konzertierten nationalen gesundheitspolitischen Aufgabe zu machen. Bisher gehört Deutschland zu den Ländern in der Europäischen Gemeinschaft, in denen suizidpräventive Aktivitäten, Angebote und Einrichtungen kaum koordiniert und systematisch gefördert werden (Wedler, 1995). Das muss sich angesichts der hohen fachlichen Anforderungen, die aus faktischen Entwicklungen der Suizidproblematik erwachsen, in Zukunft ändern.

Im Mittelpunkt dieser Arbeit steht die Suizidalität im Alter. Auch wenn seit 1991 die wissenschaftliche Beschäftigung mit ihr vergleichsweise (auch in Deutschland) zugenommen hat, so wird die *Suizidprävention im Alter* nach wie vor in ihrer Notwendigkeit unterschätzt und deshalb auch wenig unternommen, diesen Mangelzustand zu beheben. Aus der in Fachkreisen bekannten Unterrepräsentanz alter Menschen am Klientel von Krisenhilfeeinrichtungen sind bislang kaum praktische Konsequenzen gezogen worden. Die vorliegende Studie will handfeste Belege für die Diskrepanz zwischen *Suizidgefährdung* auf der einen und *Suizidprävention im Alter* auf der anderen Seite erbringen, den möglichen Gründen dafür nachgehen und Vorschläge zur Verbesserung dieser Mangelsituation ableiten.

Das Interesse an der Erforschung der Suizidalität alter Menschen hat zugenommen. Seit 1991 sind zahlreiche fachlich fundierte Monographien, Sammelwerke, Übersichtsarbeiten und Zeitschriftenaufsätze erschienen, die auch der vorliegenden Aktualisierung des Forschungsstandes zur Alterssuizidalität als Material gedient haben. Eine Literaturrecherche über die Zentralstelle für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) an der Universität Trier erbrachte von 1991 bis 1998 insgesamt 260 verwertbare Nachweise. Ein Suchauftrag im Rahmen einer früheren Studie, der sich auf die einschlägigen Publikationen zwischen 1970 und 1990 bezog, erbrachte „nur“ rund 150 verwertbare Titel. Allein dieser Zuwachs an Fachliteratur spricht für die eingangs zitierte Einschätzung von DeLeo.

Zu nennen sind beispielsweise die Werke von Osgood (1992) „Suicide in Later Life“, von McIntosh et al. (1994) „Elder Suicide – Research, Theory and Treatment“, die Sammelbände von Leenaars et al. (1992) „Suicide and the Older Adult“, von Lester und Tallmer (1994) „Now I lay me down – Suicide in the Elderly“ und von Kennedy (1996) „Suicide and Depression in Late Life“. Monographien in deutscher Sprache sind seit dem Forschungsbericht von Erlemeier (1992) „Suizidalität im Alter“ erschienen von Teising (1992) „Alt und Lebensmüde“, de Vries (1996) „Suizidales Verhalten alter Menschen“ und Leder (1998) „Über den Umgang mit suizidalen älteren Menschen“, ein Sammelwerk von Friedrich und Schmitz-Scherzer (1992) „Suizid im Alter“. Neben den zahlreichen Zeitschriftenaufsätzen namhafter Suizidologen in englischer Sprache sind zum Thema Alterssuizidalität seit 1991 in deutschsprachigen Sammelbänden und Fachzeitschriften z. B. Beiträge erschienen von Bron, Erlemeier, Schmidtke et al., Teising und Wächtler.

Für die intensivere Beschäftigung mit der Suizidproblematik im Alter sprechen auch Themenhefte renommierter Fachzeitschriften, die die

Problematik aus interdisziplinärer Sicht beleuchten (z. B. in „Suicide and Life-Threatening Behavior“, 1992, und „International Psychogeriatrics“, 1995), sowie Themenschwerpunkte auf Tagungen und Kongressen (z. B. mit internationaler Besetzung auf der Herbsttagung 1998 der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention in Würzburg). Auf einem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie hat das Thema des Alterssuizids dagegen bislang kaum Beachtung gefunden.

Die vorliegende Arbeit will nicht nur den wissenschaftlichen Erkenntnisstand von 1991 bis 2000 aufarbeiten, sondern aus der kritischen Bewertung der Befunde Folgerungen für gezielte und wirksame Suizidprävention im Alter ableiten. Dabei geht es vor allem um realistische Transfer- und Umsetzungsmöglichkeiten theoretischer und methodischer Entwürfe in die Praxis.

Stärker als in der Vergangenheit wurden in den letzten zehn Jahren auch *ethische Fragen* im Umfeld von Suizid und Suizidprävention aufgeworfen, die besonders durch die Legalisierungsdiskussion des ärztlich assistierten Suizids und der Euthanasiepraktiken in einigen Ländern forciert wurden. Speziell Suizidhandlungen im Alter gelangen schnell in eine Grauzone von stillschweigender Toleranz angesichts der sog. „*demographischen Überalterung der Gesellschaft*“ mit ihren realen und vermeintlichen Folgeproblemen für den einzelnen und die Solidargemeinschaft sowie angesichts der Rationalisierungs- und Rationierungsdebatte im Gesundheitswesen, bei der alte Menschen unter Kosten-Nutzenkautelelen den Kürzeren ziehen könnten. Auf die Suizidprävention im Alter gemünzt, könnte die Vorbeugung bzw. Verhinderung von Suizidhandlungen alter Menschen nicht als ethisch-praktische Verpflichtung, sondern als überflüssige Zumutung wahrgenommen werden. Warum sollte man alte Menschen nicht „gewährenlassen“, wenn sie sich für den Tod durch eigene Hand entscheiden? So der Standpunkt der „*Liberalisten*“, die eine Suizidhandlung im Alter im Unterschied zu der in jüngeren Jahren als Akt reiflicher Überlegung und Bilanzierung heroisieren. Dass die Fakten so nicht auszulegen sind, wird im Verlauf dieser Studie noch untermauert.

Ziel dieser Arbeit ist es, über die Beschreibung des gegenwärtigen Kenntnis- und Diskussionsstandes hinausgehend Vorschläge zur *Optimierung suizidpräventiver Strategien im Alter* abzuleiten und zu begründen. Um dieses Ziel abzusichern, sollen über eine Befragung von Praxiseinrichtungen der Krisenhilfe, von Experten der Suizidforschung in Deutschland und älteren Menschen als potentiell Betroffenen die

notwendigen empirischen Grundlagen zur Verbesserung der unbefriedigenden Prävention suizidalen Verhaltens im Alter geschaffen werden.

Die Arbeit ist in drei Teilen aufgebaut. Im *ersten* Teil werden die Forschungsbefunde zur Suizidalität und Suizidprävention im Alter für den Zeitraum von 1991 bis 2000 aktualisiert.

Ein kurzer Überblick über die Kapitelgliederung des ersten Teils soll dem Leser die erste Orientierung erleichtern. Die Gliederung orientiert sich weitgehend an der des Forschungsberichts des Verfassers von 1992. Wenn es zum weiteren Verständnis notwendig ist, wird auf Gedankengänge und Ergebnisse dieser Expertise zurückgegriffen.

Nach der Einleitung wird im 1. Kapitel kurz auf terminologische Klärungen abgestellt, die in den letzten Jahren die fachlichen Diskussionen akzentuiert und auch präzisiert haben.

Es werden dann im 2. Kapitel internationale und nationale Suizid- und Suizidversuchsstatistiken ausgebreitet und im Sinne der Zielstellung dieser Studie interpretiert. Von besonderem Interesse sind die Trends und Entwicklungen über die Alters- und Geschlechtsgruppen sowie mögliche Kohorteneffekte. In einem Unterkapitel geht es um die Suizidmethoden und um die Frage, ob sich an der herkömmlichen Unterscheidung zwischen „harten“ und „weichen“ Methoden unkritisch festhalten lässt.

Das 3. Kapitel widmet sich der Epidemiologie des suizidalen Verhaltens im Alter, insbesondere dessen Verflechtung mit psychischen und somatischen Erkrankungen auf der einen und sozialen wie kommunikativen Problemen auf der anderen Seite. Bei welchem Risikoprofil sind alte Menschen besonders suizidgefährdet? Welche Faktoren sind es letztlich, die zu einer lebensbedrohenden Krise führen? Gibt es Fortschritte bezüglich der Aufklärung des multifaktoriellen Wirkungsgefüges und der Gewichtung zentraler Einflussfaktoren in der Genese von Suizidalität im Alter?

Diese Frage leitet nahtlos zum 4. Kapitel über, in dem auf Entwicklungen in der Theoriebildung und Konzeptualisierung von Krisenhilfemodellen und Präventionsstrategien eingegangen wird. Hierbei wird auf den Erkenntnisstand der Expertise von 1992 als Ausgangspunkt rekurriert, in der psychodynamische (narzissmustheoretische) und copingtheoretische Erklärungsansätze favorisiert wurden.

Das 5. Kapitel behandelt in mehreren Unterkapiteln den gegenwärtigen Stand der Suizidprävention im In- und Ausland. Es werden beispielhaft einige umfassende nationale Suizidpräventionsstrategien vorgestellt und die Themen Krisenintervention, Psychotherapie sowie Hilfen für Hinterbliebene aufgegriffen.

Das 6. Kapitel schließlich setzt sich mit rechtlichen und ethischen Aspekten von Suizid, ärztlicher Suizidbeihilfe und Euthanasie auseinander.

Im *zweiten, empirischen Teil* der Studie, in dem es um die Beantwortung der Frage nach den Gründen für die geringe Inanspruchnahme von ambulanten Krisenhilfediensten durch alte Menschen geht, wird zunächst das methodische Design der Befragungen dokumentiert und begründet. Dann werden die Stichproben beschrieben sowie die Befragungsergebnisse dargestellt und auf dem Hintergrund der Erkenntnisse des ersten Teils der Studie interpretiert.

Aus den Ergebnissen der Befragungen werden schließlich im *dritten Teil* Folgerungen für die Praxis der Suizidprävention im Alter abgeleitet, konzeptionell-organisatorische Vorschläge unterbreitet und Veränderungsperspektiven entwickelt. Die Studie schließt mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse ab.

Einen zentralen Anteil an der vorliegenden Studie bekommt die Auswertung und Interpretation von eigens erhobenen Befragungsergebnisse, die in der Expertise von 1992 nicht zur Verfügung standen. Auf diese wird auch deshalb ausführlich eingegangen, weil sie für die praxisnahe Weiterentwicklung suizidpräventiver Maßnahmen im Alter von grundlegender Bedeutung sein dürften.

Bei allen statistischen Angaben bemühte sich der Verfasser, die zur Zeit der Erstellung des Forschungsberichts aktuell greifbaren Daten, z.B. des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden, zu berücksichtigen (Stand: April 2001).

Als Literaturquellen dienten der vorliegenden Studie die oben bereits genannten Monographien, Sammelwerke, Kongressberichte und Fachzeitschriften mit dem Themenschwerpunkt „Suizidales Verhalten alter Menschen“. Außerdem wurden drei Gruppen von Fachzeitschriften seit 1991 herangezogen, in denen in loser Folge Beiträge zur Erforschung der Alterssuizidalität zu finden sind. Die erste Gruppe umfasst Periodika aus dem Fachgebiet der *allgemeinen Psychiatrie* wie:

Acta Psychiatrica Scandinavica
American Journal of Psychiatry
British Journal of Psychiatry
Psychiatry and Clinical Neurosciences
TW Neurologie Psychiatrie
u. a.

Zur zweiten Gruppe gehören Zeitschriften aus dem Fachgebiet der *Gerontopsychiatrie, Geriatrie und Gerontologie* wie:

American Journal of Geriatric Psychiatry
Clinical Gerontologist
Geriatrics
Geriatrie Praxis
International Psychogeriatrics
Journal of Geriatric Psychiatry
Journal of the American Geriatrics Society
The Gerontologist
The Journals of Gerontology
Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie
Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie
u. a.

Die dritte Gruppe umfasst Zeitschriften aus dem engeren Kreis der *Thanatologie und Suizidologie* wie:

Archives of Suicide Research (seit 1995)
Crisis
Death Studies
Omega
Suicide and Life-Threatening Behavior
Suizidprophylaxe

Ferner wurden statistische Daten herangezogen, die sich im Statistischen Jahrbuch für Deutschland 2000 (Hrsg. Statistisches Bundesamt in Wiesbaden) oder im Statistischen Jahrbuch Nordrhein-Westfalen 1998 (Hrsg. Statistisches Landesamt NRW) befanden. Aktuelle Daten wurden dem Verfasser dankenswerterweise vom Statistischen Bundesamt in Wiesbaden zur Verfügung gestellt.

Danksagungen

Mein besonderer Dank gilt Frau Medizinaldirektorin Petra Weritz-Hanf vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, die die Studie einschließlich der Befragung von „Akteuren“ der Suizidprä-

vention und Krisenhilfe von Beginn an tatkräftig unterstützte und die Wege für eine Mittelförderung durch ihr Ministerium ebnete. Besonders danken möchte ich auch dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS), namentlich ihrem Präsidenten Herrn Prof. Dr. med. Werner Felber und den Herren Prof. Dr. med. Thomas Bronisch und Prof. Dr. med. Manfred Wolfersdorf, die dem Verfasser durch ihre Empfehlungen die Türen für die Befragung in den der DGS angeschlossenen Krisenhilfeeinrichtungen öffnen halfen. Herr Prof. Dr. Felber verfasste ein Empfehlungsschreiben, in dem die Krisenhilfeeinrichtungen in Deutschland zur Mitarbeit am Forschungsprojekt aufgerufen wurden. Für diese Unterstützung bin ich dem Präsidenten der DGS besonders dankbar.

Danken möchte ich auch dem wissenschaftlichen Leiter des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA) in Berlin, Herrn PD Dr. C. Tesch-Römer und seinem Mitarbeiterstab, insbesondere Frau Cornelia Au und Frau Kari Thürkow, die mir bei der Literaturrecherche durch GEROLIT fachkundig und ausdauernd halfen sowie bei meinem Aufenthalt im DZA auch „außerdienstlich“ für Anfragen zur Verfügung standen.

Hervorheben möchte ich auch die zuverlässige und selbständige Mitarbeit der studentischen Hilfskräfte am Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Münster, die mir in vielen technischen Dingen des Forschungsalltags zur Hand gingen, namentlich Frau Martina Ernst, Frau Katharina Paffenholz und Herrn Klaus Ravensberg. Die statistische Auswertung der Daten lag bei Herrn Dipl.-Psych. Dr. Markus Wirtz in fachkundigen Händen. Ihm bin ich wegen seiner konstruktiven Ideen sehr zu Dank verpflichtet. Seine Mitarbeit muss besonders betont werden.

Ohne die Mitarbeit der zahlreichen ambulanten Krisendienste in der Bundesrepublik und der älteren Damen und Herren, die für die Befragungen im empirischen Teil gewonnen wurden, wäre diese Studie nicht zustande gekommen. Ihnen sei an dieser Stelle ebenfalls gedankt. Vermittelt wurde die Befragung der älteren Personen durch Frau Dr. Mechthild Kaiser von der Kontaktstelle „Studium im Alter“ der Universität Münster und Frau Dipl. Soz. Päd. Petra Berger vom Fachseminar für Altenpflege des Caritasverbandes Rheine.

Münster, im Oktober 2001

Teil I Forschungsstand (1991-2000)

1 Terminologie

Sucht man nach einem Oberbegriff, unter dem auf Selbstverletzung und Selbstvernichtung ausgerichtetes Verhalten im weitesten Sinne subsumiert werden kann, so bieten sich nach wie vor das Nennwort *Suizidalität* und das Beiwort *suizidal* an. Der Mensch, der eine Suizidhandlung ausgeführt hat, ist der *Suizident*; der Mensch, der Suizidgedanken entwickelt, Suizidhandlungen erwägt oder plant, kann dann als *suizidgefährdet* oder *suizidal* bezeichnet werden, wenn diese Gedanken oder Erwägungen nicht nur passager auftreten, sondern über einen längeren Zeitraum immer stärker werden und nicht abzuweisen sind.

Das breite Bedeutungsspektrum der Suizidalität umfasst nach Haenel und Pöldinger (1986, S. 107) „das Potential aller seelischen Kräfte und Funktionen, das auf Selbstvernichtung tendiert“. Dieses Spektrum reicht mit zunehmender Entschlossenheit und Letalitätstendenz von Suizidgedanken/-ideen (im englischsprachigen Raum „suicide ideation“), die flüchtig oder auch langwierig und quälend sein können, über Suizidversuche unterschiedlicher Intention bis zu vollendeten Suiziden. Eingeschlossen werden können auch noch „Suizidäquivalente“ oder indirektes selbst-destruktives Verhalten, bei denen suizidale Absichten vermutet werden können, wie Missachtung ärztlicher Verordnungen (sog. non-compliance), Verweigerung lebensnotwendiger Verrichtungen (z. B. Nahrungsaufnahme); aber auch unter den ungeklärten Todesursachen können sich „verdeckte Suizide“ befinden (z. B. bei ungeklärten Verkehrsunfällen).

Bei alten Menschen können solche indirekten selbst-destruktiven Verhaltenstendenzen Ausdruck allgemeiner „Lebensmüdigkeit“ sein, auf „Selbstaufgabe“ oder „Sich-Sterben-Lassen“ (Tenter, 1994) hinweisen, vor allem dann, wenn ihnen aktive Formen der Selbsttötung verwehrt sind oder von ihnen nicht mehr selbst ausgeführt werden können.

In Anlehnung an Haenel und Pöldinger beschreibt Wolfersdorf (1996, S. 4) Suizidalität in umfassender Weise als

„die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handelnlassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen“.

Er führt ferner aus, dass Suizidalität grundsätzlich allen Menschen eigen und per se keine Krankheit und kein Syndrom sei. Ruhe-, Todeswünsche, Suizidideen fänden sich zeitweise bei den meisten Menschen, suizidale Handlungen dagegen häufiger in psychosozialen Krisen und bei psychischer Erkrankung (oft in Verbindung mit anderen Belastungsfaktoren, d. Verf.). Suizidalität sei fast immer Ausdruck von Einengung durch *subjektiv erlebte* oder objektive Not, durch psychisch oder körperlich bedingte Befindlichkeits- und Erlebensstörungen, selten Ausdruck von Freiheit und unbeeinträchtiger Wahlmöglichkeit.

Wie die meisten Suizidforscher auf der Welt, die überwiegend aus der psychiatrisch-therapeutischen Praxis kommen, will auch Wolfersdorf die Möglichkeit des sog. „*Bilanzselbstmords*“ (Hoche) (im englischen Sprachraum „*rational suicide*“) auf seltene Ausnahmefälle, bei denen psychopathologische Verursachungs- und Belastungsfaktoren mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden können, eingegrenzt wissen.

Manifestes Suizidverhalten wird nach *Suizidversuchen* („attempted suicides“) und *vollendeten Suiziden* („completed suicides“) unterschieden. Im englischen Sprachraum hat sich zur Vereinfachung des Sprachgebrauchs das Begriffspaar „suicide“ und „attempted suicide“ bzw. als Synonym der Begriff „parasuicide“ (nach Kreitman) weitgehend durchgesetzt. Auch in der deutschsprachigen Fachliteratur wird der Begriff „Suizidversuch“ manchmal durch den des „Parasuizids“ ersetzt, wobei der Appellcharakter stärker betont wird. In der englischsprachigen Fachliteratur findet daneben der Begriff „deliberate self-harm“ (DSH) für einen Suizidversuch Anwendung. Der Begriff „Suizid“ (Selbsttötung) meint stets Suizidhandlungen mit tödlichem Ausgang, unabhängig von den zugrunde liegenden Motiven und situativen Umständen.

Eine neuere Definition von Suizid und Suizidversuch, die die heute allgemein anerkannten Bestimmungsmerkmale enthält, stammt ebenfalls von Wolfersdorf (1996, S. 5).

„Suizid und Suizidversuch meinen die vorsätzliche, bewusste und absichtliche, zielgerichtete Handlung eines Menschen bzw. die Unterlassung einer lebensrettenden Handlung mit der bewussten Absicht der Selbsttötung bzw. der Inkaufnahme des Versterbens“.

Suizid und Suizidversuch sind eindeutig nur von ihrem *Ausgang* (tödlich – nicht tödlich) zu unterscheiden. Überlebt der Handelnde die gewollt selbstschädigende Handlung nicht, sprechen wir von Suizid, bleibt er aus welchen Gründen auch immer am Leben, sprechen wir von Suizidversuch oder Parasuizid. Die zugrunde liegenden Intentionen und Moti-

ve lassen es nicht immer zu, den Ausgang einer Suizidhandlung vorherzusagen. So kann es sich beim Suizidversuch um einen „missglückten“ Suizid und beim Suizid um einen ohne Absicht tödlich endenden Suizidversuch handeln. Auf die Schwierigkeit, Suizide und Suizidversuche mit Hilfe von unterschiedlichen Genesemodellen typisieren zu wollen, geht Erlemeier (1992, S. 8) ein.

Bei alten Menschen können sich z. B. unter der hohen Rate an Suiziden auch *Suizidversuche* insbesondere mit toxischen Substanzen verbergen, die wegen erhöhter körperlicher Vulnerabilität oder größerer sozialer Isolierung einen tödlichen Ausgang nehmen. Auf der anderen Seite ist bekannt, dass im Alter Suizidhandlungen wegen des bewussten Einsatzes letaler Mittel häufig mit dem Tode enden. Damit ist auch gesagt, dass Suizidhandlungen im Alter oft mit dem „Willen zu sterben“ ausgeführt werden, was an Abschiedsbriefen verdeutlicht werden kann (Leenaars, 1992). Suizidversuche und Suizide lassen sich im Alter von der Psychodynamik her oft gar nicht auseinanderhalten. Gemeinsam ist ihnen in vielen Fällen der erklärte Wille, das Leben zu beenden.

Wenn Wolfersdorf stark auf die *Intention* des Handelnden zur Unterscheidung von Suizidhandlungen abhebt, und der bewusste und zielgerichtete Vorsatz ein *konstituierendes* Element aller Suizidhandlungen sein soll, so ist doch zu bedenken, dass diese Intention gerade bei Suiziden nicht immer klar zu eruieren ist und gerade bei psychopathologisch motivierten Suizidhandlungen (z. B. bei schweren Depressionen oder Schizophrenien) von diesen kognitiven Steuerungsmechanismen meistens nicht ausgegangen werden kann.

Hilfreich ist noch eine Klassifikation des Parasuizids, die Feuerlein (1971) in die Diskussion gebracht hat. Die folgenden Motive können einem Suizidversuch zugrunde liegen (Bronisch, 1995):

- Die parasuizidale Pause mit dem Motiv der Zäsur,
- Die parasuizidale Geste mit dem Motiv des Appells,
- Die parasuizidale Handlung mit dem Motiv der Autoaggression.

Bei der *parasuizidalen Pause*, oft in Verbindung mit Alkohol- und Tablettenintoxikation, besteht die eigentliche Absicht nicht darin, sterben zu wollen, sondern im Hintergrund steht der starke Wunsch, für immer zu schlafen, Ruhe zu haben und alles zu vergessen. Sie könnte auch als „Flucht aus der Realität“ bezeichnet werden. Die *parasuizidale Geste* richtet sich vor allem an die soziale Mitwelt. Sie ist als Hilfeappell zu verstehen, als letzter verzweifelter Versuch, die Mitmenschen auf die eigene psychische Not aufmerksam zu machen. Meistens ist der Sui-

zidversuch so „arrangiert“, dass Rettung und Hilfe noch möglich sind. Parasuizidale Pause und Geste sind in ihrer Symptomatik nicht zu unterschätzen, sind sie doch nicht selten die Vorboten erneuter und ernsthafterer Suizidversuche (Felber, 1993). Die *parasuizidale Handlung* schließlich impliziert eine reale Selbsttötungsabsicht. Sie hebt sich nach Bronisch (1995, S. 14) durch drei Merkmale von den genannten parasuizidalen Verhaltensweisen ab. Sie wird mit der eindeutigen Absicht, sterben zu wollen, ausgeführt. Die Ausführung der Suizidhandlung erfolgt meistens so, dass die Mitwelt nicht mehr verhindernd oder rettend eingreifen kann. Dementsprechend sind auch die Selbsttötungsmethoden gewählt. Parasuizidale Handlungen mit einem hohen Potential an Autoaggression müssen deshalb bei tödlichem Ausgang den Suiziden zugerechnet werden. Sie erfolgen mit größerer Entschlossenheit und Letalitätsaussicht, was aber nicht heißt, dass parasuizidale Pause und Geste in ihrem Gefahrenpotential unterschätzt werden dürfen. Zu den *Mythen* im Umgang mit Suizidalität gehört z. B. die leichtfertige Behauptung, dass der Mensch, der die Absicht zum „Selbstmord“ laut kundtue, sich letztlich nicht umbringen werde (parasuizidale Geste).

2 Suizid- und Suizidversuchshäufigkeit

2.1 Suizide im internationalen Vergleich

Ein weltweiter Vergleich der Suizidmortalität, besonders bezogen auf alte Menschen, muss sich auf diejenigen Länder beschränken, die der Weltgesundheitsorganisation (WHO) jährlich ihre Suizidraten nach Geschlecht und Altersgruppen aufgegliedert anzeigen. Das sind aber nicht mehr als maximal 50 % der 166 Mitgliedsstaaten der WHO, vornehmlich aus Europa, den Amerikas, aus Australien und Neuseeland sowie einigen Staaten aus dem asiatischen Raum (Hong Kong, Japan, Singapur, Sri Lanka, Thailand). Die afrikanischen Länder sind nur durch Ägypten und Mauritius vertreten (Conwell, 1993; Diekstra & Garnefski, 1995; La Vecchia et al., 1994; Lester, 1997).

Die „rohen“ (altersunabhängigen) Suizidraten variieren stark von Land zu Land. Die Unterschiede zwischen den höchsten und niedrigsten Rangplätzen können das Fünfzigfache ausmachen. So weisen von 1985 bis 1989 bei den *Männern* Ungarn (52.1), Sri Lanka (49.6), Finnland (37.2) und Österreich (31.7) die höchsten Suizidraten (Suizide pro 100.000 Einwohner) auf. Viele europäische Länder, darunter Deutschland, sowie Nordamerika, Australien und Neuseeland nehmen mit Sui-

zidraten zwischen 15 und 24 Mittelpositionen ein. Relativ niedrige Suizidraten findet man in Großbritannien, Südeuropa, Südamerika und in Ländern Asiens und Afrikas, die der WHO Daten liefern. Ausnahmen bilden Japan, Singapore und Hong Kong, die mittlere Rangplätze einnehmen.

Bei den *Frauen* steht Sri Lanka mit einer Suizidrate von 19 an erster Stelle, gefolgt von Ungarn mit 17.4 und Dänemark mit 15. Mittlere Suizidraten zwischen 4 und 10 weisen wie bei den Männern die meisten europäischen Länder, Nordamerika, Australien und Neuseeland auf. Am unteren Ende liegen Großbritannien sowie Länder in Südeuropa und Südamerika. Bemerkenswert im Nationenvergleich ist die relativ hohe weibliche Suizidrate in Japan, Singapore, Hong Kong und Cuba (La Vecchia et al., 1994).

Nach neueren Daten der WHO, über die Schmidtke et al. (1998) berichten, liegt Litauen bei den Männern an der Spitze der Suizidraten, bei den Frauen Festland-China, gefolgt von Sri Lanka. Bei den Männern haben Russland und die baltischen Staaten Ungarn in der Suizidhäufigkeit überflügelt.

Das weltweite Ausprägungsspektrum der Suizidraten spiegelt neben möglichen methodischen Diskrepanzen in der Erfassung und Zuordnung von Suiziden zu Kategorien der Todesursachenstatistik in den einzelnen Ländern vor allem *soziokulturelle und populationspezifische* Unterschiede wider, die im Rahmen dieser Studie nicht in extenso aufgeklärt werden können. Im Kapitel über die Epidemiologie wird jedoch auf einige geschlechtsspezifische Aspekte eingegangen.

Die Differenzen zwischen den Nationen in der weltweiten Suizidstatistik sind nach Lester (1997) über die Zeit erstaunlich stabil. Stabil ist auch in allen Ländern, die der WHO ihre Suizidmortalität berichten, die höhere Suizidrate der *Männer* im Vergleich zu den Frauen, wenn auch die Differenzen unterschiedlich hoch ausfallen. Allein in *China* übertreffen die *Frauen* die Männer in ihrer Suizidrate (Conwell, 1993; Schmidtke et al., 1998). Ähnlich stabile Muster in den Suizidraten konnten für Europa Kerkhoff und Clark (1993) sowie Schmidtke (1997) nachweisen.

Betrachtet man die *Veränderungstrends* über die Zeit von 1970 bis 1984, so zeigt sich für mehr Länder in der Welt ein stärkeres Anwachsen der Suizidraten bei den Männern als bei den Frauen (Lester, 1990). Diekstra und Garnefski (1995) konstatieren für die Zeit von 1970 bis 1986 in 19 ausgewählten Ländern weltweit ein Übergewicht des Anwachsens der Suizide bei *Männern* in allen Altersgruppen, besonders

ausgeprägt in der Gruppe der *Jugendlichen und jungen Erwachsenen* (im Durchschnitt um + 70 %). Bei den *Frauen* zeigt sich in einer Mehrheit von Ländern ein durchschnittlicher Anstieg von + 40 % bei den 15- bis 29jährigen, während in den übrigen Altersgruppen der Anstieg viel geringer ausfällt als bei den Männern oder sogar ein Absinken der Suizide zu beobachten ist. Gesundheitspolitisch besonders bedrückend ist der Trend zu höheren Suizidraten bei *jugendlichen und jungen Männern* in zahlreichen Ländern der westlichen Welt, den es seit 1900 zu beobachten gibt.

Bestätigung findet dieser Trend auch durch Lester (1997), der die prozentualen Veränderungen der Suizidraten in 32 Ländern zwischen 1980 und 1990 errechnete. Dabei ergibt sich insgesamt ein Übergewicht der Länder, in denen die Suizidraten bei *jungen Menschen*, vor allem *männlichen* Geschlechts, zugenommen haben. Auffallend ist die starke Zunahme in Nordirland und der Republik Irland, die mit ihren „rohen“ Suizidraten zu den niedrigsten gehören. Lester (1997, S. 110) kommt zu dem Schluss, dass „the distribution of suicide rates by age appears to have shifted, with youth suicide now much higher than they were 20 years ago“. Oder wie Diekstra (1996, S. 11) es formuliert: „A number of studies ... have confirmed this picture of a shift towards younger ages as well as a relatively greater risk increase among young males over the course of this century“.

Für *Europa* kommen Diekstra (1996) sowie Diekstra und Garnefski (1995) zu dem Ergebnis, dass trotz länderspezifischer Fluktuationen insgesamt die durchschnittliche Suizidrate über 16 Länder seit ca. 1900 signifikant angestiegen sei. Auffällig sei, dass die Rangordnung der Länder in Europa im Hinblick auf ihre Suizidraten dagegen relativ stabil geblieben sei. Nach wie vor übten somit kulturelle, ethnische und sonstige Unterschiede ihren Einfluss auf das Suizidverhalten aus, jedoch mit schwindender Stärke. Den Trend zu steigenden Suizidraten bei *Jugendlichen und jungen Erwachsenen*, insbesondere männlichen Geschlechts, in den vergangenen Jahrzehnten bestätigt Diekstra (1996) für viele Länder in Europa.

Betrachtet man die Suizidraten im internationalen Vergleich über alle Altersgruppen, so treffen wir auf eines der bekanntesten und abgesichertsten Ergebnisse der Suizidforschung: *das Suizidrisiko steigt als Funktion des Alters an*. Die Suizidraten folgen in vielen Ländern dem sog. „*Ungarischen Muster*“, d. h. sie steigen mit dem Alter an und erreichen ihren Höhepunkt bei den Männern im Alter von 75 Jahren und darüber (z. B. Conwell, 1993; Diekstra, 1996; Erlemeier, 1998; Lester, 1997; McIntosh, 1994; Osgood, 1992; Schmidtke, 1997; WHO, 2000).

Die Korrelationen zwischen Suizidraten und Alter sind in der Regel *positiv*. Sie liegen in Europa bei den Männern zwischen $r = +.78$ und $.91$, bei den Frauen in ähnlicher Größenordnung (Diekstra, 1996). Während bei den Männern der Gipfelpunkt der Suizidraten meistens im hohen Alter liegt, kann er bei den Frauen in einigen Ländern auch im jüngeren Erwachsenenalter liegen. Das gilt besonders für Frauen in skandinavischen Ländern. Der Gipfel der Suizidrate liegt z. B. für Frauen in Norwegen und Island zwischen 45 und 54 Jahren, in Dänemark zwischen 55 und 64 Jahren.

Im folgenden sollen die internationalen Suizidraten für das *hohe Alter* analysiert werden. Gulbinat (1996) wertete die weltweiten Suizidstatistiken für das hohe Alter aus, indem er 97 Nationen der WHO-Datenbank über die Suizidmortalität nach der International Classification of Diseases (ICD) miteinander verglich. Hohes Alter wurde (im Unterschied zu anderen Altersmarkierungen, die bereits bei 55 - 60 Jahren ansetzen) durch das Alter von *75 und darüber* definiert. Die letzten verfügbaren Statistiken der einzelnen Länder gingen in die Berechnung ein.

Erstaunlich sind die länderspezifischen Unterschiede in den Suizidraten im Alter. So variieren sie in den amerikanischen Staaten von 4 in Peru bis zu 105 in Cuba, in Asien von 17 in Thailand bis zu 104 in Sri Lanka, in Europa von 12 in Irland bis zu 186 in Ungarn und in Australien nur von 38 bis 43. In *Europa* weisen neben Ungarn, Bulgarien, Frankreich die ehemalige DDR und Österreich Suizidraten von über 100 auf. Am unteren Ende stehen mit einer Suizidrate von unter 40 die Länder Irland, Griechenland, Großbritannien, Island, Norwegen, Polen und die Niederlande. Die frühere Bundesrepublik nimmt mit der früheren USSR, Dänemark, Finnland, Portugal und Luxemburg mit 76.4 eine Mittelposition in der Rangordnung der nationalen Suizidraten ein.

Die Suizidraten der *Männer* über 75 Jahren liegen in fast allen Ländern bedeutend höher als die der Frauen. Lediglich in asiatischen Ländern ist der Abstand zwischen den Suizidraten der Männer und Frauen geringer. Der Grund für diese Abweichung liegt nicht in der geringeren Suizidrate der Männer, sondern an der *höheren* der Frauen.

Die Datenbank der WHO lässt auch die Berechnung von Trends in der Suizidmortalität alter Menschen über einen Zeitraum von ca. 30 Jahren zu. Gulbinat (1996) kommt bei seinen Berechnungen zu folgenden Schlussfolgerungen:

- Veränderungen der Suizidraten im Alter variieren zwischen einzelnen Ländern der Erde. Es gibt Länder in Amerika, Asien und Europa

mit einem starken Anstieg und solche mit einer Verminderung der Suizidraten in den letzten 30 Jahren.

- Länder mit *aufsteigendem* Trend sind häufiger vertreten als solche mit absteigendem Trend. Das Verhältnis beträgt für Europa 2:1, für Asien sogar 5:1.
- Ansteigende Suizidraten im Alter sind bis zu + 150 % stärker ausgeprägt als absteigende mit nicht mehr als - 60 %. Nach Lester (1997) trifft das insbesondere auf alte *Männer* zu.

Für *Europa* gilt, dass in den letzten 30 Jahren die Suizidraten der über 75jährigen *Männer* in Irland, Norwegen, Italien, Österreich, Polen und Ungarn zwischen + 150 und + 50 % angestiegen sind. Zwischen - 20 und - 60 % abgesunken sind sie in den Niederlanden, in Schweden, der ehemaligen Tschechoslowakei, Portugal und Großbritannien. Die frühere Bundesrepublik gehört zu den Ländern, in denen ein Zuwachs um bis zu + 25 % zu verzeichnen ist, der jedoch durch neuere Daten zu relativieren ist.

Die bekannten *Geschlechtsunterschiede* in den Suizidraten sind auch im Alter nicht in allen Ländern gleich ausgeprägt zu finden. Das Männer/Frauen-Verhältnis schwankt zwischen den Kontinenten von 1.8 in Asien zu 11.5 in den amerikanischen Staaten. Die größten Geschlechtsunterschiede mit höheren Suizidraten bei den alten Männern finden sich in Lateinamerika (Chile, Venezuela, Mexiko und Uruguay), in Nordamerika in den USA, in Europa in Finnland und in Asien in Sri Lanka. Gulbinat (1996, S. 40) sieht das „Suicide-Pattern“ im hohen Alter weltweit durch folgende Eigenarten charakterisiert:

„ ... it is 2 to 12 times higher in males than in females (medians for four continents), it is up to 7 times higher than adolescent suicide (medians for four continents), and the order of magnitude of these indices are constant over time“.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt Conwell (1993). Er hebt noch hervor, dass in den meisten Ländern, die Suizidzahlen an die WHO melden, die Suizidraten der Männer mit dem Alter eindeutig ansteigen und ihren Gipfelpunkt im Alter über 75 erreichen. Bei den Frauen ist über Ländergrenzen hinweg dieses sog. „ungarische Muster“ nicht so eindeutig nachzuweisen. In 25 von 36 Berichtsländern lag der Gipfelpunkt der Suizidraten bei den Frauen bei 75 Jahren und darüber, bei den anderen zwischen 65 und 74 Jahren oder gar noch früher. Trotz dieser Abweichungen vom „ungarischen Muster“ bei den Frauen bleibt die ausgeprägt *positive* Korrelation zwischen Suizidrate und Alter über verschiedene Länder und Kulturen im wesentlichen bestehen. Conwell wirft

deshalb mit aller Vorsicht die Frage auf, ob es einen *kulturunabhängigen, neurobiologischen* Altersfaktor gebe, der als Agens für das höhere Suizidrisiko im Alter verantwortlich gemacht werden könne. Noch ist ein solcher altersspezifisch neurobiologischer Wirkmechanismus nicht nachgewiesen worden (s. Kap. 3.2).

Rassische und ethnische Unterschiede in der Suizidmortalität alter Menschen sind des öfteren untersucht worden. Sehr differenzierte Daten liegen besonders für die USA vor (Baker, 1994; McIntosh, 1992, 1994). Die weiße US-Bevölkerung liegt in ihren Suizidraten in allen Altersgruppen über denen der nicht-weißen (1989: rohe Suizidrate Weiße 13.1, Nicht-Weiße 7.1). Besonders markant ist diese Diskrepanz in den Altersgruppen ab 65 Jahren (1989: Suizidrate Weiße 21.5, Nicht-Weiße 8.1). Der Gipfelpunkt der Suizidraten liegt bei den weißen Amerikanern zwischen 75 und 84 Jahren, bei den nicht-weißen Amerikanern im Alter um 35 Jahren. Danach nehmen die Suizidraten allmählich ab.

Betrachtet man die *Geschlechtsunterschiede*, so liegen in den weißen wie nicht-weißen Bevölkerungsteilen die Männer in ihren Suizidraten über denen der Frauen, wobei die Suizidraten von Männern und Frauen in der weißen Bevölkerung jeweils höher sind als in der nicht-weißen Bevölkerung. Das Suizidrisiko ist für einen weißen Amerikaner z. B. zweimal größer als für einen schwarzen Amerikaner, dreimal größer als für eine weiße und achtmal größer als für eine schwarze Amerikanerin (Baker, 1994, S. 245). Weiße Männer über 65 Jahren haben von allen Untergruppen die höchste Suizidrate (1989: 43.5), gefolgt von den nicht-weißen Männern (15.7), den weißen Frauen (6.3) und den nicht-weißen Frauen (2.8) (McIntosh, 1994, S. 15).

Untergliedert man die *nicht-weiße* Bevölkerung über 65 Jahren in rassische und ethnische Untergruppen, ergibt sich nach Baker (1994) ein sehr differenziertes Bild. Weiße über 65jährige Amerikaner hatten 1991 mit 22.5 die höchste Suizidrate. Unter den rassischen/ethnischen Minoritäten in den USA führten mit einer Suizidrate von 11.5 die Amerikaner asiatischer Herkunft (besonders aus China und Japan), gefolgt von den Amerikanern aus hispanischen Ländern mit 10.3 (besonders aus Mexiko), den amerikanischen Indianern und Eskimos mit 6.7 und den Amerikanern afrikanischer Herkunft mit 6.6 die Statistik an. Insgesamt ist die Suizidmortalität unter nicht-weißen Amerikanern jedoch bedeutend geringer als in der weißen Bevölkerung der USA.

Auch zwischen den rassischen/ethnischen Minderheiten gibt es noch unterschiedliche Muster suizidalen Verhaltens. Beispielsweise übersteigen die Suizide der über 65jährigen Amerikanerinnen *chinesischer* Her-

kunft die der aus Japan stammenden und die der weißen US-Bürgerinnen über 65 Jahren (vgl. hierzu die hohen Suizidraten der alten Frauen in China). Auch zwischen den einzelnen Indianerstämmen gibt es bedeutsame Unterschiede in den Suizidraten. Auf Einzelheiten soll hier jedoch nicht näher eingegangen werden.

Die sozioökonomischen, -kulturellen und -psychologischen Gründe für diese rassistischen/ethnischen Besonderheiten in der Suizidmortalität der USA werden von Baker (1994) ausführlich erörtert. So wird z.B. den „African Americans“, die eine geringe Suizidrate aufweisen, eine starke Bindung an die Familie, die Kirchen und andere Solidargemeinschaften zugesprochen (besonders in den Südstaaten), die im weitesten Sinne suizidpräventiv wirken kann. Der Suizid gilt nach Befragungsergebnissen für viele schwarze Amerikaner als Sünde „against God's perfect will“ und eher als „white thing“ (Baker, 1994, S. 251).

2.2 Suizidversuche im internationalen Vergleich

Suizidversuche werden in keinem Land zentral und systematisch in einer Statistik erfasst. Deshalb sind alle Vergleiche und Trendaussagen innerhalb eines Landes wie über Ländergrenzen hinaus aus methodischen Gründen mit großen Unsicherheiten behaftet (Diekstra, 1996). Erfasst wurde die Suizidversuchshäufigkeit meistens über Aufnahme-statistiken bei stationärer Behandlung nach Suizidversuch in Allgemeinkrankenhäusern oder psychiatrischen Kliniken. Die zahlreichen Suizidversuche, die ambulant behandelt werden oder den Gesundheitsdiensten nicht zur Kenntnis kommen, bleiben bei dieser Erfassung in der Regel unberücksichtigt. Auch sind die Aufnahme-statistiken von Suizidpatienten durch klinische Einrichtungen selektiv in dem Sinne, dass sie nur diejenigen erfassen, mit denen sie in diagnostisch-therapeutischen Kontakt treten. Man kann nach Diekstra (1996, S. 17) davon ausgehen, dass die den Gesundheitsdiensten bekannt gewordenen Suizidversuche nur „die Spitze des Eisbergs“ suizidaler Gefährdung sind, und nach einhelliger Einschätzung von Suizidforschern eine hohe Dunkelziffer anzunehmen ist.

Für 13 europäische Länder liegen seit einigen Jahren für ausgewählte Erfassungsregionen (catchment areas) sorgfältig erhobene und zuverlässige Zahlen über die Suizidversuchshäufigkeit und ihre Epidemiologie für den Zeitraum von 1989 bis 1992 vor (Schmidtke et. al., 1996). Es handelt sich dabei um das *WHO/Euro Multicentre Project on Parasuicide*, das die WHO im Rahmen ihrer Gesundheitsprogramme für das

Jahr 2000 in Auftrag gab. Das Ziel dieses Projektes bestand zum einen in der Gewinnung epidemiologischer Erkenntnisse über Suizidversuche in Europa, zum anderen in der Generierung von Wissen über spezifische Risikogruppen. Beteiligt an der Studie waren 16 Forschungszentren in 13 europäischen Ländern: Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Italien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Schweden, Schweiz, Spanien und Ungarn. Das deutsche Forschungszentrum ist unter der Leitung von Schmidtke an der Universität Würzburg angesiedelt. Die Erfassung der Suizidversuche und epidemiologischen Daten erfolgte in allen Catchment Areas nach einem einheitlichen Design und Kategorienschema.

Ausgangspunkt war eine gemeinsame Definition von Parasuizid nach der Nomenklatur von ICD-10. Parasuizid wurde definiert als

„an act with non-fatal outcome, in which an individual deliberately initiates a non-habitual behaviour that, without intervention from others, will cause self-harm, or deliberately ingests a substance in excess of the prescribed or generally recognized therapeutic dosage, and which is aimed at realizing changes which the subject desired via the actual or expected physical consequences“ (zitiert nach Schmidtke et al. 1996, S. 328).

Die Daten über die Suizidversuche wurden in den 16 Erfassungsgebieten für die Altersklassen: 15-24, 25-34, 35-44, 45-54 und *55 und mehr Jahre* über den Zeitraum von 1989 bis 1992 erhoben. Zu den Ergebnissen: Die höchste „rohe“ durchschnittliche Suizidversuchsrate wurde für die *Männer* mit 327/100.000 in Helsinki (Finnland) gefunden, gefolgt von den Zentren in Großbritannien, Frankreich, Ungarn und Dänemark. Die niedrigste Rate ergab sich mit 46/100.000 in Spanien. Deutschland lag mit dem Erfassungsgebiet Würzburg und Umgebung mit einer Rate von 65/100.000 an 12. Stelle der europäischen Länder. Bei den *Frauen* wies mit 542/100.000 ein Zentrum in Frankreich die höchste „rohe“ durchschnittliche Suizidversuchsrate auf, gefolgt von Großbritannien, Finnland, Schweden, Ungarn und Dänemark. Die niedrigste Rate hatte mit 72/100.000 wiederum Spanien. Deutschland lag im Ländervergleich bei den Frauen mit 99/100.000 auf Platz 13.

Mit nur einer Ausnahme (Helsinki) übertrafen die Suizidversuchsraten der Frauen die der Männer. Das Verhältnis von Männern zu Frauen betrug im Durchschnitt 1: 1.5 mit einer Bandbreite von 1:2.2 in Frankreich bis 1:0.8 in Finnland. Die „rohe“ Durchschnittsrate lag über alle Zentren bei den Männern bei 140/100.000 und bei den Frauen bei 193/100.000.

In knapp der Hälfte der Zentren wurden die höchsten Suizidversuchsra-ten in der Altersklasse der *15 bis 24jährigen Frauen* gefunden. Sie be- trug für 7 der 15 Zentren im Durchschnitt 283/100.000. Am höchsten lag sie in dieser Altersklasse in Frankreich mit 766/100.000, am niedrigsten mit 99/100.000 in Spanien. Von den Männern wiesen die *25-34jährigen* in 10 von 15 Zentren von allen Altersgruppen die höchsten Suizidver- suchsraten auf. Die höchste Rate wurde für die Männer mit 541/ 100.000 bei den 35-44jährigen in Helsinki für das Jahr 1990 gefunden.

In fast allen Zentren war die Suizidversuchsrate am niedrigsten bei den 55jährigen und älteren. Sie betrug über alle Zentren bei den *Männern* im Durchschnitt 59/100.000 und bei den *Frauen* 74/100.000. In allen anderen Altersgruppen der Männer streuten die Raten zwischen 102 und 199, in den anderen Altersgruppen der Frauen zwischen 160 und 283/100.000.

Während des Erfassungszeitraums 1989-1992 sanken für die Mehrheit der Zentren die Suizidversuchsra-ten ab. Die größte durchschnittliche Verringerung war in der Gruppe der 35-40jährigen Männer und Frauen zu beobachten (jeweils - 19 %). Auch in anderen Altersgruppen war ein Absinken der Suizidversuchsra-ten in ähnlicher Größenordnung zu fin- den. Die einzige Altersgruppe, bei der in den Zentren über den Erfas- sungszeitraum ein leichter *Anstieg* zu verzeichnen war, war die Gruppe der *55jährigen und älteren* (Männer: + 11 %; Frauen: + 9 %).

Die Ergebnisse dieser wichtigen multizentrischen WHO/EURO-Studie über Suizidversuche in 13 europäischen Ländern zusammengefasst: Helsinki war das Zentrum mit den höchsten Suizidversuchsra-ten für Männer. Sie übertrafen als einzige sogar die der Frauen. In Cergy- Pontoise in Frankreich und Oxford in Großbritannien fanden sich die höchsten Suizidversuchsra-ten der Frauen, insbesondere zwischen 15- 24 Jahren. In den meisten Zentren lag die Suizidversuchsra- te der Frau- en höher als die der Männer, ein Ergebnis, das in der Literatur häufig referiert wird (Ausnahme: Helsinki). *Die niedrigsten Suizidversuchsra-ten wurden in der Altersklasse der 55jährigen und älteren beobachtet und zwar für beide Geschlechter.*

Auf Suizidversuchsmethoden und soziodemographische Zusammen- hänge wird später noch eingegangen.

2.3 Suizide in Deutschland

In Deutschland starben 1999 nach der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes (2001) insgesamt 11.157 Personen durch „vorsätzliche Selbstbeschädigung“ (Pos. Nr. X 60 -X 84 der ICD-10), darunter 8.080 Männer und 3.077 Frauen. Alle 47 Minuten stirbt statistisch gesehen ein Mensch in Deutschland durch eigene Hand. Das Lebenszeitrisiko, durch Suizid zu sterben, kann auch so ausgedrückt werden, dass jeder 71. Mann und jede 149. Frau in den alten und jeder 51. Mann und jede 117. Frau in den neuen Bundesländern davon betroffen sein können. Das Lebenszeitrisiko für einen Suizid ist folglich für Männer knapp zweimal größer als für Frauen.

Die Suizidraten für Deutschland lagen mit 20.6 für Männer und 7.3 für Frauen deutlich unter dem Mittelwert der europäischen Länder (1989-1994: Männer: 27/100.000; Frauen: 9/100.000). Die Gesamtsuizidrate lag 1999 bei 13.6. In den alten Bundesländern suizidierten sich 1997 6.767 Männer und 2.698 Frauen, in den neuen Bundesländern (in der ehemaligen DDR) 2.074 Männer und 726 Frauen. Die Suizidraten betragen entsprechend 20.8 für Männer und 7.9 für Frauen in den alten und 27.6 für Männer und 9.2 für Frauen in den neuen Bundesländern. Damit liegen die Suizidraten in den neuen Ländern leicht über dem Durchschnitt in Europa, die in den alten Ländern im unteren Drittel der europäischen Suizidverteilung (Schmidtke, Weinacker & Fricke, 1998).

An dieser Stelle wird das bekannte „Ost-West-Gefälle“ in der Suizidmortalität deutlich, dass bereits vor der Wiedervereinigung beobachtbar war und sich nach der Wende in abgeschwächter Form fortsetzt. Besonders ausgeprägt zeigt sich dieses Gefälle auch im innerdeutschen Ländervergleich. Vergleicht man die durchschnittlichen „rohen“ Suizidraten der einzelnen Bundesländer, berechnet über den Zeitraum 1992-96, miteinander, so liegen die höchsten Suizidraten in den Ländern Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt. Das gilt in weitgehender Übereinstimmung für Männer wie für Frauen. Am unteren Ende des Ländervergleichs liegen mit ihren Suizidraten Nordrhein-Westfalen, Saarland und Hessen. Die Länderunterschiede kovariieren noch mit dem Alter, d.h. während diese Unterschiede in jüngeren Altersgruppen noch eher zufällig sind, sind sie ab 35 Jahren in Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt besonders stark ausgeprägt. Um unterschiedliche Alterspyramiden in den Bundesländern ins Kalkül zu ziehen, berechneten Schmidtke, Weinacker und Fricke (1998) auch altersadjustierte Suizidraten. Die Länderunterschiede blieben auch nach Ausschaltung möglicher Methodenartefakte für Männer und Frauen erhalten. Die exponierte Stellung Sachsens, Thüringens und Sachsen-Anhalts in der Suizidmortalität hat

die Suizidforscher schon seit längerem beschäftigt und zu Spekulationen angeregt. Auf Auswirkungen des ehemaligen sozialistischen Regimes in der DDR können sie jedenfalls nicht allein zurückgeführt werden, dafür sind sie zu spezifisch und außerdem schon ein Phänomen, das vor DDR-Zeiten in Thüringen und Sachsen zu beobachten war (Müller, 1991; Müller & Bach, 1994).

Unter den Sterbefällen in der Bundesrepublik lagen im Jahre 1997 die Suizide im Vergleich zu den anderen Todesursachen nach ICD-9 insgesamt an 10. Stelle, bei den Männern an 9. und bei den Frauen an 11. Stelle. In jüngeren Altersgruppen stehen die Suizide nach den tödlichen Verkehrsunfällen an 2. Stelle der Todesursachenstatistik. Mit zunehmendem Alter schieben sich dann krankheitsbedingte Todesursachen in den Vordergrund (Statistisches Bundesamt, 1999).

Suizidforscher werden in Anbetracht der Suizidmortalität nicht müde, die Öffentlichkeit und die Politik immer wieder wachzurütteln, indem sie darauf hinweisen, *dass die Zahl der Suizidtoten über Jahre hinweg größer ist als die der Verkehrstoten* (In 1997 standen 12.265 Suizidtote 8.549 Verkehrstoten gegenüber). Zur Reduzierung von Verkehrstoten und zur Unfallprävention werden augenfällig sehr viel mehr Anstrengungen unternommen und Finanzmittel investiert als in die Reduzierung von Suizidtoten und in die Suizidprävention. Das gilt auch für die Prävention von Verkehrsunfällen alter Menschen. Dieses Missverhältnis ist wohl so zu erklären, dass Selbsttötung weiterhin als gesellschaftliches Tabu behandelt wird und „Selbstmörder“ diskriminiert werden („Das kann mir nicht passieren“). In einen Verkehrsunfall kann bei der heutigen Verkehrslage jeder (auch schuldlos) verstrickt werden. Die meisten akzeptieren das persönliche Risiko eines Verkehrsunfalls, wenn sie sich mit dem Auto auf die Straße begeben. Ein tödlicher Verkehrsunfall wird zwar als tragisches Ereignis wahrgenommen, jedoch nicht so sanktioniert und diskriminiert wie ein Suizid, für den der einzelne zudem noch selbst verantwortlich gemacht werden kann.

Die stärkere „Öffentlichkeitswirksamkeit“ von tödlichen Verkehrsunfällen im Vergleich zu Suiziden und ihre damit einhergehende Unterschätzung werden auch in der internationalen Literatur als symptomatisch kritisiert (Lester, 1994; McIntosh et al., 1994; Osgood, 1992). Pritchard (1992) bringt noch eine Variante ins Gespräch, indem er die *höhere Suizidrate im Vergleich zur Homizidrate* in vielen Ländern (auch in der Bundesrepublik 1997) zum Anlass nimmt, das geringe öffentliche Interesse für die Suizidproblematik im Vergleich zur Präsenz von Mord, Totschlag und anderen Gewaltformen in den Medien zu beklagen.

Suizide waren 1998 mit 1.4 % an allen Sterbefällen in Deutschland beteiligt, bei den Männern waren es 2.1 % und bei den Frauen 1.0 % (Gestorbene 1998 insgesamt: 852.382, durch Suizid: 11.644) (Statistisches Bundesamt, 2000). Diese Prozentzahlen mögen bei oberflächlicher Sicht gering erscheinen und den Suizid zu einem zwar individuell tragischen, aber marginalen Ereignis in unserer Gesellschaft degradieren, das man sozial- und gesundheitspolitisch vernachlässigen kann. Geht man jedoch ins Detail, betrachtet man die Altersverteilung und die Trends in der Suizidstatistik genauer, so ergibt sich ein anderes Bild, und der Suizid erscheint als durchaus gravierendes Problem.

Die Altersverteilung der Suizidraten folgt in Deutschland wie in vielen anderen Ländern, die der WHO ihre Suizide melden, dem sog. „*ungarischen Muster*“, d.h. die Suizidraten steigen bei Männern wie Frauen mit dem Alter an und erreichen im hohen Alter ihren Höhepunkt. Die höchsten Suizidraten in der Bevölkerung finden sich bei den Männern über 75 Jahren.

Die Suizidraten der Frauen liegen in allen Altersgruppen unter denen der Männer. Sie steigen insgesamt flacher und im Alter weniger an als bei den Männern. Die Suizidraten in den neuen Bundesländern liegen bei den Männern zwischen 40 und 60 Jahren, vor allem aber bei den über 80jährigen merklich über denen ihrer Geschlechtsgenossen in den alten Bundesländern. Bei den Frauen ist diese Diskrepanz nicht so ausgeprägt. Insgesamt sind Personen im hohen Alter, hier wieder die Männer, in Deutschland signifikant suizidgefährdeter als alle anderen Altersgruppen. Ein vergleichsweise erhöhtes Suizidrisiko haben ebenfalls Männer in den neuen Bundesländern, die zwischen 40 und 60 Jahre alt sind, dieses aber auf einem insgesamt niedrigerem Level als im hohen Alter.

Die besondere *Suizidgefährdung im Alter* kann auch noch auf andere Weise verdeutlicht werden. Setzt man den Anteil der über 60jährigen Suizidfälle an der Gesamtzahl der Suizidtoten ins Verhältnis zum Anteil der über 60jährigen an der Gesamtbevölkerung, so ergibt sich eine klare „Überrepräsentation“ der über 60jährigen an allen Suiziden verglichen mit ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung. 60jährige und ältere machten 1996 rund 21 % der Gesamtbevölkerung aus, an der Gesamtzahl der Suizide waren sie dagegen mit 37 % beteiligt. Die entsprechenden Prozentwerte lauten für die über 60jährigen Männer 17 % und 32 %, für die über 60jährigen Frauen 25 % und 48 %, d.h. fast jeder zweite Suizid bei Frauen wird von einer über 60jährigen begangen.

Langzeitbeobachtungen zwischen 1950 und 1996 lassen einen deutlichen *Abwärtstrend* in den Suizidraten in den alten und *neuen* Bundesländern erkennen. Nach den Berechnungen von Schmidtke, Weinacker und Fricke (1998) sind seit Beginn der 50er Jahre (Durchschnitt 1951-1955) für das ehemalige Bundesgebiet die „rohen“ Suizidraten verglichen mit dem Durchschnitt der Jahre 1992-1996 bei den Männern um 16 % und bei den Frauen um 33 % abgesunken. Eine Verringerung der Suizidraten kann für den gleichen Zeitraum auch für das Gebiet der ehemaligen DDR konstatiert werden, und zwar bei den Männern um 16 % und bei den Frauen um 50 %. Die Differenz in den Suizidraten zwischen Ost- und Westdeutschland hat sich 1996 bei den Frauen fast ausgeglichen. Bei den Männern betrug sie 1996 noch 25 %, zwischen 1976 und 1980 dagegen noch 55 %.

So positiv dieser Trend zur Abnahme der Suizidraten vor allem seit 1980 in beiden Teilen Deutschlands auch zu werten ist, auszuschließen ist nicht, dass sich einige methodische Probleme auf die Veränderung der Suizidraten ausgewirkt haben. Darauf weisen die o.g. Autoren besonders hin. So können sich unter den Drogentoten, deren Zahl in jüngeren Altersgruppen angestiegen ist, auch Suizide befinden, die als solche statistisch nicht erfasst wurden (Schätzungen gehen von ca. 18 % aus). Ferner ist es nicht unwahrscheinlich, dass gerade im Alter wegen der hohen Multimorbidität Sterbefälle, die auf Suizide oder konsequente Suizidabsichten zurückgehen (selbstschädigendes Verhalten mit Todesfolge), vom Arzt nicht als Suizide dokumentiert werden und deshalb nicht als solche in der Todesursachenstatistik erscheinen. So konnten Schmidtke und Weinacker (1991) nachweisen, dass mit der Einführung der Kategorie „unklare Todesursachen“ z. B. die diagnostische Frequentierung dieser Kategorie zunahm, während die Häufigkeit von Suiziden mit sog. „weichen“ Methoden (meistens Vergiftungen) bei Frauen zwischen 75 und 79 Jahren abnahm.

Was die *Entwicklungstrends der Suizidraten im Alter* betrifft, so finden sich in der Literatur zum Teil abweichende bis widersprüchliche Aussagen. (S. Kontroverse zwischen Schmidtke & Weinacker auf der einen und Welz auf der anderen Seite in Suizidprophylaxe, 1995, S. 108-112). Das hängt mit „Fehlerquellen und Missverständnissen bei der Berechnung von Suizidhäufigkeiten im Alter“ zusammen, auf die Welz (1995, S. 74f) genauer eingeht. Seiner Meinung nach werden bei Publikationen über die Suizidmortalität die Unterschiede zwischen Angaben in Form von Verhältniszahlen, Proportionen oder Raten (Ziffern) nicht immer beachtet, so dass es zu unterschiedlichen Auslegungen und Schlussfolgerungen kommen kann. Auch die Zeiträume, über die die Trends berechnet werden, sind oft nicht deckungsgleich.

So berechnete z.B. Schmidtke (1995) den *prozentualen Anteil* der über *60jährigen* Suizidtoten an der Gesamtzahl der Suizide zu den Zeitpunkten *1951-1955* und *1989-1993* und kam zu einem *prozentualen Anstieg*, vor allem bei alten Frauen. Welz (1995) dagegen nahm als Bezugswerte die *Suizidraten* der über *65jährigen* Männer und Frauen zu den Zeitpunkten *1965 bis 1993* und kam seit 1985 zu einem *rückläufigen* Trend in den Suizidraten der über 65jährigen. Er macht angesichts dieser Diskrepanzen auf die Gefahr aufmerksam, die durch die selektive Verwertung publikationswirksamer Suiziddaten durch die Medien entstehen kann, die je nach Interessenlage das eine oder andere Ergebnis aufgreifen und die Öffentlichkeit damit verunsichern. Er selbst favorisiert in eigenen Berechnungen und Vergleichen die altersspezifischen Suizidraten als verlässlichen Trendindikator.

Zunächst konstatiert Welz für die letzten Jahre ebenso wie andere Suizidforscher (z.B. Schmidtke, Wedler u.a.) einen rückläufigen Trend in den „rohen“ Suizidraten in Deutschland, und zwar für die alten wie neuen Bundesländer, in denen das Ausgangsniveau der Suizidraten zu Zeiten der DDR bekanntlich höher lag. Diskrepanzen tauchen jedoch bei der Beurteilung der Veränderungstrends in den Suizidraten *alter Menschen* in der Fachöffentlichkeit auf. Während einige Autoren per saldo eine Abnahme von Suiziden auch bei alten Menschen nachweisen möchten, hält Welz (1995, S. 47) dagegen, „dass sich hinter der Oberfläche rückläufiger allgemeiner Suizidziffern z. T. gravierende und von der Öffentlichkeit nur wenig registrierte Veränderungen in den einzelnen Altersgruppen vollzogen haben“. Die Aussage von gleichbleibenden oder gar rückläufigen Suizidraten könnte zumindest für alte Männer ab 70 Jahren nicht aufrechterhalten werden.

Schon 1988 konnten Welz und Vössing zeigen (Erlemeier, 1992), dass zwischen 1953 und 1985 die Suizidraten etwa ab 1970 in den Altersgruppen der 55-70jährigen Männer zwar dem allgemeinen Abwärtstrend folgten, nicht aber die Suizidraten der über 70jährigen Männer. Während bei den „jungen Alten“ die Suizidhäufigkeit merklich zurückgegangen war, stieg diese bei den über 70jährigen Männern seit Beginn der 60er Jahre allmählich an. Nach Welz (1995, S. 47) konnte man „einen scherenförmigen Verlauf mit einem Rückgang bei den jungen Alten und einem Anstieg bei den alten Alten erkennen“.

Welz (1995) replizierte die Berechnungen zur Suizidhäufigkeit im Alter mit neueren Daten des Statistischen Bundesamtes bis 1994 in den alten Bundesländern. Statistiken über die Suizidhäufigkeit in der ehemaligen DDR bis 1990 standen dem Autor zum Zeitpunkt seiner Berechnungen in 1995 noch nicht zur Verfügung. Erst 1998 konnten Felber

und Winiecki die vollständigen Suizidhäufigkeiten in der früheren DDR von 1961 bis 1989 publizieren, auf die noch eingegangen wird. Diese wurden aus verständlichen Gründen vom DDR-Regime lange Zeit unter Verschluss gehalten.

Welz berechnete die Suizidraten aller Altersgruppen in 5-Jahresintervallen für die alten Bundesländer zu den Zeitpunkten 1975 und 1993, verglich sie und stellte die prozentualen Veränderungen (als Rückgang oder Zunahme) fest. Herauskam über alle Altersgruppen einschließlich der 70-75jährigen Männer ein durchschnittlicher *Rückgang von - 25 %*, was dem bereits bekannten rückläufigen Trend in der Suizidmortalität entspricht. Auch bei den über 65jährigen Männern insgesamt sank die Suizidrate um - 10.4 % und bei den über 65jährigen Frauen insgesamt um - 35 %. Untergliedert man jedoch die gesamte Altersgruppe ab 65 Jahre in 5-Jahresintervalle, so zeigt sich ein differenzierteres Bild: Bei den über 75jährigen *Männern* ein durchschnittlicher *Anstieg um + 13.5 %*, bei den über 75jährigen *Frauen* dagegen mit Ausnahme eines leichten Anstiegs um + 2.2 % bei den 80-85jährigen ein durchschnittlicher *Rückgang um - 22.7 %*. Die Feststellung, auch bei den über 65jährigen setze sich der Trend zu rückläufigen Suizidraten in den letzten Jahrzehnten fort, kann nach Welz zumindest für die Männer ab 75 Jahren nicht aufrechterhalten werden. Ihre Suizidraten haben *zugenommen*. Verändert hat sich auch im Zeitraum zwischen 1975 und 1993 das Verhältnis der Suizidraten zwischen Männern und Frauen über 65 Jahren. Betrug sie 1975 noch das 2.0fache, so erhöhte sie sich 1993 um das 2.7fache zu ungunsten der Männer. Auf 100 Suizide von über 65jährigen Frauen kamen 1975 200 Suizide gleichaltriger Männer, 1993 betrug das Verhältnis 100 zu 270.

Geht man nicht von Veränderungen der Suizidraten über die Zeit aus, sondern von Veränderungen der *prozentualen Anteile* an der Suizidhäufigkeit im Zeitverlauf, so finden sich wieder andere Ergebnisse, die leicht irritieren können. Diese Berechnungsvariante nimmt Welz (1995) zum Anlass, sich kritisch mit Befunden von Schmidtke und Mitarbeitern auseinander zu setzen (S. oben).

Diese Forschergruppe kommt in mehreren Publikationen zu dem Schluss, der Anteil alter Menschen an der Gesamtzahl der Suizide habe sich in den letzten Jahren überproportional erhöht, und zwar bei den Frauen noch stärker als bei den Männern. Während der Anteil der Männer über 60 Jahren seit Beginn der 50er Jahre „nur“ um ca. 27-32 % angewachsen sei, sei der Anteil der gleichaltrigen Frauen von 26 % zu Beginn der 50er Jahre auf rund 49 % an allen Suiziden zwischen 1990

und 1995 überproportional angestiegen. (Schmidtke, 1995; Schmidtke & Weinacker, 1994).

Welz (1995, S. 51), der einen geringeren Anstieg des Suizidanteils der über 65jährigen Frauen an der Gesamtzahl weiblicher Suizide von 26.4 % in 1965 auf 40.5 % in 1993 errechnet, hält allerdings dagegen, dass man eine Veränderung um 53.4 % nicht verabsolutieren dürfe. Sie dürfe nicht dazu verleiten, alte Frauen zu einer neuen „Risikogruppe“ zu machen. Bei Berücksichtigung aller Argumente, auch bevölkerungsstatistischer, deuteten alle Befunde darauf hin, *dass bei den über 75jährigen Männern die Suizidgefährdung zugenommen habe und nicht bei den über 65jährigen Frauen.*

Seit 1998 liegen nun auch vollständige Zahlen zur Suizidhäufigkeit in der ehemaligen DDR zwischen 1961 und 1989 vor, die einer genaueren Prüfung standhalten und als zuverlässig zu betrachten sind (Felber & Winiecki, 1998). Aus den vorgelegten Tabellen hat der Verfasser dieses Berichts Veränderungstrends in den Suizidraten für die über 60jährigen Männer und Frauen zwischen 1961 und 1989 berechnet.

Insgesamt zeigt sich bezüglich der Gesamtsuizidsterblichkeit auch in der ehemaligen DDR ein leicht rückläufiger Trend. Die durchschnittliche Suizidrate zwischen 1961-1965 betrug 31.6/100.000, zwischen 1985-1989 durchschnittlich 29.3/100.000. Das entspricht einem Rückgang von 7.3 %. Betrachtet man die Geschlechtsgruppen getrennt, so zeigen sich jedoch beträchtliche Unterschiede. Die durchschnittliche Suizidrate der Männer ist über den oben angegebenen Zeitraum mit 40-41/100.000 recht stabil geblieben, die der Frauen von 25 auf 19/100.000 um - 24 % gesunken. Geringer fiel dagegen mit - 8.5 % der Rückgang bei den *über 60jährigen Frauen* aus, nämlich von 59 auf 54/100.000. Bei den über 60jährigen Männern ist mit den durchschnittlichen Suizidraten von 126 in 1961-1965 und 140/100.000 in 1985-1989 ein Anstieg von + 11.1 % zu konstatieren.

Schaut man auf die differenzierten Altersgruppen, so wird der Rückgang in den durchschnittlichen Suizidraten bei den über 60jährigen Frauen mit höherem Alter immer geringer, von 26.9 % bei den 60-64jährigen auf 0 % bei den 85-99jährigen. Deren Suizidrate hält sich auf hohem Niveau bei 76.4/100.000. Bei den Männern ab 60 Jahren beginnt der *Anstieg* erst ab der Altersgruppe der 70-74jährigen und erreicht mit + 24.3 % den höchsten Wert in der Gruppe der 85-99jährigen. Deren durchschnittliche Suizidrate betrug 1961-1965 229.6 und 1985-1989 285.4/100.000 (die höchsten Suizidraten überhaupt). Die Gruppen

zwischen 60 und 69 Jahren verzeichnen zwischen diesen Zeitpunkten dagegen einen Rückgang der durchschnittlichen Suizidraten um - 10.5 %.

Die Ergebnisse aus der ehemaligen DDR entsprechen in wesentlichen Punkten denen in den alten Bundesländern. Insgesamt gehen die Suizidraten in der Bevölkerung offensichtlich zurück. Das gilt auch für die 60-70jährigen Männer und mit Abschwächung für die Frauen bis in hohe Altersgruppen. Bei den Männern ab 75 Jahren hingegen sind die Suizidraten über die letzten Jahrzehnte bis zu Beginn der neunziger Jahre angestiegen. Nähme man nur die absoluten Suizidzahlen und deren Veränderung über die Zeit zum Ausgangspunkt von Trendberechnungen, ohne die Strukturveränderungen in der Bevölkerung zu beachten, so ergäbe sich ein irreführendes Bild. Dann nämlich würde sich ein Rückgang der Suizide bei den Männern ab 60 Jahren in der ehemaligen DDR von 1961/65 bis 1985/89 um 18 % und bei den gleichaltrigen Frauen um 13 % ergeben. Man käme sogar zu dem Schluss, dass die Gesamtzahl der Suizide im genannten Zeitraum „nur“ um 9.7 %, die der über 60jährigen aber um 15 % abgenommen habe. Dieses wäre ein zu optimistischer Schluß, gegen den die Trends in den altersbezogenen Suizidraten sprechen. *Für die Suizidprävention ist es somit von eminenter Bedeutung, dass man sich auf die „richtigen“ Ausgangsdaten stützt und keinem Wunschenken mit opportunen Zahlen anheimfällt.*

Suizidforscher wagen die Prognose, dass wegen der „Alterung“ der Gesellschaft, insbesondere durch die Zunahme der Hochaltrigkeit auch die absolute Zahl der Suizide alter Menschen zunehmen wird, wenn auch die Suizidraten in den einzelnen Altersgruppen wahrscheinlich gleich bleiben (McIntosh et al., 1994; Schmidtke, Weinacker & Fricke, 1998).

Einen Hinweis für die Stichhaltigkeit dieser Prognose geben Berechnungen, die der Verfasser mit publizierten Daten von Welz (1995) vornahm. Danach ist zwischen 1965-1980 und 1989-1993, berechnet man für diese Zeiträume die Durchschnittszahlen, die männliche Bevölkerung in den Altersgruppen 75-79 um 0 %, 80-84 um 58 % und 85 und mehr um 81 %, die weibliche Bevölkerung entsprechend in den Altersgruppen 75-79 um 13 %, 80-85 um 70 % und 85 und mehr um 121 % gewachsen. Berechnet man die durchschnittlichen *absoluten* Suizidzahlen für die beiden Vergleichszeitspannen für die entsprechenden Altersgruppen, so ergeben sich Zuwächse von 2.3 %, 76 % und 112 % bei den Männern und 0 %, 41 % und 98 % bei den Frauen. *Die Trends bei den absoluten Suizidzahlen ab 75 Jahren entsprechen also den Trends der Bevölkerungsentwicklung ab 75 Jahren seit 1965.* Über die Veränderungen der *Suizidraten* im Zeitraum von 1975 bis 1993 wurde mit Be-

zug auf die Daten von Welz (1995) oben schon eingegangen. Sie sind in den einzelnen Altersgruppen ab 65 sehr differenziert zu betrachten.

Interessant sind *aktuelle Vergleichszahlen*, die vom Statistischen Bundesamt (1999) publiziert wurden. Nach ihnen lässt sich nicht nur bei den durchschnittlichen Suizidraten in Deutschland ein abnehmender Trend nachweisen, sondern auch für die Gruppen der *über 60jährigen*. Die Vergleichsdaten des Statistischen Bundesamtes von 1991 und 1997 können belegen, dass in diesem Zeitraum nicht nur insgesamt die Suizidrate in Deutschland um 14,8 % (von 17,5 in 1991 auf 14,9 in 1997) zurückgegangen ist, sondern die Altersgruppen der über 60jährigen Männer und Frauen im Schnitt sogar einen Rückgang von 23,3 % in den Suizidraten zu verzeichnen haben (von 39,9 in 1991 auf 30,6 in 1997). Der Rückgang ist mit 44,7 % besonders hoch bei den über 60jährigen in den neuen Bundesländern. Abgenommen haben auch die Suizidraten in den hohen Altersgruppen der Männer. Diese positive Entwicklung bei den alten Männern weicht ab vom Trend der letzten Jahrzehnte, nach dem zwischen 1975 und 1993 die Suizidrate der über 75jährigen Männer um 13,5 % angestiegen ist (Welz, 1995).

Aufschlussreich sind *neue Vergleichszahlen*, die der Verfasser Datensätzen des Statistischen Bundesamtes aus den Jahren 1990 und 1999 entnommen hat, um Veränderungen in der Suizidhäufigkeit über einen Zeitraum von neun Jahren für Deutschland zu berechnen. Es interessierten nach der Methodenkontroverse um angemessene Vergleichswerte zwischen Schmidtke und Welz (S. 33f) sowohl die Veränderungen in den altersbezogenen *Suizidraten* als auch in den *prozentualen Anteilen* an der Gesamtzahl der Suizide (Erlemeier, 2001).

Bei den *Suizidraten* ist zwischen 1990 und 1999 wie zwischen 1991 und 1997 (s. oben) ein klarer Abwärtstrend zu beobachten. Die Suizidraten gingen nicht nur insgesamt um 21.8 % zurück (von 17.4 in 1990 auf 13.6 in 1999), sondern auch in den Geschlechts- und Altersgruppen. Bei Männern betrug der Rückgang 18.2 % (von 24.7 in 1990 auf 20.2 in 1999), bei Frauen sogar 31.1 % (von 10.6 in 1990 auf 7.3 in 1999). Bei den Altersgruppen ergab sich bei den 10-59jährigen ein Rückgang in den Suizidraten insgesamt von 20.8 % (1990: 15.4; 1999: 12.2), bei den 60-90+jährigen ein Rückgang insgesamt von 30.8 % (1990: 39.3; 1999: 27.2). Betrachtet man die beiden Geschlechter bei den Altersgruppen getrennt, so beträgt das Absinken in den Suizidraten bei den 10-59jährigen Männern 18.9 % (1990: 22.8; 1999: 18.5) und bei den Frauen dieser Altersgruppen 30.0 % (1990: 7.7; 1999: 5.7). Bei den 60-90+jährigen Männern nehmen die Suizidraten um 27.8 % (1990: 76.3; 1999: 55.1) und bei den Frauen dieser Altersgruppen um 36.3 % ab

(1990: 24.8; 1999: 15.8). *Die Abnahme in den Suizidraten ist nicht auf einzelne Altersgruppen beschränkt, sondern durchgängig ab einem Alter von 20 Jahren zu beobachten, ausnahmslos auch in den höheren Altersgruppen ab 60 Jahren.* Damit wird der Trend, der sich zwischen 1991 und 1997 in Deutschland abzeichnete, durch die Expansion des Vergleichszeitraums auf neun Jahre eindeutig bestätigt.

Zieht man nun die *prozentualen Anteile* der 60jährigen und älteren an der Gesamtzahl der Suizide in den Jahren 1990 und 1999 als Vergleichsbasis heran, so sind diese Anteile für die Gesamtgruppe mit 38 % gleich geblieben, wenngleich ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung von rund 20 auf 23 % *zugenommen* hat. In der Männergruppe dieses Alters hat ihr Anteil an der Gesamtzahl der Männer-Suizide von 32 auf 34 % leicht zugenommen. Zugenommen hat aber auch ihr Anteil an der männlichen Gesamtbevölkerung von 16 auf 19 %, also ein etwa gleichgerichteter Anstieg. In der gleichaltrigen Frauengruppe hat sich der Anteil an der Gesamtzahl der Frauen-Suizide von 52 in 1990 auf 49 % in 1999 verringert, während ihr Anteil an der weiblichen Bevölkerung leicht von 25 auf 26 % angestiegen ist. Die *Differenzen* in den Altersgruppen ab 60 Jahren zwischen ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Suizide und dem an der jeweiligen Bevölkerung (der insgesamt kleiner ist) haben in den meisten Altersgruppen *abgenommen*. Das spricht insgesamt eher für einen relativen Rückgang der Suizidhäufigkeit im Alter als für einen Zuwachs. Damit können die oben dargestellten Ergebnisse über rückläufige Suizidraten in den höheren Altersgruppen zusätzlich abgesichert werden.

Dass die Suizidmortalität insgesamt in der deutschen Bevölkerung von 1991 bis 1997 abgenommen hat, zeigt sich auch an der Verringerung der durch Suizid durchschnittlich *verlorenen Lebensjahre* je 100.000 Einwohner, besonders bemerkenswert in den neuen Ländern und Berlin-Ost. Betrug die Zahl 1991 noch insgesamt 347,6, so verringerte sie sich 1997 auf insgesamt 309,9 (Früheres Bundesgebiet: von 322,1 zu 300,6; neue Länder und Berlin-Ost: von 451,5 zu 350,6) (Statistisches Bundesamt, 1999).

Aus diesen statistischen Daten darf allerdings nicht der *falsche* Schluss gezogen werden, das Problem des Alterssuizids sei entschärft und „erledige sich rein statistisch“ von selbst. Nach wie vor zeigen die Suizidraten in 1999 den Verlauf nach dem „Ungarischen Muster“, d. h. die Suizidraten steigen bei Männern und Frauen besonders nach dem 75. Lebensjahr signifikant an. *Die Suizidgefährdung alter Menschen mit tödlichem Ausgang ist weiterhin hoch einzuschätzen.* Im empirischen Teil wird nachgewiesen, dass die Suizidprävention und ambulante Krisenhil-

fe im Alter bisher in Deutschland wenig Beachtung findet. Die Statistiken dürfen deshalb nicht als Argument herhalten, keine weiteren Anstrengungen zur Optimierung der sozialen und gesundheitlichen Dienste für suizidgefährdete alte Menschen zu unternehmen. Außerdem ist zu bedenken, dass bei allen erfreulichen Veränderungen im Spiegel der Todesursachenstatistik erfassungsmethodische Implikationen nicht zu übersehen sind, z. B. die Tatsache, dass die Zahl der Suizidhandlungen, die durch effektivere Notfallhilfe nicht zum Tode führten, angestiegen sein kann und dann als Suizidversuche und nicht als Suizide zu klassifizieren sind. Die WHO/EURO-Studie zur Suizidversuchshäufigkeit in Europa belegt für die 55jährigen und älteren als einziger Gruppe bezeichnenderweise einen Anstieg zwischen 1992 und 1996 (Schmidtke et al., 1996).

2.4 Suizidversuche in Deutschland

In die multizentrische WHO/EURO-Studie über Suizidversuche in 13 europäischen Ländern, durch die für den Zeitraum 1989 bis 1996 Daten erhoben wurden, war auch die Erfassungsregion (catchment area) Würzburg-Stadt und -Land mit ca. 280.000 Einwohnern eingeschlossen. Erfasst wurden alle suizidalen Handlungen, mit denen Gesundheitseinrichtungen (d.h. psychiatrische Kliniken, Allgemeinkrankenhäuser, niedergelassene Ärzte, aber auch extramurale Dienste und Einrichtungen) in Berührung gekommen waren (Schmidtke, Fricke & Weinacker, 1994). Weitere Daten zur Suizidversuchshäufigkeit aus früheren Jahren standen zum Vergleich durch das Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim zur Verfügung.

Die auf der Basis der Würzburger Stichprobe hochgerechneten Suizidversuchsraten betragen 1996 für die deutsche Bevölkerung von 15 Jahren und älter für Männer 122/100.000 und für Frauen 147/100.000 (Schmidtke, Weinacker & Fricke, 1998, S. 41) (Allerdings werden in dem selben Aufsatz in der Diskussion S. 44 wieder andere Suizidversuchsraten angegeben). Sie liegen damit bedeutend höher als die Suizidraten.

Das Verhältnis Suizid : Suizidversuch beträgt nach den Ergebnissen der WHO/EURO-Studie gegenwärtig etwa 1:5 bei den Männern und 1:15 bei den Frauen. Das ergibt nach der Suizidstatistik von 1996 als Bezugspunkt für Gesamtdeutschland eine geschätzte Gesamtzahl von Suizidversuchen von ca. 96.000 (alte Bundesländer: ca. 74.000; neue Bundesländer: ca. 22.000). Etwa alle 5,5 Minuten versucht danach in

Deutschland ein Mensch, meistens ein jüngerer, sich das Leben zu nehmen. Das ist eine bedrückende Zahl. Die Untergrenze für Suizidversuche, die Schmidtke und Weinacker (1994, S. 14) mit 50.000 bis 55.000 im Jahr angeben, ist nach ihren eigenen Berechnungen von 1996 aus heutiger Sicht eindeutig zu niedrig angesetzt.

Im Vergleich zu 1989 sind die Suizidversuchsrate in den alten Bundesländern bis 1996 bei den Männern um 70 % und bei den Frauen um 48 % *angestiegen*. Sie schwanken jedoch in den einzelnen Jahren stark. Im längerfristigen Zeitvergleich haben die Suizidversuchsrate bei Männern wie Frauen seit Beginn der 70er Jahre allerdings abgenommen. Die seit 1989 wieder angestiegenen Raten erreichen bis 1996 jedoch nicht das frühere hohe Niveau.

Bei den Suizidversuchen überwiegen die Frauen die Männer in den meisten Altersgruppen, am stärksten zwischen 15 und 34 Jahren. Das Verhältnis beträgt etwa 63 % zu 37 %. Der Abstand zwischen Frauen und Männern ist jedoch in einzelnen Altersgruppen unterschiedlich groß. In der Altersgruppe der 55jährigen und älteren liegt die Suizidversuchsrate der Männer nach der Würzburger WHO-Forschungsgruppe dann sogar über der der Frauen.

Die Verteilung der Suizidversuchsrate auf einzelne Altersgruppen zeigt einen den Suizidrate *entgegengesetzten* Verlauf. Die höchsten Suizidversuchsrate finden wir in den *jüngeren* Altersgruppen, am ausgeprägtesten in der Gruppe der 15-24jährigen Frauen. Die Korrelation zwischen der Suizidversuchsrate und dem Alter fällt im Gegensatz zu der der Suizide mit dem Alter deshalb auch signifikant *negativ* aus.

Schmidtke und Weinacker (1994, S. 15) geben jedoch zu bedenken, dass der höhere Frauenanteil an den Suizidversuchen durch eine stärkere Inanspruchnahme von Hilfeeinrichtungen mitbedingt sein kann und deshalb überschätzt wird. Auf der anderen Seite ist es nicht unplausibel anzunehmen, dass die Männer wegen der höheren Letalität bei Suizidversuchen stärker mit Gesundheitseinrichtungen in Berührung kommen (z.B. die über 55jährigen Männer) und deshalb die Frauenquote sogar noch *unterschätzt* wird. Wie auch immer man die Geschlechterverteilung bei den Suizidversuchen beurteilt, die Tatsache bleibt, *dass bei den Suiziden die Männer in den Raten überwiegen und bei den Suizidversuchen in fast allen Altersgruppen die Frauen höhere Raten aufweisen*. Ferner ist unbestritten, *dass der Gipfelpunkt der Suizidrate im hohen Alter liegt, besonders bei den über 75jährigen Männern, während der Gipfelpunkt der Suizidversuchsrate zwischen 15 und 30 Jahren zu finden ist, besonders bei den jugendlichen und jungen Frauen*.

Frühere Suizidversuche waren in den untersuchten Stichproben von Suizidversuchern nicht selten, bei den Männern zu 42 %, bei den Frauen zu 45 %. Durchschnittlich 15 % der Suizidversucher und 16 % der Suizidversucherinnen verübten einen oder mehrere weitere Suizidversuche während des Untersuchungszeitraums, ein Teil davon innerhalb von zwölf Monaten. Die Suizidversuchswiederholer waren häufiger geschieden und ohne Arbeit als die Nichtwiederholer. Altersunterschiede gab es keine.

Die *Nachsorge* bei den Suizidversuchern nach der medizinischen Akutbehandlung nahm unterschiedliche Wege. Keine weitere Behandlung erfuhren durchschnittlich 16 % der männlichen Teilnehmer; bei den Frauen waren es 14 %. Am häufigsten wurde bei beiden Geschlechtern eine stationäre Weiterbehandlung empfohlen (Bei Männern 51 %, bei Frauen 48 %). Die übrigen Suizidversuchswiederholer wurden ambulant weiterbehandelt. Um welche Form der Weiterbehandlung es sich dabei drehte, ist der Literatur nicht zu entnehmen (Fricke & Schmidtke, 1998; Schmidtke et al., 1996, S. 336).

Pierce (1996) untersuchte über den Zeitraum 1973 bis 1993 39 Patienten im Alter über 60 Jahren, die wiederholt einen Suizidversuch unternommen hatten. Die Mehrheit der Patienten (24) wurde nach mindestens einer Suizidepisode in der Klinik psychiatrisch behandelt. Die meisten von ihnen litten unter depressiven Symptomen, einige unter kognitiven Einschränkungen sowie unter Alkoholproblemen. Mehrfach-Wiederholer erreichten einen hohen Wert auf der Beck-Skala für Suizidalität (suicidal intent); darunter befanden sich mehr Frauen als Männer. Insgesamt schätzt Pierce die Rezidivgefahr für Suizidversuche im Alter geringer ein als in jüngeren Altersgruppen. Da aber 50 % der Suizidversuchswiederholer allein lebten, sei es eine Aufgabe der Suizidprävention, deren soziale Isolierung möglichst zu überwinden.

2.5 Selbsttötungs- und Selbstverletzungsmethoden

Es ist eine bekannte Tatsache in der Suizidforschung, dass bei Suiziden häufiger „harte“ Methoden eingesetzt werden, d.h. Methoden mit höherem Letalitätsrisiko als bei Suizidversuchen, bei denen häufiger „weiche“ Methoden der Selbstbeschädigung zur Anwendung kommen. Zu den „harten“ Methoden zählt man das Erhängen, Erdrosseln, Erstickten, Erschießen, Ertrinken und den Sturz aus der Höhe, zu den „weichen“ Methoden Vergiftungen aller Art, z.B. durch Medikamentenüberdosen, Autoabgase und andere toxische Stoffe.

Insgesamt überwiegen in allen Altersgruppen bei den Suiziden die „harten“ Methoden, in Deutschland vor allem das Erhängen. Die „harten“ Methoden werden insgesamt auch stärker von den Männern bevorzugt. Analysiert man die vom Statistischen Bundesamt für 1996 zur Verfügung gestellten Daten zur Suizidmortalität, so steht unter den Selbsttötungsarten das „Erhängen, Erdrosseln oder Ersticken“ mit 52 % aller Suizide an erster Stelle. An zweiter Stelle stehen mit 15.3 % „Vergiftungen aller Art“, gefolgt von „Sturz aus der Höhe (9 %), „Feuerwaffen oder Explosivstoffe“ (7.8 %), „Ertrinken“ (3.6%) und „schneidende oder stechende Gegenstände“ (2.6 %). Rund 10 % der Suizide entfallen auf „sonstige und nicht näher bezeichnete“ Selbsttötungsarten.

Betrachtet man zusätzlich die Geschlechtsunterschiede, so verteilen sich die 51.8 % bei der Selbsttötungsart „Erhängen, Erdrosseln oder Ersticken“ auf 40 % Männer und 11.8 % Frauen. Auch bei anderen „harten“ Suizidmethoden sind die Männer stärker vertreten als die Frauen, so beim „Erschießen“ mit 7.4 % zu 0.4 %, beim „Sturz aus der Höhe“ mit 5.2 % zu 3.8 % und bei „schneidenden oder stechenden Gegenständen“ mit 1.9 % zu 0.7 %. Beim Ertrinken finden sich dagegen weniger Männer als Frauen (1.5% : 2.1%). Bei den „Vergiftungen“, die zu den „weichen“ Methoden gerechnet werden, überwiegen wider Erwarten insgesamt ebenfalls die Männer im Verhältnis 8.9 % zu 6.4 % bei den Frauen, am stärksten bei den Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe.

Für Nordrhein-Westfalen als Länderbeispiel ergibt sich nach dem Statistischen Jahrbuch (1997, S.121) für 1996 eine ähnliche Rangfolge in den Selbsttötungsarten wie in der gesamten Bundesrepublik (In Klammern: Verhältnis Männer : Frauen).

Tabelle 1: Prozentuale Anteile einzelner Suizidmethoden in Nordrhein-Westfalen. Datenquelle: Statistisches Jahrbuch Nordrhein-Westfalen (1997, S. 121)

– Erhängen, Erdrosseln oder Ersticken	52.0 %	(40.3:	11.7 %)
– Vergiftungen aller Art	16.5 %	(10.0:	6.5 %)
– Feuerwaffen oder Explosivstoffe	8.5 %	(7.6:	0.9 %)
– Sturz aus der Höhe	7.1 %	(4.2:	2.9 %)
– schneidende oder stechende Gegenstände	2.3 %	(1.6:	0.7 %)
– Ertrinken	1.7 %	(0.7:	1.0 %)
– Auf „sonstige“ Selbsttötungsarten entfallen	11.7 %	(8.2:	3.5 %)

Von Interesse ist nun die Frage, ob sich die höheren Altersgruppen in der Art ihrer Suizidmethoden von denen jüngerer Altersgruppen unterscheiden. In der Literatur findet sich oft die Behauptung, dass mit zunehmendem Alter häufiger „harte“, d.h. letale Methoden zur Anwendung kommen. Schmidtke (1995) sowie Schmidtke, Weinacker und Fricke (1998) ziehen diese pauschale Annahme allerdings in Zweifel, weil bei ihr die Problematik der Definition suizidaler Handlungen und spezifischer Suizidmethoden im Hinblick auf hohes Alter zu wenig Beachtung fände.

Der Verfasser hat aufgrund der Todesursachenstatistik von 1996 die prozentualen Anteile häufig gewählter Selbsttötungsarten an der Gesamtzahl der Suizide in den Alterklassen 15-60 und 60-70 und mehr Jahre berechnet und mit einander verglichen. Er kommt dabei zu folgenden Ergebnissen.

Tabelle 2: Vergleich der Suizidmethoden zwischen zwei Altersklassen für Männer und Frauen. Datenquelle: Statistisches Bundesamt, 1996 (Eigene Berechnungen)

		Altersklasse 5-60 Jahre	Altersklasse 60-70 Jahre und mehr
Erhängen, Erdröseln, Ersticken	Gesamt	48.9 %	56.9 %
	männlich	40.3 %	39.3 %
	weiblich	8.6 %	17.6 %
Vergiftungen	Gesamt	17.4 %	11.8 %
	männlich	11.3 %	4.5 %
	weiblich	6.1 %	7.3 %
Sturz aus der Höhe	Gesamt	8.9 %	9.2 %
	männlich	5.7 %	4.3 %
	weiblich	3.2 %	4.9 %
Feuerwaffen u. Explosivstoffe	Gesamt	7.9 %	7.5 %
	männlich	7.3 %	7.2 %
	weiblich	0.6 %	0.3 %

Die Tabelle 2 zeigt, dass die Methoden Erhängen, Erdröseln oder Ersticken im hohen Alter häufiger auftreten, besonders aber von *Frauen* stärker zur Selbsttötung benutzt werden als in jüngeren Altersgruppen. Einen leichten Anstieg gibt es bei über 60jährigen Frauen sowohl bei den Vergiftungen als auch beim Sturz aus der Höhe, während bei die-

sen Suizidarten bei den Männern ein Rückgang zu verzeichnen ist. Die Selbsttötung durch Feuerwaffen oder Explosivstoffe ist den Männern in allen Altersgruppen vorbehalten und wird von Frauen in sehr geringem Maße praktiziert. Die Männer neigen stärker als Frauen in allen Altersgruppen zum Erhängen, Erdrosseln oder Erstickten, also zu einer „harten“ Methode. Die Frauen greifen im hohen Alter stärker danach. Zu beachten ist aber auch, dass Vergiftungen als „weiche“ Methode nicht die Domäne von Frauen ist, sondern von jüngeren Männern stärker angewendet wird als von Frauen.

Nach Schmidtke (1995) hat sich in den alten Ländern seit 1962 das Verhältnis der „harten“ zu den „weichen“ Suizidmethoden zugunsten der „harten“ verändert. Die „weichen“ Methoden (Vergiftungen) sind von ca. 30 % zu Beginn der 60er Jahre auf etwa 19 % in den letzten Jahren bei den Männern und von 44 % auf 27 % bei den Frauen zurückgegangen. Im gleichen Zeitraum nahm der Anteil der „harten“ Methoden an allen Suizidmethoden bei den Männern auf über 80 % und bei den Frauen auf 73 % zu.

Dass die Art der Suizidmethode auch von den in einer Gesellschaft legalisierten Tötungsmitteln stark beeinflusst wird, zeigen die USA. Von 1979 bis 1988 standen Feuerwaffen an erster Stelle der Selbsttötungsmethoden für beide Geschlechter, wobei Männer sechsmal häufiger Feuerwaffen benutzten als Frauen und viermal häufiger als jede andere Suizidmethode. Außerdem erhöhte sich bei den Männern in dieser Periode die Zahl derer stetig, die sich mit einer Feuerwaffe suizidierten. Besonders alarmierend ist die Tatsache, dass bei den Männern im Alter von 65 Jahren und darüber 1988 acht von zehn eine Feuerwaffe zur Selbsttötung benutzten. Suizide mit dieser Methode nahmen in dieser Altersgruppe seit 1979 um 73 % zu, bei den jüngeren Männern dagegen um 66 % (Kaplan, Adamek & Johnson, 1994). An zweiter Stelle stand nach Erschießen bei den Männern die Suizidmethode Erhängen und bei den Frauen das Vergiften. Der Anstieg in der Benutzung von Feuerwaffen zur Selbsttötung war, wenngleich insgesamt auf einem niedrigeren Niveau, nicht nur bei „weißen“, sondern auch bei „schwarzen“ Männern zwischen 1979 und 1988 zu beobachten. Diese benutzten, wenn sie sich suizidierten, noch häufiger eine Feuerwaffe als ihre „weißen“ Altersgenossen (83 % : 78 %).

Die Autoren heben hervor, dass die USA an 16. Stelle der Suizidhäufigkeit in den industrialisierten Nationen stehen, was dagegen die Suizidmethode Feuerwaffen angeht, übertreffen sie alle anderen Länder, besonders im hohen Alter. Dieses Faktum wird meistens mit der liberalen Waffengesetzgebung in den USA in Verbindung gebracht (Kennedy,

Metz & Lowinger, 1996; McIntosh et al., 1994; Osgood, 1992). Verantwortlich gemacht wird die leichte Zugänglichkeit von Waffen, die einen hohen Grad an Letalität versprechen. Osgood (1992) plädiert deshalb eindringlich für eine Verschärfung des Waffenverbots („Closing the Exits“), um die Suizidmortalität durch Waffengebrauch möglichst über stärkere Restriktionen und Auflagen zu reduzieren. Kritisch entgegenzuhalten ist jedoch, dass, wenn eine Suizidmethode erschwert wird, in eine andere ausgewichen werden kann. Es gibt aber auch empirische Hinweise dafür, dass Waffenkontrollgesetze zu einer Reduzierung der Suizidmortalität in den USA führen können (Kaplan, Adamek & Johnson, 1994, S. 64).

Nach einer Studie von Snowdon (1997) stand 1994 bezüglich der Suizidmethoden in Australien bei den Männern das Erhängen an erster Stelle, gefolgt von der Benutzung von Feuerwaffen. Bei den Frauen nahm im höheren Alter das Selbsttöten durch Erhängen und Ertrinken, also durch „harte“ Methoden, zu. Der Autor konnte auch nachweisen, dass die Selbsttötung durch Autoabgase in dem Maße zugenommen hat wie die Suizidrate durch Hausgas abgenommen hat, was für die Substitutionsthese spricht.

Dass die drei Faktoren Zugänglichkeit (availability), Anziehungskraft (attraction) und Letalität (lethality) von potentiellen Suizidmethoden die Fluktuation der Suizidmortalität über die Zeit beeinflussen können, haben Wiedenmann und Weyerer (1993) für die Bundesrepublik nachgewiesen. Da die drei Faktoren nicht direkt zu erfassen sind, wählten sie den indirekten Weg der Klassifizierung von Suizidmethoden nach dem Grad des biologisch-phylogenetischen Suppressionspotentials. Methoden mit einer niedrigen biologischen Schwelle sind danach das Erschießen und Vergiften, solche mit einer hohen biologischen Schwelle das Erhängen, Erdrosseln, Sturz aus der Höhe u.a. Die relativ große Variation bei den „low threshold types of suicide“ (Erschießen, besonders aber Vergiften) im Zeitraum von 1952 bis 1989 korrespondierte nun gut mit der Variation der altersadjustierten Suizidraten über diesen Zeitraum. Die hoch signifikante Korrelation zwischen beiden Variablen betrug +.82. Die Beziehung war für Frauen stärker ausgeprägt als für Männer. Die Ergebnisse dieser Studie liefern einen weiteren Beleg dafür, dass Art und Variation der Suizidmethoden in einem Land oder über eine Zeitperiode nicht ohne Einfluss auf die Suizidraten sind.

Bei den *Suizidversuchen* ergibt sich nach den Befunden der WHO/EURO-Studie in Übereinstimmung mit früheren Untersuchungen in den 13 europäischen Ländern, mit einigen Abweichungen, ein starkes Übergewicht der Vergiftungen, bei Männern wie bei Frauen. Die Suizidversuchsme-

thoden waren somit überwiegend „weich“ (Vergiftungen: 64 % der Männer und 80 % der Frauen oder Schneiden der Pulsadern: 17 % der Männer und 9 % der Frauen). Manche benutzten auch Alkohol als alleinige Suizidversuchsmethode oder verursachten willentlich einen Verkehrsunfall. Schmidtke (1995) schätzt für die alten Bundesländer eine Zahl von 100 Kfz-Unfällen, die in suizidaler Absicht verursacht werden. Die Suizidversuchsmethoden kovariierten in allen Zentren nicht signifikant mit dem Alter. *d.h. „weiche“ Methoden sind in allen Altersgruppen vorherrschend* (Schmidtke et al., 1996)

Draper (1996) kommt in seinem Review über Suizidversuche im Alter nach Auswertung der internationalen Literatur zu dem Ergebnis, dass trotz einiger Länderunterschiede Medikamentenüberdosis die am häufigsten angewendete Suizidversuchsmethode ist, bei zusätzlich 6 % auch in Kombination mit Selbstverletzungen. Unter den Medikamenten befanden sich hauptsächlich Benzodiazepine (37-79 %), Analgetika (11-30 %) und Antidepressiva (11-32 %). Der häufigste Typ selbstverletzenden Verhaltens ist das Schneiden am Hals oder an der Handschlagader in 2-12 % der Fälle. Vor kam auch das Vergiften durch Gas. „Harte“ Methoden wie Erschießen, Erdrosseln, Springen aus der Höhe u a. traten, wie oben schon ausgeführt, so gut wie nicht auf. Der Konsum von Alkohol kurz vor dem Suizidversuch scheint nicht ungewöhnlich zu sein, bei Männern stärker als bei Frauen, wiederum stärker in jüngeren Altersgruppen als im hohen Alter.

Studien weisen darauf hin, dass die suizidale Absicht (suicidal intent) mit dem Alter zunimmt. Das könnte für einen stärkeren, letaleren Selbsttötungsimpuls sprechen, der sich in der Präferenz „härterer“ Suizidversuchsmethoden im Alter jedoch offensichtlich nicht niederschlägt. Studien zeigen aber auch, dass Suizidversuche im Alter oft ernsterer Natur sind, möglicherweise auch als „missglückte“ Suizide zu verstehen sind. So berichtet Draper von einer erhöhten Rezidivgefahr nach Suizidversuch im Alter. Für die „Ernsthaftigkeit“ von Suizidversuchen im Alter spricht nach Schmidtke, Weinacker und Fricke (1998) auch, dass nach der Klassifikation von Feuerlein (1971) Suizidhandlungen in jüngeren Altersgruppen häufiger als „suizidale Pause“ oder „Geste“ beurteilt werden, während bei älteren Menschen Suizidhandlungen eher als Suizidversuch im engeren Sinne angesehen werden müssen. McIntosh et al. (1994, S.37) ziehen den Schluss, „when an older adult attempts suicide the likelihood of a fatality is high (particularly when compared with the young)“.

2.6 Suizidgedanken (suicidal ideation)

Die Untersuchung von Suizidgedanken in der älteren Bevölkerung steckt noch in den Anfängen. Bisher liegen relativ wenige Untersuchungen dazu vor, obgleich es für die Suizidprävention im Alter ein wichtiger Schritt wäre, im Vorfeld manifester suizidaler Handlungen die Personen auszumachen, die sich in einer schweren Lebens- und Sinnkrise befinden und sich deshalb gedanklich und emotional mit dem gewollten Ende ihres Lebens beschäftigen. Bei Chronifizierung dieser quälenden Gedanken kann es zu einer suizidalen Entwicklung kommen, die Pöldinger (1982) in seinem Phasenmodell der Erwägung, Ambivalenz und des Entschlusses zur Suizidhandlung überzeugend beschrieben hat. *Für die Suizidprävention im Alter wäre es eminent wichtig, sehr früh die Personen mit ihrem Hilfsangebot zu erreichen, die wegen multipler Belastungen unter Ausweg- und Hoffnungslosigkeit leiden und ihrem Leben keine positiven Seiten mehr abgewinnen können* (S. Teil III).

Wie stark sind nun solche suizidalen Gedanken und Vorstellungen verbreitet? Barnow und Linden (1997) untersuchten bei der Stichprobe der Berliner Altersstudie (BASE) im Alter von 70 bis über 100 Jahren das Ausmaß des Todeswunsches, der Suizidgedanken und der Suizidabsichten. Zunächst weisen sie, empirisch untermauert, auf den Vergleich zu jüngeren höheren Grad an suizidaler Gefährdung alter Menschen hin. Sie ziehen daraus den Schluss, dass im Alter auch die Suizidgedanken (suicidal ideation) von größerer Ernsthaftigkeit, bezogen auf Sterbewunsch und Letalitätsvorstellungen, sein müssten. Suizidgedanken seien der Schritt vor suizidalen Handlungen (S. Pöldinger, 1982). Unklar sei nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand, ob es sich bei Suizidgedanken um ein von manifesten Suizidhandlungen „distinktes Phänomen“ oder um eine Stufe in einem kontinuierlichen Entwicklungsprozeß handle (Spezifitäts- oder Einheitsmodell, d. Verf.). Da konkrete Suizidvorstellungen ein wichtiger Prädiktor für suizidale Akte sind und deshalb sehr ernst genommen werden müssen, spricht unseres Erachtens vieles für das Einheits- bzw. Kontinuitätsmodell (Wolfersdorf, 1996a).

„Generally, suicidal ideation can be described as cognition of tiredness of life, the wish to be dead and suicidal intent or behavior“, definieren Barnow und Linden (1997, S. 173). Daten über das Ausmaß von Suizidgedanken und ihre Epidemiologie im Alter sind rar. Deshalb versuchte die Berliner Forschungsgruppe, einige Befunde beizusteuern. Der Grad der suizidalen Ideation wurde mit Hilfe einer Selbsteinschätzungsskala und eines halbstrukturierten Interviews erfasst, die entsprechende Items

zur Suizidalität enthalten (Hamilton Depression Rating Scale (HAMD), Geriatric Mental State Examination (GMS-A)).

14.7 % der hochbetagten Westberliner glaubten nach der HAMD, dass ihr Leben nicht mehr lebenswert sei, 5.4 % hatten den Wunsch, tot zu sein, und 1 % äußerten suizidale Gedanken oder „Gesten“. Keiner der Befragten hatte in der letzten Zeit einen Suizidversuch unternommen. Zweimal mehr Frauen als Männer fielen unter die drei Kategorien. In der Stichprobe von 70 bis über 100 Jahren stieg der Grad der Suizidalität mit dem Alter an, vor allem in den Kategorien mit höherem Gefährdungspotential.

Nach dem GMS-A-Interview hatten 0.4 % der Befragten ernsthaft über die Möglichkeit eines Suizids nachgedacht. 1.7 % verwarfen zwar für sich einen Suizid, wünschten aber, nicht mehr am Leben zu sein. 2.5 % fühlten einen Todeswunsch für wenigstens zwei Wochen im letzten Monat und 4.2 % hatten im letzten Monat gelegentlich suizidale Gedanken oder wünschten sich, tot zu sein. 1.9 % hegten im letzten Jahr den Wunsch, tot zu sein, und 13.4 % der Hochbetagten hatten diesen Wunsch irgendwann einmal in ihrem Leben, aber nicht im letzten Jahr. Insgesamt berichteten 24.1 % vom Wunsch irgendwann in ihrem Leben, nicht mehr am Leben sein zu wollen. Wiederum waren davon mehr Frauen als Männer betroffen, *und die sehr alten Personen erhielten signifikant höhere Werte in akuter Suizidalität und ihm Wunsch, tot zu sein, als ihre jüngeren Mitbefragten.*

Die Autoren ziehen daraus den Schluss, „that suicidality is of high importance in very old age. Every 7th person over 70 years shows at least symptoms of tiredness of life“ (S. 179). Für 15 % der Population über 70 Jahren ist das Leben nicht mehr lebenswert und 5 % äußern den Wunsch, tot zu sein. 0.5-1 % sind aufgrund ihrer Symptome ernsthaft suizidal gefährdet. Auf der anderen Seite ist aber auch nicht zu unterschlagen, dass für 75 % der Befragten das Thema Suizidalität nicht relevant ist.

Die wichtigste Konsequenz aus den Berliner Daten muss sein, dass Suizidprävention im hohen Alter den gleichen Stellenwert wie in jüngeren Jahren bekommt und die suizidale Gefährdung alter Menschen frühzeitig erkannt wird.

Neuere internationale Ergebnisse zur „suicidal ideation“ können mit denen der BASE verglichen werden.

Forsell, Jorm und Winblad (1997) untersuchten das Ausmaß an Suizidgedanken bei 969 Personen im Alter von 75 Jahren und darüber, die in der Nähe von Stockholm (Schweden) lebten. 13.3 % der Befragten berichteten von Suizidgedanken während der letzten zwei Wochen, davon 10.8 % vorübergehend und 2.5 % häufig. Keine Person hatte explizit Pläne für einen Suizid. Suizidale Gedanken standen in Beziehung zu depressiven Störungen (major depression), generalisierten Angstsymptomen, der Einnahme von Psychopharmaka, früheren psychiatrischen Symptomen und der Diagnose Demenz, besonders in frühen Stadien. Ferner assoziiert mit Suizidgedanken waren Einschränkungen der Alltagsaktivitäten, Sehbehinderung und Alleinleben. Auch das Alter war mit Suizidgedanken positiv korreliert.

Skoog et al. (1996) untersuchten bei 345 nicht dementen 85jährigen in Göteborg (Schweden) das Ausmaß suizidaler Gefühle (suicidal feelings) innerhalb eines Monats. 15.9 % der 85jährigen berichteten von suizidalen Gefühlen in diesem Zeitraum, Frauen zweimal so häufig (18.7 %) wie Männer (9.6 %). 12.8 % hatten das Gefühl, dass das Leben wertlos sei, und 12.2 % äußerten Todeswünsche. Keine Person hatte jedoch in dieser Zeit einen Suizidversuch unternommen.

Von den *psychisch gesunden* Hochaltrigen (N=225) hatten 4 % das Gefühl, das Leben sei wertlos, 4 % hatten Todeswünsche und 0.9 % daran gedacht, sich das Leben zu nehmen. Keiner von ihnen hatte aber im letzten Monat einen Suizid ernsthaft in Erwägung gezogen. Bei den Hochbetagten mit *psychischen Störungen* (N=120), u.a. mit Depressionen, lagen die Prozentsätze erwartungsgemäß höher: 29.2 % dachten, das Leben sei nicht mehr lebenswert, 27.5 % hatten Todeswünsche und 9.2 % schon daran gedacht, sich das Leben zu nehmen. 1.7 % hatten einen Suizid ernsthaft erwogen. In der depressiven Gruppe (N=38) war das Ausmaß suizidaler Gefühle mit 65.8 % am höchsten. 57.9 % hielten das Leben für nicht mehr lebenswert, 18.4 % hatten an Suizid gedacht und 5.3 % ernsthaft erwogen, sich zu töten. Auch wenn suizidale Gefühle als Symptom aus der Diagnose der Depression ausgeklammert wurden, um Schnittflächen zwischen beiden Variablen zu vermeiden, blieb der hohe Prozentsatz von Suizidgefühlen bei Depressiven. Auch bei körperlichen Erkrankungen, insbesondere nach Herzinfarkt, zeigten sich höhere Werte bei den Suizidgefühlen. *Der beste Prädiktor für suizidale Gefühle blieben trotz allem die depressiven Störungen.*

Das Fazit der Autoren ist, dass suizidale Gefühle bei psychisch gesunden alten Menschen eine seltene Erscheinung sind. Bei psychischen Störungen, vor allem Depressionen, treten sie allerdings häufiger auf,

ein Ergebnis, das für die *Depressionsdiagnostik und -therapie im Alter* von großer Bedeutung ist, werden doch suizidale Tendenzen dabei leicht übersehen

Die Autoren werfen auch die naheliegende Frage auf, warum bei alten Frauen Suizidgedanken und -gefühle stärker auftreten als bei Männern, während diese die höchsten Suizidraten zu verzeichnen haben. Sie vermuten, dass Männer größere Schwierigkeiten haben, solche Gefühle bei sich zu akzeptieren und zu äußern (S. Kapitel 4.6).

Rao et al. (1997) untersuchten die Häufigkeit von Suizidgedanken in den letzten zwei Jahren bei 125 Personen über 81 Jahren, die in Cambridge (UK) lebten. 84 % der Interviewten hatten einen starken Willen weiterzuleben, bei 6 % dagegen war dieser nur schwach ausgeprägt. Der Wunsch zu sterben war bei 4 % in schwacher und bei 16 % in starker Form vorhanden. 7 % (N=9) hatten ernsthaft überlegt, sich das Leben zu nehmen, ausschließlich *Frauen* zwischen 83 und 87 Jahren. Diese litten alle unter körperlichen Erkrankungen, besonders kardiovaskulärer Art, zudem an depressiven und/oder dementiellen Symptomen. Generell zeigten sich bei den Frauen der Stichprobe höhere Depressionswerte als bei den Männern. Jene äußerten auch häufiger offen den Wunsch, nicht mehr leben zu wollen.

Bei über 60jährigen Alterspatienten in ambulanten Arztpraxen in Indianapolis (USA) wurden systematische Untersuchungen auf Depression, Dementia und Alkoholismus durchgeführt. Alle Patienten, bei denen überdurchschnittliche Depressionswerte ermittelt wurden, wurden in einem zweiten Durchgang u.a. auf ihr Ausmaß an Suizidgedanken untersucht. Unter den 301 Personen mit einem erhöhten Depressionswert wurden 4.6 % als suizidal eingestuft. Keine der Personen mit geringen Depressionswerten äußerte Suizidgedanken. Insgesamt wurde die Prävalenz für Suizidgedanken in der Gesamtstichprobe auf 0.7 % geschätzt. Wenn man das diagnostische Trennkriterium für Depressionen lockerte, erhöhte sich die Prävalenz entsprechend auf 1.2 %. Die geringe Prävalenz kann unseres Erachtens mit dem breiten Altersband ab 60 Jahren zusammenhängen. Eine weitere Altersdifferenzierung erfolgte leider nicht.

Patienten, die an Suizid unter Verwendung einer Feuerwaffe dachten, waren ausschließlich Männer. Bei Patienten mit erhöhten Depressionswerten waren ebenfalls häufiger physische Beschwerden zu beobachten (Komorbidität). Die Schlussfolgerungen der Autoren beziehen sich auf die stärkere Beachtung suizidaler Gedanken, die sich insbesondere bei depressiven Patienten hinter Klagen über körperliche Beschwerden

verbergen können. Diese Personen sollten direkt auf das Schwenden ihres Lebenswillens sowie auf suizidale Gedanken angesprochen werden (Callahan et al., 1996).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass suizidale Gedanken und Gefühle bei sich gesund fühlenden alten Menschen so gut wie nicht auftreten. Bei psychisch und/oder körperlich belasteten alten Menschen ist „suicidal ideation“ jedoch nicht selten. Sie kann sich in verschiedenen Formen ausdrücken, im Gefühl, das Leben sei nicht mehr wertvoll, im Wunsch, tot zu sein, oder auch in manifesten Suizidgedanken bis hin zu Vorstellung, sich das Leben nehmen zu wollen. Die Prävalenzwerte in einzelnen Untersuchungen sind zwar unterschiedlich, in der Tendenz stimmen sie jedoch überein. Bei depressiven Alterspatienten sind teils in Verbindung mit körperlichen Symptomen suizidale Gedanken zu erwarten, nach der BASE vor allem bei Hochbetagten. *Für die klinische Praxis ist es wichtig, hinter körperlichen und/oder psychischen Symptomen im Alter mögliche suizidale Neigungen aufzudecken und offen anzusprechen*

2.7 Suizidalität bei Heimbewohnern und Patienten

Die dürftige Datenlage hat sich seit der Expertise von Erlemeier (1992) nicht wesentlich verbessert. Nach wie vor gibt es nur wenige englischsprachige empirische Untersuchungen, in Deutschland unseres Wissens nach 1992 keine einzige, ansonsten eher Vermutungen und Spekulationen über das Ausmaß an suizidalen Tendenzen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. McIntosh et al. (1994, S. 118) halten dieses Thema treffend für „a generally neglected topic“.

Die Gründe für dessen Vernachlässigung sind zum einen in der wahrscheinlich geringen Auftretenswahrscheinlichkeit von manifesten Suizidhandlungen im Heim zu suchen, die wiederum mit der physischen Unfähigkeit eines großen Teils der Pflegeheimbewohner in Verbindung gebracht werden kann, eine Suizidhandlung zu planen und auszuführen, sowie mit den Kontrollmöglichkeiten durch die Heimorganisation über ihre Bewohner, damit auch über die Zugangswege zu Selbsttötungsmitteln. Zum anderen ist es forschungsstrategisch schwierig, die „wahre“ Prävalenz von latenten oder manifesten suizidalen Tendenzen von Heimbewohnern aufzudecken, weil von einer defensiven Einstellung der Heimträger und Heimleitungen auszugehen ist, „sich nicht in die Karten gucken zu lassen“. Außerdem kann mit Recht vermutet werden, dass nicht wenige „lebensmüde“ Heimbewohner versuchen, über

„indirektes selbstschädigendes Verhalten“ (z. B. Nahrungsverweigerung, Missachtung ärztlicher Verordnungen) ihr Lebensende vorzeitig herbeizuführen („Sich-sterben-lassen“).

Teising (1992) berichtet über eine Studie von Götze und Schmidt (1991) bei 5.202 Bewohnern Hamburger Pflegeheime. Die Suizidrate lag mit 19.2/100.000 nicht höher als die Durchschnittsrate in der Gesamtbevölkerung. Allerdings bejahten 45 % der Heimbewohner, dass sie im letzten halben Jahr daran gedacht hätten, nicht mehr leben zu wollen; 13 % äußerten Suizidgedanken und 5 % hatten bereits früher einen Suizidversuch unternommen. Suizidgedanken kovariierten mit depressiven Verstimmungen und herabgesetzter Lebenszufriedenheit. Todeswünsche nahmen mit steigendem Alter zu und gingen einher mit schweren Erkrankungen.

Nach einer Studie von Wojnar und Bruder (1991, zit. nach Teising, 1992) in Hamburger Pflegeheimen war die Suizidziffer unter Heimbewohnern niedriger als in der gleichaltrigen, nicht im Heim lebenden Hamburger Bevölkerung. Insgesamt gab es zwischen 1967 und 1990 64 Suizidfälle, 24 registrierte Suizidversuche und 14 tödliche Unfälle. Etwa 50 % der suizidalen Akte erfolgte im ersten Jahr nach der Heimaufnahme. Unter den Personen, die eine Suizidhandlung ausführten, befanden sich nur drei demente Bewohner, was dem heutigen Kenntnisstand entspricht, dass die Demenz, vor allem in fortgeschrittenen Stadien, vor Suiziden „schützen“ kann.

Bekannt geworden ist in den USA eine Befragungsstudie in 463 Altenpflegeheimen von Osgood und ihrem Arbeitskreis (Osgood, 1992; Osgood & Corey, 1994; Osgood, Brant & Lipman, 1991). 84 der befragten Einrichtungen berichteten von zumindest einer Suizidandlung (19 %); 11 davon hatten neun oder mehr suizidale Handlungen zu vermelden. Die Rate der Suizide lag bei 15.8/100.000, also beträchtlich *unter* der durchschnittlichen Suizidrate der über 65jährigen. Addiert man jedoch die Suizidrate zu der für das sog. „intentional life-threatening behavior“ (vergleichbar dem „indirekten selbstschädigenden Verhalten“), so steigt die Rate auf 94.9/100.000 an. Von denen, die unter die Gruppe der Heimbewohner mit suizidalen Tendenzen fielen (1 % der Gesamtbevölkerschaft), benutzten 80 % indirekte selbstschädigende Methoden wie Nahrungsverweigerung, Vernachlässigung der Medikamenteneinnahme u. a.

Zu Suizidhandlungen alter Menschen in *psychiatrischen Krankenhäusern* stellen Vogel et al. (1993) fest, dass im Verlauf stationärer Behandlungen damit eher selten zu rechnen sei. Insgesamt waren es zwi-

schen 1970 und 1986 von allen Suiziden in einem großen psychiatrischen Krankenhaus 24 Suizidenten im Alter ab 65 Jahren (7.5 %). Unter den Motiven fanden sich vor allem konflikthafte Familienbeziehungen und Vereinsamung, deutlich geringer dagegen der Verlust von Angehörigen durch Tod. Auch die psychische Erkrankung selbst war oft nicht der Hauptgrund für einen Suizid eines Alterspatienten.

Einen ähnlich geringen Anteil älterer Patienten (7.8 %) an der Gesamtzahl der Suizidfälle innerhalb eines Zeitraums von 21 Jahren in einem psychiatrischen Hospital in Melbourne (Australien) fanden Shah und Ganesvaran (1997). Im Vergleich zu jüngeren Suizidenten litten die älteren stärker unter Depressionen. Insgesamt scheinen in der Zusammenschau der Ergebnisse ältere psychiatrische Patienten in der Gesamtzahl der „In-Patient“-Suizide, verglichen mit ihrem Anteil an den Gesamtsuiziden, unterrepräsentiert zu sein. Die Gründe dafür können im selektiven Aufnahmeverfahren, in der hohen Zahl von Demenzpatienten, in der Kontrolle durch das Personal und in einer höheren Zahl von Suizidäquivalenten (indirekten Selbstschädigungen) liegen.

3 Epidemiologie

3.1 Diagnostik der Suizidalität

Früherkennung und Diagnostik der Suizidalität sind der erste wichtige Schritt in der Suizidprävention und -intervention. Beide sind bei alten Menschen durch mehrere Faktoren besonders erschwert (Erlemeier, 1992; 1998).

- Alte Menschen sind in ihrem Lebensumfeld, besonders dann, wenn sie isoliert leben und in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, in Problemsituationen und Krisen schlecht zu erreichen. Kontakte zu Beratungsstellen und Hilfeeinrichtungen werden oft nicht initiiert, zum einen weil Informationen nicht zur Verfügung stehen, zum anderen weil man sich keine Besserung der desolaten Lebenslage mehr verspricht. Zugehende Formen ambulanter Hilfen und sozialer Arbeit sind in unserem Lande nur punktuell oder regional ausgebaut (S. Teil II).
- Wenn alte Menschen mit Gesundheitsinstanzen, d.h. niedergelassenen Ärzten, ambulanten oder stationären allgemein-medizinischen Einrichtungen in Berührung kommen, wird ihre Suizidalität oft nicht erkannt, angesprochen und fachkundig behandelt, weil sich körperliche Beschwerden in den Vordergrund schieben und depressive wie suizidale Tendenzen dadurch „maskiert“ werden.

- Suizidale Krisen sind im Alter wegen ihrer besonderen Belastungskonstellation und ihres hohen letalen Potentials präventiven und therapeutischen Bemühungen oft nur schwer zugänglich. Der Wille zu sterben kann vor allem bei alten Männern so übermächtig sein, dass Hilfe von außen nicht mehr greifen kann oder nicht mehr in Anspruch genommen wird.

In ihren methodischen Schritten unterscheidet sich die Diagnostik der Suizidalität im Alter nicht grundsätzlich von der in jüngeren Altersgruppen. Wolfersdorf und Welz (1997, S. 419) gehen in ihrem diagnostischen Konzept von der *Kontinuitätsannahme* aus, d. h. Suizidalität entwickelt sich bei immer stärker werdendem Handlungsdruck von eher passiven zu aktiven und akuten Formen.

Passive Suizidalität äußert sich im Wunsch nach Ruhe, Pause, im Wunsch nach Unterbrechung im Leben. Über den Wunsch, tot zu sein, über sich mehr oder weniger stark aufdrängende Suizidideen und Gedanken nimmt der Handlungsdruck allmählich zu bis zu manifesten Suizidabsichten und -planungen, die dann in akute Suizidalität in Form der Ausführung einer Suizidhandlung (Suizid oder Suizidversuch) einmünden können. Für die *Diagnostik und Suizidprävention* folgt aus diesem Kontinuitätsmodell suizidaler Entwicklung, dass Suizidalität möglichst bereits in ihren passiven Äußerungsformen erkannt werden muss, was im Alter besonders erschwert sein kann.

Nach Wolfersdorf, Wedler und Welz (1992, S. 23) müssen bei der *Diagnostik der Suizidalität* folgende Fragen beantwortet werden:

- „1) *Liegt bei dem Menschen, mit dem gerade gesprochen und umgegangen wird, Suizidalität vor?*
- 2) *Besteht aufgrund verschiedener Risikofaktoren der dringende Verdacht, dass dieser Mensch suizidgefährdet sein könnte?*
- 3) *Lässt sich das Ausmaß der aktuellen Gefährdung abschätzen, d.h. die Wahrscheinlichkeit einer nachfolgenden suizidalen Handlung trotz diagnostisch-therapeutischer Intervention im kurz- oder auch längerfristigen Zeitraum“?*

Bei Einschätzung und Prognose von Suizidalität kann immer nur von einer möglichst hohen Treffsicherheit ausgegangen werden. *„Ein absolut sicheres Instrumentarium zum Erkennen von Suizidalität, zur Beurteilung eines aktuellen Suizidrisikos sowie zukünftiger Suizidgefahr gibt es nicht“* (S. 23).

Der Hauptzugang zur Suizidalität eines Menschen erfolgt über das *anamnestische Gespräch*. Die Diagnostik von akuter Suizidalität stützt sich dabei auf explizite Gesprächsprinzipien und -regeln, die von Wolfersdorf et al. (1992) sowie von Giermalczyk (1995, 1997) und Reimer und Arentewicz (1993) im einzelnen ausgeführt werden. Nach ihnen geht es im Erstkontakt mit einem suizidalen Menschen um die Herstellung einer Balance zwischen Beziehungsaufnahme und Informationsgewinnung, um über die Einschätzung der Gesamtsituation die Suizidgefahr besser beurteilen zu können. Diagnostik der Suizidalität erfordert ein intensives Eingehen auf den Klienten/Patienten, wobei der *zeitliche und räumliche Rahmen* angemessen sein müssen. In der Suizidanamnese ist zur Abklärung des Suizidrisikos ein *aktives Ansprechen und Nachfragen* der suizidalen Problematik erforderlich. Alle mit Suizidverhalten vertrauten Berater und Therapeuten betonen dieses Prinzip.

Am Ende des Gesprächs über Suizidalität sollten 1) dessen Ausmaß beurteilt werden können, 2) das Vorliegen einer psychischen Erkrankung eingeschätzt werden können und 3) die Art der Krise bekannt sein sowie mögliche Ansatzpunkte für *Hoffnung auf Änderung* sichtbar werden.

Um Suizidalität angemessen diagnostizieren zu können, sind fundierte Kenntnisse über das gesamte Umfeld und das Bedingungsgefüge von Suizidalität erforderlich. Im ersten Schritt müssen *Populationen mit erhöhtem Suizidrisiko* bekannt sein. Dazu zählen nach Wolfersdorf, Wedler und Welz (1992, S. 29f)

- Depressive Menschen
- Suchtkranke Menschen
- Alte und vereinsamte Menschen
- Personen mit Suizidankündigungen
- Personen mit Suizidversuchen in ihrer Lebensgeschichte.

Die Zugehörigkeit zu einer dieser Populationen darf nun nicht jeden Angehörigen zu einem Suizidgefährdeten abstempeln, wohl aber nimmt die Erwartungswahrscheinlichkeit für eine suizidale Handlung zu.

Zu den *Risikogruppen im engeren Sinne* gehören 1) Menschen, die offensichtlich als suizidal eingestuft werden müssen, 2) solche mit psychischen Erkrankungen, insbesondere solche mit affektiven Psychosen und Süchten, und 3) Menschen in Lebensveränderungs- oder traumatischen Krisen, die suizidal aufgeladen sein können. Die Gruppen werden im einzelnen von Wolfersdorf (1992) beschrieben (S. Tabelle 3, in Wolfersdorf, Wedler & Welz, 1992, S. 40).

Die Entwicklung zur Suizidalität wird nach wie vor gut durch Phasenmodelle wie das von Pöldinger (1982) oder durch die diagnostische Funktion des „präsuizidalen Syndroms“ von Ringel (1953) erfasst. Von großer Bedeutung ist dabei die zunehmende situative, personale, dynamische und zwischenmenschliche *Einengung* (Wolfersdorf, 2000).

Ein wichtiger diagnostischer Zugang zur Suizidalität eines Menschen führt über die Symptomatik, die sog. „*Risikopathologie*“, die für akute oder zunehmende Suizidalität spricht. Dazu gehören nach Wolfersdorf et al. (1992) z. B. Denkweisen, gezeichnet von Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Selbstentwertung, Schuldgefühlen, Selbstbeschuldigungen, depressiven Wahnideen, imperativen Stimmen etc., die Stimmungslage, geprägt durch Herabgestimmtheit, Angst vor Kontrollverlust, Wertlosigkeit, nicht selten auch durch ängstlich-paranoide Symptome, und psychomotorische innere Unruhe, starke Agitiertheit, seltener psychomotorische Hemmung. Ferner sind chronische Schlafstörungen oder quälende Schmerzzustände zu nennen. *Es ist davon auszugehen, dass eine besondere „Risiko-Symptomatik“ mit Zeiten besonderer Suizidgefährdung gekoppelt sein kann.* Besondere Risikokonstellationen können sich dann einstellen, wenn psychopathologische Symptome auf suizidauslösende und -fördernde Erlebniszustände und Umweltereignisse, z. B. die Trennung eines Partners, stoßen.

Zur weiteren Beurteilung des Suizidrisikos können auch *Beurteilungsskalen und Risikolisten* eingesetzt werden, auf die Erlemeier (1992, S. 82f) und Wolfersdorf et al. (1992, S.35f) kurz eingehen.

Über die Grenzen der Suiziddiagnostik schreiben Wolfersdorf et al. (1992, S. 37): „Die Grenzen der Diagnostik von Suizidalität sind so nicht nur auf Seiten des jeweiligen Arztes / Therapeuten / Helfers, dessen Beziehungskompetenz, Fachkompetenz, Tagesverfassung, Arbeitssituation, auf Seiten von zeitlichem und personellem Rahmen usw. zu sehen, sondern sie werden auch durch den betroffenen Suizidenten selbst gesteckt, durch seine Bereitschaft, Hilfsbedürftigkeit zu dokumentieren, für sich Hilfe in Anspruch zu nehmen und für Hilfe offen zu sein“. Das gilt besonders für alte Menschen.

3.2 Biologische Aspekte

Die neurobiochemische Suizidforschung steht in enger Beziehung zur neurobiochemischen Psychiatrieforschung. Es sind sowohl durch post-mortem- als auch in-vivo-Studien eine ganze Reihe von „biological mar-

kers“ für Depression und Suizide/Suizidversuche nachgewiesen worden, die jedoch fast ausschließlich in jüngeren Stichproben untersucht wurden. Es gibt nur wenige Studien, die höhere Altersgruppen einbezogen haben. Zudem sind die wenigen Ergebnisse bei depressiv und suizidal erkrankten alten Menschen nicht konkordant und konfundiert mit „normalen“ biochemischen Veränderungen der hormonalen und neuralen Funktionssysteme (Bharucha & Satlin, 1997; Demling, 1995; Rifai, Reynolds & Mann, 1992; Schneider, 1996). Einen kurzen Einstieg in die biochemische Suizidforschung findet man bei Bronisch (1995) und Wolfersdorf (1999). Einen aktuellen Überblick über die neurobiologische Suizidforschung geben Bronisch, Felber und Wolfersdorf (2001)

Die Neurotransmitter (Botenstoffe) im Zentralnervensystem (ZNS) Noradrenalin und Serotonin sind maßgeblich an der Steuerung des affektiven Erlebens beteiligt. Besonders die Minderaktivität des *serotonergen Systems* (5-Hydroxytryptamin; 5-HT) zur Nervenimpulsübertragung hängt mit depressiven Störungen und mit Suizidalität zusammen. Nachgewiesen wurden eine verminderte 5-HT-Aktivität in post-mortem-Befunden am Hirngewebe von Suizidopfern und eine erniedrigte Konzentration von 5-Hydroxy-indolessigsäure (5-HIES), dem wichtigsten Abbauprodukt von 5-HT im ZNS, im lumbal gewonnenen cerebrospinalen Liquor von Depressiven und Suizidpatienten, besonders bei Suizidenten, die harte Methoden angewendet hatten. Besonders diese Liquorbefunde wurden durch nachfolgende Studien bestätigt. „Wie bereits zuvor die post mortem-Befunde an Hirngewebe, so legen jetzt auch die Liquorergebnisse den Gedanken an einen Zusammenhang zwischen zentralem 5-HT-Stoffwechsel und Suizidalität nahe“ (Demling, 1995, S. 51).

Eine andere post mortem-Forschungsrichtung konzentrierte sich auf die cerebralen *5-HT-Rezeptorsysteme* bei Suizidopfern. Dabei zeigte sich, dass ein Zusammenhang zwischen der Erhöhung der Dichte der postsynaptischen 5-HT-Rezeptoren im Frontalhirn und dem suizidalen Verhalten bestand. Man fand auch eine verminderte Dichte von präsynaptischen Imipraminrezeptoren, die nach Demling mit den Wiederaufnahmestellen für freigesetztes 5-HT im Rahmen der Inaktivierung dieses Transmitters in funktionaler Verbindung stehen. Daraus könnte abgeleitet werden, dass die Aktivität zentraler serotonerger Neuronensysteme prä mortal bei Suizidenten vermindert ist. Die Befundlage ist wegen der Varianz in den Stichproben und Analysemethoden jedoch nicht einheitlich. Demling (1995, S. 55) resümiert vorsichtig, dass trotz der zur Zeit noch widersprüchlichen Ergebnisse ein *Zusammenhang zwischen suizidalem Verhalten und einer Dysfunktion im Sinne einer Minderaktivität zentraler 5-HT-Neuronensysteme zumindest als wahrscheinlich zu gelten habe*. Die „Serotoninhypothese der Suizidalität“

stütze sich dabei besonders auf die Liquorbefunde und die Untersuchungen zu postmortal gefundenen Abweichungen in zentralen serotonergen Rezeptorsystemen.

Über die Serotoninhypothese hinaus wurden auch Zusammenhänge zwischen Suizidalität und anderen neurobiochemischen Parametern untersucht, insbesondere zum adrenergen System. Bezogen auf Noradrenalin und Dopamin wurden im postmortalen-Hirngewebe von Suizidopfern durchweg keine signifikanten Abweichungen von Kontrollwerten gefunden. Bei weiteren zentralen Parametern wie z.B. bei monoaminmetabolisierenden Enzymen der Monoaminoxidase (MAO-A und MAO-B) zeigten sich allerdings in einigen Studien bei Suizidopfern Abweichungen zu Kontrollwerten (Demling, 1995, S. 56).

Die bisherigen neurobiochemischen Befunde der Suizidforschung werfen die Frage nach einem laborchemischen Test zur Frühdiagnose von Suizidgefahr auf. Noch sind die Befunde aber nicht so konsistent und abgesichert sowie der Einfluss von Störfaktoren ist nicht so auszuschalten, dass eine solche Diagnostik zum gegenwärtigen Zeitpunkt zu sicheren Indikatoren führen würde. Technisch realisierbar ist eine solche Diagnostik in vitro durch Urin- und vor allem Blutplasmauntersuchungen, hingegen sind Liquortests nicht die Methode der Wahl. Serotonin läßt sich nämlich auch in Thrombozyten (Blutplättchen) des Blutes nachweisen. Es gibt große Gemeinsamkeiten zwischen dem neuronalen und thrombozytären serotonergen Systemen. Die Befunde legen auch hier einen Zusammenhang zwischen verringerter Enzymaktivität und Suizidalität nahe.

In ihrem Literaturüberblick „Biology of Elderly Suicide“ sichten Rifai, Reynolds und Mann (1992) die biochemischen und -physiologischen Befunde der Suizidforschung auf ihre Altersrelevanz. Sie kommen bei ihrer Literaturübersicht an mehreren Stellen zur nüchternen Feststellung: „No comparable data are available in the elderly ...“. Ihre Zusammenfassung lautet: „*Various biologic parameters, primarily related to the serotonergic system, have been found to correlate with suicidal behavior. Most studies have not included a meaningful number of subjects over 60 years of age. Given the significant effects of normal aging on many of these systems, it would be hazardous to extrapolate from findings in younger and midlife adults to the elderly*“ (S. 58).

Zu ähnlichen Einschätzungen kommen Bharucha und Satlin (1997, S. 57) und Schneider (1996). Der letzte Autor gibt als Biologe erstaunlicherweise den *psychosozialen und psychopathologischen* Einflussfaktoren

beim Alterssuizid den Vorrang vor den biologischen. Es gibt für ihn mehrere Gründe, die für dieses Argument sprechen:

- Die psychosozialen Faktoren überwiegen klinisch gesehen die relativ subtilen neurobiologischen Faktoren beim Alterssuizid.
- Die stärkeren psychosozialen Einflüsse auf den Alterssuizid erschweren die neurobiologische Erforschung des Phänomens.
- Es ist zu vermuten, dass Personen mit einem größeren neurobiologischen Suizidrisiko schon früher im Leben Suizid begangen haben.
- Die neurobiologischen Faktoren für einen Suizid im Alter unterscheiden sich mit großer Wahrscheinlichkeit von denen in jüngeren Jahren, wenngleich die bisherige Empirie für diesen Nachweis noch nicht ausreicht.

McIntosh et al. (1994, S. 86) kommen zu dem Schluß:

„Although the potential for identifying biological markers of suicide is great, the evidence is far from conclusive“.

Unter das Thema biologischer Faktoren bei Suizidalität fällt auch die Frage nach den möglichen *genetischen* Verursachungsmomenten. Maier (1995, 2001) fasst in einem Sammelbeitrag die wesentlichen Befunde zusammen, ohne dabei jedoch Bezug auf die Altersvariable zu nehmen. Somit können die Befunde für die Alterssuizidalität nicht weiter spezifiziert werden.

Familienstudien belegen ein erhöhtes Suizidrisiko bei Kindern von Eltern, bei denen ein gehäuftes Auftreten von Suiziden und Suizidversuchen beobachtet wurde, die unter affektiven Störungen litten und bei denen Suchtmittelmissbrauch, nicht selten auch aggressives Verhalten, nachzuweisen war. Einige dieser Risikofaktoren verhalten sich zudem additiv.

Schwierig ist es bei Familienstudien, genetische Anteile von Umgebungs- (Milieu)faktoren zu trennen. Um dieses methodische Problem zu umgehen, bieten sich Zwillingsuntersuchungen an. Leider liegen in puncto Suizidalität nur wenige abgesicherte Befunde vor. Nach Maier (1995, S. 89) ist danach eine „genetische Teilverursachung“ sehr wahrscheinlich (Hereditätsschätzung 40 %), wobei auch zu sagen ist, dass die genetische Übertragung nicht in monogener, sondern höchst wahrscheinlich in polygener Form erfolgt, und *nichtgenetische* Verursachungsanteile ebenfalls im Spiel sind. Die kleinen Stichproben lassen es nach Maier jedoch kaum zu, die Interaktion von genetischen und umweltbedingten Einflüssen genauer abklären zu können.

Genetische Einflüsse sind auch bei der Steuerung des *Serotoninmetabolismus*, auf dessen Zusammenhänge mit dem suizidalen Verhalten oben schon eingegangen wurde, anzunehmen. Es geht dabei um die Identifizierung von Suszeptibilitätsgenen, die bei der Auslösung von psychischen Störungen beteiligt sein können.

Maier (1995, S. 92) stellt zusammenfassend fest, „dass kaum eine Verhaltensdimension so wenig Aufmerksamkeit in der genetischen Forschung erhielt wie suizidales Verhalten“. Das gilt im besonderen Maße für die Alterssuizidalität.

3.3 Körperliche Erkrankungen

Die empirischen Zusammenhänge zwischen körperlichen Erkrankungen und Suizidalität sind nicht leicht auf einen Nenner zu bringen. Die differenzierende Analyse, die Erlemeier (1992, S. 43f) vornahm, ist genauso bei der jüngeren Literatur angebracht. Zu viele moderierende Variablen sind im Spiel, so dass sich eine simple Kausalbeziehung zwischen somatischer Erkrankung und Suizidverhalten gleich verbietet.

Zu berücksichtigen sind beispielsweise der Erfassungsmodus der Erkrankung, ihre Art sowie ihre Begleitumstände und Auswirkungen. Handelt es sich z. B. um eine offizielle medizinische Krankheitsdiagnose oder um Indikatoren des subjektiven Krankheitserlebens? Die Ergebnisse des einen Erfassungsmodus können sich von denen des anderen signifikant unterscheiden. Objektiver und subjektiver Gesundheitszustand sind häufig nicht besonders hoch korreliert (Lehr, 1991, S. 311f).

Ferner ist zu beachten, dass für das Krankheitserleben meistens nicht die medizinischen Diagnosen entscheidend sind, sondern die *funktionellen Beeinträchtigungen in der Alltagsbewältigung*, die den Grad der Hilfsbedürftigkeit bestimmen, sowie Schmerzzustände, schlechte subjektive Prognosen und Siechtumsängste. Die diagnostizierte Krankheit ist folglich der Auslöser für eine Reihe von *psychischen und sozialen Begleitumständen*, mit denen sich der kranke Mensch, insbesondere der alte Mensch bei chronischen Erkrankungen, bei denen Besserung oft nicht zu erwarten ist, auseinandersetzen muss. Dabei ist nachgewiesen, dass die Hilfsbedürftigkeit und funktionelle Abhängigkeit im sehr hohen Alter sprunghaft ansteigt, und Frauen davon besonders betroffen sind. Nach wie vor ist jedoch der größere Prozentsatz der Hochbetagten (66 % der Stichprobe der Berliner Altersstudie) noch

weitgehend selbständig in der Lebensführung (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996, S. 168f).

Zu realisieren ist ferner, dass körperliche Erkrankungen im Alter mit ihren Begleiterscheinungen wie schlechte Prognose, funktionelle Behinderung und Hilfsbedürftigkeit häufig mit psychischen Erkrankungen kovariieren, insbesondere mit dementiellen und depressiven Störungen (Komorbidität). *„Das Alter selbst ist damit ein wesentlicher Risikofaktor für die Entwicklung von Funktionseinbußen“* (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996, S. 178).

Körperliche Erkrankungen stellen im Bedingungsgefüge der Suizidalität im Alter einen wichtigen Einflussfaktor dar, der jedoch nicht monokausal überbewertet werden darf, sondern immer im Kontext weiterer Belastungen zu sehen ist. Das konnte bereits in einer früheren Analyse des Forschungsstandes aufgezeigt werden (Erlemeier, 1992, S. 43f). In der multifaktoriellen Ätiologie der Alterssuizidalität kommen zur Erkrankung häufig funktionelle Behinderungen der Mobilität, Schmerzzustände, soziale Isolationssymptome und Abhängigkeit von Fremdhilfe hinzu.

Es besteht allgemein kein Zweifel, dass körperliche Erkrankung eine wichtige Determinante im Bedingungsgefüge von Suizidalität sein kann (Wolfersdorf, Zeschick & Fröscher, 1991). Im Mittel litt jeder Fünfte, der eine Suizidhandlung ausführte, zugleich unter einer körperlichen Erkrankung (Jäger & Schmeling-Kludas, 1992). Am häufigsten vertreten waren Arthritis, Herzerkrankungen, operative Eingriffe und Krebserkrankungen, aber nicht unbedingt mit infauster Diagnose. Die Frage nach den gravierenden Begleitumständen und Motiven für Suizidhandlungen im Zuge von Krankheit blieb in den meisten Untersuchungen offen. Eine Ausnahme bildet die Erhebung von Summa (1988).

Die Komplexität des Zusammenhangs zwischen körperlicher Erkrankung und suizidalem Verhalten wird auch dokumentiert durch die Existenz mehrerer konkurrierender Dependenzmodelle (Schmidtke & Schaller, 1990). Neben einfachen und komplexeren Kausalmodellen zwischen körperlicher Erkrankung und Suizidalität kann nach dem Prädispositionsmodell Krankheit auf eine suizidale Prädisposition stoßen und suizidales Verhalten auslösen oder nach dem Common-cause-Modell eine bestimmte Krankheit in Verbindung mit Suizidalität auf eine mögliche gemeinsame Ursache (z. B. Suchtmittelgebrauch) zurückgeführt werden. Ferner können gemeinsame Verursachungsfaktoren Krankheit und Suizidalität wechselseitig beeinflussen (Transaktionsmodell) oder im Extremfall Krankheit im Falle von Suizidalität als „Methode“ eingesetzt

werden (Methodenmodell). Bevorzugt wird heute besonders das Transaktionsmodell.

Eine wichtige Konsequenz ist aus dem bisher Gesagten bereits zu ziehen. Neben der Behandlung der somatischen Erkrankung nach allen Regeln der ärztlichen Kunst ist stets auch auf die psychosozialen Begleitumstände der Krankheit zu achten, die depressive Entwicklungen auslösen oder verstärken können, ferner auf die möglicherweise depressionsfördernden Nebenwirkungen von Medikamenten (Jäger & Schmeling-Kludas, 1992). Aktuell ist auch die Frage nach den Auswirkungen von Antidepressiva auf suizidale Symptome (Möller, 1994; Wolfersdorf, 1997).

Bei *alten Menschen* muss mit wachsendem Alter eine Zunahme der (Multi)Morbidity erwartet werden. Es ist folglich zu erforschen, ob bei alten Suizidenten körperliche Erkrankungen mit ihren Begleitsymptomen häufiger in der Genese nachzuweisen sind als bei gleichaltrigen Personen, die sich nicht suizidierten, und bei jüngeren Suizidenten. Zu dieser Fragestellung liegen einige neuere Untersuchungen vor.

Cattell und Jolley (1995) konnten bei 100 Suiziden von über 65jährigen zwischen 1980 und 1991 in Manchester (UK) zeigen, dass rund 65 % ihrer Stichprobe schlechte Gesundheit als Grund für ihren Suizid nach den Unterlagen von praktischen Ärzten oder Kliniken attestiert wurde. Das Spektrum der Krankheiten war sehr weit, obgleich sich kein Fall einer terminalen Krebserkrankung darunter fand. 27 % der Stichprobe litten unter Schmerzen, 16 % darunter stark. Die Ursachen für diese Schmerzen waren den Akten nicht zu entnehmen.

In der San Diego-Studie zum Alterssuizid (Carney et al., 1994) wurden zwei jüngere Gruppen von Suizidenten mit einer älteren Gruppe von über 60 Jahren verglichen. Es ging vor allem um die Frage der Altersspezifität von Risikofaktoren. In der Gruppe der 60-88jährigen Suizidenten ließen sich zu 84 % körperliche Beschwerden nachweisen, in der Gruppe der 16-30jährigen nur 7 % und bei den 31-59jährigen 28 %. In der hohen Altersgruppe kam hinzu, dass häufiger als in den jüngeren der Verlust einer Vertrauensperson durch Tod zu beklagen war (vor allem Partnerverlust). In allen drei Gruppen war der Suizid am stärksten jedoch mit *Depression* assoziiert. Trotz der recht hohen Krankheitsanfälligkeit hatten nur 57 % der alten Suizidenten in den letzten 30 Tagen vor ihrem Tode einen Professionellen des Gesundheitswesens aufgesucht. Zu ähnlichen Befunden kamen Chi, Yip, Yu und Halliday (1998) bei ihrer Untersuchung des Alterssuizids in Hong Kong.

Auch bei den *Suizidversuchen* im Alter fand sich ein ähnlicher Zusammenhang zu körperlichen Erkrankungen. Hepple und Quinton (1997) konnten in ihrer Studie an 100 Suizidversuchern im Alter zeigen, dass 54 der Personen an einer körperlichen Erkrankung litten, oft verbunden mit Schmerzen. 31 Personen litten sowohl an körperlichen als auch an psychischen Erkrankungen. Bei 67 Personen traten psychische Erkrankungen auf, am stärksten depressive Störungen. Hinzu kamen zu den Erkrankungen nicht selten soziale Isolierung, Probleme mit Angehörigen oder Freunden sowie Trauerreaktionen.

Auch Draper (1994) fand in einer Stichprobe von 69 Suizidversuchern über 65 Jahren bei 54 % eine chronische Erkrankung als Hauptgrund für den Suizidversuch, bei 22 % sogar multiple Erkrankungen, besonders bei den „Old-Old“ seiner Stichprobe, darunter häufiger bei Männern. Seine Prozentwerte lagen innerhalb der Bandbreite von 50-66 % krankheitsbedingter Suizidversuche, die Draper der einschlägigen Literatur entnahm.

Betont wird von Draper auch die Interaktion von körperlicher Erkrankung mit depressiven Symptomen, Schmerzzuständen und psychosozialen Belastungen in der Genese von Suizidalität im Alter. Er warnt vor einer Überbewertung von körperlichen Krankheiten, ohne dass andere Faktoren Beachtung finden (Summa, 1988).

In einem Sammelreferat über Suizidversuche im Alter kommt Draper (1996, S. 581) nach Sichtung der Befunde zu „physical health factors“ jedoch zum Schluss: „The extent to which physical health is a risk factor for attempted suicide is unclear“. Er greift das schon bekannte Argument auf, nicht die Krankheit an sich sei der entscheidende Impuls für eine Suizidhandlung, sondern die Auswirkungen auf Lebensstil, Lebenszufriedenheit und die Effekte von Mehrfachmedikation, Schmerzen sowie sozialer Isolation seien einflussreicher (Transaktionsmodell).

Auch nach anderen Autoren ist die Beziehung zwischen körperlichen Erkrankungen und Suizidalität nach vorliegenden Untersuchungen nicht konsistent. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen dem Prozentsatz an körperlichen Erkrankungen bei alten Menschen, die eines „natürlichen“ Todes sterben, und denen, die sich selbst töten. Lester und Tallmer (1994, S. 12) stellen die Frage, „why, if medical problems are more common in the elderly, both in suicides and in non suicides, does medical illness provoke suicide in only a very small minority of the elderly?“

Zu einer ähnlichen Schlussfolgerung kommt auch Teising (1992, S. 41), dass keine gesicherten Kenntnisse über die Beziehung von körperlichen Erkrankungen zur Suizidalität vorhanden seien. Trotz der Multimorbidität und erhöhten Krankheitsbelastung im Alter sei körperlichen Erkrankungen in der Genese suizidalen Verhaltens keine Vorrangstellung einzuräumen. Nur in Verbindung mit den o.g. Begleitproblemen erhalten körperliche Erkrankungen einen wichtigen Anteil am Suizidgeschehen. Auch Teising gibt der *subjektiven Verarbeitung* einer Krankheit den Vorrang vor dem medizinischen Befund.

In ihrem Sammelreferat nehmen Bharucha und Satlin (1997, S. 57f) die methodischen Mängel vieler Untersuchungen zum Anlass, körperliche Erkrankungen als *einen* „Stressor“ besonders im Kontext suizidalen Verhaltens im Alter zwar zu akzeptieren, gleichzeitig warnen sie jedoch vor kausalen Fehlschlüssen. Die Annahme, dass körperliche Erkrankungen ein „independent risk factor for late-life suicide“ (S. 58) seien, könne empirisch nicht eindeutig gestützt werden.

Moscicki (1995) folgert nach Inspektion der Forschungsliteratur: „There is no evidence ... that supports the notion that chronic or terminal physical illness at any age is an *independent* risk factor for suicide outside the context of depression and / or substance abuse ...“ (S. 32). Deshalb sei die gleichzeitige Depressionsbehandlung bei vielen körperlich Erkrankten, vor allem im Alter, ein wichtiger Teil der Suizidprävention.

Zur Erklärung des Zusammenhangs von körperlicher Erkrankung und Suizidverhalten sind lineare Kausalmodelle also nicht geeignet, sondern herangezogen werden müssen komplexere Interdependenz- bzw. Transaktionsmodelle (Schmidtke & Schaller, 1990).

3.4 Psychische Erkrankungen

Weltweit werden in der Psychiatrie und Suizidforschung psychische Erkrankungen, darunter vor allem *Depressionen*, als ein zentraler Risikofaktor für suizidale Handlungen angesehen (Wolfersdorf, 1992, 2000). Menschen, die an einer schweren Depression leiden, stehen unter einem erhöhten Suizidrisiko. Die Suizidrate für depressiv Erkrankte liegt schätzungsweise bei 500 bis 900 pro 100.000. Sie ist damit mehr als 30mal höher als die der Allgemeinbevölkerung (rund 15/100.000). 40 bis 60 % der Suizidenten sind der Gruppe der Depressiven zuzurechnen. Nach Wolfersdorf (1992, S. 222) ist die Depression „die tödlichste aller psychischen Erkrankungen“. In der psychiatrischen Epidemiologie

wird heute von einer Lebenszeitsuizidmortalität für Depressive aller Schweregrade von 4,2 % ausgegangen. Für die schwer depressiv Erkrankten gilt dagegen eine lebenszeitbezogene Suizidmortalität von 14,4 %. Unter den schwer depressiven Patienten beenden 12 bis 19 % ihr Leben durch Suizid (Wolfersdorf, 1998; Wolfersdorf, o. J.).

Auch wenn die Wahrscheinlichkeit schwerer Depressionen im hohen Alter geringer wird (Knäuper & Wittchen, 1995; Koenig & Blazer, 1992), besteht der Zusammenhang zwischen Depression und Suizidgefahr unvermindert weiter, ja er verstärkt sich offensichtlich noch. *„Depression is the psychiatric condition most often linked to suicide among older adults“*, folgern Gallo et al. (1994, 1998) aus ihren Studien. Depressionen wirken nach Conwell et al. (1991, 1996) besonders bei alten Menschen suizidfördernd und -auslösend, während bei jüngeren Menschen häufiger Persönlichkeitsstörungen in Verbindung mit Missbrauch von legalen und illegalen Suchtmitteln im Vordergrund stehen. Zur Hälfte handelte es sich nach Erhebungen von Conwell und Mitarbeitern mit Hilfe der psychologischen Autopsiemethode bei den alten Suizidenten um Fälle mit „Spätdepressionen“ (late-onset depressions), die zum erhöhten Suizidrisiko im Alter beitragen können. Einher gehen diese „Spätdepressionen“ nicht selten mit körperlichen Symptomen, Alkoholmissbrauch und sozialen Belastungen (Ernst, 1997).

Die Depression erfährt nach psychiatrischer Einschätzung mit dem Alter eine *Symptomverlagerung* und andere *Symptomfärbung*. Während schwere Depressionen (major depressions) mit dem Alter abnehmen, nehmen „subsyndromale / subdiagnostische“ (leichte, nicht scharf definierte) depressive Störungen zu, die im Alter häufig nicht als solche diagnostiziert werden (Bergener, 1998; Ernst, 1997; Radebold et al., 1997; Wernicke et al., 1997). Nach Gallo, Anthony und Mutheu (1994) war die Depression in einem Community Sample über 65jähriger weniger durch „klassische“ Symptome der Dysphorie und Anhedonie (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Lustlosigkeit) geprägt, sondern stärker durch Schlafstörungen, Ängste und Gedanken an den Tod.

Die Besonderheiten der Depression im Alter werden von Müller-Spahn und Hock (1997, S. 12) folgendermaßen zusammengefasst:

- Ausgeprägte Fluktuation in der Symptomatik
- Abnahme der Major Depression, Zunahme subsyndromaler Depressionen
- Überlagerung der depressiven Symptomatik durch kognitive Störungen
- Dominanz somatischer Erkrankungen.

Der Suizidgefahr in Verbindung mit Depressionen kommt im Alter deshalb eine besondere Brisanz zu, weil zusätzliche, erschwerende Begleitsymptome wie somatische Störungen, Schmerzzustände, kognitive Einbußen, paranoide Krankheitsängste sowie soziale Isolierung und Vereinsamung das Altwerden belasten können (Blazer et al., 1991; Kruse, 1997).

Einige neuere Studien sollen das bisher Gesagte untermauern. Nach einer Untersuchung von Bron (1992) hatten von 155 Patienten über 60 Jahren, die wegen Depression psychiatrisch behandelt wurden, ca. 25 % einmal oder mehrmals einen Suizidversuch nach dem 60. Lebensjahr unternommen. Fast die Hälfte der Patienten äußerte sich bei der Behandlung offen über Suizidgedanken. Auch Barnow und Linden (1997) fanden bei der Berliner Altersstudie, dass je ernster die Suizidalität der Hochbetagten bewertet wurde, desto größer war die Wahrscheinlichkeit einer psychiatrischen Diagnose, vornehmlich einer Depression. In einer Studie von Gallo, Cooper-Patrick und Lesikar (1998) berichtete die Hälfte der über 60jährigen Patienten mit Suizidgedanken über Depressionen in ihrer Lebensgeschichte.

In der Studie von Cattell und Jolley (1995) bei 100 Suizidfällen über 65 Jahren in Manchester (UK) ergab sich, dass 61 % der Suizidtoten unter einer klinisch eingrenzbaeren depressiven Störung vor ihrem Suizid litten. *Die bedeutsame Rolle, die depressive Erkrankungen in der Ätiologie von Suizidalität im Alter spielen, wird in der Literatur übereinstimmend anerkannt.* Das gilt für Suizide, für Suizidversuche wie auch für suizidale Ideation. Conwell et al. (2000) verglichen 42 Patienten von Internisten und Familienmedizinern, die sich innerhalb von 30 Tagen nach dem Arztbesuch selbst töteten, mit 196 Patienten ohne Suizid. Beide Stichproben waren 60 Jahre und älter. Die Suizid-Patienten litten signifikant häufiger an Depressionen, körperlichen Krankheitsbelastungen und funktionellen Einbußen. Ihnen wurden häufiger Antidepressiva, anxiolytische und narkotische Medikamente verschrieben als der Kontrollgruppe. Unter den depressiven Patienten zeigten die mit Suizid stärkere affektive Symptome und emotionale Dysfunktionen. Die Autoren kommen zum Schluss, dass die ärztliche Primärversorgung ein wichtiger Ansatz für Suizidprävention im Alter ist, vor allem was die Diagnose und Behandlung von Depressionen betrifft.

Draper (1996, S. 582)) fasst die Befunde zu Suizidversuchen im Alter zusammen: „Depression was the predominant disorder, occurring in 56-93 % of patients“, wobei schwere Depressionen im Alter stärker mit Suizidversuchen auftraten als in jüngeren Jahren. Draper verweist auch auf die Tatsache, dass ältere Depressive bis zu ihrem letzten Suizidver-

such nicht selten schon mehrere Suizidversuche unternommen hatten (bis zu sechsmal). In der Studie von Hepple und Quinton (1997) an 100 älteren Suizidversuchern in Oxford (UK) litten 67 unter einer psychischen Erkrankung, davon 47 an einer Depression, gefolgt von Personen mit Alkoholproblemen. Bei den Suizidversuchern mit Depressionsdiagnosen war auch die Rezidivgefahr größer. Unter denjenigen depressiven Patienten, die später einen Suizidversuch unternahmen, befanden sich solche, die schon vorher Suizidgedanken hegten oder bereits einen Suizidversuch unternommen hatten (Zweig & Hinrichsen, 1993).

Teising (1992, S. 39) schätzt das Suizidrisiko bei psychisch kranken (alten) Menschen ebenfalls hoch ein, gravierend besonders in der Kombination von Depression und Alkoholmissbrauch (ähnlich Koenig & Blazer, 1992). Bharucha und Satlin (1997) verweisen in ihrem Sammelreferat zunächst auf methodische Divergenzen bei den Diagnosekriterien für Depression, die zu unterschiedlichen Prävalenzraten führen. Sie resümieren dann nach Sichtung der Forschungslage, dass bei mehr als 80 % der Suizide im Alter affektive Störungen im Spiel seien, in 66 % der Fälle eine schwere (majore) Depression, ein Prozentsatz, der höher läge als bei jüngeren Suizidenten. Sie verweisen wie schon Ernst (1997) auf einen scheinbaren Widerspruch, der darin besteht, dass einerseits majore Depressionen mit dem Alter abnehmen, andererseits sich aber unter den Suizidopfern im Alter viele schwer Depressive befinden. Klar ist, dass die Mehrheit der suizidgefährdeten alten Menschen höchstwahrscheinlich in der Gruppe der schwer Depressiven zu finden ist, wobei körperliche und psychosoziale Begleitsymptome sich oft hinzugesellen.

Zu verweisen ist an dieser Stelle erneut auf die bekannte *Komorbidität* von depressiven Störungen und körperlichen Beschwerdebildern im Alter, die bei starken Einschränkungen der Alltagskompetenz eine suizidale Krise heraufbeschwören kann (Hays et al., 1998; Helmchen et al., 1996; Helmchen & Kanowski, 2001).

In zusammenfassenden Statements kommen Autoren, die insbesondere die Alterssuizidalität erforschen, zum übereinstimmenden Ergebnis, dass depressive Erkrankung zwar in den meisten Fällen eine *notwendige* Bedingung für Suizidalität im Alter ist, jedoch keine hinreichende (Conwell, 1992). Hinzu kommen in vielen Fällen noch andere physische, psychische und soziale Belastungsmomente (Wolfersdorf & Welz, 1997).

Einige Untersuchungen konnten den Einfluss der Variablen *Hoffnungslosigkeit* (Hopelessness) auf den Zusammenhang von Depression und Suizidalität nachweisen. Hoffnungslosigkeit kovarierte mit der Schwere der Depression und trug zusätzlich zu einer Erhöhung der Suizidgefahr bei (Rifai et al., 1994; Uncapher et al., 1998).

Alle Befunde zum Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Suizidalität im Alter sprechen dafür, dass eine *gezielte Depressionsdiagnostik und -behandlung* ein notwendiger Schritt in der Suizidprävention sein muss, auch wenn die Depressionssymptomatik durch Somatisierungstendenzen und psychosoziale Probleme, die dem Alter eigen zu sein scheinen, überlagert ist. Häufig sind depressive Symptome, körperliche Beschwerden, Selbstwertzweifel und soziale Beziehungsprobleme so miteinander verflochten, dass sich dem Arzt oder anderen Professionellen im Sozial- und Gesundheitswesen die suizidale Gefährdung erst bei genauer Exploration erschließt (Erlemeier, 1998, 2000).

Immer wieder wird auch der Missbrauch von *Suchtmitteln*, insbesondere von Alkohol, mit Suizidalität im Alter in Verbindung gebracht, das mit Nachdruck vor allem von Osgood (1992). Sie spricht sogar von der „alcohol – suicide connection“ oder noch dramatischer vom „deadly triangle“ zwischen Alkoholmissbrauch, Depression und Suizidverhalten im Alter. Sie stützt sich dabei auf Daten amerikanischer Gesundheitsbehörden, nach denen alte Menschen (in den USA) eine Population mit erhöhtem Alkoholrisiko darstellten (2-10 % der über 60jährigen litten unter Alkoholismus). Einen überzeugenden Nachweis, dass Alkoholkonsum bei der Ätiologie von Suizidalität im Alter eine bedeutsame Rolle spielt, bleibt Osgood jedoch schuldig. Die Empirie tendiert eher zur Annahme einer geringeren Suchtmittelabhängigkeit im Alter (Wolter-Henseler, 1998). Wohl konnte nachgewiesen werden, dass unspezifiziert nach Altersgruppen Alkoholkonsum das Suizidrisiko erhöht. Es besteht auch ein Zusammenhang zwischen Alkoholmissbrauch und depressiven Störungen (30-60 % der Alkoholiker leiden unter Depressionen) (Bronisch, 1992; Tallmer, 1994). Speziell für die Gruppe der alten Menschen ist dieser Zusammenhang jedoch noch nicht fundiert abgeklärt.

Häufig stellt sich die Frage nach der Suizidgefährdung von *dementen* alten Menschen, zumal die Zahl der Demenzzkranken aufgrund der Hochaltrigkeit stark angewachsen ist. Die Forschungsliteratur ist nicht sehr ergiebig in der Beantwortung dieser Frage. Kurz (1998) griff in einem Vortrag auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention in Würzburg zum Thema „Suizidales Verhalten im Alter“ diese Fragestellung auf. Bei 25-50 % der Dementen im Anfangsstadium käme

es zu depressiven Störungen. Im Krankheitsverlauf nähme mit zunehmendem Verlust der Krankheitseinsicht beim Patienten die Depressions- und Suizidgefahr wieder ab. Die Krankheit könne selbst „schonend und schützend“ wirken. Demente hätten insgesamt eine niedrige Suizidrate; als Ursache für Suizidhandlungen rangiere die Demenz ganz unten. Die Gründe dafür seien die folgenden: Der Kranke stünde meistens unter Aufsicht seiner Umgebung und verfüge im fortgeschrittenen Krankheitsverlauf nicht mehr über die praktischen und kognitiven Fähigkeiten, eine Suizidhandlung gezielt und wirkungsvoll zu planen und auszuführen. Die Demenz könne außerdem bei der Ursachenforschung für suizidales Verhalten übersehen werden. Kurz sieht vier Risikogruppen im Kontext von Demenz und Suizidgefährdung.

- Suizidrisiko bei leichtgradig Demenzen
- Suizidrisiko bei „stressgeplagten“ pflegenden Angehörigen
- Suizidrisiko nach einem präsymptomatischen Alzheimer-Genest (der möglich sei)
- Suizidrisiko bei Angst vor Demenz (Alzheimer-Angst).

Solide, aussagekräftige empirische Untersuchungen liegen zu diesen von Kurz aufgeworfenen Problemstellungen unseres Wissens jedoch bisher nicht vor.

3.5 Soziale Beziehungsprobleme

Im Bedingungsgefüge der Suizidalität im Alter spielen Kontakt- und Kommunikationsprobleme eine große Rolle. Diese stehen einerseits mit genuinen Veränderungen im sozialen Netzwerk sowie der Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung im Alter in Verbindung, andererseits treten sie als kovariante Bedingungen körperlicher und psychischer Erkrankungen auf. Das soziale Netzwerk im Alter reduziert sich zwar von der Personenzahl her, es bleibt jedoch relativ stabil in Bezug auf das Ausmaß konfidenter Beziehungen insbesondere im familiären Kontext (Ferring & Filipp, 1999; Kohli et al., 2000). Auf der anderen Seite nehmen vor allem bei Hochbetagten Einsamkeitsgefühle dann zu, wenn diese Konfidenzbeziehungen mit ihrem sozialemotionalen Unterstützungsfundus abnehmen (Wagner, Schütze & Lang, 1996).

In seiner Expertise über Suizidalität im Alter (1992) wertete Erlemeier die bisherigen Befunde zum Einfluss sozialer Beziehungen auf suizidales Verhalten unter drei Gesichtspunkten aus: Familienstand, belastete und konflikthafte Sozialbeziehungen sowie soziale Isolierung und Ver-

einsamung. Seit dieser Auswertung der entsprechenden Forschungsliteratur hat sich die Befundlage nicht grundlegend verändert. Als Beleg für diese Einschätzung sollen im folgenden neuere Ergebnisse unter den drei Gesichtspunkten herangezogen werden.

Der Zusammenhang zwischen sozialen Netzwerkfaktoren und Suizidalität im Alter muss, um voreiligen Schlussfolgerungen zuvorzukommen, vor dem Hintergrund altersspezifischer Netzwerkbefunde gesehen werden. Deshalb wird zunächst kurz auf diese eingegangen.

Wagner, Schütze und Lang (1996) publizierten Daten zu den Sozialbeziehungen der über 70jährigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Berliner Altersstudie. 63 % der Männer waren noch verheiratet, dagegen nur noch 10 % der Frauen, ein Ergebnis, das allgemein den Zivilstatus im Alter widerspiegelt. Die häufigsten Kontakte im sozialen Netzwerk erfolgten bei denen in Elternschaft (rund 73 %) erwartungsgemäß zu den Kindern. Die Besuchshäufigkeit zu den Kindern nahm mit dem Alter leicht zu. Kontakte zu Vertrauenspersonen wie Freunden und guten Bekannten spielten im Alter, falls vorhanden, eine nicht geringe Rolle, insbesondere für Ledige, gefolgt von Verheirateten, Verwitweten und Geschiedenen. Die Anzahl der Freunde verminderte sich mit steigendem Alter, ein Ergebnis, das durch den Alters-Survey bestätigt wurde (Kohli et al., 2000).

Mit zunehmendem Alter reduziert sich plausiblerweise insgesamt die Anzahl der Personen im sozialen Netzwerk, was jedoch nicht heißt, dass die Intensität und Qualität der Kontakte dadurch gemindert werden muss. Ein wichtiger Unterschied ist in der Netzwerkforschung zwischen *quantitativen und qualitativen Parametern* zu machen. Einsamkeitsgefühle nehmen z. B. mit dem Alter zu. Das betrifft die Verwitweten häufiger als die Verheirateten. Einsamkeitsgefühle werden jedoch nicht so sehr durch quantitative Netzwerkmerkmale wie Anzahl der Kontaktpartner ausgelöst, sondern durch qualitative Eigenschaften wie Mangel an vertraulichen Gesprächen und emotionalem Austausch

Auch andere Erhebungen (Pinquard, 1996; Reichenwallner, Glatzer und Bös, 1991) sprechen für einen hohen Anteil alter Menschen, die nicht unter sozialer Isolierung leiden und mit ihren Sozialkontakten im wesentlichen zufrieden sind. Mit zunehmendem Alter allerdings kommt es zu Kontakteinbußen und zu stärkeren Gefühlen der Isolierung und Vereinsamung, aber nicht nur bei Alleinstehenden, sondern auch bei Ehepaaren, die sich weitgehend gegenüber der Umwelt abschotten.

Ferring und Filipp (1999) konnten die Befunde anderer Studien replizieren, nach denen die Hauptvertrauenspersonen im Alter im *familialen Kontext* zu suchen sind. Der Kreis der wichtigsten Vertrauenspersonen rekrutierte sich zu über 90 % aus dem intrafamilialen und nur zu knapp 10 % aus dem extrafamilialen Beziehungskontext. Zum extrafamilialen Vertrautenkreis gehörten an erster Stelle Freunde, dann Bekannte, Seelsorger, Ärzte und Kollegen. *„Emotional sehr nahestehende Personen wurden fast ausschließlich im Bereich der Kernfamilie angesiedelt ...“* (Ferring & Filipp, 1999, S. 133). Fehlen diese konfidenten Beziehungen oder sind sie brüchig geworden, so kann man folgern, tritt zu anderen suizidalen Risiken wahrscheinlich ein weiterer Risikofaktor hinzu. Für die Suizidprävention im Alter ist von Bedeutung, dass alte Menschen in Krisen in erster Linie auf Hilfen aus dem intrafamilialen Netzwerk vertrauen und erst dann andere Ressourcen in Anspruch nehmen, wenn familiäre Hilfen nicht erwartet werden können oder nicht gewünscht werden (S. Ergebnisse Teil II).

Für die weitere Gedankenführung ist wichtig festzuhalten, dass Alter nicht mit Kontaktmangel, sozialer Isolierung und Vereinsamung gleichgesetzt werden darf. Die Mehrheit alter Menschen ist in soziale Netzwerke eingebunden, die zwar nicht nur unterstützend wirken müssen, die aber die verschiedensten Austauschbeziehungen mit unterschiedlichen Personenkreisen ermöglichen. *Ein nicht zu unterschätzender Anteil von ca. 25-30 % der über 65jährigen, besonders betroffen sind die Hochbetagten, kann nach bestimmten Kriterien als sozial isoliert bezeichnet werden. 5-10 % fühlen sich nach eigenem Bekunden einsam.* Unter diesen sind wahrscheinlich im Kontext anderer Belastungen die suizidgefährdeten alten Menschen zu finden.

Übereinstimmung besteht unter den Suizidforschern darin, dass sich unter den Personen mit Suiziden oder Suizidversuchen häufiger Geschiedene, getrennt Lebende, Verwitwete oder Ledige befinden (Conwell, 1992; McIntosh, 1992; Moscicki, 1995; Teising, 1992). Es gibt Belege dafür, dass unter alten Männern, die einen Suizid begehen, mehr Verwitwete und Ledige sind, in der alten Frauengruppe dagegen mehr Geschiedene. Männer, die ihre Lebenspartnerin im hohen Alter verloren haben, stehen unter einem höheren Suizidrisiko als verwitwete Frauen, weil sie offenbar mit der Situation des Alleinlebens und den Komplikationen im Alltagsmanagement weniger gut zurecht kommen als Frauen (Canetto, 1992).

Cattel und Jolley (1995) konnten bei der Auswertung von 100 Suizidfällen im Alter nachweisen, dass bei den Männern der Anteil der Alleinlebenden und Verwitweten im Vergleich zu den Frauen besonders hoch

war. „Marriage appeared to be a protective factor“, folgern die Autoren (S. 453), ein Fazit, zu dem die frühere Expertise bereits kam (Erlemeier, 1992, S. 48). Vorausgesetzt werden muss allerdings, dass die Ehebeziehungen selbst nicht zu stress- und konfliktreich erlebt werden.

Draper (1996) geht in seinem Übersichtsartikel auf den Einfluss demographischer Variablen auf *Suizidversuche* im Alter ein. Die Forschung belegt, dass die Mehrheit der Suizidversucher im Alter nicht verheiratet ist. Mindestens 45 % der über 65jährigen mit Suizidversuch waren verwitwet, 4-13 % geschieden oder vom Partner getrennt lebend. Bis zu 60 % lebten allein, mit ansteigender Tendenz im hohen Alter, ein Ergebnis, das sich auch durch die WHO-Studie über Suizidversuche in Europa bestätigen lässt (Schmidtke et al., 1996). Die Single-Kategorie war bei den Suizidversuchern stark besetzt; 47 % aller Männer und 39 % aller Frauen waren niemals verheiratet. Bei den Suiziden lebte ein ähnlich hoher Prozentsatz (35-62 %) der Betroffenen allein. Unter den Suizidenten, die allein lebten, waren relativ mehr alte Männer. Draper gibt jedoch zu bedenken, dass demographische Indikatoren allein nicht sehr aussagekräftig sind, sondern „the interaction with other risk factors including loss, depression, personality, social support and physical health“ (S. 581) zu beachten ist. Insbesondere Eheprobleme und interpersonale Konflikte mit Angehörigen spielten in 38 bis 44 % der Suizidversuchsfälle eine auslösende Rolle. Die Studien sprechen dafür, „*that relationship difficulties are likely to play a significant role in attempted suicide*“ (S. 582).

In einer eigenen Studie bei 69 über 65jährigen Suizidversuchern konnte Draper (1994) aufzeigen, dass mit 43 bis 49 % psychosoziale Stressfaktoren beteiligt waren, an erster Stelle Isolation und Vereinsamung. Den dominanteren Einfluss übten jedoch depressive Symptome und körperliche Leiden aus. Teising (1992) kam in einer Studie bei 38 über 60jährigen Suizidenten zu ähnlichen Ergebnissen. Den Einfluß psychosozialer Faktoren auf die Suizidalität von 155 depressiven alten Menschen konnte auch Bron (1992) nachweisen. Partnerkonflikte überwogen in der Gruppe der „neurotisch-reaktiven Depressionen“; Männer in dieser Gruppe litten besonders unter sozialer Isolierung. Innerhalb der Gruppe der „endogenen Depressionen“ tauchten häufiger körperliche Krankheiten sowie soziale Isolierung und Einsamkeit als Motiv für Suizidversuche auf. Interpersonale Probleme, wie Vereinsamung, Konflikte mit Partnern oder Angehörigen nehmen auch bei den Depressiven mit *Suizidgedanken* einen hohen Stellenwert ein. Dass soziale Korrelate in der Genese depressiver Störungen nicht unwichtig sind, zeigt auch die Studie von Hays et al. (1998). Die Verfügbarkeit von vertrauten Perso-

nen, insbesondere deren soziale Unterstützung wirkt sich als ein protektiver Faktor gegen depressive Symptome aus (Erlemeier, 1995).

Aus den Untersuchungen ist zu folgern, dass in der multikausalen Genese von Depression und Suizidalität im Alter psychosoziale Indikatoren eine nicht zu unterschätzende Bedeutung haben (Kruse, 1997). Es sind aber nicht so sehr die *äußeren* Merkmale wie Kontaktdichte und -häufigkeit die entscheidenden Einflussfaktoren, sondern viel stärker *Gefühle des Ausgeschlossenenseins und Verlassenwerdens, konflikthafte Beziehungen und interpersonale Probleme*, die Menschen in eine suizidale Krise führen. Der depressive und suizidale Mensch leidet fast immer unter Beziehungsstörungen (Wolfersdorf, 1992, 2000).

Alle Untersuchungen sprechen dafür, dass bei der Entwicklung psychischer Erkrankungen wie bei Suizidalität im Alter nicht so sehr die äußeren Belastungsfaktoren von entscheidendem Einfluss sind, sondern deren *subjektive Bewertung und Verarbeitung* auf dem Hintergrund biographischer Erfahrungen und Prädispositionen.

3.6 Geschlechtsunterschiede

Die Geschlechtsunterschiede im suizidalen Verhalten gehören nach wie vor zu den auffälligsten Ergebnissen der internationalen Suizidforschung. Die Suizidraten der Männer übersteigen in den meisten Ländern, die der WHO Daten zur Suizidhäufigkeit melden, die der Frauen (Schmidtke et. al., 1999). Diese Diskrepanz wächst mit dem Alter an und erreicht ihr größtes Ausmaß in den hohen Altersgruppen, bedingt vor allem durch den steilen Anstieg bei den über 65jährigen Männern. Umgekehrt übersteigen bei den Suizidversuchen die Frauen die Männer (durchschnittlich im Verhältnis 1.6 : 1 in der WHO-Studie über Suizidversuche in Europa). Trotz dieses hinlänglich bekannten Geschlechtsunterschieds wird in der Suizidforschung häufig noch geschlechtsneutral oder sogar mit Ausrichtung auf „männliche“ Suizide argumentiert (Canetto, 1992). Die unterschiedlichen Konsequenzen für Prävention und Therapie werden dabei leicht übersehen.

Canetto hat sich in einer Reihe von Artikeln mit dem „*Gender Paradox in Suicide*“ in einer Gründlichkeit auseinandergesetzt, wie man sie in der deutschsprachigen Forschungsliteratur bisher kaum findet. Auf ihre Überlegungen soll hier besonders eingegangen werden, ergänzt durch Gedanken von Teising (1996), Gerisch (1997) und Wolfersdorf (1999) zum „männlichen“ bzw. „weiblichen“ Suizidverhalten.

Für Canetto und Sakinofsky (1998) besteht das „Gender Paradox in Suicide“ darin, dass in den meisten Ländern, in denen Daten über Suizidalität vorliegen, *die Frauen insgesamt einen höheren Grad an Suizidgedanken und Suizidverhalten aufweisen als die Männer, während die suizidbedingte Mortalitätsrate bei Frauen niedriger ist als bei Männern*, d. h. die Frauen übersteigen zahlenmäßig die Männer an nichtfatalem Suizidverhalten. In ihrer Arbeit gehen die Autoren, ohne spezifisch die Alterssuizidalität zu berühren, zunächst der Frage nach, ob diese Dominanz der Frauen beim nichtfatalen Suizidverhalten tatsächlich besteht oder eher einem methodischen Bias entspringt. Umgekehrt prüfen sie die Frage nach der „wirklichen“ Existenz der Dominanz fatalen Suizidverhaltens bei den Männern, indem sie alle Pro- und Kontra-Argumente abwägen, um zu einer stichhaltigen Schlussfolgerung zu kommen.

Wegen der nationalen und regionalen Unterschiede und der möglichen Unterschätzung der *nichtfatalen männlichen* Suizidalität aufgrund einer Kombination von Erfassungsfehlern und Stigmatisierungsvermeidung aufgrund eines typischen „*cultural gender script*“, gemäß dem die Ausführung von Suizidversuchen als nicht männlich zu beurteilen sei, kommen Canetto und Sakinofsky zu dem Ergebnis, dass das „Gender Gap“ bei der nichtfatalen Suizidalität wahrscheinlich nicht so groß ist wie häufig angenommen. Weniger zurückhaltend beurteilen sie das Übergewicht der Männer bei den fatalen Suiziden. Hier gäbe es trotz einiger methodischer Einwände und nationaler Besonderheiten keinen Zweifel an den Geschlechtsunterschieden in den Suizidraten. Aber auch bei den fatalen Suiziden sei der Einfluss von kulturellen Einstellungen nicht auszuschließen, nach denen tödliche Suizide mit letalen Mitteln eher Männern als Frauen zugeschrieben und Suizidhandlungen mit Tötungsintention bei Frauen eher unterschätzt würden.

Im weiteren werden Erklärungsansätze für das „Gender Paradox in Suicide“ beschrieben und kritisch auf ihren explanatorischen Wert hin überprüft. Mit Bezug auf Moscicki (1994) stellen sie vier theoretische Ansätze vor: Die Letalitätstheorie (Lethality Theory), die Erinnerungs-Verzerrungstheorie (Recall Bias Theory), die Theorie der differentiellen Depressions- und Alkoholmissbrauchsrate (Theory of Differential Rates of Depression and Alcohol Abuse) und die Sozialisationstheorie (Socialization Theory).

Die *Letalitätstheorie* betont die Geschlechtsunterschiede in der Anwendung von Suizidmethoden, in dem Sinne, dass Frauen häufiger Methoden anwenden, die nicht unmittelbar zum Tode führen. Die Rettungschancen sind deshalb bei Frauen größer. Die Unterschiede in den Suizidraten reflektieren nach dieser Theorie deshalb keine unterschied-

lichen Intentionen, sondern Effekte von Suizidmethoden. Allerdings bleibt die Frage unbeantwortet, *warum* Frauen Suizidmethoden mit niedrigerem Letalitätsrisiko einsetzen. Canetto und Sakinofski argumentieren ebenfalls gegen die Letalitätstheorie, indem sie belegen können, dass die Geschlechtsunterschiede nicht nur auf differentielle Wirkungen der Suizidmethoden zurückgehen, sondern auf unterschiedliche Intentionen. Mehr Suizide bei Frauen als bei Männern seien nichtfatal angelegt, weil es nach allgemeiner Normvorstellung für Frauen unschicklich sei, sich zu töten. Die Autoren machen „*gender cultures of suicidal behavior*“ dafür verantwortlich, welche Tötungsmethoden als typisch „männlich“ oder „weiblich“ zu gelten haben und praktiziert werden.

Die *Erinnerungs-Verzerrungstheorie* besagt, dass die Geschlechtsunterschiede von geschlechtsspezifischen Erinnerungsstrategien herrühren. Frauen seien eher bereit und besser in der Lage, über ihre Probleme zu berichten und damit auch über suizidale Symptome. Kritisch anzumerken ist, dass diese Theorie zwar möglicherweise die höhere nichtfatale Suizidalität bei Frauen, nicht aber die fatale Suizidalität der Männer erklären kann. Es kann jedoch sein, dass nichtfatales suizidales Verhalten bei Männern aufgrund der negativen gesellschaftlichen Erwartungen in geringerem Maße berichtet wird. Insgesamt hat die Erinnerungs-Verzerrungstheorie jedoch für das „Gender Paradox in Suicide“ wenig Erklärungswert.

Der dritte Erklärungsansatz, der auf die *geschlechtsdifferentiellen Raten bei Depression und Alkoholmissbrauch* abhebt und voraussetzt, dass Frauen zu ihrer höheren Depressionsrate auch erfolgreicher behandelt werden als Männer und deshalb ihre Suizidrate geringer ist, während Männer wegen höheren Suchtmittelmissbrauchs stärker fatal suizidal gefährdet sind, lässt sich in seiner zentralen Aussage durch die empirische Datenlage nicht stützen. Auch nicht bestätigen lässt sich nach Canetto und Sakinofski die Behauptung, präventive und therapeutische Depressionshilfen würden bei Frauen besser greifen als bei Männern. Auch lässt sich ein eindeutiger Zusammenhang zwischen höherem Alkoholmissbrauch und fatalerer Suizidalität bei Männern nicht erhärten.

Als letzte ist die *Sozialisierungstheorie* für die Erklärung des „Gender Paradox in Suicide“ zu überprüfen. Ihr räumen die beiden Autoren den Vorrang ein. Die Theorie geht davon aus, „*that women and men will tend to adopt the self-destructive behaviors that are congruent with the gender scripts of their cultures*“ (S. 17). Sie glauben, diese Theorie durch zahlreiche empirische Hinweise belegen zu können, vor allem durch die Tatsache der geschlechtsunterschiedlichen Fatalität im Suizidverhalten. Nichtfatales Suizidverhalten gelte in der Gesellschaft als

„weiblich“, fatales Suizidverhalten dagegen als „männlich“ und werde entsprechend sanktioniert. Die Suizidraten belegten dies. Die Sozialisationstheorie könne somit auch die Letalitätstheorie und Erinnerungsverzerrungstheorie durch ihre stärkere Evidenz ersetzen. Die „cultural scripts theory“ sei deshalb allen anderen Theorien zur Erklärung des „Gender Paradox in Suicide“ vorzuziehen.

Bei kritischer Betrachtung scheinen die Autoren jedoch zu ausschließlich einer sozialpsychologischen Interpretation der Suizidproblematik zu unterliegen. Biologische Aspekte werden gänzlich ausgeklammert und auf altersspezifische Unterschiede wird nur am Rande eingegangen. Ob diese „cultural gender scripts“ im hohen Alter zum Beispiel noch so unabhängig von anderen Einflussfaktoren greifen, muss doch ernsthaft bezweifelt werden. Alle vier Theorien scheinen für die Erklärung *geschlechtsdifferentieller Suizidmerkmale im Alter* nicht besonders ergiebig zu sein, weil sie jeweils nur auf einen bestimmten Aspekt zur Erklärung der Geschlechtsunterschiede abheben. Wichtig ist jedoch der Hinweis, dass bei der Suizidprävention *geschlechtsspezifische Eigenarten* suizidalen Verhaltens stärker als bisher Berücksichtigung finden müssen.

Gerisch (1997) geht besonders auf die epidemiologischen und psychodynamischen Aspekte des *weiblichen* Suizidverhaltens ein. Es habe in der Suizidforschung, seien es medizinisch-psychiatrische oder auch psychodynamische Konzeptionen, immer ein „Schattendasein“ (S. 37) geführt. Es sei doch auffällig, dass die hohe Suizidgefährdung von Frauen, abzulesen an der hohen Suizidversuchshäufigkeit, in der Suizidwissenschaft kaum eigens abgehandelt werde, wenn dann in Abgrenzung zum männlichen Suizidverhalten (z.B. Teising, 1996). Gerisch verweist auf Canettos Arbeiten, die in der provokanten These münden, „dass die vermeintlich objektiven Fakten des Suizidverhaltens nur als eine Reproduktion von Geschlechtsrollenstereotypen zu interpretieren seien und im Mythos des ‘She died for love and he for glory’ verdichtet zum Ausdruck kommen“ (S. 38). Der Suizid gelte danach als typisch männlich, der Suizidversuch hingegen als typisch weiblich. Dass diese sozialpsychologisch-konstruktivistische Argumentation dann doch wieder zu einseitig gerät, wurde oben bereits angemerkt.

Die Autorin kritisiert außerdem die überwiegend biologisch orientierten Hypothesen zur Erklärung weiblicher Suizidalität, die in der epidemiologischen und medizinisch-psychiatrischen Literatur weit verbreitet seien. Menstruations-, Schwangerschafts- und Klimakteriumsprobleme würden vor allem bemüht, weniger jedoch soziokulturelle Einflussfaktoren, die Frauen genau so wie Männer zu verarbeiten hätten.

Im weiteren Verlauf ihrer Ausführungen folgt Gerisch einem *psychodynamisch* ausgerichteten Gedankengang, der weitgehend auf psychoanalytischen Prämissen beruht. Diese sind dann einleuchtend und in sich stimmig, wenn man sich diesem Erklärungssystem verbunden fühlt. Wenn jedoch stärker ein sozialwissenschaftlicher Denkansatz favorisiert wird, den die Autorin im übrigen selbst anmahnt, wirkt die psychodynamische Erklärung weiblicher Suizidalität aus einer labileren Geschlechtsidentität bei Frauen wieder zu einseitig und „individualistisch“. Für die *Suizidalität alter Frauen*, die wahrscheinlich von der in jüngeren Jahren zu unterscheiden ist, liefert der Denkansatz von Gerisch wenig Erhellendes. Die spezifisch psychodynamische Betrachtung des *weiblichen* Suizidverhaltens im Alter muss unseres Erachtens noch geleistet werden.

Der psychodynamische Zugang zur weiblichen Suizidalität von Gerisch ist aber allgemein so interessant, dass er hier kurz dargestellt werden soll. Ihre klinisch-therapeutischen Erfahrungen mit suizidalen Frauen und Männern führten sie zu der Einsicht, „dass die suizidale Konfliktthematik (bei Frauen, d. Verf.) auffallend häufig mit einer weiblichen Identitätsproblematik korrespondierte“ (S. 40). Diese Identitätsproblematik entstehe aus der Aufgabe, sich einerseits von der Mutter zu lösen, um eine eigenständige Identität als Frau zu entwickeln, und andererseits sich mit ihrer weiblichen Rolle zu identifizieren. Diese Aufgabe verweise auf den erschwerten Separations- und Individuationsprozess der Frau.

Die Suizidalität von Frauen lasse sich nicht selten an Transitionsstellen wie Adoleszenz, Schwangerschaft, Geburt des ersten Kindes u.a. beobachten, an denen konflikthafte oder misslungene Separationsanstrengungen von der Mutter erneut aktualisiert werden können. Hinter einem Suizidversuch von Frauen verberge sich „einerseits der immer wiederkehrende Versuch, eine eigene von der Mutter getrennte weibliche Identität zu errichten und andererseits der Wunsch, die Dualunion mit der Mutter aufrechtzuerhalten“ (S. 41). Im Suizidversuch der Frau könne die Weigerung in Form des „sprachlosen Körperagierens“ zum Ausdruck kommen, sich mit einem tradierten fremdbestimmten Identitätsentwurf, auch durch die Mutter, identifizieren zu müssen, ohne die eigene Weiblichkeit dabei aufzugeben. „Das Fremde im eigenen Selbst soll vernichtet werden, damit ein Weiterleben möglich ist“ (S. 42). Diese Motivation setzt natürlich voraus, dass ein Weiterleben überhaupt möglich, d. h. die Suizidhandlung nicht auf einen letalen Ausgang angelegt ist. Ob dieses psychodynamische Separations-Individuationsdilemma der Frau im Alter immer noch Grund genug für eine Suizidhandlung ist,

kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Ernsthafte Zweifel sind jedoch angebracht.

Mit der *männlichen Suizidalität im Alter* befasst sich Teising (1996, 1999) in mehreren Aufsätzen, mit dem Suizid des Mannes allgemein Wolfersdorf (1999) in einem Sammelbandbeitrag. Als Paradox ist zu werten, dass Teising eine ähnliche psychodynamische These wie Gerisch für die Frauen vertritt, diesmal auf die Männer gemünzt. *Die Geschlechtsidentität der alten Männer sei labiler und vulnerabler als die der gleichaltrigen Frauen*. Wie kommt er zu seiner These? Er geht dabei in klassisch psychoanalytischer Manier bis in die frühe Kindheit zurück. Der Aufbau der männlichen Geschlechtsidentität beginne mit der Trennung vom „mütterlich-weiblichen Primärobjekt“ (S. 44) und als Reaktion darauf mit der Wahrnehmung und narzisstischen Besetzung phallischer Funktionen. Damit lege der Junge den Grundstein für sein späteres gesellschaftliches Dominanzstreben als Mann, das auch als Abwehr narzisstischer Kränkungen wirken könne.

Dieses männliche Dominanzstreben und seine Abwehrfunktion könne im hohen Alter ins Wanken geraten. Die Bestätigung der Männlichkeit werde aus biologischen und soziokulturellen Gründen (z.B. Ruhestandsproblematik) immer schwieriger. „Alte Männer werden nicht mehr als phallische Helden gefeiert“ (Teising, 1996, S. 44). Wenn gewohnte Abwehrmechanismen gegen narzisstische Kränkungen versagen, bestehe die Gefahr der Regression, indem auf frühere Mechanismen zur Stabilisierung des Selbstwertgefühls zurückgegriffen werde (Henseler, 1984). Die für den Alterssuizid bei Männern entscheidende Abwehrposition sei die „regressive Suche nach primärnarzisstischer Erlebnisqualität, mit der die Trennung vom Primärobjekt (von der Mutter, d. Verf.) aufgehoben werden soll“ (S. 44).

Dieser narzisstischen Gefahr seien Frauen nicht in gleichem Maße ausgesetzt, weil sie mit größerer Gewissheit ein „gutes und eben auch gleichgeschlechtliches Primärobjekt“ internalisiert hätten (S. dagegen Gerisch), Männer aber nicht, die dafür in Krisensituationen eher „ozeanisch-harmonische Gefühlszustände“ (S. 46) suchten. Die Entwicklung der Geschlechtsidentität sieht Teising bei Männern komplizierter und konfliktreicher verlaufen als bei Frauen. Zusätzlich zum Problem des Geschlechtsneides, von dem Jungen wie Mädchen betroffen seien, habe der Junge noch eine zweite Kränkung zu bewältigen, nämlich die ödipale Situation, d.h. die Trennung von der Mutter als dem gegengeschlechtlichen Primärobjekt und die Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Vater. Die Betonung der phallischen Überlegenheit hilft somit nach Teising mit bei der Kompensation der Aufgabe des weibli-

chen Primärobjektes, der Mutter. „Das männliche Individuum bleibt zeit-
lebens aber mehr als das weibliche auf narzisstisch-phallische Bestäti-
gung angewiesen, die mit steigendem Alter immer weniger erfahrbar ist“
(S. 47).

Aus dieser größeren narzisstischen Kränkbarkeit resultiert letztlich die
größere Suizidgefährdung von Männern im Alter, weil phallisch-orien-
tierte Abwehrsysteme ihren Dienst bei der Stabilisierung des Selbst-
wertgefühls und der männlichen Identität nicht mehr versehen können.
Es kommt dann zu „regressiv abwehrend primärnarzisstischen Phanta-
sien“, die sich in suizidaler Weise ausagieren können. Die narzissti-
schen Gefährdungssituationen, die für Männer im Alter mit schwerer
Selbstwertkrise und suizidaler Gefährdung assoziiert sein können, sind
nach Teising (1992) Situationen, in denen die Geschlechtsidentität als
Mann gefährdet ist, Situationen mit dem Erleben von Macht- und Ein-
flussverlust und solche, in denen die Selbstständigkeit bedroht und Ab-
hängigkeit von der Hilfe anderer im Verzug ist.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die geschlechtsspezifische
Problematik suizidalen Verhaltens in der Forschung bisher nicht ausrei-
chend und ergiebig genug untersucht worden ist. Das gilt besonders für
die Suizidalität von Männern. Wolfersdorf (1999, S. 20) kommt in seiner
Analyse ebenfalls zu dem Schluss, „dass unser derzeitiger Wissens-
stand bzgl. der geschlechtsspezifischen Suizidalität äußerst dürftig ist“.
Das gilt im besonderen Maße für die Suizidalität im Alter.

3.7 Sonstige Einflussfaktoren

In seinem Bericht über den Forschungsstand zur Alterssuizidalität bis
1991 kam Erlemeier (1992, S. 51) zum Ergebnis, dass sich die Frage
nach den Zusammenhängen zwischen *sozioökonomischen Indikatoren*
und Suizidhandlungen im Alter nicht abschließend beantworten lasse.
Dafür seien die Befunde der einschlägigen Untersuchungen zu inkonsi-
stent. An dieser Einschätzung der Forschungslage hat sich auch nach
acht Jahren nichts Grundsätzliches geändert. Schulz-Nieswandt (1997,
S. 51) hat recht, wenn er die Erforschung des Einflusses „konkreter Le-
benslageneffekte“ auf die Alterssuizidalität fordert. Faktisch ist die Sui-
zidforschung in diesem Punkt jedoch kaum weitergekommen.

Lester und Yang (1994) durchforsteten die Literatur nach sozialen und
ökonomischen Korrelaten zur Alterssuizidalität. Für die USA sind vor al-
lem rassische und ethnische Besonderheiten Gegenstand wissen-

schaftlicher und politischer Interessen gewesen. Das gilt auch für die Suizidalität. Hinter diesen rassistischen und ethnischen Unterschieden verbergen sich auch immer soziale und ökonomische Disparitäten, ohne dass diese immer explizit analysiert werden. Für europäische Staaten war diese Themenstellung bisher weniger relevant.

Die Suizidraten für die *weiße* Bevölkerung in den USA steigen beispielsweise mit dem Alter an und erreichen ihren Gipfelpunkt im hohen Alter, die der *nicht-weißen* US-Amerikaner gipfeln dagegen in jüngeren Jahren (um das 35. Lebensjahr) und fallen mit dem Alter auf ein niedrigeres Niveau ab. Weiße Männer über 65 Jahren haben die höchste Suizidrate, gefolgt von nicht-weißen Männern, weißen Frauen und nicht-weißen Frauen mit der niedrigsten Suizidrate (McIntosh et al., 1994). Innerhalb der großen rassistischen und ethnischen Bandbreite der nicht-weißen US-Amerikaner gibt es dann noch große Unterschiede im Suizidverhalten, die auf sozioökonomische und soziokulturelle Einflussvariablen zurückgeführt werden können (Baker, 1994, S. 258).

Yang (1990) untersuchte den Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf die Suizidraten verschiedener Altersgruppen in den USA. Dazu gehörten Bruttosozialprodukt, Arbeitslosenquote, Anteil von Frauen am Arbeitsleben, Scheidungsrate und Zugehörigkeit zur katholischen Kirche. Sie identifizierte mehrere Zusammenhangsmuster zwischen sozioökonomischen Variablen und den Suizidraten in verschiedenen Altersgruppen:

- Ökonomische Prosperität scheint einen ungünstigen Einfluss auf die Suizidraten jüngerer Menschen zwischen 14 und 44 Jahren zu haben, aber einen günstigen Einfluss auf die Suizidraten älterer Menschen über 45 Jahren. Zeiten hoher Prosperität sind verbunden mit höheren Suizidraten bei den Jüngeren und niedrigeren bei den Älteren. Letztere scheinen stärker von Zeiten des Wohlstands zu profitieren als Jüngere, die sich größerem Konkurrenzdruck ausgesetzt sehen.
- Die Arbeitslosenquote übte nur für die Gruppe der unter 54jährigen einen merklichen Einfluss auf deren Suizidraten aus.
- Soziale Faktoren scheinen auf die Suizidraten Älterer einen geringeren Einfluss auszuüben als die ökonomischen Faktoren, mit Ausnahme der Mitgliedschaft zur katholischen Kirche. Je höher diese Mitgliedschaftsrate ist, umso geringer fällt die Suizidrate im Alter aus.
- Die Suizidrate der älteren Frauen wurde stärker durch soziale Parameter beeinflusst als die der Männer, z. B. durch ihre Teilnahme am Arbeitsleben und die Scheidungsrate.

- Unterschiede zwischen weißen und nicht-weißen Suizidenten zeigten sich dergestalt, dass die Suizidraten der nicht-weißen älteren Personen stärker durch soziale Faktoren beeinflusst wurden als die der weißen Personen. Zugehörigkeit zur katholischen Kirche wirkte sich günstig auf die Suizidraten der weißen Älteren, nicht aber auf die der nicht-weißen Älteren aus.

Trotz dieser recht eindrucksvollen Befunde kommen Lester und Yang (1994, S. 46) zu dem nüchternen Schluss: „*As a result, it is difficult at present to propose unique determinants of the suicide rate of the elderly from a sociological perspective*“.

In Studien zur *Suizidversuchshäufigkeit* konnte ebenfalls eine Beziehung zu soziodemographischen und -ökonomischen Determinanten nachgewiesen werden. In der WHO-Studie zu Suizidversuchen in Europa korrelierte die Suizidversuchsrate mit dem Bildungsstatus, der Arbeitslosenrate und mit dem sozioökonomischen Status. Im Durchschnitt hatten 57 % der Suizidversucher und 58 % der Suizidversucherinnen ein geringes Niveau formaler Bildung. Nur 13 % der Männer und 12 % der Frauen erreichten den höchsten Grad formaler Bildung. Ähnliches gilt auch für berufliche Abschlüsse. Ein hoher Prozentsatz der Personen mit Suizidversuchen hatte keinen qualifizierten Berufsabschluss. Etwa 20 % der Männer und 12 % der Frauen waren zum Zeitpunkt des Suizidversuchs arbeitslos. 11 % der Männer und 23 % der Frauen hatten niemals eine Arbeit, entsprechend waren 34 % bzw. 48 % ökonomisch inaktiv. Vom Sozialstatus her gehörten im Durchschnitt 54 % der männlichen Suizidenten und 44 % der weiblichen Suizidenten in Europa zu den unteren sozialen Schichten. Nur 8.4 % bzw. 4.6 % zählten zur oberen Sozialschicht (Schmidtke et al., 1996). Ähnliche Befunde referiert auch Draper (1996) in seinem Editorial Review.

Den *Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Suizidalität* untersuchte Häfner (1998) in einem Übersichtsreferat. Er kommt zu der abschließenden Bewertung, dass gegenwärtig für *Deutschland* kein Beweis für eine Zu- oder Abnahme suizidaler Handlungen im Zusammenhang mit Trendänderungen der Erwerbslosigkeit zu gewinnen sei. Wohl gäbe es eine kleine Gruppe mit erhöhtem Suizidrisiko, nämlich psychisch kranke Arbeitnehmer mit sozialen Behinderungen, die zugleich vermehrt von Arbeitslosigkeit bedroht seien.

Was den Einfluss der *Religion* auf das suizidale Verhalten alter Menschen anbelangt, finden sich in der Literatur nur wenige und zudem inkonsistente Ergebnisse. Religion gilt allgemein als ein protektiver Faktor gegen die Auswirkungen psychosozialer Belastungen, besonders im Al-

ter (Conwell, 1994). Die methodischen und konzeptionellen Unterschiede zwischen den Studien sind jedoch so groß, dass sich generalisierende Schlussfolgerungen nahezu verbieten (Utsch, 1992). Einige Studien sprechen für niedrigere Suizid- und Suizidversuchsraten bei Katholiken und höhere bei Protestanten (Draper, 1996). Die WHO-Studie über Suizidversuche in Europa fand jedoch keinen signifikanten Einfluss religiöser Überzeugungen auf das Suizidversuchsverhalten.

Duberstein et al. (2000) untersuchten bei 81 depressiven Patienten im Alter von 50 Jahren und älter den Zusammenhang zwischen *Persönlichkeitsmerkmalen* nach dem Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit und Indikatoren für suizidale Gedanken und Verhaltensweisen. Geringe Extraversion ist korreliert mit Suizidversuchen in der Lebensgeschichte, hohe Neurotizismuswerte und Offenheit gegenüber Erfahrung sind korreliert mit suizidalen Gedanken. Die Autoren schließen, dass länger wirkende Verhaltens-, Denk- und Emotionsmuster zur Suizidalität älterer Menschen beitragen. Sie plädieren für die Untersuchung von Persönlichkeitsmerkmalen im Rahmen der Planung von Präventionsstrategien.

Zu den Themen der Suizidforschung gehört auch der Einfluss von *Wetterbedingungen, tages- und jahreszeitlichen Zyklen* auf das Suizidverhalten. Salib (1994) konnte bei 47 fatalen Suiziden alter Menschen in North Cheshire (UK) im Zeitraum von 1989 bis 1993 nachweisen, dass alte Menschen nicht, wie man erwarten könnte, bei trübem Wetter zum Suizid neigen, sondern an den Tagen, an denen der Suizid ausgeführt wurde, schien häufiger die Sonne und die Luft war trocken. Tötungsmethoden wie Ertrinken, Überdosen an toxischen Substanzen und Tod durch Autoabgase waren häufiger im Sommer zu beobachten, Erhängen trat dagegen häufiger im Winter auf. Salib vermutet, dass Wetterbedingungen biologische Rhythmen und hormonale Faktoren mitauslösen, die dann bei der Genese suizidaler Entschlüsse eine verstärkende Funktion ausüben können.

Insgesamt sind die meteorologischen, tages- und jahreszeitlichen Einflüsse auf die Suizidalität im Alter jedoch nicht so abgesichert, dass weitreichende Schlussfolgerungen gezogen werden könnten. Chew und McCleary (1994) zum Beispiel kommen zu dem Ergebnis, dass Suizide über alle Altersgruppen nicht an bestimmten Tagen, in bestimmten Wochen oder Monaten gehäuft auftreten. Wenn solche „Spitzen“ nachzuweisen sind, betreffen sie immer nur bestimmte Subgruppen von Suizidenten.

4 Theorien

In der Theoriebildung zur Alterssuizidalität hat es seit Beginn der 90er Jahre keine dramatischen Veränderungen oder gar Fortschritte gegeben. Wohl aber hat sich die Suizidologie als moderne Wissenschaft weitgehend etabliert. Die Themen der Suizidforschung in den letzten vier Jahrzehnten listete Wolfersdorf (1994, S. 49) auf.

In dem Standardwerk über Suizidverhalten im Alter von McIntosh et al. (1994) werden die herkömmlichen Suizidtheorien in ihren Bezügen zum Alter noch einmal referiert, angefangen bei den soziologischen Theorien von Durkheim (1973), Gibbs und Martin (1964), Henry und Short (1954), Nolan (1979) über Theorien psychoanalytischer und nichtpsychoanalytischer Provenienz bis hin zu biologischen Theorien, über die bereits berichtet wurde (S. Kap. 3.1). Die Autoren kommen am Ende ihrer Theoriereise zum Schluss: Keine dieser Theorien sei in der Lage, „*to predict with any degree of accuracy which older person will be most likely to commit suicide. ... no single theory fares well in predicting or explaining the differences and complexities encountered from one case to the next*“ (S. 94). So wichtig also sozialwissenschaftliche Zugänge zur Suizidproblematik auch sind, im Einzelfall bedarf es einer möglichst genauen Analyse der *individuellen Lebensumstände und biographischen Konstellationen*, um die Entwicklung eines Menschen zur Suizidalität verstehen zu können. Die diagnostische Methode der Wahl zur Erfassung individueller Problempfade nach Suizid/Suizidversuch ist die „psychologische Autopsie“.

Der Verfasser hat in seiner Expertise von 1992 das *Belastungs-Bewältigungsparadigma* aufgegriffen und ein Prozessmodell der Suizidalität vorgestellt, das in der Zwischenzeit seinen Nachhall in der Fachliteratur gefunden hat (z.B. Leder, 1998; Teising, 1992; Trebert, 1991). Das Prozessmodell geht davon aus, dass es von den personalen und sozialen Ressourcen, über die Menschen in kritischen Lebenssituationen verfügen, abhängt, ob und wie sie mit diesen Belastungen und kritischen Situationen (z.B. mit schwerer Krankheit) fertig werden (Kruse, 1986; Schwarzer, 1992). Zu den *personalen Ressourcen* gehören selbstwertdienliche Emotionen und Einstellungen, eingeschlossen religiöse und weltanschauliche Überzeugungen, die auch dem Leiden Sinn verleihen können. Dazu zählen auch Fähigkeiten bei der Überwindung oder im Aushalten von Belastungen („Daseinskompetenzen“ nach Heuft, Kruse & Radebold (2000)). Zu den *sozialen Ressourcen* gehören an erster Stelle Formen der sozialen Unterstützung, insbesondere der *erlebten emotionalen Unterstützung*. Sie kann als Schutz gegen die

Auswirkungen von Belastungen wirken oder diese abfedern (Erlemeier, 1995). Wenn ein alter Mensch über solche Ressourcen verfügt, ist es unwahrscheinlich, dass er völlig auf sich zurückgeworfen keinen Ausweg als den des Suizids mehr sieht.

Die Vorteile dieses Prozessmodells bestehen im Folgenden:

- Es macht das Bedingungsgefüge suizidaler Handlungen transparenter und bewahrt vor monokausalen Erklärungen.
- Es kann aspektivisch partiale Erklärungszugänge zur Suizidalität in sich aufnehmen.
- Es lässt die gezielte empirische Überprüfung von Forschungshypothesen zu; in einem Pfadmodell kann die Einflusswahrscheinlichkeit einzelner Variablen abgeschätzt werden.
- Es beachtet sowohl die „äußeren“ soziodemographischen Einflussfaktoren wie auch die „inneren“ Steuerungs- und Verarbeitungsmechanismen.
- Es ist mit Hilfe dieses Modells auch möglich, individuelle Entwicklungspfade zur Suizidalität nachzuzeichnen.
- Es lässt Ansätze und Knotenpunkte für präventive und therapeutische Hilfen erkennen.
- Es ist für Erkenntnisfortschritte in der Suizidforschung, insbesondere zur Alterssuizidalität, offen (Erlemeier, 1992, S. 81).

Drei Aspekte der Alterssuizidalität sind besonders erklärungsbedürftig:

- Das besondere Suizidrisiko in den hohen Altersgruppen.
- Die besonders auffälligen Geschlechtsunterschiede im Suizidverhalten alter Menschen (S. Kap. 3.6).
- Das Übergewicht der Suizide, die mit Methoden hohen Letalitätsrisikos ausgeführt werden.

Soziologische Suizidtheorien sind nur bedingt in der Lage, diese Besonderheiten zu erklären. Sie können zwar wie z. B. Durkheim (1973) gesellschaftliche Strukturmerkmale wie Desintegration und Anomie ins Spiel bringen, um die höheren Suizidraten alter Menschen vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Transformationsprozesse plausibel zu machen, *individuelle Problempfade für Suizidhandlungen sind damit jedoch nicht zu erfassen*. Es stellt sich doch die Frage, warum in einer Alterspopulation in vergleichbar schwieriger Lage die meisten ihr Leben bis zum „natürlichen“ Ende führen, eine Minderheit dagegen es durch Suizid beendet?

Auch *psychiatrische Suizidtheorien* als Gegenpol (z.B. Ringel, 1969), die Suizidhandlungen einseitig als Endpunkt psychopathologischer

Entwicklung ansahen, führten in der Vergangenheit nicht weiter. Psychische Erkrankungen (besonders Depressionen) gehen zwar häufig mit Suizidalität einher und können solche auslösen oder verschärfen. Nach Ansicht der heutigen Psychiatrie werden Suizidhandlungen aber keinesfalls nur durch psychische Erkrankungen verursacht, sondern andere kritische Begleitumstände, wie z.B. Kontaktprobleme oder körperliche Beschwerden, kommen hinzu (s. Kap. 3.4).

Einen „individualisierenden“ Erklärungsansatz für Besonderheiten des Alterssuizids bietet die *Narzissmustheorie*, die in der Suizidforschung u.a. von den Psychoanalytikern Henseler (1984) und Teising (1992) vertreten wird.

Nach Henseler ist die Suizidhandlung aus einer tiefen *narzisstischen Kränkbarkeit* zu verstehen, d. h. aus einer extremen Gefährdung eines Menschen mit einem labilen Selbstwertgefühl, die dann eintritt, wenn er das „Objekt“ seiner narzisstischen Abhängigkeit verliert. Alle bisherigen Abwehrmechanismen sind nicht imstande, dieser Gefährdung zu begegnen. Was dem Ich bleibt, ist der Rückzug (die Regression) „auf den harmonischen Primärzustand“, also auf eine frühkindliche Phase, die in der Phantasie Ruhe, Vereinigung, Erlösung und Geborgenheit verspricht. Dem völligen Zusammenbruch seines Selbstwertgefühls kommt der Mensch durch die Suizidhandlung zuvor. Er vermeidet damit eine „narzisstische Katastrophe“ und rettet sein Selbstwertgefühl. Die Illusion von Selbstbestimmung und Handlungskontrolle bleibt somit gewahrt.

Die Narzissmustheorie ist zum Verständnis des Alterssuizids deshalb von Interesse, weil der alternde Mensch besonderen narzisstischen Kränkungen ausgesetzt sein kann. Diese können sein Selbstwertgefühl ins Wanken bringen, ja ihn in eine extreme Selbstwert- und Sinnkrise führen.

Teising (1992) beruft sich bei seinem Therapieverständnis von Suizidalität im Alter auf Grundgedanken von Henseler. Die drei narzisstischen Gefährdungssituationen, die vor allem alte Menschen, hier wieder besonders Männer, in eine schwere Selbstwertkrise führen und suizidal werden lassen können, wurden in Kapitel 3.5 bereits umrissen: (1) Gefährdungen der Geschlechtsidentität, (2) Gefährdungen des Selbstwertgefühls, die durch den Verlust von Macht und Einfluss ausgelöst werden und (3) Bedrohungen der Selbständigkeit durch altersbedingte Abhängigkeit und Hilflosigkeit.

Ob sich diese Bedrohungen des Selbstwertgefühls im Alter im Einzelfall zur suizidalen Krise steigern, hängt nach Teising von biographischen

Weichenstellungen ab, in denen das Selbstwertgefühl durch Kontrollverlust und Abhängigkeit bereits Schaden nahm. Diese Gefahr droht nun bei negativer Prognose altersbedingter Veränderungen wieder.

Die Narzissmustheorie bietet sich auch an, wenn eine Erklärung für das Übergewicht in den Suizidraten der *hochbetagter Männer* gesucht wird. Physischer Abbau, Abhängigkeit und Statusverlust mögen bei hochbetagten Männern aufgrund ihrer „maskulinen“ Sozialisation stärker (und anders) als bei Frauen erlebt werden und zu einer massiven Gefährdung des Selbstwertgefühls, sprich in eine narzisstische Krise mit suicidalen Folgen, führen. Die Radikalität ihrer Suizidmethoden deutet ebenfalls in diese Richtung. Erinnerung sei an die Arbeiten von Canetto, die in „cultural gender scripts“ eine wesentliche Ursache für das unterschiedliche Suizidverhalten bei Männern und Frauen sieht.

Clark (1993) legte ein „Modell des Alterssuizids“ vor, das als eine verwässerte Version der Narzissmustheorie von Henseler, Teising u.a. zu bewerten ist. Die hohe Suizidgefahr im Alter wird auf mangelnde Anpassungskapazität eines Teils der Altenbevölkerung an die vielfältigen Probleme des Alterns zurückgeführt. Die meisten alten Menschen besäßen zwar diese Anpassungskapazität, suicidalen alten Menschen büßten diese jedoch nicht nur vorübergehend ein, sondern sie hätten sie nie besessen. Clark behauptet etwas vermessen, „In our model, the outcome of elderly suicide rests on foundation of a character fault – an inability to adapt to the aging process“ (S. 25). Da die schematische Darstellung seines Modells die Form einer geschichteten Geburtstags-torte annimmt, nennt er sein Modell in naiver Weise auch noch das „Wedding-cake model of elderly suicidal behavior“ (S. 25).

Zur Charakterstruktur suicidalen alter Menschen gehöre es, dass sie unter keinen Umständen von anderen abhängig sein möchten und sich stark über ihre Produktivität im Beruf definierten. Sie seien nicht in der Lage, die normalen Belastungen des Alters zu meistern. Es könne zur Verleugnung der Realitäten im Alter kommen. Wenn dieses Abwehrsystem wegen der Übermächtigkeit der Altersstressoren jedoch nicht mehr funktioniere, komme es zu einer „narzisstischen Krise“. Mehrere „trigger events“, die nichts weiteres seien als normale „Lebensstressoren“, genügten dann, um eine suicidalen Krise bzw. Handlung auszulösen („straws that break the camel's back“). Die Suizidhandlung diene den Zielen

- der unerträglichen Pein einer suicidalen Krise zu entkommen,
- physische Verschlechterung und Dysfunktion auszuschalten,

- das Körper-Selbst dafür zu bestrafen, dass es so versage und enttäusche,
- das Körper-Selbst mit eigener Hand zu vernichten, um bis zu einem gewissen Grad die Herrschaft über das versagende Körper-Selbst wiederzuerlangen.

(Hier finden sich Anklänge an Henselers „Rettung des Selbstwertgefühls“ durch einen suizidalen Akt).

Clarks Modell entstammt der klinischen Erfahrung und richtet sich deshalb auch an Kliniker und Krisenberater, um sie für Warnzeichen, die auf einen drohenden Suizid hindeuten, hellhörig zu machen. Obgleich er selbstkritisch sein Modell als „a simplistic one“ (S. 25) apostrophiert, ist doch zu resümieren, dass seine charakterologische Grundannahme in Verbindung mit der Rekurrierung auf das Narzissmuskonzept nicht voll überzeugen kann.

Plutchik et al. (1996) legten eine „Theorie der Ausbalancierung von Kräften beim Suizid“ („Theory of Countervailing Forces in Suicide“) vor, die den Anspruch erhebt, alters- und geschlechtsübergreifend zu sein. In ihrem Zwei-Phasen-Modell wird angenommen, dass jedes Verhalten, einschließlich des aggressiven, das vektorale Ergebnis widerstreitender Kräfte sei. Eine relativ kleine Zahl von Auslösern könne aggressive Impulse hervorrufen, wie z. B. Bedrohungen, Herausforderungen, Beleidigungen, Kontrollverluste und Degradierungen in hierarchisch höheren Positionen. Diese aggressiven Impulse können unter Einwirkung anderer Faktoren entweder verstärkt oder eingedämmt werden. Faktoren, die *verstärkend* wirken, sind z. B. physische Symptome, psychische Erkrankung, Verlust nahestehender Personen, schwere Krankheit, ineffektive Bewältigungsstile, aber auch der Zugang zu Waffen. Zu den Faktoren, die *eindämmend* wirken können, gehören z. B. soziale Netzwerke, effektive Bewältigungsstile und bestimmte Persönlichkeitszüge, die als Hemmungspotential gegen aggressive Impulse wirken. Beide Kräftevektoren, die verstärkenden wie die abschwächenden, sind ständig vorhanden. Aggressive Impulse sind dann die „vektorale Resultante“ aus dem Kräfteverhältnis der fördernden und hemmenden Faktoren. In dieser Phase 1, der „vektoralen Summation“ (S. 88), hängt es von der Balance der widerstreitenden Kräfte ab, in welcher Stärke aggressive Impulse zur Wirkung kommen. Die aggressiven Impulse richten sich je nach der psychischen Befindlichkeit der betroffenen Person eher als Gewalt nach außen oder als suizidaler Impuls nach innen gegen das Selbst. Beim Suizid ist im Unterschied zur Gewalt also das Ziel der aggressiven Impulse das Selbst (Phase 2 des Modells).

Das *Altersspezifische* ihres Modells sehen die Autoren in der Besonderheit der die aggressiven Impulse verstärkenden oder eindämmenden Faktoren. Zu den verstärkenden gehören die schon hinlänglich bekannten Einflussfaktoren: Schwere körperliche Erkrankung, Verluste, kognitive Einschränkungen, Isolation, chronische Schmerzen etc., zu den eindämmenden: Intakte soziale Netzwerke, adäquate medizinische Versorgung, sinnvolle Tätigkeiten, finanzielle Sicherheit, zufriedenstellendes Sexualleben etc.

Das Modell von Plutchik et al. ist nicht besonders originell und erbringt zum Verständnis der Alterssuizidalität nur eine schmale Ausbeute. Es ist unseres Erachtens zu sehr auf die Aggressionsthematik beim Suizid abgestellt und vereinfacht durch das Zwei-Kräftevektoren-Modell den komplizierten Prozess der Interaktion distaler und proximaler Faktoren in der Genese suizidaler Handlungen. Welche Rolle die Aggressionsthematik beim Alterssuizid spielt, ist noch weitgehend ungeklärt.

Für die klinisch-therapeutische Praxis im Umgang mit depressiven und suizidalen alten Menschen entwickelten McIntosh et al. (1994) ein Arbeitsmodell, das dem *kognitiv-behavioralen Ansatz* in der klinischen Psychologie verpflichtet ist. Kurz umrissen verbindet dieser Ansatz in der Arbeit mit suizidalen alten Menschen „an emphasis on irrational thoughts and inappropriate attributions with the importance of behavioral patterns such as learned helplessness and a lack of reinforcements, especially those of a social nature“ (S. 133). Irrationale Gedanken können sich z. B. darauf beziehen, sich als eine Last für die Familie zu fühlen, oder sich für unheilbar krank zu halten. Gefühle der Hilflosigkeit können z. B. nach dem Tod der Partnerin durch Verlust sozial-emotionaler Verstärkung eine depressive Entwicklung einleiten.

Es sind vier basale Faktoren, die mit den beiden zentralen Bedingungen für Suizidalität: affektiven Störungen (Depression, Irritabilität) und Gefühlen der Hoffnungslosigkeit in engster, sich noch verstärkender Beziehung stehen:

- Bedeutsame psychosoziale Belastungsfaktoren
- Eingeschränkte soziale Unterstützungsressourcen
- Kognitive Verzerrungen und Fehldeutungen
- Problemlösungsdefizite (S. Abbildung 1).

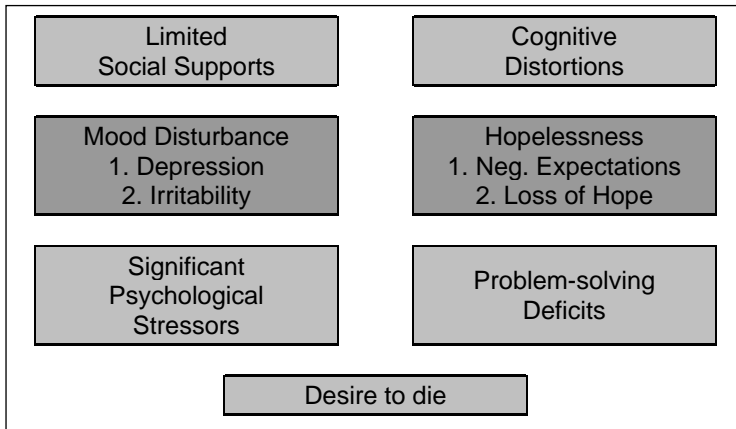


Abbildung 1: Einschätzung des Suizidpotentials gemäß des kognitiv-behavioralen Ansatzes. Quelle: McIntosh et al. (1994, S. 134) (vereinfachte Darstellung)

In ihrem Beitrag gehen die Autoren auf die einzelnen Komponenten ihres Arbeitsmodells genauer ein und leiten daraus Konsequenzen für die therapeutische Praxis mit depressiv-suizidalen alten Menschen ab, auf die an anderer Stelle noch einmal zurückgegriffen wird (S. Kap. 4.3). Von klärendem Wert ist vor allem auch ein Vergleich der Eigenarten suizidalen Verhaltens zwischen jungen Erwachsenen und alten Menschen (S. Tabelle 2).

Tabelle 2: Vergleich junger und alter Menschen in Bezug auf suizid-relevante Merkmale. Quelle: McIntosh et al. (1994, S. 144)

Domain	Adults	Elderly
Method of attempt	Drug overdose	Gunshot wound
Marital status	Divorced	Widowed
Physical health	Stable	Deteriorating
Acute stressors	Divorce	Bereavement
Chronic stressors	Limited finances	Health problems and social isolation
Complications	Varied	Physically vulnerable
Setting of attempt	Home	Home alone
Frequency of indirect self-destructive behavior	Occasional	Common
Alcohol abuse	Occasional	Occasional
Cognitive focus	Future	Past
Social supports	Variable	Diminishing
Predominant diagnosis	Depression	Depression
Problem-solving deficits	Common	Common

Interessant für die Behandlung von Theorien zur Alterssuizidalität ist abschließend eine empirische *Metaanalyse* von Suizidtheorien durch Reynolds und Berman (1996). Die Autoren inspizierten zehn Suizidtypologien bekannter Suizidforscher (Durkheim, Menninger, Shneidman u.a.) und stellten eine Liste von 69 Subtypen suizidalen Verhaltens zusammen. 37 Rater hatten jeweils höchstens die Hälfte von 404 Fallberichten von Suiziden aus den Jahren 1979-1981 aus Baltimore and Philadelphia (USA) den zehn Suizidtypologien zuzuordnen. Über alle Fallbeispiele, Rater und Typologien wurde eine Clusteranalyse berechnet, die fünf Cluster von Typologiekategorien erbrachte. Die Cluster lassen sich wie folgt umschreiben: *Escape* (90 Fälle), *Confusion* (54 Fälle), *Aggression* (76 Fälle), *Alienation* (23 Fälle) und *Depression* (112 Fälle).

Bemerkenswert ist nun, dass in das Cluster *Escape* vor allem 60-69jährige „weiße“ Männer fielen. Grund für ihren Suizid waren vor allem Gesundheitsprobleme. Im Cluster *Aggression* fanden sich häufiger jüngere „weiße“ Männer zwischen 20-30 Jahren, auch mehr African-Americans. Vorausgegangen waren dem Suizid häufiger interpersonale

Konflikte, verbunden mit Suchtproblemen. Das Depressionscluster zeigte keine besonderen demographischen Auffälligkeiten und glich mehr dem gesamten Fallsample. Die stärkere Besetzung des Escape-Clusters durch ältere „weiße“ Männer entspricht weitgehend der Tatsache, dass diese Gruppe mit einer stärkeren Tötungsintention eine Suizidhandlung ausführt, besonders dann, wenn ihr „Körper-Selbst“ durch Gesundheitsprobleme stark gefährdet ist (S. Clark, 1993).

Resümiert man die Theorieausbeute zur Erklärung der Alterssuizidalität nach 1991, so muss man nüchtern feststellen, dass es keine durchgreifenden Theoriefortschritte gibt, sondern eher Konsolidierungen und kritische Auseinandersetzungen mit dem vorhandenen Theoriebestand.

Für das folgende Kapitel 5 über Suizidprävention und Krisenhilfe und den späteren Teil III des Forschungsberichts ist ein Verlaufsmodell von Wolfersdorf (1999) aus theoretischer Perspektive ausgesprochen interessant, in dem die suizidale Entwicklung zwar unter Akzentuierung des *Krisenkonzeptes* auf der einen und des *Krankheitskonzeptes* auf der anderen Seite zunächst differenziert, dann jedoch unter der Leitsymptomatik der zunehmenden „Einengung von Erleben und Verhalten“ aus klinischer Sicht wieder zusammengeführt wird. Für die Praxis bedeutet das, dass für suizidale Gefährdung im Kontext von *Krisen* ohne psychiatrische Risikopathologie die ambulante Krisenhilfe primär zuständig zeichnet, dagegen für Suizidalität mit *Krankheitszeichen* in erster Linie die Medizin mit ihrer Fachkompetenz. In der Praxis der fallbezogenen Krisenhilfe jedoch werden beide Systeme häufig kooperieren und sich überschneiden müssen.

5 Suizidprävention

Nach wie vor hat sich die Unterscheidung von Caplan (1964) nach primärer, sekundärer und tertiärer Suizidprävention in der internationalen Fachdiskussion gehalten, auch wenn diese Unterscheidung nicht immer strikt durchgehalten wird (z. B. Bronisch, 1995; Erlemeier, 2000; McIntosh, 1995; McIntosh et al., 1994; Schulz-Nieswandt, 1997; Silverman & Maris, 1995).

Man kann diese unterschiedlichen Präventionsstrategien auch als ein *Phasenmodell* betrachten, bei dem *primäre Prävention* alle Anstrengungen und Maßnahmen in einer Gesellschaft umfasst, um erstmalige Suizide und Suizidversuche zu verhüten. Dahinter steckt der hohe An-

spruch, dass unzureichende und ungünstige Lebenslagemerkmale, die als Risikofaktoren für suizidales Verhalten zu gelten haben, durch abgestimmte sozialpolitische und sozialökologische Weichenstellungen verbessert werden können, damit Bürger bis ins hohe Alter möglichst *nicht* in eine desolante Lebenssituation geraten, in der ihnen kein anderer Ausweg als der Suizid/Suizidversuch bleibt. Dazu gehören z. B. ein gemeindenahes psychiatrisches Vorsorge- und Behandlungssystem, insbesondere bei depressiven Störungen, ein System von lebensweltorientierten zugehenden (niederschweligen) Informations- und Beratungshilfen und allgemein ein höheres Informationsniveau in der Bevölkerung über Risikofaktoren und suizidale Gefährdungen. Primäre Prävention zielt folglich auf die Gesamtbevölkerung oder auf bestimmte Bevölkerungssegmente (z. B. Risikogruppen).

Sekundäre Prävention richtet sich in ihren Angeboten an Menschen, die bereits in eine suizidale Krise geraten sind und denen durch *Krisenintervention bzw. Therapie* geholfen werden soll, eine Entscheidung für das Leben und nicht für die Selbsttötung treffen zu können. Die spezialisierten Krisenhilfeeinrichtungen und -dienste, z. B. die Krisen-Hotlines (am bekanntesten ist die Telefonseelsorge), sind in der Regel, auch wenn sie ihren Beitrag zur Primärintervention leisten sollten, dieser Phase des Präventionsmodells zuzuordnen.

Tertiäre Prävention umfasst alle Hilfen, die der Rezidivgefahr nach einem Suizidversuch entgegenwirken. Sie sollte nach der lebensrettenden medizinischen Akutversorgung und -behandlung im Zusammenhang mit dem Suizidversuch möglichst unmittelbar als psychiatrische und psychosoziale Betreuung einsetzen und unter Umständen in einen längerfristigen psychotherapeutischen Prozess einmünden. Zur tertiären Prävention rechnet man auch die Hilfen für Partner, Angehörigen und Freunde nach dem Suizid oder Suizidversuch eines nahestehenden Menschen.

Wir werden uns in diesem Forschungsbericht an diesem Phasenmodell der Prävention orientieren, ohne dabei die Unterscheidung nach primärer, sekundärer und tertiärer Prävention begrifflich wie inhaltlich immer strikt durchzuhalten. Es gibt nämlich Schnittflächen, Übergänge und umfassende Präventionsstrategien, die eine rigide Phaseneinteilung wenig sinnvoll erscheinen lassen. Bevorzugt wird eine Gliederung, nach der zunächst der Themenkomplex *Prävention* in internationaler, europäischer und nationaler Sicht behandelt wird, und danach auf den Themenkomplex *Krisenintervention und Psychotherapie* eingegangen wird.

Gegen eine formalistische Phasenbefolgung spricht auch, dass von Präventionsforschern und -experten keine Einzelmaßnahmen gefordert werden, sondern entsprechend der Multikausalität von suizidalen Krisen und Handlungen die Notwendigkeit von *integrativen und umfassenden Präventionsstrategien* mit Nachdruck unterstrichen wird (z.B. Silverman & Felner, 1995, S. 102). Sie mahnen an: „*Continuity of efforts must be maintained. 'One-shot' efforts and short-term programming that lacks intensity and fidelity does not work*“. Silverman und Felner (1995) rücken ebenfalls von einem zu starren Phasenmodell der Prävention ab und bevorzugen die Unterscheidung nach Prävention, früh einsetzender Intervention (Krisenhilfe) und Behandlung / Nachsorge / Rehabilitation.

5.1 Internationale Perspektiven

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den Suizid als ein wachsendes Problemfeld für das öffentliche Gesundheitswesen erkannt und Richtlinien für ihre Mitgliedsstaaten herausgebracht, wie koordinierte und umfassende nationale und internationale Projekte und Programme organisiert und implementiert werden sollten. Die WHO-Studie über Suizidversuche in Europa ist ein Beispiel für diese konzertierten Bemühungen (S. Kap. 3.2).

1989 empfahl die WHO ihren Mitgliedsstaaten

- Suizide / Suizidversuche als ein wichtiges Problem des öffentlichen Gesundheitswesens anzuerkennen
- Nationale Präventionsstrategien und -programme zu entwickeln und wo immer möglich mit anderen gesundheitspolitischen Strategien und Maßnahmen zu verknüpfen
- Nationale koordinierende Komitees einzurichten, die diese präventiven Strategien und Programme initiieren, organisieren und zum Erfolg verhelfen.

Konkretisiert wurden diese Empfehlungen in einem Arbeitsplan der WHO (2000), der den Titel „Prevention of suicidal behaviours: A task for all“ (SUPRE) trägt. Weltweit werden Akteure im Bildungs- und Gesundheitswesen zu gemeinsamen Anstrengungen angespornt, mit assessiven, präventiven und edukativen Mitteln suizidales Verhalten zu reduzieren. Die WHO hat zudem eine Serie von Informationsschriften zur Suizidprävention herausgegeben, die sich gezielt an Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Lehrer, Medienvertreter und an Gefängnispersonal richten.

Taylor, Kingdom und Jenkins (1997) untersuchten in einer Studie, welche Länder eine abgestimmte nationale Suizidpräventionspolitik vorzuweisen haben. Von 15 Ländern, die für eine solche Politik in Frage kamen, beantworteten neun den Fragebogen der Forschungsgruppe. Aufgrund aller verfügbaren Informationen konnten drei Gruppen von Ländern mit unterschiedlicher Suizidpräventionspolitik identifiziert werden.

- Länder mit einer in das Gesundheitssystem integrierten Suizidpräventionsstrategie, die auch zielstrebig umgesetzt wurde. Dazu gehören:
 - Australien
 - Finnland
 - Neuseeland
 - Norwegen
 - Schweden.
- Länder mit nationalen Suizidpräventionsprogrammen, die auf Einzelziele gerichtet sind. Dazu gehören:
 - England
 - Estland
 - Frankreich
 - Niederlande
 - USA
- Länder ohne nationale Suizidpräventionsprogramme. Dazu gehören:
 - Dänemark
 - Deutschland*
 - Japan
 - Kanada
 - Österreich

Länder der Gruppe 1 mit umfassenden Suizidpräventionsstrategien zeichnen sich durch vielfältige und abgestimmte Aktivitäten auf den verschiedensten gesellschaftlichen Ebenen aus. Sie werden von ihren Regierungen in ihren Bemühungen unterstützt, zum Teil wurden auf nationaler Ebene eigene Zentralinstitute, Zentren und Expertengruppen für Suizidforschung und -prävention eingerichtet. Ein ausgezeichnetes Beispiel ist *Finnland*, auf dessen Strategie noch genauer eingegangen wird. Das Ziel der nationalen Suizidpräventionspolitik besteht letztlich in der merklichen Reduzierung ihrer Suizidraten, besonders auch in bestimmten Risikogruppen. Ob das gelingen kann, muss die Evaluation der Programme zeigen. Die methodischen Probleme, die sich dabei auftun, bleiben in Fachkreisen nicht undiskutiert (Kerkhof & Clark, 1998).

Die einzelnen nationalen Strategien der Länder in Gruppe 1 unterscheiden sich untereinander in mehreren Gesichtspunkten, die Taylor, Kingdom und Jenkins (1997) in ihrer kritischen Übersicht systematisieren:

- In der *Kohärenz ihrer Strategien*: Die umfassendste Konzeption liegt in Finnland vor. Konstituierende Elemente sind: Unterstützung durch die Regierungspolitik in allen fünf Ländern; konzeptuelles Rahmenmodell nur in Finnland; allgemeine Ziele in allen Ländern, mit Abstrichen in Neuseeland; messbare Wirkmerkmale in allen Ländern, außer Australien; Begleitung (monitoring) und Evaluation in allen Ländern, aber mit unterschiedlicher Reichweite.
- In den *Zielgruppen*: Finnland, Norwegen und Schweden konzentrieren sich auf die Gesamtbevölkerung unter Einbezug bestimmter Risikogruppen, Neuseeland auf die 15-24jährigen und Australien auf junge Menschen. Beteiligt an den Programmen ist in allen Ländern, außer in Neuseeland, eine große Bandbreite von gesellschaftlichen Agenturen, Gruppierungen und Institutionen; in Neuseeland sind es nur die staatlichen Einrichtungen. Nichtstaatliche und ehrenamtliche Initiativen werden im regionalen Kontext angesprochen und beteiligt.
- In den *Interventionsstrategien*: In allen Ländern wurde ein weitreichendes und differenziertes Interventionskonzept entwickelt, um an die kritischen Schaltstellen für Suizidgefährdung heranzukommen und auf Risikofaktoren einwirken zu können. Die Akzentuierung einzelner Interventionsthemen fällt allerdings in den einzelnen Ländern unterschiedlich aus. Die Tabelle 3 soll einen Überblick vermitteln.

Tabelle 3: Interventionsthemen in Ländern mit umfassender Suizidpräventionsstrategie, Quelle: Taylor, Kingdom & Jenkins (1997, S. 459, wegen Informationsmangel ohne Schweden)

Interventionsthemen	Finnland	Neusee- land	Norwegen	Australien
(1) Öffentliche Bildung	+	+	+	+
(2) Medien	+	-	+	-
(3) Schulprogramme	+	+	+	+
(4) Erfassung und Behandlung von Depression u. anderen psychischen Erkrankungen	+	+	+	+
(5) Alkohol u. andere Suchtmittel	+	+	+	+
(6) Somatische Erkrankungen	+	-	-	-
(7) Verbessertes Zugang zu psychiatrischen Diensten	+	+	+	+
(8) Erfassung von Suizidversuchen	+	+	-	+
(9) Postvention	+	+	+	+
(10) Krisenintervention	+	-	+	-
(11) Arbeit und Arbeitslosigkeit	+	+	+	-
(12) Ausbildung/Training	+	+	+	+
(13) Reduzierter Zugang zu letalen Methoden	+	+	+	+

Eine besonders wichtige Komponente aller Suizidpräventionsprogramme ist die *Erkennung und Behandlung depressiver Erkrankungen und der verbesserte Zugang zu psychiatrischen Fach- und Krisenberatungsdiensten*. Einen besonderen Stellenwert in allen vier Ländern nehmen Ausbildung und Training von professionellen und ehrenamtlichen Helfern in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens ein, aber auch von Lehrern, Polizeikräften, Strafvollzugspersonal und anderen Berufsgruppen, die mit suizidgefährdeten Personen in Berührung kommen. Das Training konzentriert sich vor allem auf die Früherkennung von Personen mit suizidalen Risiken und die Organisation von Hilfen (S. Gatekeeper-Programm, Kap. 5.4).

Wichtig ist auch die *Postvention*, insbesondere die soziale Unterstützung und Betreuung von Angehörigen und Freunden von Suizidopfern mit Hilfe von Outreach-Initiativen. Das finnische Programm hat den familial-umgreifenden Krisenhilfeaspekt am stärksten eingebaut.

In den Ländern der Gruppe 2 mit nationalen Suizidpräventionsprogrammen, die weniger umfassend angelegt sind, haben die *Niederlande* ein vielfältiges Spektrum an Aktivitäten vorzuweisen. 1989 wurde die nationale Suizidpräventionspolitik veröffentlicht, die u.a. zur Einrichtung eines nationalen Informations- und Ausbildungszentrums für Suizidprävention führte. Einige der nachfolgenden Aktivitäten umfassten z. B. öffentliche Informations- und Bildungskampagnen gegen Alkoholmissbrauch und Gewalt gegen Kinder, Kurse zur Verbesserung des Umgangs mit Depressionen und Erfassungsmethoden für Suizidversuche und ihre Katamnesen. In den *USA* bildeten sich eine Task Force und zahlreiche nationale Initiativen im Rahmen einer erweiterten Strategie für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Ein Aktionsplan des Surgeon General der USA zur Suizidprävention, konzipiert als Nationale Strategie zur Suizidprävention, ruft dazu auf, besonders Jugendliche und alte Menschen ins Auge zu fassen (U.S. Public Health Service, 1999). Auch in *Frankreich* gab es zahlreiche Initiativen in Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Organisationen, um die Öffentlichkeit durch Plakate und Broschüren auf Möglichkeiten der Prävention und Krisenhilfe aufmerksam zu machen. Zu beobachten war eine Ergänzung von Notfalleinrichtungen in Kliniken um psychiatrische Fachkompetenz, ein Programm zur stärkeren Beachtung von Suiziden bei Jugendlichen durch Angehörige von Gesundheitsberufen und eine Einschränkung von Paracetamol. In *Estland*, dem Land mit den höchsten Suizidraten bei Männern, wurden Krisen-Hotlines eingerichtet und ein neues Institut für Suizidologie ins Leben gerufen. *England* hat sich im Rahmen seines Programms „The Health of the Nation“ bis zum Jahr 2000 vorgenommen, allgemein die Gesundheit und soziale Funktionsfähigkeit von psychisch Kranken zu verbessern, die Suizidrate von psychisch Kranken um 33 % und die der Allgemeinbevölkerung um 15 % zu senken. Außerdem gibt es eine ganze Reihe von Suizidpräventionsinitiativen und Forschungsaktivitäten, die von einer Expertengruppe koordiniert werden, bis hin zu Konstruktionsveränderungen an den Abgasrohren von Autos, die dazu dienen sollen, Suizide durch Abgasvergiftungen zu verhindern.

Betrachtet man die Länder *ohne* nationale Suizidpräventionsaktivitäten, so ist es geradezu erstaunlich, wie Taylor, Kingdom und Jenkins (S. 461) bemerken, dass sich darunter Länder mit einer überdurchschnittlich hohen Suizidrate wie Dänemark und Österreich befinden. Auch *Deutschland* sollte von diesem Erstaunen nicht ausgenommen werden, denn immerhin nimmt unser Land in den Suizidraten einen Mittelplatz unter den Nationen ein.

Was die *Evaluierung* der nationalen Programme anbetrifft, so ist es kaum gelungen, die Suizidraten als Folge dieser Programme nach unten zu drücken. Die Ätiologie des Suizids ist so komplex und multikausal, dass es nicht erstaunt, so Taylor, Kingdom und Jenkins (S. 462), „that no single intervention has been shown to reduce suicide in controlled trials“. Einzelne Programme zur Suizidprävention können wenig bewirken. Die Einzelprogramme müssen strategisch zusammengeführt, aufeinander abgestimmt und die Kommunikation untereinander erheblich verbessert werden. Auch sei zu bezweifeln, ob die angestrebte *Reduzierung der Suizidraten* als einziges Outcome-Merkmal ausreiche. Man müsse andere Merkmale operationalisieren, die über die reinen Suizidraten hinausgingen, z. B. die Inanspruchnahmefrequenz von Krisendiensten.

Ähnliche Evaluierungsfragen werfen Kerkhof und Clark (1998) auf. Sie konstatieren, dass das Ziel des von 1986 bis 1996 durchgeführten ehrgeizigen finnischen Suizidpräventionsprogramms, nämlich die Reduzierung der Zahl der Suizide um 20 %, nicht erreicht worden sei. Die Zahl der Suizide war nach Beendigung des Programms nicht nur nicht runtergegangen, sondern im Gegenteil sogar leicht angestiegen. Heißt das, das Programm war nicht erfolgreich? Nein, sagen die Autoren, denn zur gleichen Zeit habe es in Finnland eine wirtschaftliche Rezession gegeben, mit einem starken Anstieg der Arbeitslosigkeit um 1991. Es sei also nicht auszuschließen, dass die Suizidzahlen *ohne* Präventionsprogramm noch höher ausgefallen wären. In den Niederlanden habe es dagegen einen merklichen Rückgang der Suizide um 20 % gegeben. Sei das holländische Programm deshalb erfolgreicher? Diese Frage läßt sich schwer mit Ja beantworten, denn zur gleichen Zeit habe es in Holland einen wirtschaftlichen Aufschwung gegeben.

Wenn es die globalen Suizidzahlen nicht sind, welche nationalen Indikatoren sind es dann, die für die Effektivität der Suizidprävention sprechen? Einzelindikatoren sind nach Meinung von Kerkhof und Clark wenig geeignet, diese Aufgabe zu leisten. Sie beobachteten dagegen, dass bei generell abnehmenden Suizidzahlen in den Niederlanden die Zahl der Patienten, die in psychiatrischen Einrichtungen innerhalb einer Behandlung einen Suizid begingen, *zugenommen* hat. Sie ziehen daraus den Schluss, dass ein guter Indikator für die Verbesserung der Suizidprävention in einem Lande das *Verhältnis zwischen behandelten und nichtbehandelten Suiziden* sein könnte. Im Effekt heißt das, „that the better a country identifies persons at risk and provides good treatment – concentrated in places where the best treatment is available – the more suicides will be prevented, while at the same time the concentration of suicides will increase in outpatient and inpatient health care institutions“

(S. 3), was diesen wegen erhöhter Suizidgefährdung ihrer Patienten nicht zum Vorwurf gemacht werden darf. Wenn es gelänge, im Vorfeld stationärer Behandlung suizidgefährdete Risikopersonen zu identifizieren und fachkundig ambulant zu behandeln, könne die Suizidprävention merklich verbessert werden.

Lester (1997) beschäftigte sich ebenfalls mit der Frage der Effektivität von Suizidpräventionszentren, indem er 14 Studien zur Wirkung von solchen Zentren einer statistischen *Metaanalyse* unterzog. Outcome-Variablen waren in den meisten Studien Suizidraten in den Regionen, die als Einzugsgebiet der Suizidpräventionszentren zu gelten hatten. Die Metaanalyse erbrachte ein eher ernüchterndes Ergebnis: Von 13 Studien mit verwertbaren Daten zeigten sich bei 12 Studien präventive Effekte der Suizidpräventionszentren, allerdings wurde das statistische Signifikanzniveau in manchen Korrelationsstudien nicht erreicht und die Effekte waren in vielen Fällen ziemlich gering. Trotzdem kommt Lester zu dem optimistischen Schluss, dass sein Review der präventiven Wirkung von Suizidpräventionszentren zumindest einigen Rückhalt gibt.

Die internationalen Bemühungen zur Verbesserung der Suizidprävention finden ihren Ausdruck auch in einer „*Declaration on Suicide Prevention*“ der International Association of Suicide Prevention (IASP), die auf dem IASP-Kongress in Adelaide (Australien) vorgelegt und später durch den Executive Board der IASP ratifiziert wurde (Goldney, 1998).

Die Deklaration ist als politisches Statement gedacht und deshalb sehr allgemein verfasst. Sie orientiert sich an den Grundprinzipien der WHO zur Suizidprävention, mit der besonderen Verpflichtung der IASP, Regierungen und andere Entscheidungsträger weltweit dazu zu bewegen, „not only to acknowledge the magnitude of the problem of suicide in all countries, but also to provide adequate resources to adress this major public health issue“ (S. 50). Die *Adelaide Declaration on Suicide Prevention* lautet.

Tabelle 4: The Adelaide Declaration on Suicide Prevention, Quelle: Goldney (1998, S. 51)

The Adelaide Declaration on Suicide Prevention	
<p>Suicide is a significant health problem in every country in the world, being among the ten leading causes of death. The World Health Organization has six basic steps for the prevention of suicide. These are:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. The treatment of mental disorders; 2. Guns possession control; 3. Detoxification of domestic gas; 4. Detoxification of car emissions; 5. Control of toxic substance availability; and 6. Toning down reports in the media. <p>These measures should result in a significant reduction in suicide in the world. The International Association for Suicide Prevention calls on government health organizations, nongovernment and welfare groups, and volunteer organizations to share with the general public the responsibility for the prevention of suicide and to work towards:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The allocation of sufficient funds and human resources for research and suicide prevention strategies. • The establishment of appropriate government agencies to provide leadership, coordination and resources to prevent suicide. 	<ul style="list-style-type: none"> • The establishment of national and local networks of support and partnership for suicide prevention. • The provision of resources to groups who may have special needs. <p>The International Association for Suicide Prevention accepts ist responsibility to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Place suicide prevention near the top of the agenda of the World Health Organization. • Institute networks across the world to bring together professionals and non-professionals in the pursuit of suicide prevention. • Urge all countries to secure a budget allocation for suicide prevention. • Ensure that international, national and regional groups are coordinated and have access to the latest information about suicide prevention. • Encourage and promote research into the efficacy, effectiveness and feasibility of suicide prevention programs. • Ensure the availability of reliable information about suicide prevention. • Ensure that adequate care is available to those affected by suicide.

In der internationalen Perspektive erhält die *Suizidprävention im Alter* keinen Sonderstatus oder Vorrang vor anderen drängenden Aufgaben, die nationale Strategien und Programme zur Suizidverhütung zu bewältigen haben. Bei der genaueren Analyse des finnischen Suizidpräventionsprogramms im folgenden Kapitel wird auf die Berücksichtigung der Zielgruppe alter Menschen besonderes Augenmerk gerichtet

5.2 Europäische Perspektiven

Über den Stand der Suizidprävention in den Staaten der Europäischen Gemeinschaft gibt eine geraffte Publikation von Wedler (1995) Aus-

kunft, der sich dabei auf eine Studie der *Befrienders International* mit Sitz in London von 1995 beruft. Die Dachorganisation Befrienders International geht auf die traditionsreichen Samaritans in Großbritannien zurück. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, im internationalen Raum ehrenamtliche Initiativen, Gruppen und Organisationen mit ihrem Know-how in ihrem Bemühen, Hilfsangebote zur Suizidprävention aufzubauen und vorzuhalten, zu unterstützen. Befrienders International ist nunmehr in über 30 Ländern der Welt durch Zweigorganisationen vertreten, deren länderspezifische Ausrichtung jedoch gewahrt bleiben soll.

Da es bisher keinen Überblick über den Stand der Suizidprävention in Europa gab, führte Befrienders International mit Unterstützung der Europäischen Gemeinschaft eine Studie durch, um diesen Informationsmangel möglichst weitgehend zu beheben. Für die Gesundheitspolitik der EU und ihrer Mitgliedsstaaten ist es enorm wichtig, einen vergleichenden Überblick über den Stand der Suizidprävention in den einzelnen Ländern zu erhalten, um ihre eigenen Anstrengungen zu erhöhen und insgesamt die Suizidprävention zu verbessern.

Das *Ziel* der Studie bestand darin, „der Europäischen Kommission ein vollständiges Bild über das Vorhandensein und die Zugänglichkeit von Suizidpräventionsdiensten in den 12 Mitgliedsstaaten (Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Luxemburg, Niederlande, Portugal und Spanien) zu liefern“ (zit. nach Wedler, 1995, S. 99).

Drei Fragen sollten dabei beantwortet werden:

- „1) *Welche Dienste, die für Menschen in suizidalen Krisen und in Verzweiflung erreichbar sind, existieren und welcher Art sind sie?*
- 2) *Wie ist der Versorgungsgrad mit solchen Diensten in den Mitgliedsstaaten der EG und ist dieser angemessen?*
- 3) *Wie werden die Möglichkeiten gesehen, ein Netzwerk von Suizidpräventions-Diensten in Europa zu schaffen?“* (S. 99).

Methodisch ging man so vor, dass zunächst möglichst vollständig alle Suizidpräventionsdienste in den 12 Ländern der EG erfaßt wurden. Mit Hilfe eines Fragebogens und nachgehender Befragungen in den 73 Einrichtungen, die zur Teilnahme gewonnen wurden, konnten dann umfangreiche, für die Fragestellung relevante Informationen erhoben werden. Um den Datensatz zu ergänzen, wurden die Gesundheitsministerien und andere für Gesundheit zuständige staatliche Stellen sowie die Botschaften der EG-Länder in London um Auskünfte gebeten. Auf diesem

Wege sollten staatliche Strategien, Maßnahmen und Projekte, die dem Ziel der Verbesserung der Suizidprävention in den einzelnen Ländern dienen, erfasst werden.

Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Studie werden in der etwas gekürzten Fassung von Wedler (1995, S. 100) an den Anfang gestellt.

Schlussfolgerungen

- „1. Die Bedeutung des Suizidproblems wird in der Politik der Mehrzahl der Mitgliedsstaaten der EG nicht genügend berücksichtigt.
2. Die Organisation der Suizidprävention variiert innerhalb der Mitgliedsstaaten der EG außerordentlich. In Deutschland ist die Situation am unübersichtlichsten und komplexesten, da hier ausschließlich in regionaler Verantwortung Dienste unterschiedlichster Struktur und Arbeitsweise vorgehalten werden. Dem stehen Großbritannien und Irland gegenüber: In diesen Staaten gibt es jeweils nur eine Hauptorganisation (eben die Samaritans). Die anderen Mitgliedsstaaten liegen zwischen diesen Extremen.
3. Es ist notwendig, mehr in die Öffentlichkeitsarbeit zu investieren, um das allgemeine Bewusstsein über Suizid und die Wahrnehmung und die Kenntnis der zur Verfügung stehenden Hilfen zu steigern.
4. Es besteht offenbar eine erhebliche Bereitschaft unter den angesprochenen Organisationen, ein europäisches Netzwerk von Suizidpräventions-Organisationen aufzubauen.

Empfehlungen

1. Die Europäische Gemeinschaft sollte ihre Mitgliedsstaaten dazu ermutigen, Suizid als eine der häufigsten vermeidbaren Todesursachen anzuerkennen und auf nationaler Ebene politische Maßnahmen zur Suizidprävention zu entwickeln.
2. Die Organisationen sollten sich bemühen, ihre Einrichtungen zumindest landesweit bekanntzumachen.
3. Zur Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit sollten finanzielle Mittel bereitgestellt werden.

4. Es wird vorgeschlagen, die Stelle eines Suizidpräventions-Koordinators innerhalb der Europäischen Gemeinschaft zu schaffen und zu finanzieren, um den Aufbau eines effektiven Netzwerkes aller Suizidpräventions-Einrichtungen in den Mitgliedsstaaten zu ermöglichen“.

Die Studie erhält ihre politische Brisanz vor allem durch den sehr unterschiedlichen Grad und Entwicklungsstand der Suizidprävention in den einzelnen Ländern, der in der Studie möglichst detailliert dokumentiert wird. So ergibt sich nach Wedler (1995, S. 100) „ein außerordentlich interessantes Bild der einzelnen Organisationen und Einrichtungen“.

Die wichtigsten Länderspezifitäten fasst Wedler zusammen. Die höchste *Suizidrate* innerhalb der EG weist Dänemark auf, gefolgt von Belgien, Frankreich, Deutschland, Luxemburg, den Niederlanden und Irland. Die niedrigste Suizidrate mit knapp 4/100.000 findet sich in Griechenland.

Was die *Zahl der Hilfsangebote* betrifft, so führt bezogen auf die Einwohnerzahl Großbritannien, gefolgt von Irland, Luxemburg, Belgien, Niederlande, Dänemark und *Deutschland*. Relativ zu den Suizidraten weist Großbritannien ebenfalls das größte Hilfsangebot auf, Frankreich und Griechenland das kleinste. 21.000 freiwillige Helfer sind in Großbritannien in Suizidpräventions-Diensten tätig, in Deutschland 6.300, in Griechenland ganze 11. Auch in der Zahl der Telefonkontakte bezogen auf die Einwohnerzahl liegen Großbritannien und Irland vorn; deutlich weniger gibt es in den Niederlanden, in Belgien und Frankreich. Die anderen Länder (darunter Deutschland) können nur mit einem Bruchteil der in Großbritannien üblichen Telefonkontakte aufwarten.

Auf die von Wedler zusammengefassten Länderberichte soll hier nicht im einzelnen eingegangen werden. Es lohnt sich jedoch, einen kurzen Blick auf Großbritannien, die Niederlande und Deutschland zu werfen.

Großbritannien hat ein klares gesundheitspolitisches Ziel formuliert und zur Erreichung dieses Ziels entsprechende Programme aufgelegt. Bis zum Jahre 2000 soll die Gesamtsuizidrate um mindestens 15 % gesenkt werden (von 11.0 auf 9.4). Bis zum Jahre 2000 soll die Suizidrate bei Psychosekranken um mindestens 33 % gesenkt werden. Suizidprävention hat die Regierung ausdrücklich in ihre gesundheitspolitischen Programme aufgenommen, mit der Folge, dass Suizidpräventionsdienste wie die Samaritans staatlich gefördert und finanziell unterstützt werden. Die Samaritans sind mit ihren gut organisierten ehrenamtlichen Diensten nach wie vor das Rückgrat der britischen Suizidprävention.

Die *Niederlande* haben trotz der seit 1980 rückläufigen Suizidraten immer noch ein sehr differenziertes und gut ausgebautes Suizidpräventionssystem, an dem sich viele staatliche und nichtstaatliche Stellen beteiligen. Mit Unterstützung der Regierung wurde die Öffentlichkeitsarbeit forciert, um gefährdete Gruppen besser identifizieren zu können. Es gibt ein Nationales Informations- und Edukationszentrum für Suizidprävention (Kerkhof & Clark, 1998). Die Versorgung in den Allgemeinkrankenhäusern wurde verbessert und vereinheitlicht, die Datenerfassung von Suiziden und Suizidversuchen intensiviert. Auch wurde eine Qualitätskontrolle der professionellen Arbeit mit Suizidgefährdeten eingerichtet und angewandte Suizidforschung finanziell unterstützt.

In *Deutschland* spielt die Suizidprävention im politischen Raum bisher eine untergeordnete Rolle. Wedler (S. 102) zitiert einen Anfangssatz aus der Studie der Befrienders International: „*Suizid wird von der (deutschen) Regierung nicht als ein schwerwiegendes öffentliches Gesundheitsproblem wahrgenommen*“. Nach Wedler betont die Studie, dass es keinerlei übergeordnete Suizidpräventionspolitik gibt und keinerlei staatliche Regulation für die Präventions-Einrichtungen (S. Taylor, Kingdom & Jenkins, 1997). Des weiteren wird in der Studie festgestellt, dass die Situation der Suizidpräventionsdienste in Deutschland am unübersichtlichsten und komplexesten ist. Als deutsche Besonderheiten werden die Regionalisierung, die Trägervielfalt, mangelnde Verbindlichkeit der Angebote und eine gewisse Willkür, wie diese Dienste auf lokaler Ebene eingerichtet seien, vermerkt. „Es gäbe keinerlei Übersicht, da die Entscheidung über den Aufbau solcher Dienste und die Abstimmung mit anderen Diensten auf lokaler Ebene erfolge“ (S. 102). Die Studie stellt jedoch (reichlich euphemistisch) fest, dass „jede Stadt und Gemeinde in Deutschland gut mit Suizidpräventions-Diensten versorgt ist“ (zit. nach Wedler, 1995, S. 102). Dieser optimistischen Einschätzung fehlt jedoch die gesicherte empirische Grundlage.

Wedler (S. 103) zieht ein persönliches Fazit. Die Studie zeige, „dass in anderen europäischen Staaten das Suizidproblem mit sehr viel größerer Aufmerksamkeit betrachtet wird als in Deutschland, obgleich dort die Suizidraten teilweise geringer sind, und dass in weniger wirtschaftsstarken Ländern als Deutschland staatliche finanzielle Mittel für die Suizidprävention in ganz anderem Ausmaß bereitgestellt werden, als es hierzulande der Fall ist“.

Als Beispiel für ein europäisches Land mit einer *umfassenden nationalen Suizidpräventionsstrategie* soll *Finnland* herausgegriffen werden. Dieses Land gehört nach der kritischen Bestandsaufnahme von Taylor, Kingdom und Jenkins (1997) zu den Ländern der Gruppe 1 auf der

Welt, die eine mehrdimensionale nationale Suizidpräventionspolitik verfolgen und das vor dem Hintergrund einer der höchsten Suizidraten in Europa, besonders bei den Männern. Das gesamte Projekt hatte eine Laufzeit von 1986 bis 1996. Auch wenn nach den Evaluierungsergebnissen das Ziel einer merklichen Reduzierung der Suizidrate in Finnland nicht erreicht werden konnte, ist die nationale finnische Suizidpräventionsstrategie doch von so *modellhafter* Bedeutung, dass in diesem Zusammenhang auf sie eingegangen werden muss.

Das finnische Suizidpräventionsprogramm ist überschrieben mit „Suicide can be prevented – A target and action strategy for suicide prevention“ (National Research and Development Centre for Welfare and Health, 1993). Es basiert auf einer intensiven Forschungs- und Vorbereitungsphase, an der zahlreiche Institutionen und Arbeitsgruppen landesweit beteiligt waren. Es wird getragen vom National Board of Health und einer von diesem eingesetzten Expertengruppe.

Suizidprävention in Finnland wird als eine *Gemeinschaftsaufgabe* definiert, an der sich viele Kräfte und Einrichtungen in der Gesellschaft beteiligen müssen. Es heißt: „Genuine authority and influence in suicide prevention depends on specialist knowledge in various fields, and on responsibility and commitment“ (ohne Seitenzahl). Die Verantwortung und die Durchführung des Programms muss möglichst auf viele Schultern verteilt werden.

Der Suizidpräventionsstrategie in Finnland liegt ein multidimensionales Arbeitsmodell zugrunde. Es berücksichtigt die wichtigsten Faktoren, die während des ganzen Lebens belastend wirken und zu einer Suizidhandlung führen können. Die optimistische Einstellung der Autoren dieses Modells ist die, dass jedes dieser Belastungsmomente beeinflusst werden kann:

- „in daily life, in relationships, and within the mind
- in the ways in which communities, such as schools and work places, function; and at the level of national culture and life as a whole
- by improving social conditions
- by using specialist services“ (ohne Seitenzahl).

Drei unterschiedliche Ansatzpunkte sind in dem Modell zu unterscheiden: (1) Der *Life Events Approach*, (2) der *Target Approach* und (3) der *Action Policy Approach*. Alle drei arbeiten zusammen, um in immer spezifischerer Weise Suizidprävention wirksam werden zu lassen. Über die Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen und Stärkung der individuellen Ressourcen von Bürgern wird der nächste Schritt, die

nichtspezifische Prävention angestrebt. Dabei handelt es sich z. B. um die Bearbeitung von Suchtproblemen und die Verbesserung der medizinischen und psychiatrischen Versorgung. Im letzten Schritt geht es in der *spezifischen Prävention* um die Vermeidung von Suiziden und Suizidversuchen. Begleitet wird die Umsetzung der Strategie durch Forschung und Evaluation. Suizidprävention umfasst nach Ansicht der Autoren „a range of activities aimed at influencing factors and events proved to be significant in life processes culminating in suicide“ (ohne Seitenzahl).

Die *Implementation* der Suizidpräventionsstrategie gemäß dem Arbeitsmodell erfordert eine gezielte Beeinflussung vieler miteinander verwobener Faktoren. Zunächst werden die direkten, dann die indirekten Faktoren im Zusammenhang mit Suizidrisiken angegangen (Target Approach). Zum Beispiel geht es an erster Stelle um das Problem der Suizidversuche und beabsichtigten Suizidhandlungen. Dieses Problem wird zunächst kurz beschrieben, dann werden Empfehlungen für die Bewältigung des Problems ausgesprochen. Ferner werden all die Organisationen, Instanzen, Stellen und Personen benannt, die sich an der Lösung dieses Problems beteiligen sollen.

Eine Problemgruppe sind die *alten Menschen*. Auf diese wird in der Suizidpräventionsstrategie ebenfalls nach dem Schema: Problemaufriss und Empfehlungen zur Lösung des Problems eingegangen. Der Problemaufriss lautet, manchmal mit pathetischen Untertönen:

„Being ‘forced’ to retire, being left alone, feeling one’s life empty, falling ill, being under threat of institutionalization; all these can characterize a situation in which suicide appears the only alternative for a person growing old.

An elderly person running the risk of suicide often regards his situation as intolerable, although this interpretation can often be easily alleviated through appropriate practical re-arrangements and support. To which extent are we ready to eliminate such difficulties to ensure our elderly folks a worthwhile life with maximal self-sufficiency? The answer to this is a revealing indicator of the true humanity in our society“ (ohne Seitenzahl).

Es folgen diesem Problemaufriss die entsprechenden Empfehlungen, z. B. die Empfehlung, dass Depressionen im Alter frühzeitig erkannt und angemessen behandelt werden müssen. Zu beteiligen sind daran Altenpflegeheime, Hausärzte, somatische und psychiatrische Krankenhäuser und Units, die Gesundheitsämter, die pflegerischen Dienste u.a.

Ferner wird z. B. die Empfehlung ausgesprochen, das hohe Alter müsse in den Medien und in der Öffentlichkeit in einem positiveren Licht erscheinen. Die Altersphase eröffne neben allen Belastungen auch Chancen und Perspektiven (Optimierung des Altersbildes). Beteiligten müssten sich vor allem die Medien, aber auch Agenturen und Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens.

Die Autoren appellieren am Schluss ihrer Broschüre eindringlich an die Kooperationsbereitschaft der verschiedenen Autoritäten, Organisationen, Instanzen und Freiwilligengruppen in einschlägigen Arbeitsfeldern, alles daranzusetzen, um die Ziele des Suizidpräventionsprogramms zu erreichen.

Maila Upanne, Senior Inspector im Sekretariat der Expertengruppe in Finnland, stellte auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention zum Thema „Suizidales Verhalten im Alter“ in Würzburg, November 1998, das finnische Suizidpräventionsprojekt vor und betonte besonders die gute Zusammenarbeit aller Beteiligten, der Administratoren, Wissenschaftler und Praktiker.

In der Zwischenzeit wurde das nationale finnische Suizidpräventionsprogramm intern und extern *evaluiert*. Der Abschlußbericht über die *interne* Evaluation des Suizidprojektes in Finnland wurde von Upanne, Hakanen und Rautava (1999) vorgelegt, der *externe* Evaluationsbericht von einer internationalen Expertengruppe (Beskow, Kerkhof, Kokkola & Uutela, 1999).

Der interne Evaluationsbericht zeichnet die gesamte Implementationsphase des Suizidprojekts von 1992 bis 1996 nach und konzentriert sich vor allem auf die *Prozessevaluation* der gesamten koordinierten Einzelaktivitäten und Einzelprogramme. Das Hauptziel des Suizidpräventionsprojekts war die Beteiligung vieler Professionsvertreter (key persons) in unterschiedlichen Institutionen und Arbeitsfeldern, die in ihren „natural settings“ mit ihren Ressourcen und ihrem Know-how die Ziele des Projektes umsetzen sollten.

Die Projektgruppe ließ sich von folgenden *operativen Prinzipien* leiten:

- „Orientation towards the goal
- Nationwide coverage
- Reaching the key parties
- Multisectoral and multiprofessional approach
- Focus on the operations
- Dependence on the setting

- Principle of co-operation
- Principle of working as a process“ (S. 28-29).

Umsetzen ließen sich diese Prinzipien nur in der Koordination zahlreicher Einzelprogramme, die einerseits die Organisation und Administration des Gesamtprojektes betrafen und andererseits auf einzelne Themen und Zielgruppen ausgerichtet waren. Zu diesen gehörten insbesondere die Zusammenarbeit mit Schulen, mit den Kirchen, mit Sozial- und Gesundheitsdiensten, mit der Armee, aber auch Programme, die sich auf die Betreuung von Suizidversuchern, die Unterstützung von Hinterbliebenen und die Suizidprävention bei Drogenabhängigkeit bezogen.

In die interne Evaluation wurden ca. 1.700 Professionelle aus den verschiedenen Arbeitsfeldern und Einrichtungen, über das ganze Land verteilt, einbezogen, die teils als „key persons“ aktiv an der Umsetzung des Projektes mitgewirkt hatten, teils aber auch als Kontrollgruppe (also nicht als unmittelbar Beteiligte) fungierten. Beide Gruppen wurden mit Hilfe eines Fragebogens intensiv um Stellungnahmen zu Evaluierungsfragen gebeten.

Die Befragung ergab, dass sich vor allem Vertreter von Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens an den Programmen des landesweiten Suizidpräventionsprojektes beteiligt haben, ferner Beratungsdienste von Kirchen, regionale und kommunale Ämter und auch Schulen. Die meisten Aktivitäten richteten sich auf *junge Menschen*, „*much less attention was paid to suicide risk and coping among the elderly and persons with severe somatic illnesses*“ (S. 134), ein Manko des Projektes, das in der externen Evaluation der Expertengruppe ebenfalls angemerkt wird. Nur 11 % der Befragten gaben an, bei ihren Aktivitäten Themen der Suizidprävention im Alter fokussiert zu haben, 18 % befassten sich mit somatischen Erkrankungen als Thema von Suizidprävention.

Operativ bezogen sich die Aktivitäten und Unterprogramme vor allem auf Fortbildung (education) von Professionellen und die Formierung von Krisenhilfe durch Gruppen und Netzwerke. Dem zugute kam die Organisation von multisektoraler und multiprofessionaler Zusammenarbeit „*as one of the most valuable outcomes of the Suicide Prevention Project*“ (S. 136). Die internen Evaluatoren kommen in ihren Schlussfolgerungen zu der Ansicht, dass es augenfällig zu den besonderen Leistungen des Projektes gehört, Motivation und Rückhalt gegeben zu haben, „*for collaborative partners in their development work, provision of a structure for suicide prevention as well as the co-operative and flexible*

working method“ (S. 165). Favorisiert und für ähnliche Projekte empfohlen wird das „*co-operative process model and networking*“ (S. 174), das insbesondere darin besteht, dass zahlreiche Experten aus verschiedenen Arbeitsfeldern und Institutionen auf einer breiten Skala unter lebensnahen Bedingungen und in gemeindenahen Settings in einem interaktionalen Prozess zusammenarbeiten (S. 173).

Was die Auswirkungen auf nationaler Ebene anbetrifft, so kommen die Autoren zum Schluss, dass das öffentliche Bewusstsein für die Suizidproblematik und die Notwendigkeit der Suizidprävention gewachsen sei. Erfolgreich sei das Projekt im Hinblick auf die Effizienz der Prozessgestaltung und der „funktionalen Aspekte der Operationen“ (S. 166), seine Effektivität im Hinblick auf die Reduzierung von nationalen Suizid- und Suizidversuchszahlen könne dagegen nicht nachgewiesen werden, eine Schlussfolgerung, die auch von der externen Evaluationsgruppe geteilt wird.

Wegweisend für ähnliche nationale Präventionsprojekte sollten die folgenden operativen Ziele sein:

- „Inclusion of the challenges of suicide prevention in preventive mental health work and crisis work.
- Organization of the work locally and regionally through e.g. planning groups and persons in charge.
- Development of activities through goal-oriented action plans.
- Utilisation of multiprofessional regional co-operation as a resource.
- Provision of nationwide co-ordination and support. The absence of a common forum makes it hard to maintain activities and e.g. utilize the results achieved elsewhere. Forms of providing national support should be investigated“ (S. 178).

Die *externe* Evaluation durch die international besetzte Expertengruppe (Beskow, Kerkhof, Kokkola & Uutela, 1999) erfolgte anhand von sieben kritischen Schlüsselfragen, die wie folgt lauten:

- „1. Have the original targets of the project been reached?
2. Areas where the project has succeeded and produced useful information (strengths).
3. Areas where the project has failed (weaknesses).
4. Have the resources for the project (personnel, funds) been sufficient and effectively used?
5. Has there been formed a public image of the project that either benefits or hampers suicide prevention?
6. What could be learned from the project when considering similar nation-wide development programs elsewhere?

7. In continuation, which are the most important questions to be considered in suicide prevention?“ (S. 8-13).

Die Experten heben noch einmal hervor, dass es sich bei dem finnischen Suizidpräventionsprojekt um das erste forschungsgestützte und umfassende nationale Unternehmen zur Suizidprävention in der Welt handle, das sich auf das ganze Land erstreckte und internal wie external evaluiert wurde. Deshalb sei es auch von größter Bedeutung für „all agents in the field“ (S. 2).

Durch die Implementation des Projekts im ganzen Lande und in zahlreichen gesellschaftlichen Sektoren sei das Thema Suizid und Suizidprävention ins öffentliche Bewusstsein gerückt worden. Die enge Zusammenarbeit zwischen dem Implementationsteam und den Kooperationspartnern habe zur Entwicklung von interaktiven Arbeitsmodellen unter sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungserbringern geführt. Die erarbeiteten Projektmaterialien (z. B. Guidebooks) seien es wert, in andere Sprachen übersetzt zu werden. *Bemängelt wird von den Experten die Vernachlässigung der älteren Menschen im Gesamtprojekt*, (so dass speziell für die Suizidprävention im Alter nach Auffassung d. Verf. weniger *inhaltliche*, sondern eher *operative und strategische* Gesichtspunkte aus den Evaluationsstudien abgeleitet werden können).

Die Experten gehen auch auf die Frage ein, ob das finnische Suizidpräventionsprojekt während seiner Laufzeit Auswirkungen auf die Suizidhäufigkeit in Finnland gehabt hat. Die Frage kann nicht eindeutig mit Ja beantwortet werden. Die Suizidrate der Finnen im Alter über 15 Jahren sank zwischen 1986 und 1996 um 9.1 %, hatte jedoch einen Gipfelpunkt mit 37.5 im Jahre 1990. Von diesem Zeitpunkt an nahm die Suizidrate um 20.3 % auf 29.9 im Jahre 1996 ab. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass ökonomische, soziostrukturelle und andere gesundheitsrelevante Einflussfaktoren zum Absinken der Suizidrate beigetragen haben. Die Autoren bezweifeln, ob es überhaupt sinnvoll ist, als Outcome-Variable von Suizidprävention die Reduktion der Suizidhäufigkeit anzupfeilen, weil das einem naiven deterministischen Kausalmodell von Suizidalität entspringe.

Die Evaluatoren kommen zum Schluss, dass das *kooperative Prozessmodell*, nach dem gemeinsam über Fach- und Bereichsgrenzen hinaus nach präventiven Möglichkeiten und Ansätzen gesucht wird, nach dem auf bereits existierende Ressourcen und Aktivitäten zurückgegriffen wird, und das auf das professionelle Know-how und Engagement rekurriert, sehr zu empfehlen sei. „*Successful projects do not consist of articles and books but of interpersonal communication with the aim to de-*

velop individual and organisational resources“ (S. 11). Das finnische Suizidpräventionsprojekt ist ein gutes und bisher einmaliges Beispiel, wie das kooperative Prozessmodell in die Praxis umgesetzt werden kann. In Teil III des Forschungsberichts soll dieses Modell wieder als Leitbild aufgegriffen werden.

Einen ähnlich hohen und umfassenden Anspruch wie das finnische Suizidpräventionsprogramm an nationale Suizidprävention formulierte auch das Swedish National Council for Suicide Prevention (1997). Es setzte Ziele und Leitlinien für das *Swedish National Program to Develop Suicide Prevention: Support in Suicidal Crises*. Ausgestaltet wurde es als Three-Part Prevention Model, das drei Ebenen umfasst: (1) Allgemeine Suizidprävention, (2) indirekte Suizidprävention und (3) direkte Suizidprävention. Zu den Leitlinien gehören z. B.

- „Increased knowledge
- Better preventive measures for risk groups and in risk situations
- Increased professional expertise in helping people with suicidal problems
- Broad interdisciplinary and intersectional approach
- Systematic evaluation“ (S. 67).

Die Einzelstrategien des schwedischen Programms umfassen zehn Themen, für die einzelne Arbeits- und Expertengruppen sich engagieren können, während die Hauptverantwortung beim Gesamtprojekt bleibt. Die zehn Themen lauten wie folgt:

- „1. Increased awareness
2. Support and treatment
3. Children and young people
4. Adults
5. The elderly
6. Vulnerable groups
7. Training and development
8. Reduced availability of instruments of suicide
9. National expertise in suicidology
10. Regulatory systems“ (S.68).

Vergleichbar dem finnischen Suizidpräventionsprogramm werden die einzelnen Strategiethemata im einzelnen begründet und Leitlinien für praktische Maßnahmen und Umsetzungen vorgegeben. Interessant ist auch, dass es seit 1993 ein *Nationales Zentrum für Suizidforschung und Prävention* in Schweden gibt, das mit dem Nationalen Institut für Public Health und dem Nationalen Board für Gesundheit und Wohlfahrt zu-

sammenarbeitet. Evaluationsbefunde zum schwedischen Suizidpräventionsprogramm liegen dem Verfasser nicht vor.

Misst man die Situation der Suizidforschung und Suizidprävention in Deutschland an den Leistungen anderer Länder, muss man nüchtern und kleinlaut feststellen, dass bei uns dieser Bewusstseinsstand, dieses Reflexionsniveau und dieser Organisationsgrad in der Suizidprävention, wie in Finnland, Schweden, Großbritannien, den Niederlanden und einigen außereuropäischen Ländern nachweislich vorhanden, im allgemeinen und bezogen auf spezifische Risikogruppen, wie z. B. alte Menschen, noch lange nicht erreicht sind. Wie sich die Situation in Deutschland darstellt, soll im folgenden Kapitel aufgearbeitet werde.

5.3 Nationale Perspektiven

„In Deutschland ist die Situation der Suizidprävention und Krisenhilfe verwirrend“. Mit diesem Statement von Wolfersdorf (1996, S.122) wird die aktuelle Lage treffend auf den Punkt gebracht. Wie schon mehrfach im Text konstatiert, gibt es in der Bundesrepublik weder eine nationale Suizidpräventionspolitik noch ein umfassendes und unter den Anbietern von Suizidpräventionsdiensten abgestimmtes Konzept oder Programm für Suizidprävention. Ein Beispiel für die „strukturelle Vielfalt“ in der Krisenintervention unseres Landes, die *regional* jedoch auch abgestimmt und gesteuert werden kann, gibt Witte (1998) für Berlin. Das Kooperationsmodell des Landeskrisendienstes Berlin hat in der Zwischenzeit auch überregionale Bedeutung gewonnen (Müller, 2000).

Die einzige Organisation, die sich bislang bundesweit um die Etablierung der Suizidforschung und Suizidprävention sowie um Kooperations- und Austauschformen unter den Suizidpräventions- und Krisenhilfeanbietern kümmert, ist die „*Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen*“ (DGS). Die DGS, gegründet 1972, ist der Dach-Fachverband für die ihr angeschlossenen Mitglieder, natürliche und juristische Personen. Zu den juristischen Personen gehören vor allem Institutionen der Suizidprävention und Krisenhilfe. Mit Stand vom Mai 1998 waren es ca. 70 Einrichtungen in Deutschland und in Österreich, unter ihnen besonders die Telefonseelsorge, Wohlfahrtsverbände und eingetragene Vereine der Suizidprävention und Krisenhilfe (Suizidprophylaxe, 1998). Ihre Zahl dürfte bis heute auf 100 bis 120 Einrichtungen angewachsen sein.

Die DGS hat sich zur Aufgabe gestellt, „suizidgefährdete Menschen nicht länger sich selbst und einem sie ausgrenzenden Vorurteil der Umwelt zu überlassen und nachhaltig dazu beizutragen, die Phänomene des suizidalen Verhaltens und des Suizids besser zu verstehen und realitätsgerechte Ansätze für wirksame Suizidprävention und Krisenintervention zu finden“ (Freytag, 1998, S. 6). Zu ihren *Zielen* gehören die Organisationsberatung bei Neugründungen von Einrichtungen und Arbeitskreisen, die Entwicklung von Leitlinien für ihre Mitglieder, die Aus- und Fortbildung, die Veranstaltung wissenschaftlicher Tagungen, die Einrichtung spezifischer Arbeitskreise, die Beförderung der Forschung und die Herausgabe des Fachorgans *Suizidprophylaxe*(im Roderer Verlag, Regensburg). Außerdem lobt die DGS den Hans-Rost-Preis aus und arbeitet auf internationaler Ebene mit der International Association for Suicide Prevention (IASP) zusammen (Satzung der DGS (Stand 1997) in Suizidprophylaxe, 1998, S. 7-9).

Im Zuge der Qualitätsdebatte im Bereich Gefährdetenhilfe, Prävention und Krisenintervention hat auch die DGS *Leitlinien zur Organisation von Krisenintervention* erarbeitet und den ihr angeschlossenen Institutionen als Instrument zur Reflexion der eigenen Arbeit und als Beitrag zur Strukturqualität angeboten. Sie sollen zum gegenwärtigen Zeitpunkt einen kontinuierlichen Auseinandersetzungsprozess über Qualitätsentwicklung und -sicherung in den angeschlossenen Einrichtungen in Gang setzen.

Die Leitlinien wurden in einem mehrjährigen Diskussionsprozess in der Zusammenarbeit von Mitgliedern klinischer und ambulanter Krisenhilfeeinrichtungen und DGS-Vorstandsmitgliedern entwickelt. Sie sind nicht als für alle Einrichtungen verbindliche Standards gedacht, sondern als „Korridor“, in dem sich die Leistungen der einzelnen Leistungsanbieter je nach Arbeitsschwerpunkten bewegen sollen (Giernalczyk, 1998, S.187).

In den Leitlinien geht es um sieben *Themenbereiche*, die in einzelne Komponenten unterteilt werden, unter denen zu entsprechenden Qualitätsmerkmalen *Minimalstandards* definiert werden. Diese Themenbereiche sind nach Freytag (1998) und Freytag et al. (1998):

1. Das Selbstverständnis der Arbeit und ihre theoretische Basis
2. Verwaltung und Organisation
3. Qualifizierung der Mitarbeitenden
4. Das Angebot
5. Kooperation und Vernetzung
6. Ethik
7. Evaluation und Weiterentwicklung

Für die Verbreitung und Umsetzung der Leitlinien werden von der DGS bestimmte Strategien empfohlen. Kernstück dieser Strategie ist die Einführung und Sicherung eines kontinuierlichen Diskussions- und Reflexionsprozesses in den Einrichtungen. Zu diesem Zweck schlägt Giernalczyk (1998, S. 190f) ein praktisch-methodisches Ablaufschema nach dem Moderationskonzept vor.

Während sich die *Qualitätsdebatte* im Bereich der Suizidprävention und Krisenhilfe in Deutschland noch nicht überall etabliert hat und in ihrer Implementation noch in den Anfängen steckt, haben andere Länder bereits längere Erfahrungen sammeln können. So berichtet Wedler (1998) über die sieben Arbeitsprinzipien der Samaritans in Großbritannien und über das Organization Certification Standards Manual der Amerikanischen Suizidologischen Gesellschaft (AAS), die einen höheren Standardisierungs- und Verbindlichkeitsgrad für ihre Mitgliedseinrichtungen setzen als die Leitlinien der DGS, die bewusst offener und entwicklungsfähiger gehalten werden.

In der gesamten Qualitäts- und Leitliniendiskussion kommt in Deutschland *expressis verbis* die *hohe Suizidgefährdung im Alter* bzw. die *Risikogruppe alter Menschen* nicht vor. Wohl aber wird die besondere Problematik des suizidalen Verhaltens alter Menschen auf wissenschaftlichen Arbeitstagen und Kongressen der DGS zum Thema gemacht. Das geschah 1987 auf der 15. Frühjahrstagung der „Arbeitsgemeinschaft der DGS zur Erforschung suizidalen Verhaltens“ unter dem Thema „Depression und Suizid im Alter“ und auf der 26. Herbsttagung der DGS 1998 unter internationaler Beteiligung zum Thema „Suizidales Verhalten im Alter“. Außerdem forschen und publizieren einige bekannte Suizidologen, die der DGS angehören (z.B. Schmidtke, Teising, Wächtler, Wedler, Wolfersdorf) zu Fragen der Alterssuizidalität. In Mehrheit kommen die Suizidologen, die kontinuierlich Themen der Alterssuizidalität behandeln, aus medizinischen Disziplinen.

Erstaunlicherweise besteht in der führenden gerontologischen Fachgesellschaft in Deutschland, der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), bisher kaum Interesse, das Thema der Suizidgefährdung und Suizidprävention im Alter in ihre Agenda aufzunehmen, auf Fachtagungen und Kongressen zu präsentieren oder sich zu dieser Problematik öffentlich zu äußern. Man geht nicht fehl in der Wahrnehmung, dass die Alterssuizidalität bis heute einer der „blinden Flecken“ der deutschen Gerontologie geblieben ist (Meier-Baumgartner, 1996). Andere Fachgruppen wie z. B. die „Arbeitsgruppe für Psychotherapie im Alter“, an der mehrere gerontopsychiatrische und gerontologische Insti-

tutionen mitwirken, haben das Thema der Alterssuizidalität 2001 auf ihr Tagungsprogramm gesetzt.

Mit Ausnahme einiger Publikationen in Fachorganen, vor Jahren in der „aktuellen gerontologie“ und später in der „Zeitschrift für Gerontologie (und Geriatrie)“, ist insgesamt die Publikationsrate zum Thema Alterssuizidalität, speziell von Sozial- und Verhaltenswissenschaftlern der DGGG, äußerst gering. Das Fachorgan der DGS, die „Suizidprophylaxe“, widmet dem Thema des Alterssuizids im Jahre 2001 ein Schwerpunkttheft.

Zur Suizidprävention im Alter gibt es im deutschsprachigen Raum kaum Arbeiten, wenn, dann kommen sie vorwiegend von psychiatrischer Seite und betreffen meistens Fragen der Früherkennung und Behandlung von Depressionen. Sie greifen zudem das Problem auf, dass nach einhelligem Tenor in der Fachdiskussion *Hausärzte* als häufigste „Anlaufstelle“ für alte Menschen besonders sensibilisiert werden müssten, um suizidale Gedanken und Tendenzen bei ihren Alterspatienten wahrzunehmen und darauf einzugehen. Ein kompakter Handbuchbeitrag zum Stand der Suizidprävention im Alter stammt vom Verfasser (Erlemeier, 2000).

Aus *sozialwissenschaftlicher* Sicht lotete Schulz-Nieswandt (1997) in einer scharfsinnigen Abhandlung sozialpolitische und gesundheitsökonomische Dimensionen der Suizidpräventionsproblematik aus. Seine anthropologische Grundlegung und sein lebenslagewissenschaftliches Verständnis der Sozialpolitik führen folgerichtig zu der Prämisse, dass eine Suizidhandlung aus der *Lebenslage* der Person heraus zu begreifen ist. Demzufolge ist Suizidprävention im weitesten Sinne „sozialpolitische Lebensgestaltung, indem der Person als Person mehr Optionen (Möglichkeitsräume des Handelns) eröffnet werden“ (S. 9).

Befremdlich mutet im Verlauf seiner Abhandlung (auf den ersten Blick) die gesundheitsökonomische Kosten-Nutzen-Analyse des Alterssuizids an, die der Autor mit großer Akribie vornimmt, die aber letztlich dazu dient, einer klar begründeten *sozialpolitisch-anthropologischen* Ableitung der Suizidprävention *auch* im Alter den Vorrang einzuräumen. Es ist nicht nur aus methodischen Gründen äußerst schwierig, eine volkswirtschaftliche und private Kostenabschätzung beim Suizid und Suizidversuch vorzunehmen, sondern auch aus grundsätzlichen Erwägungen ist eine gute Suizidprävention nie zu teuer. Sie beruht letztlich auf „politischen und moralischen Wertentscheidungen“ (S. 35). Ist Verbesserung und Wahrung der Lebensqualität für eine Gesellschaft ein prioraler Wert, bedeutet Prävention, eben auch *Suizidprävention*, eine „*Sozialinvestition in Lebensqualität*“. „Prävention dient dann der Lebensquali-

tätssteigerung der betroffenen Personen wie der Qualitätssteigerung des gesamten soziale Kontextes“. Sie ist „eine Sozialinvestition in die soziale Kohäsion und die Steigerung der Handlungsspielräume der Personen“ (S. 44, im Original fett).

Sozialpolitisch impliziert Lebensqualität nach Schulz-Nieswandt (1997, S. 52f) nicht nur „die Vorhaltung von Handlungschancen i. S. gesellschaftlicher Partizipationsmöglichkeiten“ als Ausdruck sozialer Integration, sondern auch „die Beeinflussung der Verteilung der Ressourcen, vor allem der sozialen Ressourcen (wie der sozialen Netze), aber auch der materiellen Absicherung“. Ihm geht es bei Präventionsstrategien vor allem um die Gestaltung der „*Sozialökologie des Menschen*“, um Investitionen in das Gemeinwesen, in die dazu gehörige Infrastruktur und in soziale Kohäsion.

Für die Suizidprävention im Alter hätte diese sozialpolitisch-anthropologische Standortbestimmung, falls sie umgesetzt wird, weitreichende Folgen. Es geht um „Präventionsstrategien auf örtlicher Ebene“ (S. 55). Gedacht wird an Selbsthilfegruppen, an die Vernetzung professioneller und informeller Leistungssysteme, insbesondere an „eine verörtlichte, gemeinwesenorientierte, lebensweltlich eingebettete bzw. mit den Lebenswelten der Betroffenen abgestimmte Versorgungsstruktur (‘managed care’), an der sich Kassen, Kommunen, Krankenhäuser, Ärzteschaft, soziale Dienste, aber auch Selbsthilfeorganisationen und spezialisierte Krisendienste beteiligen. In der Konzeption der gemeinwesenorientierten Präventions- und Krisenhilfe von Schulz-Nieswandt gibt es interessante Parallelen zu Leitlinien des finnischen nationalen Suizidpräventionsprojekts.

Um dieses ambitionierte Vernetzungsprogramm ins Werk setzen zu können, sei die „multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Kostenträger und Leistungsanbieter“ gefragt. Erforderlich sei die „*Entwicklung einer interinstitutionellen ‘Kooperationskultur’*“ (S. 59). Die Gestaltung eines derart umfassenden Präventionsprogramms, wie es modellhaft in Finnland und Schweden praktiziert wird, erfordert finanzielle, vor allem aber hohe soziale Investitionen, die die Gesellschaft zu tragen bereit sein muss. Wenn Prävention „Sozialinvestition in Lebensqualität“ sein soll, kann man sie nicht auf einzelne Institutionen abschieben oder nur dem Medizinsektor überlassen. Soll sie ihren Beitrag zur „Daseinsvorsorge“ leisten, muss sie stärker ins Blickfeld sozialpolitischer Entscheidungsträger rücken. Wir schließen uns hier wie Schulz-Nieswandt Teising (1992, S. 115) an, der schreibt:

„Entscheidend für die Suizidprävention (...) werden sozialpolitische Entscheidungen sein. Antisuizidal wirkt jede Maßnahme, die die Integration fördert und der sozialen Isolation entgegenwirkt.“

Was die Umsetzung dieses Projektes in puncto Suizidprävention bei *alten Menschen* betrifft, stehen wir in Deutschland jedoch noch ganz am Anfang. Noch ist diese „Kooperationskultur“ in ihren Konturen kaum zu erkennen. Im empirischen Teil II wie praktischen Teil III der vorliegenden Studie werden im ersten Schritt Befunde zum gegenwärtigen *deutschen* Stand der Suizidprävention und ambulanten Krisenhilfe im Alter vorgelegt und im zweiten Schritt Perspektiven für die Verbesserung des Hilfesystems für suizidgefährdete alte Menschen im Vorfeld stationärer psychiatrischer Behandlung erarbeitet.

Schulz-Nieswandt (1997) wirft zuende seiner Abhandlung eine Reihe konkreter Fragen auf, die die künftige (Alters)Suizidprävention ernsthaft aufgreifen muss. Zum Beispiel: Wie stellt man die psychiatrischen Facharztendienste für Notfälle sicher? Wie ist die Kooperation zwischen psychiatrischen Fachkrankenhäusern und ambulanten Krisendiensten zu verbessern? Wie sollten diese Krisendienste organisiert sein? Wie kann die Finanzierung ambulanter (nicht-medizinischer) Dienstleistungen, die die Krisenhilfeeinrichtungen erbringen, auf Dauer abgesichert werden? Welche Verpflichtungen können die Kassen trotz der rechtlichen Restriktionen dabei übernehmen? (S. Kapitel über Suizid im Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998)

5.4 Krisenintervention

Wenn Menschen aufgrund ausweglos erscheinender Lebensumstände in eine schwere Krise geraten sind, in der sie Suizidabsichten hegen, oder wenn sie bereits einen Suizidversuch ausgeführt haben, sollten Hilfen im Rahmen der *sekundären* und *tertiären* Prävention greifen. Diese akuten, unmittelbar eingreifenden Hilfen werden zur *Krisenintervention* zusammengefasst, die sich von längerfristigen psychotherapeutischen Hilfen unterscheidet. Letztere versuchen, längerfristige, oft chronifizierte Persönlichkeitsprobleme aufzuarbeiten, während Hilfen in der Krise auf möglichst rasch wirkende Reduzierung des Belastungsdrucks und auf Stärkung sozialer Kompetenzen und Stützfaktoren ausgerichtet sind. Krisenintervention schließt auch die nachgehende Betreuung von Suizidenten (mit ihren Angehörigen) sowie die Arbeit mit Hinterbliebenen nach einem Suizid ein.

Nach Wedler (1997, S. 47) kann Krisenintervention definiert werden als „der erlernte Umgang eines neutralen (nicht an der Krise beteiligten oder gar darin verwickelten) Helfers mit dem Krisengeschehen unter der Zielsetzung, in unmittelbarer Kommunikation mit dem Betroffenen diesem bei der Bewältigung der Krisensituation beizustehen und in der Krise lauernernde Gefahren abzuwenden“.

Bei Sonneck (2000, S. 15) heißt es: Die Krisenintervention „umfasst alle Aktionen, die dem Betroffenen bei der Bewältigung seiner aktuellen Schwierigkeiten helfen.. Damit können negative soziale, psychische und medizinische Folgen, die als Fehlanpassung oder psychischer Zusammenbruch jeder Krise immanent sind, verhütet werden“.

Nach Sonneck und Etzersdorfer (1992, S. 57) ist die Krisenintervention von Behandlungsmaßnahmen der Akutpsychiatrie zu unterscheiden, die bei akuten Psychosen, Bewusstseinsstörungen und anderen psychischen Erkrankungen einsetzt. Krisenintervention dagegen „umfasst alle Aktionen, die dem Betroffenen bei der Bewältigung seiner aktuellen Schwierigkeiten helfen. Damit können negative soziale, psychische und medizinische Folgen, die als Fehlanpassung oder psychischer Zusammenbruch jeder Krise immanent sind, verhütet werden“. Erinnert werden soll hier an die Modelldifferenzierung von Wolfersdorf (1999, 2000, S. 68), insbesondere an das Modell suizidaler Dynamik.

Für die Krisenintervention sind *basale Prinzipien* konstitutiv, auf die Wedler, aber auch Sonneck und Etzersdorfer eingehen. Nach Wedler (1997) sind es

- Der Aufbau einer Vertrauensbasis
- Die Verfügbarkeit von Zeit
- Die verlässliche Präsenz des Krisenhelfers
- Die Stufenfolge der Krisenintervention
- Die Erschließung und Sicherung von sozialen und materiellen Ressourcen
- Die Beachtung von Störfaktoren
- Die Verfolgung von Zielen
- Die Akzeptierung von Grenzen
- Die Vorgabe einer klaren Organisationsstruktur
- Rollenreflexion und -definition des Krisenhelfers
- Supervision für den Krisenhelfer

Bei Sonneck und Etzersdorfer (1992, S. 62) lauten die allgemeinen Prinzipien der Krisenintervention:

„- Rascher Beginn

- Aktivität (des Krisenhelfers, d. Verf.)
- Methodenflexibilität
- Fokus: Aktuelle Situation/Ereignis
- Einbeziehung der Umwelt
- Entlastung
- Zusammenarbeit (von Krisenhelfer, Hilfesuchendem und Bezugspersonen, d. Verf.)“.

Eine aktualisierte Einführung in „Krisenintervention und Suizidverhütung“ wurde von Sonneck (2000) vorgelegt.

Es gibt unterschiedliche *Kriseninterventionskonzepte*, die in ihren Grundzügen und methodischen Vorgehensweisen allerdings weitgehend übereinstimmen. Häufig werden dabei einzelne Ablaufschritte oder Stufen unterschieden.

Bei der Krisenintervention sind nach Wedler (1997, S. 49) folgende Stufen zu durchlaufen:

- „1. Unterbrechung pathologischer Kommunikation
2. Herstellung einer funktionsfähigen Beziehung Helfer – Klient
3. Klärung der Krisensituation in Grundzügen
4. Motivation zur Selbsthilfe
5. Falls erforderlich: Motivation zur Annahme von Fremdhilfe
7. Wiederherstellung der unterbrochenen Kommunikation“.

Sieben ganz praktische Schritte im Umgang mit Suizidpatienten finden sich in einem Aufsatz von Wedler (1994, S. 21). Im 1. Schritt geht es um die Kontaktaufnahme des Inhalts: „Ich bin bereit, dich zu akzeptieren“, im 2. Schritt muss die Gelegenheit zum Sich-Aussprechen gegeben werden. Inhalt: „Ich bin bereit, dir zuzuhören“. Im 3. Schritt wird die Wiederherstellung sozialer Beziehungen (zu Pflegepersonal, Ärzten, Mitpatienten) angestrebt, mit dem Inhalt ein „soziales Übungsfeld in neutraler Atmosphäre“ zu schaffen. Der 4. Schritt umfasst Einzelgespräche mit dem Patienten, in denen es um die Analyse der psychosozialen Situation und der Krisenentwicklung geht. Gespräche mit Bezugspersonen, Paar- und Familiengespräche können die Einzelgespräche sehr sinnvoll ergänzen. Beim 5. Schritt werden die Weichen zur Weiterbehandlung und Nachsorge gestellt. Ferner geht es um die Motivation des Patienten zur Mitarbeit und um Vermittlung weiterer Hilfen. Der 6. Schritt zielt auf eine „Einordnung“ des suizidalen Verhaltens im psychosozialen Bezugssystem des Patienten ab (Metakommunikation) (nach Ansicht d. Verf. ein Ziel, das den gesamten Kriseninterventionsprozess begleitet). Beim 7. Schritt geht es um die Relativierung der Helferrolle,

letztlich um die Verantwortungsübertragung für sein Leben an den Patienten (Krisenintervention als Hilfe zur Selbsthilfe).

Wedler (1994, S. 62) stellt zusammenfassend folgende allgemeine Regeln für eine wirksame Krisenintervention auf:

- „1. Jede Suizidhandlung ist ernst zu nehmen.
2. Frühzeitige Kontaktaufnahme ist erforderlich.
3. Vermutete Suizidalität stets ansprechen.
4. Spezielle Motivierung des Suizidgefährdeten zur Akzeptanz therapeutischer Maßnahmen ist häufig erforderlich (falsch wäre ein während abwartendes Verhalten!).
5. Die Aktivität des Therapeuten in der Krisenintervention muss größer sein als bei längerfristigen Therapien.
6. Die Eigenverantwortlichkeit des Patienten für Fortgang und Erfolg aller Maßnahmen ist dennoch hervorzuheben.
7. Die Zuwendung zum Patienten sollte stets unabhängig sein vom Verhalten des Patienten, insbesondere wenn dieses selbstdestruktive Formen annimmt.
8. Eine anhaltende Suizidalität muss akzeptiert und ausgehalten werden. Unter Umständen sind Antisuizid-Pakte zu schließen“.

Ähnliche Überlegungen wie Wedler stellen auch Sonneck und Etzersdorfer (1992, S. 60) an, indem Krisenintervention dem Betroffenen ermöglichen soll, „sich in seiner Krise zu akzeptieren und dann davon ausgehend selbst zu Lösungen und Bewältigungsmöglichkeiten zu kommen“. Es geht um eine *aktive* Bewältigung der Krise. Das Ziel von Krisenintervention muss es sein, die eigenen Fähigkeiten des Betroffenen und seiner Umgebung zu aktivieren und zu unterstützen, nämlich in Zukunft sich selbst zu helfen. Krisenintervention basiert nach Auffassung der Autoren trotz unterschiedlicher theoretischer Ausgangspunkte letztlich auf

- dem Arbeiten an der Beziehung,
- der Fokussierung auf den aktuellen Anlass,
- dem Eingehen auf die emotionale Situation,
- der Einbeziehung der sozialen Umwelt,
- der Erschließung weiterer Hilfsmöglichkeiten und
- dem Erarbeiten von Zukunftsperspektiven (S. Sonneck, 2000, S. 61f).

Die Krise wird dabei nicht als eine „krankhafte Störung“ verstanden, sondern als „eine, unter bestimmten Bedingungen entstehende ‘natürliche’ Warn- und Bewältigungsreaktion“ (S. 63), an der gemeinsam gearbeitet werden kann.

Ein sehr praxisnahes Konzept von Krisenbegleitung, das in der Arbeit des Krisen- und Beratungsdienstes (K.U.B) in Berlin entstand, stellen Müller und Ruschke (1997) vor. In sieben Thesen wird die Arbeit der Krisenbegleitung näher qualifiziert. Wie schon betont, *können die allgemeinen Prinzipien ambulanter Krisenhilfe ohne Bedenken auf die Zielgruppe alter Menschen übertragen werden*, allerdings mit der Empfehlung, stärker auf *zugehende* Formen der Krisenbegleitung hinzuarbeiten.

Die Krisenintervention lässt den Krisenhelfer selbst nicht unberührt. Die ständige Beschäftigung mit Menschen in Lebenskrisen, mit depressiven und /oder suizidalen Symptomen bringt nach den Erfahrungen von Krisenhilfekennern (Giernalczyk, Sonneck & Etzersdorfer, Wedler, Wolfersdorf u.a.) auch immer wieder die Konfrontation mit der eigenen Krisenanfälligkeit mit sich, mit den eigenen Einstellungen zu Sterben, Tod und Suizidalität. Deshalb stellt sich auch die Notwendigkeit von kollegialer Beratung und Supervision. In leicht pathetischer Weise formulieren Sonneck und Etzersdorfer (1992, S. 69): „Je besser der Helfer seine eigene Stellungnahme zu Suizid, Tod und Sterben kennt, desto freier wird er sein, den schwierigen Weg mit dem Menschen in der Krise gemeinsam zu gehen“. Nur wenn er sich seines eigenen Involviertseins bewusst geworden sei, könne er die Hilfe geben, die tatsächlich wirke.

Den *helfenden problemfokussierenden Gesprächen* kommt in der Krisenintervention eine große Bedeutung zu. Des öfteren sind die Leitlinien und Regeln solcher Gespräche aufgezeigt worden. Zur Einschätzung der Suizidalität bei ambulanten *Erstkontakten* im Gespräch sind die Ausführungen von Giernalczyk (1995, 1997) äußerst hilfreich. Der Kontaktaufbau zwischen dem Klienten und Therapeuten ist deshalb so wichtig, weil er antisuizidal wirken und den Klienten aus seiner Isolation und Einengung herausholen soll.

Allgemeine Überlegungen zum Gespräch und Umgang mit suizidalen Menschen systematisiert auch Wolfersdorf (1992, S. 234, 2000, S. 111f). Auch er betont u. a. das offene und direkte Ansprechen der Suizidalität, das Ernstnehmen (Nicht-Dramatisieren!), das Nicht-Beschönigen oder Verharmlosen suizidaler Signale und Tendenzen, das Erkunden und Einbeziehen von Unterstützungsressourcen im sozialen Umfeld, die Klärung der Lebensumstände und der weiteren therapeutischen Optionen. In der praktischen Arbeit mit suizidgefährdeten Menschen geht es nach Wolfersdorf (1992, S. 247) zentral darum, „*dass sie im Sinne stellvertretender Hoffnung dem Patienten Zukunftsperspektiven vermittelt*“.

Nach Sonneck (2000, S. 72) geht es bei den Gesprächen im Verlauf von Krisenintervention um folgende Aspekte:

- „a) die Beziehung untereinander (zwischen Berater und Klient, d. Verf.),
- b) den Inhalt,
- c) die therapeutischen Interventionen,
- d) die direkte Unterstützung und Vermittlung von Hilfen und
- e) das weitere Vorgehen“.

Das Vorgehen der Krisenintervention unterscheidet sich bei *alten Menschen* nicht grundsätzlich von dem in jüngeren Altersgruppen. Entscheidend ist immer die Abschätzung der suizidalen Gefährdung im Erstkontakt, der rasche Beginn der Krisenhilfe, der allmähliche Beziehungs- und Vertrauensaufbau zwischen dem Krisenhelfer und Klienten sowie die Reduzierung des akuten Belastungsdruckes wie der emotionalen Isolierung. Wenn notwendig sollten Angehörige, Hausärzte, ambulante Beratungsdienste oder auch psychiatrische Einrichtungen in den Krisenhilfeplan einbezogen werden. Auch wenn die Methodik der Krisenintervention im Alter sich nicht grundsätzlich von der in jüngeren Altersgruppen unterscheidet, so werden die *Inhalte und Belastungsfaktoren*, die Gegenstand der helfenden Gespräche sind, andere als bei jüngeren Menschen sein. Nach Wolfersdorf (1992) sind es vor allem Themen, die mit der Beendigung der Erwerbstätigkeit, der Multimorbidität, der Vereinsamung und der Nähe zum Tod zu tun haben. Man kann hinzufügen, dass es sich wahrscheinlich um Themen handelt, die in enger Nachbarschaft zu den altersspezifischen Risikofaktoren der Suizidalität zu sehen sind (S. Kapitel 3). Wolfersdorf (1992, S. 248f) meint, der Akzent bei hilfreichen Gesprächen mit alten Menschen liege im wesentlichen auf der *Sinnfrage*, angesichts des „Verlustes von Zukunft“ und der „Nähe zum Tode“. Das Totsein sei nicht so sehr das Problem, sondern „Siechtum, Pflegebedürftigkeit, Angewiesensein auf andere, Abhängigkeit von Verständnis, Unterstützung, Hilfe, Pflege durch andere, damit sich ausliefern, Vertrauen haben müssen zu anderen ...“ (S. 249). Dass in diesen Zukunftsängsten motivationale Kräfte für Suizidhandlungen im Alter zu finden sind, haben auch die Analysen von Abschiedsbriefen (suicide notes) aufdecken können (Bauer et al., 1997; Leenaars, 1992).

Grundzüge der Suizidprävention bei alten Menschen finden sich auch bei Wolfersdorf und Welz (1997). Sie unterscheiden sich – wie schon betont – jedoch nicht wesentlich von denen bei jüngeren Menschen.

Was die Praxis der Krisenhilfe und ihre Organisationsstruktur in *Deutschland* anbelangt, so gibt es erstens sehr vernünftige konzeptio-

nelle und organisatorische Vorstellungen und Planungsgesichtspunkte, die bisher jedoch nur in Einzelfällen optimal umgesetzt worden sind, und zweitens einige empirische Daten zum Stand der Prävention und Krisenhilfe in unserem Lande. *Zur Krisenhilfe bei alten Menschen, die suizidal gefährdet sind, liegen dagegen keine verlässlichen und für Planungen verfügbaren Informationen vor.* Auf ein wenig erfolgreiches Modellprojekt in Trier wird später noch einzugehen sein.

Im empirischen Teil II der vorliegenden Studie wird untersucht, ob es in der Bundesrepublik im ambulanten Bereich spezifische Krisenhilfeangebote für suizidgefährdete alte Menschen gibt, ob sie bei diesen bekannt sind und in Anspruch genommen werden, ferner wie sie organisiert sind und ob sie mit dem Altenhilfesystem kooperieren (s. Erlemeier, 2001).

Aus vielen Studien ist bekannt, dass Krisenhilfe-Dienste von alten Menschen in nur geringem Maße frequentiert werden (zusammenfassend: Bharucha & Satlin, 1997). Das ist umso beunruhigender und veränderungsbedürftiger, weil ja alle epidemiologischen Daten für die hohe Suizidgefahr im Alter, besonders bei Männern über 75 Jahren, sprechen. Diese gehören aber nur in verschwindendem Maße zur Klientel ambulanter Krisenhilfe. Welches sind die Gründe für die bislang geringe Wirksamkeit der Krisenhilfe bei alten Menschen? Die vorliegende Studie will darauf einige Antworten finden.

McIntosh (1995, S. 184) zieht aus mehreren Untersuchungen das folgende Fazit: „It has often been observed that older adults generally do not seek, and therefore are seriously underrepresented in the clientele of suicide prevention and crisis intervention, as well as general mental health agencies“ (S. Erlemeier, 1992, S. 98). Nach Teising (1992, S. 111) befanden sich unter der Klientel von Beratungsstellen für Suizidgefährdete in den USA nach McIntosh nur 1-2% alte Menschen. Dagegen besuchten rund 50 % der Suizidenten vor der Tat im Monat zuvor ihren Hausarzt, der aber offensichtlich die akute Suizidgefahr nicht erkannte (Bron, 1992). Bei Cattell und Jolley (1995) hatten 19 % der alten Menschen, die einen Suizid begingen, in der Woche zuvor ihren Hausarzt gesehen, 43 % innerhalb des letzten Monats und 58 % innerhalb der letzten sechs Monate. Psychiatrische Dienste hatten nur 20 % der Suizidstichprobe in den letzten sechs Monaten vor ihrem Tod kontaktiert. Daraus ziehen die Forscher den Schluss, „that specialist old-age psychiatry services are in contact with only a small proportion of individuals who go on to commit suicide“ (S. 456).

Ähnliches gilt auch für ambulante Krisenhilfeeinrichtungen. Nach einer Erhebung in den USA durch Mercer (1989) gab es kein für alte Menschen spezielles Suizidpräventionsprogramm. Nur zwei Suizidpräventions-/ Krisenhilfedienste hatten sich in ihrem Angebot auch auf suizidgefährdete alte Menschen eingerichtet. Aus einigen Jahresberichten von Krisenhilfeeinrichtungen in Deutschland geht hervor, dass sich alte Menschen nur zu einem sehr geringen Anteil an diese Einrichtungen wenden. Bei der Krisenhilfe Münster waren es z. B. in 1997 von 182 Klientinnen/Klienten *nur 4*, die über 61 Jahre alt waren, dagegen 142 im Alter zwischen 20 und 50 Jahren. Die Krisenberatung Bielefeld weist in ihrem Jahresbericht 1994 bei 335 Intensivbetreuungen nur *11* über 60jährige aus, in früheren Jahren waren es noch weniger. Auch unter den Anrufern von Telefonnotdiensten befinden sich nur relativ wenige alte Menschen, nach McIntosh (1995) in den USA rund 3 %.

Als Gründe für die Unterrepräsentation alter Menschen an der Klientel von Krisenhilfediensten und -einrichtungen nennt McIntosh (1995, S. 184):

- Mangelnde Kenntnis über Existenz dieser Dienste und Einrichtungen,
- Die Fehleinschätzung, diese Dienste und Einrichtungen seien nicht für alte Menschen gedacht,
- Falsche Erwartungen bezüglich der Kosten und Kostendeckung,
- Geringe Anstrengungen und Initiativen seitens der Krisenhilfe, alte Menschen in ihrer psychischen Not zu erreichen,
- Eine Aversion gegen derartige Hilfeeinrichtungen und generell gegen Fremdhilfe in den gewöhnlichen Alterskohorten.

Hinzufügen kann man noch den Grund, dass alte Menschen, wenn sie zum Suizid entschlossen sind, wahrscheinlich keine Hilfe mehr von ihrer Mitwelt erwarten und deshalb auch keinen Sinn mehr in solchen Angeboten sehen.

Für die Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter stellt sich aufgrund dieser Situation die dringende Frage:

Wie können suizidgefährdete alte Menschen in ihrer Distanz zum Krisenhilfesystem, in ihrer Selbstisolation und desolaten Lebenslage durch präventive und interventive Anstrengungen und Strategien erreicht werden, und mit welchen Mitteln kann Suiziden und Suizidversuchen im Alter vorgebeugt werden?

In den USA gibt es eine Reihe von Initiativen und Projekten, die darauf abzielen, die Suizidprävention und Krisenhilfe für die Zielgruppe alter Menschen zu verbessern. Großbritannien und Irland haben die Tradition der Samaritans, auf die oben schon hingewiesen wurde.

McIntosh (1995, S. 184) nennt als Anliegen innovativer amerikanischer Suizidpräventions- und Interventionsprogramme für alte Menschen „to reach elders who are at high risk but who do not typically use mental health services, if they are to be provided effective services“. Ein Programm ist Link-Plus of Life Crisis Services, angeschlossen dem St. Louis Crisis Intervention Center, das sich u. a. an depressive alte Menschen wendet. Es arbeitet nach dem traditionellen Konzept der Telefonhilfe, das ohne großen Aufwand von anderen Kriseninterventionszentren übernommen werden kann. Speziell geschulte Krisenhelfer und Case Manager vermitteln im Einzelfall an Community Services. In der Regel bleibt Link-Plus über mehrere Monate mit den Hilfesuchenden in Kontakt. Das Problem ist allerdings die bekannte Zurückhaltung alter Menschen, diesen Telefonservice zu nutzen. Nur 1-3 % der Anrufer sind über 60jährige, obwohl Krisen-Hotlines (zumindest in den USA) auch bei alten Menschen bekannt zu sein scheinen.

In den letzten Jahren bedienen sich Anbieter für Krisenberatung auch der neuen Medien, insbesondere des *Internets*. So bietet z. B. die amerikanische Organisation Suicide Awareness/Voices of Education (2000) eine Website mit Warnzeichen für depressive und suizidale Entwicklungen bei alten Menschen an oder die American Foundation of Suicide Prevention (1999) eine Website zu Suicide Facts, unter anderem auch zum Alterssuizid. Die Nutzung neuer Medien als Beratungsmittel wird in Zukunft noch ansteigen.

Die Wirksamkeit von Krisentelefondiensten haben DeLeo, Carollo und DelloBuono (1995) in Italien untersucht. Es handelt sich um 12.135 Personen über 65 Jahren aus der Region von Venedig, die zwischen Januar 1988 und Dezember 1991 über Telefon mit einer Servicezentrale in Verbindung standen. Das Programm heißt Tele-Help/Tele-Check. Um den Effekt des Programms auf Suizidprävention und Krisenhilfe zu überprüfen, wurde die Mortalität der Tele-Help/Tele-Check Gruppe mit der der Gesamtpopulation im Raum von Venedig verglichen. Die Servicegruppe umfasste mehr alleinlebende Frauen. Unter den Todesfällen in der Servicegruppe befand sich nur ein Suizid, der, wenn er als Suizidrate umgerechnet wurde, signifikant unter der berechneten Suizidrate für die Gesamtbevölkerung der Region lag, und das in einer Gruppe, die häufiger Risikomerkmale für suizidale Gefährdung als die Gesamtpopulation aufwies. Die Autoren schließen bei allen methodischen Einwänden, die gegen die Studie erhoben werden können, dass ihre Ergebnisse die Wirksamkeit präventiver Strategien, die auf Hilfe für alte Menschen in Lebenskrisen abzielen, zu bestätigen scheinen.

Als Beispiel für ein weiteres Programm führt McIntosh (1995) das Center for Elderly Suicide Prevention and Grief Related Services in San Francisco an. Das Programm besteht aus zwei Komponenten innerhalb eines geriatrischen Schwerpunkts: Einmal aus der sog. Friendship Line, einem 24-Stunden-Telefondienst, speziell bekannt gemacht für ältere Menschen, und zum zweiten aus einem Geriatric Outreach Program, das Telefonkontakte und Hausbesuche für alte Menschen initiiert und durchführt, die isoliert und/oder an das Haus gebunden sind. Im Jahr 1991-1992 tätigte das Center beispielsweise 14.385 Telefonanrufe und organisierte 779 Hausbesuche. Es versucht, dadurch das Problem der schlechten Erreichbarkeit von alten Menschen in psychischer und sozialer Not zu überwinden. Die freiwilligen Helfer und Helferinnen werden gerontologisch besonders geschult und auf die Aufgaben des Centers vorbereitet. Häufig wird wie bei Notrufsystemen ein täglicher Telefonkontakt zwischen Center und alten Menschen eingerichtet, um im Notfall sofort helfen zu können. Ein sog. „buddy-system“ kann organisiert werden, bei dem ein freiwilliger Helfer einen alten Menschen in besonderen Lebenslagen (z. B. beim Umzug ins Heim) betreut.

Ein drittes Programm, das sich vor allem der Früherkennung physischer, psychischer und sozialer Notlagen im Alter widmet und Abhilfe schaffen möchte, ist das Spokane Community Mental Health Center im Staate Washington mit seinen vielfältigen Angeboten, unter anderem auch für die Zielgruppe alter Menschen. Es basiert vor allem auf der Methode des problemfeldnahen Case Managements und bietet einen Kriseninterventionsdienst rund um die Uhr an. Der innovativste Aspekt des Programms für alte Menschen ist das *Gatekeeper-Konzept*, auf das Erlemeier (1992, S. 88) bereits hinwies. Es resultiert aus der Tatsache, dass alte Menschen von sich aus selten Hilfsdienste in Krisenzeiten in Anspruch nehmen. Es geht bei diesem Programm um die Kooperation von Personen, die beruflich regelmäßig mit alten (darunter nicht selten auch isolierten) Menschen in ihrem Arbeitsbereich in Kontakt kommen. Darunter befinden sich z. B. Zeitungsausträger, Postbedienstete, Handwerker, Hausmanager oder Hausbesitzer, Angestellte der Gemeindeverwaltung u. a., nicht zu vergessen die Ärzte, die Hausbesuche machen. Diese Personengruppen müssten als „Früherkennungsdienst für Menschen in der Krise“ eine angemessene Schulung erfahren, damit sie für ihre Aufgabe gerüstet sind. Nach Raschko, dem Leiter der Dienste für Ältere, kamen 49 % (42 von 86) der Hinweise auf suizidgefährdete alte Menschen während der ersten sechs Monate in 1991 von Gatekeepers (zit. nach McIntosh, 1995, S. 186).

Ein weiteres Programm, das bei McIntosh (1995) Erwähnung findet, ist das Suicide Prevention Center in Dayton (Ohio). Dieses Zentrum entwi-

ckelte ebenfalls sein eigenes Gatekeeper-Programm. Ferner gehört zu seinen Aktivitäten die Herausgabe und der Verleih eines Videos und Manuals, mit Hilfe derer Personal in Altenhilfeeinrichtungen in der Erkennung von und im Umgang mit depressiven und suizidalen alten Menschen geschult werden kann.

McIntosh plädiert für den Ausbau eines „buddy system“-Telefon- und Hausbesuchsdienstes, wie er z. B. von den Samaritans in Großbritannien und Irland organisiert wird, und für ein stärkeres Engagement der „senior centers“ bei der Früherkennung von alten Menschen in Lebenskrisen und ihrer Vermittlung an Fachärzte oder Fachdienste. Einige Mitglieder dieser Begegnungszentren könnten speziell für diese Aufgabe sensibilisiert und ausgebildet werden. Schon 1979 sprach sich Miller in seinem bekannten Buch über den Alterssuizid anhand seiner Arizona-Studie dafür aus, dass sich mehr Berufsgruppen, die mit alten Menschen Kontakt pflegen, und die Senior Centers stärker an der Suizidprävention beteiligen sollten.

In jedem Fall müsste ein ambulantes Hilfesystem für suizidal anfällige alte Menschen eine *gut organisierte, aktive Outreach-Komponente* mit gut geschulten und motivierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern enthalten, die in der Lage sein müssen, suizidal gefährdete alte Menschen früh anzusprechen und ihnen zu helfen.

„Support would be provided by physically traveling to the elderly person in crisis rather than requiring that the elder travel to a service site with a formal appointment“ (McIntosh, 1995, S. 186).

Eindeutig wird hier ein System von *zugehenden, wohnfeldnahen sozialen Diensten* an die Seite der selbstinitiierten und die Institution aufsuchenden Formen des Hilfeersuchens gestellt (S. Teil III).

In *Deutschland* liegen bisher keine den in USA erprobten Programmen vergleichbaren systematischen Aktivitäten zur Verbesserung der Suizidprävention und Krisenhilfe bei alten Menschen vor. Wie schon an mehreren Stellen konstatiert, ist die Lage der Suizidprävention und Krisenhilfe in Deutschland generell unübersichtlich, zersplittert und in der sozialpolitischen Landschaft bisher kaum einer intensiven Diskussion wert. Noch weniger thematisiert wird die besondere Indikation für Hilfsangebote, die speziell auf die Gruppe der *suizidgefährdeten alten Menschen* ausgerichtet sein müssten.

Bisher gibt es nur Systematisierungsversuche, die die Strukturvielfalt deutscher Suizidprävention und Krisenhilfe in übersichtlicher Weise vor

Augen führen wollen. Ein solcher Versuch stammt von Schuldt (1989), den Erlemeier (1992, S. 92) schon entsprechend würdigte. Eine neue Klassifikationsvariante legte Rössler (1992) vor. Auf sie soll kurz eingegangen werden.

Nach Wolfersdorf (1996, 1999, 2000) schwankt die Suizidpräventionspraxis zwischen dem *Krisenkonzept (Krisenintervention)*, nach dem Menschen in schweren Lebenskrisen professioneller Hilfe bedürfen, und dem *psychiatrischen Notfallkonzept (Krankheitsmodell)*, nach dem Suizidalität in Verbindung mit psychischen Störungen gesehen und behandelt wird. Diese beiden unterschiedlichen Konzepte, die sich auch sinnvoll ergänzen, schlagen sich in der Organisationsstruktur von Suizidprävention nieder, so wie Rössler (1992) sie systematisiert.

Auch er stellt zunächst ein „Wirrwarr“ in der Krisen- und Notfallhilfe für suizidale Menschen in Deutschland fest, „in dem sich Fachleute schwer und Betroffene in der Regel überhaupt nicht zurechtfinden“ (S. 281). Der Hilfesuchende kann sich nicht an eine integrierte Krisenhilfe „in einer Hand“ wenden, sondern er sieht sich mit einer Vielzahl von Einrichtungen und Diensten konfrontiert, die in der Krisenhilfe oder Notfallpsychiatrie tätig sind, und deren Zuständigkeit er zunächst einmal selbst eruieren muss. In der Praxis ist ein hohes Maß an *Eigeninitiative* erforderlich, um sich im Wirrwarr der Angebote zurechtzufinden.

Ein rascher Überblick lässt sich kaum geben und erfordert an erster Stelle die nach wie vor problematische Unterscheidung zwischen Gesundheits- und Sozialwesen, wie sie unser Versorgungssystem kennzeichnet. Einrichtungen des Sozialwesens (dazu gehören z.B. die ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen) bieten in der Regel keine medizinischen Leistungen an, Einrichtungen des Gesundheitswesens (dazu gehören die psychiatrischen Dienste und Einrichtungen) dagegen medizinische Dienstleistungen, unter Umständen in Kombination mit psychosozialen Leistungsangeboten. Es ist deshalb nicht einfach, für suizidgefährdete Menschen ein Leistungspaket aus medizinischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Hilfen zu schnüren.

Unterschieden wird nach Rössler in unserer Versorgungskonzeption zwischen Vorfeld- und Kernfeldleistungen und -einrichtungen.

Vorfeldleistungen der Krisenhilfe erbringen vor allem die niedergelassenen Ärzte für Allgemeinmedizin, die eben nicht nur bei somatischen Beschwerden, sondern auch bei psychischen Symptomen zu Rate gezogen werden., aber auch Lebensberatungsstellen, psychosoziale Kontakt- und Koordinationsstellen, Suchtberatungsstellen, kommunale Ämter für

soziale Dienste u.a. Sie können möglicherweise als erste auf Anzeichen für Suizidgefährdung aufmerksam werden und dann an spezialisierte Fachdienste oder Fachärzte weitervermitteln.

Im Übergang zwischen Vorfeld- und Kernfeldeinrichtungen liegen als wichtige diagnostische, vermittelnde und u. U. therapeutische Instanz die Telefonnotdienste (Telefonseelsorge) und falls vorhanden die spezialisierten Krisenhilfeeinrichtungen. Nach Witte (1991) gab es erst 44 psychosoziale Einrichtungen mit spezifischen Angeboten für Suizidgefährdete, unter ihnen so bekannte wie z. B. die „Arche“ in München, den „Arbeitskreis Leben“ in Baden-Württemberg, „NEUland“ in Berlin und die „Beratungsstelle für Suizidgefährdete“ an der Psychiatrie des Klinikums der TU Dresden. Nicht zu vergessen sind auch die Selbsthilfeorganisationen, wie z. B. die Anonymen Alkoholiker u.a. Heute hat sich die Zahl der Anbieter erhöht und dürfte bei rund 100-120 Krisendiensten liegen.

Kernfeldeinrichtungen sind nach der Klassifikation Rösslers im ambulanten Bereich niedergelassene Nervenärzte und Psychiater, sozialpsychiatrische Dienste (Hinzuzufügen sind heute für die Gruppe der alten Menschen mit ihren Angehörigen *gerontopsychiatrische Zentren*, die bis März 1999 aber nur sieben Einrichtungen umfassten (Hirsch et al., 1999)), im stationären Bereich vor allem psychiatrische Fachkliniken und psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

Witte (1991) führte 38 Kliniken oder Krankenhäuser mit spezifischen Angeboten für Suizidgefährdete auf. In der Zwischenzeit dürfte ihre Zahl durch entsprechende Einrichtungen in den neuen Bundesländern angewachsen sein. Wichtig ist dabei im Sinne der *Tertiärprävention* nach einem Suizidversuch ein Verbund- und Kooperationssystem von körpermedizinischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Hilfeleistungen, wie es wegweisend von Wedler (1992) als Kriseninterventionsdienst an den Städtischen Kliniken in Darmstadt eingerichtet wurde.

Rössler (1992, S. 287) stellt zur Veranschaulichung des komplexen deutschen Hilfesystems für Suizidgefährdete ein *Filtermodell* der Krisen- und Notfallversorgung vor. Es handelt sich dabei um ein Modell mit zunehmender Intensivierung und „Psychiatisierung“ der Leistungen.

Danach können Personen mit Suizidabsichten oder parasuizidalen Gesen in Vorfeldeinrichtungen wie Telefonhilfen, niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten und Krisenberatungsstellen „aufgefangen“ werden, während Personen mit ernsthaften Suizidversuchen, oft in Verbindung mit seelischen Störungen, ohne die Notwendigkeit internis-

tischer Akutbehandlung, von niedergelassenen Fachärzten mit psychotherapeutischer Kompetenz behandelt werden sollten. Bei fortdauernder Suizidalität und intensiverem Behandlungsbedarf außerhalb von Sprechstunden müsste ein psychiatrischer Krisen- und Notfalldienst, der rund um die Uhr besetzt ist, zur Verfügung stehen, was jedoch nicht immer der Fall ist. Sonst bleibt nur die Aufnahme in die psychiatrische Klinikambulanz und bei Vergiftungen oder Verletzungen die Notaufnahme im Allgemeinkrankenhaus mit sich (hoffentlich) anschließender psychiatrischer und psychosozialer Betreuung.

Bekannt geworden ist das Kriseninterventionsmodell für Suizidpatienten im *Allgemeinkrankenhaus* („Darmstädter Modell“, Wedler, 1992), das von Wedler und seinem Team auch im Bürgerhospital Stuttgart umgesetzt wird. Als Aufgaben der Behandlung und Betreuung von Suizidpatienten im Akutkrankenhaus fallen nach Wedler (1996) an: Somatische Primärversorgung und Therapie (Detoxikation), Basiskommunikation zwischen Patienten und internistischem Personal, psychosoziale Diagnostik, die eigentliche Krisenintervention in der Klinik, die u. U. eine Nachsorge oder Psychotherapie notwendig macht.

Die Qualität dieses Modells hängt entscheidend von der Zusammenarbeit im medizinischen Team und von der Kooperation mit psychiatrischen Diensten und auch Laienhelfern ab. Nach eigenen Erhebungen, über die Wedler berichtet, erfolgte bei über der Hälfte der Suizidpatienten die Krisenintervention auf der Allgemeinstation des Krankenhauses. Die anderen wurden auf der Intensivstation des Krankenhauses oder in der Psychiatrie weiter betreut. Bei rund 19 % erfolgte die Entlassung ohne Krisenintervention, unter denen später auch Rezidivsuizidhandlungen zu finden waren. Interessant in unserem Zusammenhang ist die Feststellung Wedlers (1996, S. 208), dass sich in den letzten 15-25 Jahren das Durchschnittsalter der Suizidpatienten stärker zum mittleren und hohen Alter hin verschoben hat (44,9 Jahre).

Eine Stellungnahme zur „Krisenintervention für Suizidpatienten am Allgemeinkrankenhaus“ hat die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention und die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie – Baden-Württemberg (1998) vorgelegt.

De facto ist es so, dass nach den Ergebnissen der WHO-Studie über Suizidversuche in Europa in 79 % der Suizidversuchsfälle in Würzburg und Umgebung über den Notarzteinsatz eine Klinikaufnahme veranlasst wurde. In 65 % der Fälle wurden die Patienten zuerst in ein Allgemeinkrankenhaus eingewiesen, erst dann schloss sich in vielen Fällen eine psychiatrische Behandlung an. Nur in 6 % der Fälle waren Beratungs-

stellen die erste Anlaufadresse und in 16 % niedergelassene Ärzte. Beunruhigend ist, dass nach einem Suizidversuch die Kontinuität der Behandlung oft nicht gewährleistet wurde. Ein Teil der Patienten kam mit mindestens drei Behandlern in Berührung (Fricke & Schmidtke, 1998).

Rössler (1992) verweist auch auf die Mängel der *ärztlichen* Interventionsangebote bei Suizidgefährdung, die z. B. darin bestehen, dass bei Allgemeinmediziner*innen (Hausärzt*innen), die in der primären Gesundheitsversorgung eine entscheidende Rolle spielen, oft die psychiatrische Kompetenz und die Kenntnis über Kriseninterventionsstrategien nicht ausreichend vorhanden seien. Betroffen sei davon auch der allgemeine ärztliche Notdienst, der die Möglichkeit haben müsste, unmittelbar mit einem psychiatrischen Krisen- und Notfalldienst, der einem psychiatrischen Krankenhaus angeschlossen sein kann, zusammenzuarbeiten. Schwieriger als im städtischen Umfeld sei allerdings die psychiatrische Versorgung in *ländlichen* Regionen.

Nicht bekannt ist, ob es unter den Schwerpunkten, Angeboten, Diensten und Einrichtungen der Krisenhilfe auch solche gibt, die speziell auf die Zielgruppe *alter Menschen* in Lebenskrisen ausgerichtet sind. Die vorliegenden spärlichen Informationen aus Jahresberichten von Krisenhilfediensten sprechen dafür, dass alte Menschen nur zu einem sehr geringen Anteil diese Dienste in Anspruch nehmen, und die Dienste umgekehrt alte Menschen in ihrem Angebots- und Zielgruppenspektrum bisher kaum berücksichtigen.

Es gab, finanziert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, ein Modellprojekt mit dem Titel „*Krisenhilfe für ältere Menschen – Kriseninterventionsteam*“, das von 1993 bis 1995 in der Trägerschaft des Caritasverbandes für die Diözese Trier im Stadtbezirk Trier durchgeführt wurde. Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Projektes, die allerdings erst zu spät einsetzte, lag in der Hand des Psychologischen Instituts der Universität Trier. Das Modell war nicht auf Krisenhilfe bei Suizidgefährdung beschränkt, sondern es umfaßte ein breites Krisenindikationsspektrum. Seine Zielsetzung war deshalb auch sehr umfangreich gefasst:

„Es war Zielsetzung des Projektes, älteren Menschen, die sich in einer sich zuspitzenden und nicht mehr zu bewältigenden Situation erleben, im Rahmen eines zugehenden und niedrigschwelligen Angebotes Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten und sie in ihren Kompetenzen, Selbsthilfe- und Entwicklungspotentialen zu stärken. Deren Autonomie und Lebensqualität sollten so gefördert, Isolation und

Einsamkeit entgegengewirkt werden. Darüber hinaus sollte das soziale Umfeld Unterstützung erfahren“ (Höfer et al., o. J., S. 5).

Ferner sollte ein interdisziplinäres Team aus den Fächern Psychologie, Sozialarbeit und Pflege gemeinsam an der Erreichung dieser Zielsetzung arbeiten. Als Nachteil machte sich das Fehlen gerontopsychiatrischer Fachkompetenz bemerkbar. Das Projekt sollte bestehende Angebote regulärer Dienste der Altenhilfe ergänzen und zu deren weiterer Vernetzung beitragen.

Arbeitsbereiche waren „neben der klientenbezogenen Beratung und therapeutischen Begleitung die Gewinnung, Schulung bzw. Fortbildung und Begleitung ehrenamtlich Engagierter, gemeinwesenorientierte Öffentlichkeitsarbeit sowie vernetzende Initiativen“ (S. 5).

Von den Personen, die die Modelleinrichtung zwischen 1993 und 1995 in Anspruch nahmen, waren 36 % (N=121) ältere Menschen und 6% (N=21) Angehörige. Insgesamt wandten sich 334 Personen an das Kriseninterventionsteam. Die Anfragen und Konsultationsgespräche hatten zu mehr als 50 % ausschließlich informative Beratung und Weitervermittlung an andere Einrichtungen zum Inhalt; ein intensiveres Betreuungsangebot nahmen vor allem ältere Menschen zwischen 65 und 89 Jahren, überwiegend Frauen, in Anspruch. Es handelte sich in der Mehrzahl um Personen mit geringer „natürlicher Netzwerkgröße“, d.h. mit „erhöhter sozialer Vulnerabilität“, und um multimorbide Personen. Beratungsanlässe waren vor allem Suche nach Unterstützung und Entlastung der Angehörigen, Information hinsichtlich von Hilfsmöglichkeiten im Alltag sowie die Themen „Einsamkeit“ und „Krankheitsbewältigung“. Bei einer Mehrheit dieser multimorbiden, später auch pflegebedürftigen Personen führte die vom Ansatz her befristete Krisenintervention zu einer zeitaufwendigen intensiven Form der Begleitung, die das Team über weite Strecken überforderte. Damit waren die eigentlichen Zielstellungen des Projektes kaum noch zu realisieren. Insbesondere die Koordination und Vernetzung von Hilfsmaßnahmen auf der Basis des Case Management erwiesen sich als eine schwierige Aufgabe, sicherlich nicht zuletzt wegen der engen Anbindung an einen großen Wohlfahrtsverband. Damit arbeitete die Einrichtung nicht trägerneutral und trägerübergreifend.

Das Aufgabenspektrum und die Klientel des Modellprojektes wiesen dieses im Laufe der Zeit eher als eine *Beratungs- und Koordinationsstelle für allgemeine Lebens- und Versorgungsprobleme im Alter*, weniger dagegen als Kriseninterventionsdienst, noch weniger als Krisenhilfeangebot für suizidgefährdete alte Menschen aus. Wahrscheinlich

macht es auch wenig Sinn, einen zusätzlichen Spezialdienst zu den bestehenden Diensten der Altenhilfe zu etablieren, sondern die spezialisierten Kriseninterventionsdienste vor Ort sollten in ihrer Angebotsstruktur die Zielgruppe Älterer stärker berücksichtigen und ihr Augenmerk stärker auf die Suizidgefahr im Alter richten. Falls eine solche spezialisierte Einrichtung nicht besteht, müsste zumindest eine Krisen-Hotline eingerichtet werden, mit deren Funktion man in der Lage ist, erste Krisenhilfe zu leisten und an entsprechende psychologisch-psychiatrische Dienste weiter zu vermitteln.

Bedenkenswert ist der Einwand, den die Projektmitarbeiterinnen gegen die Bezeichnung einer Einrichtung als „*Kriseninterventionsstelle*“ erheben. Nach ihren Erfahrungen werde dadurch eine zu hohe „Zugangsschwelle“ für alte Menschen geschaffen, die ein solches Angebot zwar grundsätzlich positiv bewerteten, sich selbst aber als potentielle Nutzer dieser Einrichtung ausschlossen. Dies lege die Vermutung nahe, „dass ältere Menschen das präventive Beratungsangebot im Vorfeld aus eigener Initiative kaum nutzten, sondern erst bei einer Zuspitzung der Situation bzw. dann, wenn bereits umfangreiche Maßnahmen eingeleitet werden mussten, die Einrichtung zur Problembearbeitung in Anspruch nahmen“ (Höfer et al., o.J., S. 107).

Die Namensgebung „Kriseninterventionsstelle“ fördere zudem bei den Hilfesuchenden regressiv Tendenzen, dergestalt, dass sie eine schnelle Lösung ihrer Probleme ohne ihre aktive Mitwirkung erwarteten.

Auch wenn das Trierer Kriseninterventionsprojekt keine neuen Einsichten in die Suizidprävention und Krisenhilfe bei alten Menschen gebracht hat, so zeigt es doch auf, dass Krisenhilfeanlässe im Alter reichlich existieren, auf die nur ein koordiniertes und vernetztes Dienstleistungsangebot schnell und angemessen reagieren kann. *Deshalb kann Krisenhilfe für Suizidgefährdete im Alter auf keinen Fall auf die Mitarbeit der Dienste und Einrichtungen in der Altenhilfe verzichten.*

Um den Übergang von der Krisenintervention zur Psychotherapie zu verdeutlichen, werden die einzelnen Schritte der Krisenintervention nach Wolfersdorf (1995, S.201) noch einmal rekapituliert:

- Gesprächs-, Beziehungs-, Hilfsangebot
 - zuhören, sich Zeit nehmen, nachfragen
 - Verständnis vermitteln, gemeinsam überlegen
- Diagnostik
 - Krise, Krisensymptomatik
 - akute Suizidalität

- psychische Krankheit
- *Krisenintervention*
 - kurzfristige Gesprächstermine
 - realitäts- und situationsbezogenes Vorgehen
 - Einbeziehung psychosozialer Hilfen
 - Symptom- bzw. Krankheitsbehandlung
- Längerfristige Therapie
 - allgemeinärztlich
 - *Psychotherapie (psychologisch / psychiatrisch)*
 - medikamentöse Therapie
 - ambulant oder stationär

Die akute Krisenintervention beginnt also schon mit der Phase des Beziehungsaufbaus, kommt ohne gründliche Diagnostik nicht aus und kann zur Indikation für eine längerfristige Therapie führen, die möglicherweise psychotherapeutische, medikamentöse und soziotherapeutische Anteile umfasst.

5.5 Psychotherapie

Das psychotherapeutische Angebot für alte Menschen wird in der Bundesrepublik nach wie vor als defizitär eingeschätzt (Heuft & Schneider, 2001; Hirsch, 1990; Radebold, 1990, 1992; Stuhlmann & Hinze, 1997; Wolfersdorf, 1992; Zank & Niemann-Mirmehdi, 1998). Nach Baumann (1998, S. 143) ist die Psychotherapie bei alten Personen bisher ein „Stiefkind der Klinischen Psychologie“. Darüber hinaus zeigt eine Studie von Baumann und Perst (1999), dass Personen über 60 Jahren in der klinisch-psychologischen Fachliteratur ausgesprochen unterrepräsentiert sind. Offenbar hat sich an der „Unterversorgung“ alter Menschen mit Psychotherapie in den letzten Jahren, auch wenn es Fortschritte in der Etablierung der Gerontopsychiatrie in Deutschland gegeben hat (Radebold, 1998), in der Praxis kaum etwas verändert. Diese Einschätzung ist nicht besonders ermutigend, zumal in der Zwischenzeit durch Outcome-Studien gut belegt ist, dass Psychotherapie im Alter ähnlich wirksam ist wie bei jüngeren Personen (Heuft, Kruse & Radebold, 2000; Kruse & Wahl, 1999).

Gründe für dieses Defizit sieht Baumann in der geringen Nachfrage (wobei hier selbst nach den Gründen gefahndet werden müsste, d. Verf.), in der Unattraktivität alter Patienten für jüngere Therapeuten, die eindeutig die sog. YAVIS-Patienten (young, attractive, verbal, intelligent, successful) bevorzugten, und in den Nachwirkungen des klassischen

Vorurteils Freunds gegen die Psychoanalyse bei Älteren. Nach Radebold (1992) sind es auch gefühlsmäßige Schwierigkeiten (insbesondere spezifische Übertragungs- und Gegenübertragungsprobleme) des jungen Therapeuten mit einem älteren Gegenüber besonders in der psychoanalytischen Therapie.

Nach Stuhlmann und Hinze (1997, S. 163) sind alte Menschen gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil und der Häufigkeit psychischer Störungen „in den Institutionen der psychotherapeutischen Versorgung und in den Veröffentlichungen über psychotherapeutische Behandlungen deutlich unterrepräsentiert“. In einer Befragung von Psychotherapeuten in München, die Kemper (1992) durchführte, äußerten sich über zwei Drittel der Psychoanalytiker schriftlich, dass sie keine über 50jährigen Patienten behandeln wollten. Ein Drittel der Verhaltenstherapeuten reagierte ähnlich. Bei etwa einem Drittel der Rückmeldungen gab es keine Angaben zu einer expliziten Altersbegrenzung. 25 % der Verhaltenstherapeuten, aber nur 5 % der Psychoanalytiker wünschten sich Patienten zwischen 50 und 60 Jahren. Kemper meint, dass bei der hohen Niederlassungsdichte von Psychotherapeuten in München die Unterversorgung von Alterspatienten noch eklatanter wirke. Diese scheine nicht ein Problem mangelnder Therapiekapazität zu sein, „sondern eher ein Problem der Therapeuten selbst ..., die psychische Erkrankungen bei Alternden häufig für unbehandelbar halten, die sich für nicht kompetent erachten oder die Alternden generell ablehnen“ (S. 358).

Auch nach Arolt und Schmidt (1992) werden in Nervenarztpraxen weniger als 1 % der über 60jährigen, die an einer Depression leiden, psychotherapeutisch behandelt, bei einer Bedarfsschätzung von 30 %.

Bei einer Befragung von Westberliner Psychotherapeuten (Psychoanalytikern und Verhaltenstherapeuten) durch Zank und Niemann-Mirmehdi (1998) mit einer allerdings recht geringen Rücklaufquote (28 %) fielen die Ergebnisse jedoch vergleichsweise günstiger aus. Rund 52 % gaben an, dass sie Personen bis zum Alter von 65 Jahren annehmen; 41 % akzeptierten auch solche über 65 Jahren. 67 % der antwortenden Psychotherapeuten gaben an, Therapieerfahrungen mit über 60jährigen gemacht zu haben. Zehn Psychotherapeuten, darunter neun Psychoanalytiker, berichteten von Psychotherapien bei über 80jährigen Patienten. Die meisten Therapien waren Einzeltherapien, am häufigsten psychoanalytisch orientiert. Die häufigsten Therapieindikationen waren *Depressionen*, gefolgt von Angststörungen. Als Gründe für die mangelnde psychotherapeutische Behandlung Älterer wurden u. a. geringe Nachfrage, reduzierte Lernfähigkeit im Alter und gefühlsmäßige Probleme im Umgang mit Älteren angegeben. Bei einigen Therapeuten ä-

ßerte sich auch offene Ablehnung von Alterspatienten. Die mangelnde Nachfrage durch Ältere könnte in einem anderen „Therapiewahlverhalten“ (S. 128) als bei Jüngeren zu suchen sein. Ältere wählen wahrscheinlich lieber ihren vertrauten *Hausarzt* und verbleiben auch bei psychischen Problemen bei ihm. Hinzu kann noch ein unzureichender Informationsstand über Psychotherapieangebote in der Region kommen. Ähnliches ist sicherlich auch im Hinblick auf Krisenhilfeeinrichtungen anzunehmen.

Gibt es Fortschritte in der Psychotherapie alter Menschen über die letzten zehn Jahre? Ein Fazit soll schon vorausgeschickt werden: „Für therapeutischen Nihilismus bleibt angesichts der breiten und positiven Erfahrungen (mit der Psychotherapie bei Älteren, d. Verf.) wenig Raum“ (Stuhlmann & Hinze, 1997, S. 163). Einen Überblick über den gegenwärtigen Stand der *Gerontopsychotherapie* in Deutschland geben Heuft und Schneider (2001) sowie Radebold (1998). Unter den psychotherapeutischen Behandlungsmethoden haben psychoanalytische Konzepte, vor allem als Einzeltherapien in Form von Fokal- und Kurztherapien aber auch als längerfristige psychoanalytische Therapien bis zum Alter von 70 bis 75 Jahren einen festen Platz. Häufiger vertreten sind auch verhaltenstherapeutische und kognitive Behandlungsmethoden bei Verhaltensproblemen, Ängsten oder bei depressiven Störungen (Hautzinger, 1997). Von den anderen Therapieformen kommen noch kreative Verfahren, Entspannungstechniken und soziotherapeutische Methoden zur Anwendung. Erfahrungen mit Gruppentherapien im Alter stellen Heuft und Schneider (2001) zusammen.

Ein Überblick über psychotherapeutische Verfahren bei *suizidalen* Klienten bzw. Patienten allgemein findet sich bei Wedler, Wolfersdorf und Welz (1992). Milch behandelt dort die *Gesprächsführung und klientenzentrierte Gesprächstherapie* mit Suizidalen, Reimer die *tiefenpsychologische Einzeltherapie* bei Suizidpatienten. Er beruft sich dabei auf die therapeutische Strategie von Henseler, „*vom bewussten zum unbewussten Konflikt* des Suizidenten zu kommen“ (S. 90). Teising greift in seinem psychotherapeutischen Vorgehen ebenfalls auf diese Strategie zurück. Dabei wird in folgenden Schritten vorgegangen:

- Die Suche nach dem kränkenden Anlass
- Die Suche nach dem unbewussten Hauptgrund (Grundkonflikt)
- Die Herstellung des Zusammenhangs zwischen dem kränkenden Anlass und dem unbewussten Hauptgrund

Als häufige Fehler im therapeutischen Umgang mit Suizidpatienten nennt Reimer (1992, S. 95):

- „– Trennungsängste übersehen (z. B. beim Urlaub des Therapeuten, d. Verf.)
- Provokation persönlich nehmen (Agieren von Ablehnung)
- Bagatellisierungstendenzen des Patienten mitmachen (Abwehr)
- Einseitige Betonung der Aggressionsproblematik
- Suizid-Pakte
- Mangelnde Exploration der jetzigen und evtl. früherer Umstände, die zu Suizidalität geführt haben
- Zu rasche Suche nach positiven Veränderungsmöglichkeiten (Abwehr)
- Internalisierte Klassifikation von Suizidversuchen anwenden“.

Weitere Psychotherapieformen bei Suizidalen, die im Handbuch von Wedler, Wolfersdorf und Welz (1992) behandelt werden, sind: *Verhaltenstheoretisch orientierte* Therapiestrategien (Schmidtke & Schaller), *gruppentherapeutische* Ansätze (Torhorst) sowie *paar- und familientherapeutische* Verfahren. (Klemann). Auf *kognitive* Therapiestrategien bei Suizidalität gehen auch Freeman und Reinecke (1995) ein.

Die besondere therapeutische Situation bei *suizidalen alten Menschen*, auf die wir uns im folgenden konzentrieren, erläutert Wächtler (1992). Risikofaktoren, die im Alter oft kumulierend oder interagierend wirken können, sind:

- Psychische Erkrankungen
- Körperliche (objektive wie subjektive) Gesundheitsstörungen
- Kumulierung von kritischen Lebensereignissen, Belastungen und Verlusten
- Besondere Vulnerabilität bei geschwächtem Selbstwertgefühl und narzisstischer Persönlichkeitsstruktur
- Mangel an stabilisierenden /sinnstiftenden Faktoren (z. B. religiöse Bindung).

Sein Präventions- und Therapiekonzept greift weit aus. Es umfasst im einzelnen:

Die Schaffung eines „*antisuizidalen Klimas*“ in der Gesellschaft, z. B. durch Information und Aufklärung, Entlarvung von Mythen und Vorurteilen im Umkreis der Suizidproblematik, Korrektur negativer Altersbilder, *Stärkung sozialer Netzwerke und gemeinwesenorientierter, kleinräumiger Versorgungsstrukturen*.

Infrastrukturelle Maßnahmen der medizinisch-pflegerischen Versorgung sowie *Vernetzung und Koordination von Diensten und Einrichtungen*, die Hilfen für suizidgefährdete Menschen organisieren und anbieten.

Besonders wichtig ist der Ausbau *gerontopsychiatrischer Beratungsstellen und Zentren mit einer abgestuften Angebotspalette*.

Wichtig sei auch die Erschwerung der Zugänglichkeit und Benutzung von Selbsttötungsmethoden („closing the exits“, ein Anliegen, das in vielen Suizidpräventionsprogrammen zum Ausdruck kommt (z. B. bei Osgood, 1992).

Zum therapeutischen Vorgehen bei suizidalen alten Menschen formuliert Wächtler (1997), ausgehend vom „multimodale(n) Entstehungsgeflecht suizidaler Handlungen im Alter“ (S. 12) sieben Arbeitsprinzipien:

- „Erkennen“ von Depressivität und Suizidalität.
- „Bereit sein“, d. h. Suizidalität ernstnehmen, ansprechen und behandeln, nicht „tolerieren“.
- „Multimorbidität erfordert Multiprofessionalität und pathogenetisch orientiertes therapeutisches Vorgehen“. Auf die Komplexität des Suizidgeschehens im Alter lässt sich am besten mit einem „gerontopsychiatrischen Team“ reagieren. Zusätzliche Prinzipien sind
 - Der Vorrang des Gesprächs vor dem Medikament.
 - Die Unterstützung der Psychotherapie durch Pharmakotherapie in schweren Fällen von Depression, dies jedoch „schonend“.
 - Die Organisation multiprofessioneller Hilfen, im Bedarfsfall medizinisch-internistischer, pflegerischer und / oder sozialarbeiterischer Hilfen.
 - Einbeziehung von Angehörigen in den Therapieplan.
- „Therapeutische Grundhaltung“ meint die kontinuierliche Bereitschaft, „sich dem Älteren als interessierter, geduldiger und empathischer Zuhörer anzubieten“ (S. 13) und eine verlässliche menschliche Beziehung aufzubauen.
- „Therapeutisches Milieu“. Darunter versteht Wächtler „das Ergebnis aller umgebungsbezogenen Maßnahmen, die darauf zielen, Offenheit, Selbstvertrauen und Selbständigkeit der Patienten zu fördern und Reifungsschritte zu unterstützen“ (S. 13). Wesentliches Element dieses „therapeutischen Klimas“ ist die oben genannte „therapeutische Grundhaltung“. Voraussetzung dafür ist auch der wertschätzende Umgang mit einer gut ausgebildeten Mitarbeiterschaft, der zudem die Möglichkeit der Supervision geboten werden muss.
- „Wohnortnähe“ der therapeutischen Maßnahmen und Angebote, mit Unterstützung durch die primären sozialen Netzwerke. Eine wichtige Brücken- und Schaltstellenfunktion hat dabei nach wie vor der *Hausarzt*, der stärker als bisher über gerontopsychiatrische Basisqualifikationen verfügen und sich als medizinischer „Case Manager“ verstehen sollte und der eng mit pflegerischen und sozialen Diensten

sowie mit niedergelassenen Nervenärzten und gerontopsychiatrischen Zentren / Tageskliniken und Kliniken vor Ort zusammenarbeiten muss.

- „Versorgungsstrukturen“. Vor dem Hintergrund knapper Finanzmittel sollten zumindest die folgenden kostenneutralen Strukturveränderungen vorgenommen werden. Erstens sollte die Aus- und Fortbildung von Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern und relevanten Berufen in gerontologischen, gerontopsychiatrischen Basisbereichen intensiviert werden, *und zweitens sollten die vor Ort bestehenden Leistungsanbieter, die als Partner für depressiv und suizidal gefährdete alte Menschen in Frage kommen, besser miteinander kooperieren* (S. Teil III des Forschungsberichts).

Sehr intensiv hat sich Teising (1992, 1994, 1997, 1998) in seiner praktisch-therapeutischen Tätigkeit und in theoretischen Arbeiten mit der Psychodynamik und Psychotherapie bei Älteren auf *psychoanalytischer* Grundlage auseinandergesetzt. Auf seine objektbeziehungs-theoretische (narzisstische) Konzeption, die sich an Henseler (1974) und Kind (1992) anlehnt, wurde an anderer Stelle (Kapitel 4) bereits eingegangen. Nach diesen Autoren ist Suizidalität als Ergebnis einer schweren *narzisstischen Krise (Kränkung)* zu verstehen.

An den Anfang stellt Teising (1998, S. 195) die klärende Definition von „suizidal“ bzw. „suizidgefährdet“.

„Als suizidgefährdet gelten Menschen, die sich gedanklich intensiv mit Selbsttötungsabsichten beschäftigen, die suizidale Handlungen vornehmen oder die vor kurzer Zeit einen Selbsttötungsversuch überlebt haben“.

Die *narzisstische* Problematik im Alter liegt darin, dass Menschen mit einem instabilen Selbstwertgefühl und einer „unsicheren Selbstbalance“ dann aus der Fassung geraten können, „wenn viele reale Objektbeziehungen verloren gehen oder körperliche Attribute, die für die Balance von Bedeutung waren, zerstört werden“ (S. 200). „Im Prozess des Alterns wird die narzisstische Stabilität in unterschiedlichen Bereichen gewissermaßen abgeprüft“ (Teising, 1997, S. 148).

Zu den besonderen Einflussfaktoren, die die narzisstische Balance gefährden (und damit Suizidalität induzieren können), gehören nach Teising:

- Der Einfluss der Zeit: Das Bewusstsein der entrinnenden Zeit; das Bedürfnis, die Zeit möge stillstehen, die Tendenz, sie anhalten zu wollen; die Verleugnung der Gegenwart.

- Das körperliche Geschehen: Objektive Krankheitsbefunde und subjektives Krankheitserleben (übersteigerte Furcht vor Siechtum und Krankheitsfolgen); Komorbidität von somatischen und psychischen Erkrankungen u.a.
- Die zwischenmenschlichen Beziehungen: Verlust von Bezugspersonen; erzwungenes Disengagement; Gefühle des Ausgeschlossen-seins; Isolation und Einsamkeit.
- Die Generationsproblematik: Rivalität zwischen den Generationen; Verleugnung der Altersdifferenzen; Abhängigkeitsprobleme.

Aus der narzissmus-theoretischen Konzeption ergibt sich auch die Marschroute für das psychotherapeutische Vorgehen. (Reimer & Henseler, 1985). Es geht im ersten Schritt um die Suche nach dem *kränkenden Anlass*, danach um die Aufdeckung des *unbewussten Hintergrundes* (des zentralen Konfliktes) und im nächsten Schritt um die Herausarbeitung des *gemeinsamen Nenners* von kränkendem Anlass und unbewusstem Hintergrund. Die *Interaktion* mit dem Klienten liefert dem erfahrenen Therapeuten wichtige Indizien für die unbewusste Konfliktdynamik. Vor allem die Analyse von *Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen* schafft weitere und tiefere Einblicke in das Konfliktgeschehen. Nun ist nach Erfahrung bekannter Gerontopsychanalytiker wie Radebold und Teising die Übertragungs- und Gegenübertragungssituation in der Therapie mit alten Menschen eine ganz spezifische, die als „umgekehrte Übertragungskonstellation“ (Radebold, 1998, S. 161) apostrophiert wird. Primärer Grund dafür ist die ungewöhnliche Altersbeziehung zwischen *älterem* Klienten und *jüngerem* Therapeuten, die zunächst irritierend wirkt und erst im Therapieprozess allmählich geklärt und bearbeitet werden kann (Zur Problematik von Übertragung und Gegenübertragung in der Gerontopsychotherapie s. auch Tallmer, 1994).

Wichtig im Therapierkonzept von Radebold und Teising ist neben der eigentlichen Psychotherapie mit Alterspatienten noch der Einbau von *sozialen Hilfen* und die *Aktivierung von umweltbezogenen Unterstützungspotentialen*, für die insbesondere die Soziale Arbeit zuständig ist. Diese sozialen Hilfen können zur Stabilisierung in akuten (auch suizidalen) Krisen von großer Wichtigkeit sein. Wenn eben möglich, soll die therapeutische Arbeit von einem *multiprofessionellen Team* getragen werden, dem Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen und Pflegekräfte angehören. In vielen gerontopsychiatrischen Settings ist diese Form zeitgemäßer Problemdiagnostik und -behandlung auch schon realisiert.

Einen ähnlichen Ansatz bei der Psychotherapie Älterer wie Teising praktiziert auch Maltsberger (1991). Nach ihm sind suizidgefährdete Menschen nicht in der Lage, ihr *narzisstisches Gleichgewicht (narcissistic equilibrium)* aufrechtzuerhalten, und damit auch nicht ihr Selbstwertgefühl, wenn sie nicht von außen eine positiv erlebte Unterstützung erfahren. Besonders alte Menschen seien in der schwierigen Lage, dass sie zahlreiche Verluste eben dieser äußeren Stützfaktoren zu beklagen haben, die, wenn sie nicht durch ein stabilisierendes inneres Bezugssystem ersetzt werden, in eine depressive Krise mit suizidaler Dynamik führen können.

Zur Psychotherapie im Alter gehört nach Maltsberger die Aufdeckung dieser narzisstischen Vulnerabilität, die als ein Grund für Suizidalität im Alter anzusehen ist. Um mit den Altersanforderungen fertig werden und ein stabiles Selbstbild erhalten zu können, benötige man die Fähigkeit, sich trotz der Verlusterfahrungen für wertvoll zu erachten, sich liebenswert zu finden, sich nicht in Panik versetzen zu lassen sowie seine persönliche Identität und Integrität zu wahren. Menschen, denen dieses narzisstische Ausbalancieren im Alter nicht gelänge und die weiterhin von äußeren Verstärkern abhängig seien, gerieten leicht in eine depressive Krise bzw. sie würden anfällig für Suizidalität. (An dieser Stelle ergeben sich Bezüge zur Wohlbefindensforschung und zum Konstrukt der „psychologischen Widerstandsfähigkeit“ (Resilienz) (Staudinger & Freund, 1998)).

Diese „narcissistic vulnerability“ alter Patienten durch Psychotherapie abzubauen, sei keine leichte Aufgabe. Der Therapeut müsse für eine Weile als äußere Stütze fungieren, bis der Patient in der Lage sei, seine eigenen Ressourcen zu erkennen und zu nutzen. „Only when the psychotherapist offers the patient the kind of narcissistic support outlined here is grief work for past losses likely to become possible“ (Maltsberger, 1991, S. 224)

Was der suizidale Patient in der therapeutischen Begegnung brauche, sei eine aktive, warme und freundliche Beziehung. Erst dann könnten beide Fortschritte machen. Etwas pathetisch formuliert Maltsberger:

„The task of psychotherapy with a suicidal old person is to offer support, protection, and guidance through this dark country“ (S. 231).

Manchmal müsse der Psychotherapeut eher die Rolle eines „Case Managers“ übernehmen, um äußere soziale Unterstützungsressourcen zu erschließen. Dies sei oft genau so wichtig wie der allmähliche Aufbau eines inneren stabilisierenden Bezugssystems (S. Teising, Wächtler).

Der Therapeut benötige für sein schwieriges Unternehmen „positive energy of hopefulness“ und habe sich anzustrengen, „to keep up hope for the patient who cannot hope for himself“ (S. 231), ohne dabei seine eigenen Grenzen und Unsicherheitsgefühle zu verleugnen. Wie ein Fazit für das ganze Kapitel klingt es, wenn Maltsberger (S. 233) schreibt:

„Empathic, patient sharing of the patient’s helplessness accompanied by the holding out of hope and a quiet insistence on the patient’s worth and merit will go far to prevent his helplessness from turning into a very dangerous hopelessness of suicidal despair“.

Ähnlich sieht es Tallmer (1994, S. 63), wenn sie schreibt: „The therapist must be able to feel empathy for the patient’s despair, his (...) intensity of hopelessness and helplessness. (...) The therapist must bring hope into what is a seemingly hopeless situation“ („stellvertretende Hoffnung“ bei Wolfersdorf (1992)).

In der Psychotherapie Älterer spielt die *Therapiemotivation* eine nicht unerhebliche Rolle. Nach Befunden von Peters und Lange (1997) erwarten weniger ältere als jüngere Patienten Hilfe durch Gespräche, sie äußern weniger Leidensdruck und verleugnen eher ihre Therapiebedürftigkeit. Insgesamt jedoch gibt es auch bei älteren Patienten eine nicht kleine Gruppe, die zur Psychotherapie motiviert ist und ein therapieförderliches psychosoziales Krankheitskonzept internalisiert hat.

Abschließend sollen die besonderen *Therapieziele* nach Heuft, Kruse und Radebold (2000, S. 237) aufgezeigt werden, die den Handlungsrahmen der Alterspsychotherapie (auch für suizidale Menschen) abstecken:

- „Fördern von Selbständigkeit und Eigenverantwortung
- Verbessern sozialer Fähigkeiten
- Stärkeres Berücksichtigen des Körpers (in Krankheit und Gesundheit)
- Klären intra- und intergenerationeller Schwierigkeiten
- Akzeptieren des und Versöhnen mit dem gelebten Leben (Bilanzierung und Lebensrückblick)
- Bearbeiten der Verlustthematik
- Auseinandersetzen mit Alter und Tod
- Fördern des Gegenwartsbezuges
- Erarbeiten praktischer Lösungen“

Diese Ziele sind jedoch nicht als starre Handlungsperspektive misszuverstehen, sondern müssen flexibel der Lebenslage und Leidenssituation der Betroffenen angepasst werden.

5.6 Hilfen für Hinterbliebene

Die Hinterbliebenen nach Suiziden (survivors of suicide) sind bisher in der Suizidforschung wie in der Praxis der Krisenhilfe in Deutschland wenig beachtet worden. Anders ist die Situation z. B. in Australien und den USA. Der Literatur ist zu entnehmen, dass es dort nicht nur mehr Forschungsergebnisse zur Situation von Hinterbliebenen nach Suiziden gibt, sondern auch unterschiedliche Unterstützungsgruppen für diesen Personenkreis (Balter, 1994; Clark & Goldney, 1995; Jamison, 1999; Kantor & Wolfersdorf, 1993; McIntosh et al., 1994).

Sucht man jedoch nach Literaturquellen, die die Wirkungen von *Alters-suiziden* auf das familiäre und soziale Umfeld (auf Ehepartner, Kinder, Nachbarn und Freunde) zum Gegenstand haben, wird man kaum fündig. Dieses Thema scheint in der Alterssuizidforschung weitgehend ausgespart zu sein. Die meisten Untersuchungen richten sich auf die Trauersituation von Eltern, die ein Kind oder einen Jugendlichen durch Suizid verloren haben, oder auf hinterbliebene Ehepartner oder Geschwistervon Suizidenten unter 45 Jahren.

Einen Überblick über die vorliegenden Untersuchungsbefunde geben McIntosh et al. (1994, S. 45-53) im Anschluss an ihre Definition von „survivors of suicide“ (S. 45). Der Terminus bezieht sich auf Personen, *„who are left behind by someone who has died by suicide, and who may have to deal with considerable grief over the loss of their loved one“*.

In den Untersuchungen ging es nicht selten um den Unterschied in den *Trauerreaktionen* zwischen Hinterbliebenen von Suiziden auf der einen und von Sterbefällen anderer Ursachen. Das Augenmerk richtete sich dabei öfter auf weibliche als auf männliche Personen (Balter, 1994).

Zwei der wenigen, methodisch anspruchsvollen Studien zu Unterschieden in den Trauerreaktionen von Verwitweten nach Suizid und nach anderen „natürlichen“ Sterbefällen stammen von Farberow et al. (1992a, 1992b). In der ersten Studie ging es um die Trauerreaktionen, die psychische Gesundheit und den Persönlichkeitsstatus von Verwitweten, in der zweiten Studie um die Art der sozialen Unterstützung, die die Verwitweten während des Trauerprozesses durch ihre soziale Umwelt erfuhren. Die Forscher verglichen drei Gruppen von über 60jährigen Personen aus Los Angeles und Umgebung miteinander: (1) 110 Hinterbliebene von Suiziden (88 Witwen, 22 Witwer, Durchschnittsalter: 62 Jahre), (2) 199 Hinterbliebene von „natürlichen“ Todesfällen (104 Witwen, 95 Witwer, Durchschnittsalter: 68 Jahre) und (3) als Kontrollgruppe 144 verheiratete ältere Menschen ohne Todesfall in den letz-

ten Jahren (65 Frauen, 79 Männer, Durchschnittsalter: 70 Jahre). Der Untersuchungszeitraum der Längsschnittstudie mit den einzelnen Messwiederholungen durch Leitfadeninterviews betrug: 2 Monate, 6 Monate, 12 Monate und 24 bis 30 Monate nach dem Todesfall.

Zunächst zur ersten Studie: Unabhängig von der Todesursache durchlebten alle Verwitweten eine schwere Zeit, die durch depressive Verstimmungen, Konfusion und Gefühle des Verlassenseins und der Leere gekennzeichnet war. In den ersten Monaten unterschieden sich die Trauerreaktionen der beiden Hinterbliebenengruppen kaum, später jedoch, im Verlauf des 2 ½-jährigen Beobachtungszeitraums, war der Trauerprozess bei den Suizid-Hinterbliebenen schwieriger zu bewältigen als bei den anderen Verwitweten. Ihre depressiven Stimmungen klangen langsamer ab und ihr psychischer Zustand verbesserte sich erst nach einem Jahr. Frauen äußerten im Durchschnitt stärkere Gefühle der Angst und Spannung als Männer, besonders in den ersten sechs Monaten. Am Ende des Beobachtungszeitraums hatten sich die emotionalen Reaktionen der beiden Verwitwetengruppen jedoch weitgehend angeglichen. Sie kamen mit dem Leben wieder ganz gut zurecht, wenngleich Gefühle von Trauer und Verlust weiterhin bestanden.

Die Fragestellung der zweiten Studie richtete sich auf den Grad und die Art der praktischen und emotionalen Unterstützung, die die drei Stichproben im Verlauf der Beobachtungszeit erfuhren. Die Ergebnisse zeigen, dass die Verwitweten nach „natürlichen“ Todesfällen mehr praktische Hilfe erhielten als die nicht trauernde Kontrollgruppe, jedoch nicht mehr als die Suizid-Hinterbliebenen. Diese erhielten dagegen weniger *emotionale Unterstützung* als die Nicht-Suizid-Hinterbliebenen; sie hatten auch weniger Kontakte mit Personen ihres sozialen Netzwerks, in das Frauen generell besser integriert zu sein schienen als Männer.

Auch wenn die Nicht-Suizid-Hinterbliebenen während des ganzen Zeitraums stärker von emotionaler Unterstützung profitierten als die Suizid-Hinterbliebenen, betont die Forschergruppe an mehreren Stellen auch die Gemeinsamkeiten zwischen den beiden Verwitweten-Gruppen (S. McIntosh & Kelly, 1992). Die Suizid-Hinterbliebenen erfuhren vor allem weniger praktische und emotionale Hilfe aus ihrem sozialen Netzwerk in der kritischen Zeit um den 6. Monat nach dem Suizid. Möglicherweise wirken sich erst zu diesem Zeitpunkt Stigmatisierungstendenzen der sozialen Umgebung aus, Hinterbliebenen für den Suizid eines Angehörigen eine gewisse Mitschuld zu geben, die dann eine innere Distanzierung zur Folge haben kann. Ebenfalls können auch Scham- und Schuldgefühle auf Seiten der Hinterbliebenen zu einem zeitweiligen Rückzug von der sozialen Umwelt führen.

Kitson (2000) fand beim Vergleich von 276 hinterbliebenen Frauen von „unerwarteten“ Sterbefällen (darunter Suizide) mit 276 Witwen nach „natürlichem“ Tod ihrer Männer in ihrem Anpassungsverhalten an deren Verlust nach sechs Monaten keine signifikanten Unterschiede. „Schwarze“ Frauen, deren Männer durch Suizid gestorben waren, zeigten jedoch stärkere Anzeichen für psychischen Distress als „weiße“ Hinterbliebene von Suiziden, ein Anzeichen für die stärkere Stigmatisierung des Suizids in der Schwarzen-Bevölkerung der USA (S. Kapitel 2.1). Das Alter der Teilnehmerinnen lag zwischen 19 und 74 Jahren.

Versucht man den gegenwärtigen Kenntnisstand über die besondere Trauersituation von Suizid-Hinterbliebenen zu resümieren, so lautet der Tenor bekannter Suizidforscher, dass die Unterschiede im Trauerprozess zwischen Hinterbliebenen von Suiziden und anderen Todesursachen noch nicht eindeutig geklärt sind. Es scheinen eher die gemeinsamen Aspekte die Unterschiede zu überwiegen (Clark & Goldney, 1995; Farberow et al., 1992a, 1992b; McIntosh & Kelly, 1992; McIntosh et al., 1994).

Ein stärker zu beachtender Bereich der Hinterbliebenenproblematik sind (vor allem wiederum in Deutschland) der Unterstützungsbedarf von Hinterbliebenen und die Organisation von Hilfen, die auf ihre besonderen Belange abgestellt sind, z. B. in Form von *Gesprächsgruppen für Verwitwete nach Suiziden* (Kantor & Wolfersdorf, 1993).

Als Beispiel für solche Unterstützungsgruppen von Suizid-Hinterbliebenen soll ein Bericht von Clark und Goldney (1995) aus Australien herangezogen werden. Sie beobachteten und registrierten über einen längeren Zeitraum die emotionalen Reaktionen von Teilnehmerinnen/Teilnehmern an solchen Gruppen und kamen zu folgenden Differenzierungen.

Es gab Entsetzen über die Suizidumstände; Furcht vor den Nachwirkungen des Suizids; Schuldgefühle, die Entwicklung zum Suizid nicht erkannt und verhindert zu haben; Ärger über den Verstorbenen; rasche Stimmungsumschwünge; eigene suizidale Gedanken; Schwierigkeiten, an einen Suizid zu glauben (Nicht-Wahrhaben-Wollen); Fragen nach dem „Warum?“; Gefühle des „unerledigten Geschäfts“; Gefühle der Zurückweisung; Wertekrisen; Verlust von Vertrauen in andere Menschen; Schamgefühle und das Gefühl, von anderen beschuldigt zu werden.

Als Mittel zur Bewältigung dieser belastenden Trauerphase empfehlen Clark und Goldney (1995, S. 30-31) folgende *Verhaltensprinzipien*, die hier als Überschriften wiedergegeben werden:

- Finding the Positive
- Creating a New Life
- Rebuilding Self
- Creating Meaning.

Als *therapeutische Interventionen* bei Suizid-Hinterbliebenen, über die sicherlich noch im einzelnen diskutiert werden müßte, schlagen sie vor:

- Home-based follow-up (bei den Hinterbliebenen)
 - Informations from coroner/police/doctors (über die Todesumstände)
 - Viewing or photographs of the body (des Suizidtoten).
 - The return of suicide notes (vom Arzt, der Polizei, Staatsanwaltschaft etc.)
 - Informing others of the causes of death.
 - Availability of support groups.
 - Information about mental illness.
 - Risk for Survivors.
 - Information about the limitations of prediction.
 - The concept of release from suffering.
 - The fact that „Why?“ may never be solved.
- (Die Klammerzusätze stammen vom Verfasser)

Unter diesen Interventionsmöglichkeiten kommt unseres Erachtens den *Unterstützungsgruppen für Suizid-Hinterbliebene* eine besondere Bedeutung zu. Einen Erfahrungsbericht über die Arbeit der „Angehörigengruppe um Suizid“ (AGUS) in Bayreuth legte Meixner-Wülker (1992) vor. Auf dem Markt der Möglichkeiten beim Deutschen Evangelischen Kirchentag in Leipzig 1997 stellte sich eine Selbsthilfegruppe „Trauer nach Suizid“ aus Bamberg vor, die auf die Situation von Suizid-Hinterbliebenen aufmerksam machen wollte. In ihrer Ankündigung für den Kirchentag heißt es eindrucksvoll:

„Zurück bleiben Angehörige und Freunde, oft rat- und sprachlos, in Schuld- und Schamgefühle verstrickt, in Selbstzweifeln gefangen, von der nicht enden wollenden Frage nach dem 'WARUM' gequält. Ihre Umwelt reagiert zumeist hilflos, oft auch ablehnend oder gar mit Schuldzuweisungen. Viele isolieren sich. Nicht wenige werden seelisch und auch körperlich krank. *Spezifische Hilfsangebote für sie gibt es in den seltensten Fällen.* (Hervorhebung, d. Verf.). Als Selbst-Betroffene kennen wir viele dieser Probleme aus eigener Erfahrung“ (NAKOS-INFO, Juni 1997, S. 31).

Diese Situationsschilderung von Betroffenen und die vorhandenen wissenschaftlichen Befunde sprechen eindeutig dafür, den Hinterbliebenen

nach Suizid im Rahmen der Krisenhilfe stärker als bisher Unterstützungsangebote zu machen, durch die ihnen der Trauer- und Bewältigungsprozess nach einem Verlust durch Suizid erleichtert wird. Es gibt auch in Deutschland bereits Krisenhilfeeinrichtungen, die Gesprächskreise für Hinterbliebene nach Suizid eingerichtet haben und erfolgreich damit arbeiten (z. B. die Krisenhilfe Münster). Eine systematische Übersicht fehlt jedoch, und Erfahrungen mit Hinterbliebenen nach Alterssuizid sind nicht greifbar. Praktische Hinweise zur Einrichtung von Gruppen für „Angehörige um Suizid“ finden sich bei Meixner-Wülker / AGUS (o.J.).

6 Rechtliche und ethische Implikationen

6.1 Rechtliche Bewertung

Zur *rechtlichen Seite* der Suizidproblematik soll an dieser Stelle nur wenig gesagt werden. Differenzierte Einlassungen zur strafrechtlichen und rechtspolitischen Beurteilung des Suizids, der Beihilfe zum Suizid und zur Euthanasie¹ sind bei Eser (1995) und anderen Experten (z. B. Bottke, 1992; Koch, 1994; 1996; Oehmichen, 1995; Schäfer, 1994; Schreiber, 1986; Sonnen, 1995) zu finden.

In Deutschland gibt es im Unterschied beispielsweise zu den Niederlanden keine spezielle gesetzliche Regelung für die Sterbehilfe und für die Suizidbeihilfe. In jedem Einzelfall ist die Rechtslage durch Auslegung des allgemeinen Strafrechts, insbesondere der Tötungsdelikte, abzuklären (Koch, 1996). Bei der Sterbehilfe können nach den gegebenen Umständen die Tatbestände des Mordes (§ 211 StGB), des Totschlags (§ 212 StGB) oder der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) zur Anwendung kommen. Sie erfordern die vorsätzlich versuchte oder vollendete *Tötung eines anderen Menschen*. Die *Selbsttötung* ist dagegen kein strafrechtlicher Tatbestand. Das gilt auch im Grunde für die Anstiftung oder Beihilfe zur Selbsttötung (Sonnen, 1995).

Es gilt nach unserem Strafrecht das *Tötungsverbot* auf der einen und die *Selbsttötungsfreiheit* auf der anderen Seite. Aus der Straffreiheit des Suizids folgt also, dass auch die *Beihilfe zur Selbsttötung* im Grunde

¹ Der Begriff *Euthanasie* für Sterbehilfe hat sich in der internationalen Diskussion durchgesetzt. Auch in Deutschland findet er trotz der schrecklichen Konnotationen, die nach der Nazi-Herrschaft damit verbunden sind, auf international besetzten Fachtagungen und Kongressen immer häufiger Eingang.

straffrei bleibt, soweit der „*freiverantwortliche*“ Wille des Suizidenten nachweislich vorhanden ist und unangetastet bleibt. Die Straffreiheit der Beihilfe zur Selbsttötung setzt also grundsätzlich die *Tatherrschaft* des Suizidenten bei seiner Tat voraus. Sie darf nicht auf eine andere Person übergehen. Diese uneingeschränkte Tatherrschaft kann jedoch im Einzelfall, z. B. bei einer schwer entwirrbaren, diffusen Motivationslage, nicht eindeutig nachzuweisen sein. Personen in einer sog. „*Garantenstellung*“ wie Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen können sich deshalb wegen unterlassener Hilfeleistung oder gar wegen eines Tötungsdelikts mit dem Strafgesetz konfrontiert sehen, wenn sie den Suizid eines Schutzbefohlenen nicht verhindert haben.

Strafbar ist auf jeden Fall die Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB), d. h. wenn ein Suizidwilliger sich selbst nicht mehr töten kann, sondern auf sein „ausdrückliches und ernsthaftes“ Verlangen hin eine andere Person die Tatherrschaft übernimmt und den Tod herbeiführt.

Strafrechtlich gesehen wirft der Suizid somit erst dann Probleme auf, wenn eine Person sich wegen unterlassener Hilfeleistung verantworten muss, oder der Todeseintritt beim Suizid nicht mehr in der Hand des Suizidenten, sondern in der Hand einer anderen Person liegt.

Juristisch wieder anders zu bewerten sind die *passive und aktive Euthanasie*, auf die hier jedoch nicht näher eingegangen werden soll. Sie unterscheidet sich vom Suizid grundsätzlich dadurch, dass sich die Person nicht willentlich und eigenhändig tötet, sondern es sich um ein „einvernehmliches Sterbenlassen“ (Eser) oder um eine aktive Fremdtötung handelt.

Die möglichen rechtlichen Regelungen im Kontext von Sterbehilfe, Suizid und Suizidbeihilfe sollen hier stichwortartig wiedergegeben werden (Oehmichen, 1995, S. 275-276):

- Die Tötung eines anderen Menschen ist prinzipiell verboten. Ausnahmen sind Notwehr, Tötung im Krieg und Todesstrafe. Das Tötungsverbot gilt auch für die Tötung auf Verlangen, vorausgesetzt die Tatherrschaft liegt – im Unterschied zur Beihilfe zur Selbsttötung – *nicht* bei der Person, die dieses Verlangen äußert.
- Die Selbsttötung ist erlaubt.
- Beihilfe wie Anstiftung zur Selbsttötung sind dann erlaubt, wenn die letzte Entscheidung über die Herbeiführung des Todes beim Suizidenten verbleibt. Trotzdem können Personen in „Garantenstellung“, vor allem Ärzte, wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323c StGB)

oder auch Tötung durch Unterlassung (§ 13 StGB) mit dem Gesetz in Konflikt geraten.

- Beim einvernehmlichen Behandlungsabbruch bittet der Patient, die Behandlung nicht mehr fortzusetzen, um in Ruhe sterben zu können. Der Wille des Patienten kann bereits lange vor dem Sterbeprozess durch eine „Patientenverfügung“ unmissverständlich und wiederholt mitgeteilt worden sein. Rechtlich ist der Arzt jedoch nicht gebunden, diesem Willen zu folgen. Nach Abwägung aller Umstände hat er letztlich eine eigenverantwortliche Entscheidung zu treffen, wobei der Wille des Patienten allerdings zu berücksichtigen ist (S. Bundesärztekammer, 1998).
- Behandlungsabbruch bei entscheidungsunfähigen Patienten (einseitiger Behandlungsabbruch): Zum Beispiel bei Komapatienten mit infauster Prognose ist die Entscheidung für einen Behandlungsabbruch besonders schwierig, wenn der Hirntod (noch) nicht eingetreten ist. Nicht die Frage nach dem „Sinn“ der Behandlung kann den Ausschlag geben, sondern die Unabwendbarkeit des Todes. In diesem Falle dienen lebensverlängernde medizinische Maßnahmen nur der *Sterbensverlängerung*, nicht aber der Lebenserhaltung.
- Schmerzbehandlung mit der Nebenwirkung der Lebensverkürzung: Vorrangig geht es um das Ziel der Schmerzlinderung, wobei ein vorzeitiges Sterben als „erlaubtes Risiko“ betrachtet werden kann (indirekte Sterbehilfe).

Blendet man die Suizidproblematik, bei der die Tatherrschaft in den Händen des Betroffenen liegt, hier für einen Moment aus und wendet sich der Nomenklatur im Zusammenhang mit der *Sterbehilfe (Euthanasie)* zu, so lassen sich die folgenden Situationen unterscheiden (z. B. Schäfer, 1994; Schreiber, 1986; Sonnen, 1994):

- *Aktive Sterbehilfe*, „wenn durch *aktives Handeln* eines anderen (nicht des Patienten selbst) – etwa Injektion eines tödlichen Medikamentes – die Lebensdauer eines Patienten verkürzt wird“ (Schäfer, 1994, S. 272).
- *Passive Sterbehilfe*, „wenn durch *Unterlassen* das Leben verkürzt wird, also z. B. durch Nichtergreifen (oder Abbruch, d. Verf.) lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen (maschinelle Beatmung, Verabreichen kreislaufstützender Medikamente etc.)“ (S. 272). Die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe, d. h. zwischen „Handeln und Unterlassen“, ist jedoch nicht immer streng zu ziehen, deswegen auch nicht unproblematisch, worauf Remmers (1998) besonders hinweist.
- *Direkte Sterbehilfe*, „wenn Handeln oder Unterlassen mit dem Ziel und der Absicht der Lebensverkürzung unternommen werden“ (S. 272).

- *Indirekte Sterbehilfe*, „ wenn Behandlungsmaßnahmen, die notwendig und auch ethisch vertretbar sind, die Lebensdauer gleichsam als Nebenwirkung verkürzen, die Verkürzung der Lebensdauer aber nicht der eigentliche Zweck dieser Maßnahme ist“ (S. 272).

Der Begriff Sterbehilfe ist also *mehrdeutig*. Sterbehilfe kann die Hilfe für den Sterbenden (dann eher Sterbebeistand oder Sterbebegleitung/ geleit), die Hilfe beim Sterben und die Hilfe zum Sterben bedeuten. Während die Hilfe *beim* Sterben rechtlich keine Probleme aufwirft, kommt man bei der Hilfe *zum* Sterben unweigerlich in die Zone rechtlicher und ethischer Komplikationen.

Für die *Suizidthematik*, zu der wir im folgenden wieder zurückkehren, drängen sich die rechtlichen und ethischen Fragen besonders im Zusammenhang mit dem *ärztlich assistierten Suizid* auf. Diese Fragen greifen jedoch auch darüber hinaus, weil die Schnittlinie zwischen Beihilfe zum Suizid und Euthanasie nicht immer scharf zu ziehen ist, insbesondere dann nicht, wenn die Tatherrschaft nicht *eindeutig* dem Betroffenen zugeschrieben werden kann (Schäfer, 1994, S. 273). In allen Fällen, in denen *nicht* von einem „freiverantwortlichen Suizid (wunsch)“ ausgegangen werden kann, ist es die Aufgabe des Arztes, die Suizidhandlung zu verhindern und therapeutisch zu arbeiten, um dem Betroffenen bei der Überwindung seiner suizidalen Krise zu helfen. Nach Schäfer (1994, S. 275) stellt ein nichtverantwortlicher Suizidwunsch oder -versuch bei eingeschränkter Willens- und Entscheidungsfreiheit eine „*medizinische Notfallsituation*“ dar, die wie andere medizinische Notfallsituationen auch entsprechender Therapiemaßnahmen bedarf (S. Wolfersdorf & Mäulen, 1992, Schreiber, 1998). Schwierig ist es in jedem Falle, die Tatherrschaft bei einem Suizidenten eindeutig abzuklären und zu sichern (Fuchs & Lauer, 1997, S. 104). (S. Freitod- und Bilanzsuizidproblematik). Noch rigoroser legt sich die Bundesärztekammer in ihren *Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung* (1998) fest: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein“.

In der rechtlichen Bewertung der Euthanasie- und Suizidbeihilfeproblematik sind sich Rechtswissenschaftler einig, dass mehr Rechtssicherheit geschaffen werden muss, ohne Gefahr zu laufen, die Fragen im Grenzbereich von Leben und Tod strafrechtlich kodifizieren zu wollen. Einen Weg, die Rechtslage eindeutiger zu gestalten, beschritt ein „Arbeitskreis von Professoren des Strafrechts und der Medizin“ (1986) durch Vorlage eines „Alternativentwurfs-Sterbehilfe“, der heute de facto als weitgehend akzeptiert und als Grundlage der aktuellen Gerichtspraxis angesehen werden kann, jedoch nie Gesetzeskraft erhielt (Eser,

1995). Nach diesem Entwurf ist aktive Sterbehilfe weiterhin nicht erlaubt; gelockert werden sollte jedoch § 216 StGB (Tötung auf Verlangen) in dem Sinne, dass von Strafe abgesehen werden kann, „wenn die Tötung der Beendigung eines schwersten, vom Betroffenen nicht mehr zu ertragenden Leidenszustandes dient, der nicht durch andere Maßnahmen behoben oder gelindert werden kann“.

Auch die Nichtverhinderung einer Selbsttötung sollte straffrei bleiben, „wenn die Selbsttötung auf einer freiverantwortlichen, ausdrücklich erklärten oder aus den Umständen erkennbaren ernstlichen Entscheidung beruht“. Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben hat sich in ihren „rechtspolitischen Leitsätzen“ weitgehend der Rechtsauffassung des „Alternativentwurfs“ angeschlossen (DGHS, o. J.). Gegen die zweifelsfreie Feststellung der „Freiverantwortlichkeit“ bei Suizidenten haben vor allem Psychiater schwerwiegende Einwände erhoben (z. B. Lungershausen, 1993).

Juristen sind sich weitgehend einig, dass eine rein *strafrechtliche* „Lösung“ für die schwierigen Fragen der Sterbehilfe, des Behandlungsabbruchs und des assistierten Suizids nicht anzustreben ist, sondern aus rechtspolitischer Sicht ist die Forderung nach einer optimalen medizinischen und pflegerischen Betreuung von Sterbenskranken und Sterbenden zu stellen. Das betrifft vor allem die Palliativmedizin, Schmerztherapie und die Stärkung der Hospizangebote. Ferner ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten bei Abwägung aller medizinischen Erfordernisse und Interessen gebührend und ernsthaft zu würdigen.

„Im Zweifel muss in einer freiheitlichen Gesellschaft die Autonomie des Individuums Vorrang beanspruchen, solange damit von anderen Mitgliedern der Gesellschaft nicht Handlungen abverlangt werden, die deren Gewissenssphäre tangieren oder gegen das Recht verstoßen“ (Koch, 1996, S. 254).

6.2 Ethische Bewertung

Die Diskussion um die „Liberalisierung“ von Formen der ärztlichen Sterbehilfe und der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung hat in den letzten Jahren an Heftigkeit, aber auch an Ernsthaftigkeit und Versachlichung zugenommen (z. B. Birnbacher, 1996; Honnefelder, 1996). Ein Beleg dafür ist die starke Resonanz des Buches von Walter Jens und Hans Küng (1995) mit dem Titel „Menschenwürdig sterben – Ein Plädoyer für Selbstverantwortung“ in der Öffentlichkeit. In den USA hat wie vor Jah-

ren der Sterbehelfer Hackethal in Deutschland der Fall des Arztes Dr. Kervorkian, der durch seine medienwirksamen Methoden die Öffentlichkeit schockierte, die kontroverse Diskussion über Sterbehilfe angefacht. Auch ein Urteil des United States Supreme Court vom Oktober 1996, durch das zwei Fälle von ärztlich assistiertem Suizid straffrei blieben, hat in den USA eine scharfe Kontroverse unter Ärzten, Juristen und Ethikern ausgelöst (Lynn et al., 1997; Quill et al., 1998).

In Deutschland hat ein Urteil des Oberlandesgerichts Frankfurt im Juli 1998 zur passiven Sterbehilfe bei einer 85jährigen Komapatientin, die im Sterben lag, erneut die medizinischen, juristischen und ethischen Implikationen der Sterbehilfeproblematik aufgeworfen (Leicht, 1998; Wesel, 1998).

Die neue Aktualität der Sterbehilfedebatte darf auch nicht abgekoppelt werden von den *Rationalisierungs- und Rationierungsüberlegungen* der Gesundheitsökonomien, die Behandlungsaufwand und Behandlungseffekte zunehmend unter das Kosten-Nutzenkalkül stellen. Könnte es nicht sein, dass Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid in Zukunft deshalb zunehmend mehr Akzeptanz und Normalität gewinnen, weil man sich dadurch einen Kosteneinspareffekt im Gesundheitshaushalt verspricht, mögen die Einsparungen auch noch nicht präzise zu kalkulieren sein? (Blech, 1998). Oder anders gefragt: „Lohnt“ es sich, in Suizidprävention und Krisenhilfe bei suizidgefährdeten, insbesondere alten Menschen, Mittel zu investieren, die in der Akutmedizin und medizinischen Forschung dringlicher gebraucht werden?

Die Argumente, die in dieser Kontroverse Pro und Kontra ärztliche Sterbehilfe ausgetauscht werden, fasst Wedler (1996, S. 9) stichwortartig zusammen:

„Argumente pro ärztliche Sterbehilfe

- Das Selbstbestimmungsrecht ist höchstes ethisches Prinzip.
- Leidensverkürzung für terminal Kranke ist ein Gebot der Humanität.
- Die Eigengesetzlichkeit medizinischer Technologie darf nicht das Sterbegeschehen dominieren.
- Das reale Entscheidungsmonopol einer einzigen Berufsgruppe, der Ärzte, ist gesellschaftlich unerträglich.
- Die existierende Grauzone praktizierter Sterbehilfe bedarf gesellschaftlicher Kontrolle.
- Dritte sollten vor den Folgen von Verzweiflungstaten geschützt werden.
- Legalisierte Sterbehilfe könnte die Suizidhäufigkeit senken.

Argumente kontra ärztliche Sterbehilfe

- Die Aufweichung des strikten Tötungsverbots führt zwangsläufig zu – im weiteren oder engeren Sinne – unfreiwilligen Tötungen (Prinzip des 'slippery slope').
- Tötung als ärztliche Aufgabe führt zu gravierendem Vertrauensverlust in die ärztliche Aufgabe der Heilung.
- Ursachen des Sterbewunsches sind fast immer behandelbar. Es gibt keinen rationalen Suizid – suizidale Tendenz ist immer ambivalent.
- Suizid körperlich Schwerkranker und Leidender ist eher selten.
- Unbewusste Konflikte steuern die Einstellung gegenüber der Sterbehilfe im Akutfall („Gegenübertragungsprobleme“ in der psychoanalytischen Terminologie).
- Die Verfügbarkeit über den Sterbezeitpunkt führt zur gesellschaftlichen Entsolidarisierung.
- Es gibt keinen gesetzlichen 'Anspruch auf Tötung' (S. Eser, 1995, d. Verf.).

Battin (1998) fügt noch einige Argumente Pro und Kontra hinzu. Befürworter der Legalisierung ärztlicher Sterbehilfe führen ins Feld, dass die „gegenwärtig verfügbaren Formen von Schmerz- und Symptomkontrolle absolut unzureichend und unbefriedigend“ (S. 2) seien, was die Gegner der Legalisierung wiederum bestreiten. Ein Argument der Gegner erwache auch aus „religiösen, prinzipiellen oder Pseudo-Einwänden“ (S. 2). Gegner und Befürworter in dieser Debatte stimmen jedoch in der Annahme überein, „dass, wenn eine angemessene Schmerzkontrolle verfügbar sei, eine weitaus geringere Nachfrage nach ärztlicher Sterbehilfe vorhanden (sei)“ (S. 3), eine Annahme, die Battin für „prophetisch wie normativ“ hält. Sie stellt die Debatte um ärztliche Sterbehilfe dagegen in einen größeren historischen und gesellschaftlichen Kontext, der drei tiefgreifende Veränderungen umfasst:

- Eine veränderte Epidemiologie des Sterbens, die zu einer dramatisch ausgedehnten Lebensspanne mit der bekannten Kompression der Morbidität und Mortalität im hohen Alter geführt hat.
- Eine Wandlung der religiösen Haltung gegenüber Sterben und Tod, die man auch als „Säkularisierung des Sterbens“ (d. Verf.) bezeichnen kann.
- Die Betonung der Selbstbestimmungsrechte des Individuums (auch des Patienten), die in Konflikt geraten mit den paternalistischen Praktiken der Medizin.

Diese gesellschaftlichen Veränderungen haben nach Battin einen Wandel unserer Einstellungen in Richtung auf ein „gelenktes“ oder ein auf uns selbst 'gerichtetes' Sterben“ bewirkt. In dieser veränderten Sicht-

weise erscheine das Sterben nicht länger als etwas, was uns „zustoße“, sondern vielmehr als etwas, was wir „steueren“ (S. 7).

Die kontroverse Debatte in den USA über den ärztlich assistierten Suizid versuchen Quill et al. (1998) durch die Auswertung empirischer Quellen und die Analyse divergierender Standpunkte zu versachlichen und damit zu entschärfen. Vorrangig müssen alle Mittel der Palliativmedizin und Hospizdienste bei der Versorgung sterbenskranker und schmerzgeplagter Patienten sein. Lediglich als letztes Mittel soll für eine Minderheit, bei der alle medizinisch-palliativen Methoden nicht greifen, der ärztlich-assistierte Suizid erlaubt sein.

Einen Überblick über die *internationale* Situation zur Euthanasie und Beihilfe zum Suizid gibt Wedler (1997). Danach gibt es in den Niederlanden eine Legalisierungsregelung, die weltweit Beachtung fand; in den Staaten Oregon (USA) und Northern Territories (Australien) wurde nach einiger Zeit die Legalisierung von Euthanasie und Suizidbeihilfe durch höhere Rechtsinstanzen wieder zu Fall gebracht. Nach einer Erhebung von Kelleher et al. (zit. nach Wedler, 1997, S. 115) wurde in 12 Ländern von 48 Mitgliedsstaaten der International Association of Suicide Prevention (IASP) aktive Euthanasie praktiziert (wenngleich in keinem Land ohne Einschränkung gesetzlich erlaubt), in neun Ländern nicht freiwillige aktive und in 29 Ländern nicht freiwillige passive Euthanasie. In 22 Ländern war passive Euthanasie unter bestimmten Rahmenbedingungen erlaubt (darunter in Deutschland), in 44 Ländern dagegen Beihilfe zum Suizid strafbar (i. d. R. nicht in Deutschland). In 17 Ländern waren Anleitungen zum Suizid im Handel (Mehrfachnennungen waren möglich).

Bei der Problematik von Euthanasie und Suizidbeihilfe werden stets grundsätzliche und schwer lösbare rechtliche wie medizinethische Kernfragen aufgeworfen. Insbesondere die Gesetzgebung zur ärztlichen Euthanasie in den Niederlanden, die offenbar hohe Akzeptanz vertretbarer Sterbehilfe in der Öffentlichkeit und die Tätigkeit von Exit-Gesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben, EXIT in der Schweiz und Hemlock Society in den USA) mit ihren „Angeboten“ zur Selbsttötung (z.B. Anleitungen) haben zusätzlich zur kontroversen Diskussion beigetragen.

Nach Wedler (1996, S. 5f) gibt es bei genauerer Betrachtung mehrere Gründe dafür, „warum ein altes Thema neuer Diskussion bedarf“.

- Die Schere zwischen dem technisch Machbaren in der Medizin und dem Recht auf ein würdiges und selbstbestimmtes Sterben gehe immer weiter auseinander.
- In Zukunft könnten sich ethische Fragen im Zusammenhang mit Langlebigkeit und Rationierung von medizinischen Leistungen für hohe Altersgruppen weniger rigoros stellen.
- Die Legalisierung der Sterbehilfe in anderen Ländern und Staaten, besonders in den Niederlanden, habe auch bei uns die Diskussion angefacht. Es zeichne sich bereits ab, dass weitere Länder diesem Beispiel folgen und „als verbindlich angesehene ethische Normen“ (S. 6) aufgeweicht werden.
- Auch in Deutschland müsse bei unveränderter Rechtslage von einer Grauzone ethischer Verhaltensalternativen bei Ärzten ausgegangen werden, die „unkontrolliert und von höchst individuellen ethischen Maßstäben bestimmt“ (S. 6) seien. Ärztliche Beihilfe beim Suizid sei zwar weiterhin tabuisiert, dennoch mit Sicherheit eine Realität (Belege werden für diese Behauptung an dieser Stelle nicht angeführt, d. Verf.).
- Erwähnt werden müsse auch der große Zulauf und die weitverbreitete Akzeptanz, (den) die die Exit-Organisationen für sich zu verbuchen hätten.
- Ein Nachteil sei es auch, dass die Diskussion über das Pro und Kontra der Euthanasie sowie die Möglichkeiten der Suizidprävention und Krisenhilfe überwiegend in getrennten Fachzirkeln und auf Fachkongressen geführt werde. Diese Diskussion müsste aber auf eine breitere Basis in der Gesellschaft gestellt werden.
- Auch sei in der Ärzteschaft „eine fundamentale und bisweilen erschreckende Uninformiertheit und fehlende Auseinandersetzung mit Grenzfragen des Lebens erkennbar“ (S. 6). Dieses Defizit müsse behoben werden.

Den Argumenten von Wedler muss noch ein weiteres hinzugefügt werden. Zahlreiche Untersuchungen belegen in der Zwischenzeit, dass der Wunsch nach einem „humanen Sterben“, d. h. auch nach Behandlungsabbruch in medizinisch aussichtslosen Situationen, in der Bevölkerung weit verbreitet ist. Aber auch die Akzeptanz gegenüber ärztlicher Sterbehilfe scheint zugenommen zu haben (Oehmichen, 1995, S. 276). Um *Einstellungen* zu ärztlicher Sterbehilfe und ärztlichem Suizidbeistand genauer beurteilen zu können, bedarf es jedoch differenzierter Studien, die demographische Moderatorvariablen mit ins Kalkül ziehen. Unseres Wissens liegen derartige multivariate Studien im deutschsprachigen Raum nicht vor.

In einer Analyse von Gallup-Poll-Ergebnissen bei 802 Amerikanern im Alter von 60 Jahren und höher, bei der es um Einstellungen zum Suizid und zum assistierten Suizid ging, fanden Seidlitz et al. (1995) einen relativ *geringen* Prozentsatz (41 %) von Befragten, die einer Legalisierung des ärztlich assistierten Suizid zustimmten. Im Vergleich zu Befragungsergebnissen bei Ärzten (25% - 54 %) und der Allgemeinbevölkerung (rund 60 %) vertraten *ältere Menschen* einen weniger nachsichtigen Standpunkt gegenüber Suizid und assistiertem Suizid im Falle von Alter oder unheilbarer Krankheit. Differenziert man nach demographischen Kategorien, so zeigte sich, dass Männer, Amerikaner weißer Hautfarbe und weniger religiöse Personen eher dazu neigten, Suizide und assistierte Suizide positiv zu beurteilen. Am nachsichtigsten waren *nichtreligiöse weiße Männer, besonders solche mit angespannten Familienbeziehungen und selbsteingeschätzter schlechter Gesundheit*. Dieses Ergebnis spricht dafür, dass sich die hohe Suizidgefährdung alter Männer wahrscheinlich schon über ein suizidtolerantes Einstellungssystem vermittelt (S. Kapitel 3.6).

Eine zweite, sehr differenzierte Studie stammt von Cicirelli (1998). Er untersuchte die Sichtweisen *alter Menschen* gegenüber verschiedenen Entscheidungsmöglichkeiten über das Lebensende. Eingangs weist er auf Befunde hin, die durch Seidlitz et al. (S. oben) bestätigt wurden. 62 % von Befragten zwischen 18 und 85 Jahren waren für Lebensbeendigung bei unheilbar kranken Patienten, jedoch nur 49 % derjenigen über 70 Jahren. Bei Seidlitz et al. ging es jedoch nur um assistierten Suizid und um Euthanasie als Entscheidung über das Leben.

Cicirelli dagegen bezog auch andere Entscheidungsmöglichkeiten, insgesamt siebzehn, z. B. auch das Weiterleben, ein. Insgesamt wurden 447 ältere Menschen aus Indiana (USA) im Alter von 60 bis über 75 Jahren befragt. In der Gesamtstichprobe war die Mehrheit (52 %) für die Option Weiterleben, für 36 % sollte eine andere, nahestehende Person darüber entscheiden, was das beste sei, 47 % fanden den Abbruch oder die Zurückweisung von Behandlung akzeptabel, 7 % hießen die Selbsttötung gut (suicide), 12 % wollten, dass jemand ihnen bei der Selbsttötung helfe (assisted suicide), 12 % wünschten die Tötung durch einen anderen (voluntary active euthanasia) und 19 % fanden es akzeptabel, dass der Arzt oder jemand anders die Entscheidung über die Beendigung ihres Lebens treffen solle. Für eine vorzeitige *aktive* Beendigung ihres Lebens votierten also insgesamt 31 %, für Abbruch oder Verweigerung lebensverlängernder Maßnahmen 47 %, während 52 % für das Weiterleben waren und 55 % die Entscheidung über Leben und Tod in andere Hände legen wollten (Mehrfachnennungen waren möglich).

Nach *demographischen* Kategorien fanden beispielsweise Männer die vorzeitige Beendigung des Lebens akzeptabler als Frauen, diese hingegen die Verweigerung lebensverlängernder Behandlung. Die über 70jährigen fanden das Bemühen um Weiterleben nicht so wünschenswert wie die 60-70 jährigen, aber auch die vorzeitige Beendigung des Lebens war für die „alten Alten“ weniger akzeptabel. Alte Personen mit höherem Bildungs- und Berufsstand konnten die Verweigerung lebensverlängernder Behandlung und die vorzeitige Beendigung des Lebens eher akzeptieren als Personen mit niedrigerem Sozialstatus. Diese waren dagegen häufiger für Fortsetzung des Lebens und für fremdbestimmte Entscheidung über Leben und Tod. Die weniger kirchengebundenen Personen hatten eine positivere Einstellung zum Suizid, zur Beihilfe zum Suizid und zur Euthanasie als die kirchengebundenen Personen.

Cicirelli weist in der Diskussion seiner Ergebnisse auf das Missverhältnis zwischen der hohen Publizität des Themas Suizid und Euthanasie in den Medien und der doch recht hohen Zahl alter Menschen hin, die im Falle schwerer Lebensbelastungen oder terminaler Krankheit für die Option Weiterleben sind. *Eine bedeutsame Minderheit ist eher für eine vorzeitige, aktive Beendigung ihres Lebens*; eine ziemlich große Zahl der Befragten möchte dagegen die schwierige Entscheidung über Weiterleben oder Sterben in andere Hände legen. Für die Prävention und Beratungspraxis bei Älteren ist dem Autor sehr wichtig, „that a full range of end-of-life decisions options available to them should be explored with the patient or prospective patient and significant family members“ (S. 201).

Braun, Tanji und Heck (2001) konnten in ihrer Studie zur Einstellung gegenüber dem ärztlich-assistierten Suizid bei 50 Bewohnern Hawaiis (25 davon über 60 Jahren), die unterschiedlicher ethnischer Herkunft waren, ethnische Einflüsse nachweisen. Filipino-Amerikaner und Nachkommen der hawaiischen Urbevölkerung unterstützten PAS (physician-assisted suicide) stärker als die anderen Volksgruppen. Religiös-katholische und spirituelle Bindungen werden für diesen Unterschied verantwortlich gemacht.

Eine vom zunehmenden Alter abhängige *kritische* Einstellung zum Suizid fanden auch Domino und Groth (1997), die diese Einstellungen in einer „cross-cultural study“ bei einer deutschen und amerikanischen Stichprobe von Personen eines breiten Altersbandes untersuchten. In beiden Stichproben neigten ältere Befragte eher dazu, Suizide mit psychischer Erkrankung und mangelnder religiöser Bindung in Verbindung zu bringen, Menschen das Recht zur Selbsttötung abzusprechen und

Suizide nicht als ein „normales“ Verhalten zu akzeptieren. Dieses Ergebnis deckt sich kaum mit der relativ hohen Suizidneigung bei alten Menschen, kann aber unseres Erachtens so interpretiert werden, dass ohne diese „konservative Haltung“ als Handlungsbarriere die Neigung, sich das Leben zu nehmen, im Alter noch stärker sein könnte.

Es gibt eine Reihe von Studien, die die Einstellung von *Ärzten* zum Suizid und zur Euthanasie zum Gegenstand haben. Auf sie soll kurz eingegangen werden. Auch wenn sich die Landesorganisationen der *Ärzte* (z. B. die Bundesärztekammer in Deutschland und das Ethikkomitee der Amerikanischen Geriatriischen Gesellschaft (AGS)) unmissverständlich gegen die ärztliche Beihilfe zum Suizid und gegen die Euthanasie ausgesprochen haben (AGS Ethics Committee, 1995; Bundesärztekammer, 1998), sieht die Praxis ärztlicher Sterbehilfe in Deutschland nach Einschätzung von „gut informierten Kreisen“ (z. B. Becker, 1998; Wedler, 1996) allerdings anders aus.

Becker kam in seinem Vortrag auf der Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention 1998 in Würzburg nach der Präsentation von internationalen Befragungsergebnissen zu der Einschätzung, dass aktive Sterbehilfe und assistierte Suizide auch bei uns durchgeführt würden („Grauzonenproblematik“), dass eine 30-50 % Befürwortung oder Erwägung dieser Interventionsmöglichkeiten unter *Ärzten* anzunehmen sei, und das, obwohl die ärztlichen Landesorganisationen Euthanasie und assistierten Suizid ablehnten (Csef & Heindl, 1998). Nach einer Studie von Wehkamp, Keitel & Hildebrandt (1997) haben 0.8 % der befragten Klinikärzte und 7.8 % der niedergelassenen *Ärzte* in Deutschland dem Wunsch von Patienten nach Tötung entsprochen; 6.4 % der Klinikärzte und 10.5 % der niedergelassenen *Ärzte* haben während ihrer Berufsausübung Fälle von aktiver Sterbehilfe zumindest „erlebt“ (s. Einzelheiten der Befragung in Wehkamp, 1998).

Dornberg (1997) untersuchte die Einstellungen zu Formen der Sterbehilfe bei internistisch tätigen Krankenhausärzten in Südbaden. Die große Mehrheit der *Ärzte* lehnte aktive Euthanasie und Beihilfe zum Suizid ab. Ein Viertel dagegen konnte sich unter bestimmten Bedingungen Formen aktiver Sterbehilfe bei unheilbar kranken Patienten vorstellen. Bereitschaft bestand bei einer Mehrheit der *Ärzte*, bei terminaler Erkrankung unter Beachtung des vorliegenden oder mutmaßlichen Patientenwillens die Behandlung abubrechen. Dornberg konnte aufzeigen, dass der Sterbewunsch von Patienten häufig als Hilferuf zu verstehen ist, der bei ausreichender und effektiver Schmerzkontrolle wahrscheinlich weniger dringlich geäußert wird. Die Diskussion über Sterbehilfe könne leicht ein anderes Problem überlagern, nämlich das der unzurei-

In der Zwischenzeit ist nach heftigen kontroversen Diskussionen durch Beschluss beider Kammern des niederländischen Parlaments die bisherige Euthanasiepraxis durch ein „Sterbehilfe-Gesetz“ auf eine rechtliche Grundlage gestellt worden. Unter Beachtung bestimmter Anforderungen, die sie vor Strafverfolgung schützt, können Ärzte aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid leisten. Die Niederlande sind damit weltweit das einzige Land, in dem aktive Sterbehilfe und ärztliche Sterbebeihilfe im Rahmen eines Gesetzes praktiziert werden können.

Die Stellung der Ärzteschaft zur *freiwilligen aktiven Euthanasie und zum assistierten Suizid*, und nur um diese strittigen Fallkonstellationen geht es, ist nicht einheitlich. Die Bundesärztekammer (1998) z. B. lehnt sie in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung uneingeschränkt ab Ebenfalls ablehnend äußern sich führende Medizinvertreter (z. B. Bron, 1993; Ernst, 1995; Fuchs & Lauter, 1997; Lungershausen, 1993; Niethammer, 1995; Wedler, 1997). Auch die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (1997) hat sich eindeutig gegen eine aktive Sterbehilfe und gegen Beihilfe zum Suizid ausgesprochen.

Auf der anderen Seite scheint es eine Praxis ärztlichen Handelns zu geben, in der ärztliche Sterbehilfe wie auch assistierter Suizid nicht auszuschließen sind. In einer amerikanischen Studie bei 114 praktischen Ärzten von Duberstein et al. (1995), in der die *Einstellungen* zum selbstbestimmten Tod durch Patienten untersucht wurden, sprachen sich 51 % gegen jede Form ärztlicher Suizidbeihilfe aus, 31 % befürworteten eine Legalisierung des assistierten Suizids unter bestimmten Bedingungen. Ein überdurchschnittlicher Prozentsatz (61 %) der Ärzte hielten einen rationalen Suizid (in unserer Terminologie „Bilanzsuizid“) unter bestimmten Umständen für durchaus möglich.

Im Unterschied zu den restriktiven Standpunkten in der Medizin gibt es Vertreter anderer Disziplinen, die Beihilfe zum Suizid und aktive Formen der Euthanasie aus ethischen Erwägungen dann dulden wollen, „wenn man (der Arzt, d. Verf.) sich hinreichend sicher ist, dass man dem Willen des Patienten entspricht und eine solche Lösung nicht einer Vorurteilsbildung gegen Alter, chronisches Kranksein und Behinderung entspringt“ (Illhardt, 1996, S. 243).

Im Hinblick auf die *Beihilfe zum Suizid* vertritt der Ethiker Birnbacher (1996) die Position, dass diese unter bestimmten Bedingungen moralisch nicht zu verurteilen sei, insbesondere dann nicht, wenn dem Suizidenten keine anderweitige Möglichkeit zur Selbsttötung zur Verfügung stehe. Folgende einschränkende Bedingungen müssen jedoch gegeben sein:

- „1. Der Patientenwunsch nach Suizid beruht nicht auf psychischer Krankheit.
2. Der Patient vermag die Tragweite seiner Entscheidung zu überblicken.
3. Die Entscheidung zum Suizid ist subjektiv wohlerrwogen.
4. Die Entscheidung ist objektiv nicht unberechtigt (beruht nicht auf Fehlinformationen oder falschen Zukunftserwartungen, z. B. Fehleinschätzungen von Therapiemöglichkeiten).
5. Die Einschätzung der Punkte 1 bis 4 ist (auf der Seite des Beurteilers) hinreichend sicher“ (Aber genau darin liegt nach Ansicht von Fachleuten das Problem, d. Verf.).

Die Beihilfe zum Suizid steht folglich im Spannungsfeld zwischen dem Recht des Suizidenten auf Selbstbestimmung und der Pflicht des „Garanten“ zur *Fürsorge*, damit möglicherweise auch zur Verhinderung des Suizids.

„Eine paternalistische Intervention gegen den Willen des Suizidenten wird immer dann zulässig sein, wenn anzunehmen ist, dass der Akteur die Zwangseinwirkung zu einem späteren Zeitpunkt gutheißen wird – etwa dann, wenn der Todeswunsch u. a. von Irrtümern (...) abhängt, deren Aufklärung ihn veranlassen würde, seine Absicht aufzugeben (...) Zwang kann insofern nur dann gerechtfertigt sein, wenn eine substantielle Chance besteht, dass der Betroffene die Fähigkeit, ein für ihn befriedigendes Leben zu führen, wiedererlangt“ (Birnbacher, 1996, S. 98).

Im Falle der Verhinderung von Suizidhandlungen im *Alter* können einem dabei jedoch Zweifel kommen, ob diese günstige Prognose immer möglich ist. Birnbacher argumentiert ausgesprochen riskant, wenn er Interventionen bei Suizidhandlungen ausschließen möchte („dem Suizidenten oder Suizidgefährdeten freie Hand lassen“ (S. 98)), bei denen die Chance des Suizidenten auf ein später befriedigendes Leben wahrscheinlich nicht gegeben ist. Sollte man deshalb Suizidinterventionen bei alten Menschen in desolaten Lebenslagen unterlassen?

Zu unterscheiden sind nach Birnbacher bei den Interventionsmöglichkeiten im Zusammenhang mit Suizidhandlungen *fördernde* Interventionen (Beihilfe zum Suizid) und *verhindernde* Interventionen. Unserer Ansicht nach darf jedoch eine dritte Interventionsform, die ethisch zweifelsohne legitimiert ist, nämlich die *behandelnden* Interventionen nach Suizidversuch, nicht übergangen werden. Die beiden ersten Interventionsformen sind unter bestimmten restriktiven Bedingungen und unter Anlegung operationalisierter Kriterien unseres Erachtens ethisch

dann nicht zu verurteilen, wenn diese Sicherheitsbarrieren gegen Missbrauch und Leichtfertigkeit eingehalten werden. Solche operationalisierten Kriterien liegen beispielsweise der Euthanasie- und Suizidbeihilfepraxis in den Niederlanden zugrunde (Diekstra, 1996; Wedler, 1997).

Bezogen auf die Gruppe der *alten Menschen* sind unseres Wissens spezielle ethische Überlegungen hinsichtlich der Euthanasie und der Beihilfe zum Suizid bisher nicht angestellt worden. Man müsste sich auch fragen: Warum eigentlich? Sollten (besser dürften) ethische Überlegungen im Grenzbereich von Leben und Tod bei alten Menschen zu anderen Bewertungen kommen, nur weil es sich um alte Menschen in der Nähe zum Lebensende handelt? Ist der Suizid im Alter ein „ethischer Sonderfall“ (Ernst, 1995)? Sind Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe im Alter toleranter und nachsichtiger zu behandeln als in jüngeren Altersgruppen? Die Antwort muss ein klares *Nein* sein, will man nicht einer falschen Gerontophilie und „Alterstoleranz“, die als verdeckter Ageism zu entlarven sind, Raum geben. Bei alten Menschen sind nicht nur dieselben strengen Maßstäbe an ärztliche Interventionen im Übergangsfeld vom Leben zum Tode anzulegen, sondern wie in anderen Altersgruppen auch *präventive und therapeutische Anstrengungen* zu unternehmen, Hilfen anzubieten und Maßnahmen zu ergreifen, um alten Menschen den Suizid als letzten Ausweg aus einer desolaten und hoffnungslos wahrgenommenen Lebenssituation zu ersparen (Erlemeier, 2000).

Auf keinen Fall dürfen, wie Ernst (1996, S. 44) es mahnend ausdrückt, „wirtschaftliche Motive (wie immer sie auch verbrämt sind, d. Verf.), die hinter der Akzeptanz des Alterssuizids stehen, in barmherzige Motive umformuliert werden“. Diese könnten nach unserer Auffassung leicht dazu führen, dass Suizidprävention im Alter für überflüssig erklärt wird, und außerdem ein allgemeines gesellschaftliches Erwartungsklima geschaffen würde, dass alte Menschen sich „verpflichtet“ fühlten, der Gesellschaft ein nur noch „nutzloses“ und „kostspieliges“ Leben durch eigene oder assistierte Selbsttötung, durch den Wunsch nach Euthanasie oder den Verzicht auf Behandlungsmöglichkeiten zu ersparen.

Dieses Szenario beschreibt auch Böhme (1996, S. 66):

„Utilitaristische, 'bioethische' Spekulationen können dann nur allzu leicht schon dort einsetzen und in pseudoliberaler Manier einem permissiven Umgang mit der Suizidalität alter Menschen das Wort reden, wo eigentlich Ermutigung, Wiederaufnahme in die Gemeinschaft und Werteerhalt notwendig und machbar wären. Vielleicht ist das Herbeireden des Todes aber eben bequemer und billiger“.

Die Tolerierung von lebensverkürzenden Maßnahmen im Alter könnte auch dazu führen, dass den sozial- und versorgungspolitischen Aufgaben und dringenden persönlichen Anliegen im Alter weniger Beachtung geschenkt wird. Auch Wedler (1997, S. 116) sieht die Gefahr, dass, wenn es zu einer immer stärkeren Akzeptierung der Euthanasie komme, ein Bedarf entstehe, der bei unveränderter Rechtslage in einer Grauzone gedeckt werde, die sich öffentlicher Kontrolle weitgehend entzöge.

Wie ist nun *Suizidprävention im Alter* zu legitimieren? Ist sie eher „Anmaßung oder Verpflichtung“ (Pohlmeier)? Sie lässt sich unseres Erachtens nur legitimieren, indem sie nicht als *Suizidvereitelungsinstanz* auftritt, sondern bei aller Offenheit dem Wert *Leben (Weiterleben)* Priorität vor der selbstgesetzten Lebensbeendigung einräumt (Birnbacher, 1996). Bei Betrachtung kumulierter Altersprobleme können einem allerdings Zweifel kommen. Was ist im Extremfall das verbleibende Leben noch wert in Krankheit, Siechtum und Hoffnungslosigkeit? Wo ist noch Lebenssinn zu finden? Welche Sinnangebote sind einem *lebensmüden* alten Menschen noch zu machen, wenn er keinen Halt im Glauben oder in der Gemeinschaft findet? Gibt es nicht auch Beispiele für Suizide im Alter, die als wohlüberlegte „Bilanzsuizide“ angelegt wurden und für die man unter den gegebenen Umständen Verständnis aufbringen kann? (Meier-Baumgartner, 1996, S. 58).

Diese fast paradoxen Fragen können u. a. auch ein Grund dafür sein, warum sich *jüngere Krisenhelfer und Therapeuten* bisher so selten alten Menschen in Lebenskrisen zugewandt haben. Letztlich kann auch der Krisenhelfer oder Therapeut dem alten Menschen, der in einer ausweglos erscheinenden (oft irreversiblen) Situation steckt, die Option Selbsttötung nicht nehmen. Er wird leicht auf seine eigene Hilflosigkeit zurückgeworfen. Bei allem aktiven Einsatz für Alternativen muss der Therapeut das Risiko eingehen, dass der Betroffene sein Hilfsangebot nicht annehmen kann und in den Tod geht.

Für eine *Minderheit* von alten Menschen, die für sich keine andere Alternative mehr sieht, deren Problemlage sich so zugespitzt hat, dass keine Hilfe mehr erwartet wird, und sie kein Sinnangebot mehr erreicht, wird Suizidprävention wahrscheinlich ins Leere laufen. Das Weiterleben erscheint schrecklicher als der Tod.

Für andere alte Menschen, es sollte die *Mehrheit* sein, macht Suizidprävention Sinn, wenn sie dadurch frühzeitig in einer sich krisenhaft zuspitzenden Lebenssituation erreicht werden. Suizidprävention muss auch einer „falschen Toleranz“ dem Alterssuizid gegenüber und einem therapeutischen Nihilismus, der Suizidprävention im Alter ad absurdum

führt, entgegenwirken. Erstens haben alte Menschen das gleiche Recht wie jüngere, in Krisen und Notlagen Hilfe zu erhalten, und zweitens beweisen die Wissenschaften, die Gerontologie, die Medizin, die Psychiatrie, dass es für therapeutischen Nihilismus im Alter keine fachliche Rechtfertigung gibt (S. Kapitel 5.5). Katamnesen belegen zudem, dass alte Menschen, die nach einem Suizidversuch „gerettet“ und betreut wurden, zu einem hohen Prozentsatz nicht mehr akut suizidal werden (Ernst, 1995).

Greift Suizidprävention weit genug aus, bis in die Strukturen der Gesundheitspolitik, der geriatrisch-psychiatrischen Versorgung, der Palliativmedizin und Sterbebegleitung und definiert sie sich nicht nur als Einzelfallhilfe, können Rahmenbedingungen geschaffen werden, die zwar Suizide nicht verhindern, wohl aber unwahrscheinlicher machen können. *Der Suizidprävention in allen Facetten ist der Vorrang zu geben vor allen Initiativen, ärztliche Euthanasie zu legalisieren, Exit-Bewegungen zu unterstützen und ärztlich assistierte Suizide auszuweiten. Sie ist „Sozialinvestition in Lebensqualität“ (Schulz-Nieswandt, 1997).*

Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen (1997, S. 11) erklärt sich in ihrer Stellungnahme zur Suizidprophylaxe und Sterbehilfe eindeutig: *„Suizidverhütung ist das höhere humanistische Gut, das es zu bewahren gilt“ (Felber & Wolfersdorf, 1997).*

Wichtig ist auch, im Rahmen von Suizidprävention alten Menschen frühzeitig und im Vorfeld angstauslösender Vorstellungen von einem inhumanen Lebensende Alternativen zu Euthanasie und zum Suizid aufzuzeigen, die sich erstens aus einer wirksamen Schmerztherapie und Symptomkontrolle ergeben und zweitens in einer Verbesserung der Pflege und Betreuung von Sterbenden (z. B. durch den Ausbau von Hospizen) liegen. (AGS Ethics Committee, 1995; Sachs et al., 1995). Diese positive Einschätzung der Suizidprävention im Alter setzt allerdings voraus, dass Ärzte, Krisenhelfer und Therapeuten ihre eigenen Einstellungen zum Alter/Altern und damit auch zur Lebensbeendigung überprüfen. Schreiben sie sich selbst in bestimmten Situationen ein „Selbsttötungsprivileg“ zu, werden sie auch den Suizid anderer eher verständlich finden und tolerieren (Conwell, 1993; Kastenbaum, 1994).

Um die Chancen und Möglichkeiten von Suizidprävention im Alter realistisch umsetzen zu können, muss noch viel getan werden. Das betrifft nicht nur die materiellen und personellen Ressourcen und Organisationsstrukturen von Suizidprävention und Krisenhilfe, sondern auch die Einstellungen und Handlungskonzepte derjenigen, die dort tätig sind. Bei vielen Suizidhandlungen im Alter werden Optionen für ein befriedi-

gendes Weiterleben faktisch oder vorstellungsmäßig nicht mehr gesehen, und professionelle wie freiwillige Helfer haben verständlicherweise große Schwierigkeiten, gegen ihr eigenes *negatives Altersbild* anzukämpfen, ihre eigene Hilflosigkeit zu überwinden und *lebenswerte* Perspektiven in desolaten Lebenslagen zu entdecken.

7 Zusammenfassung

Im ersten Kapitel wurden statistische Daten und empirische Untersuchungen zur Suizid- und Suizidversuchshäufigkeit nach dem Stand von 2000 im internationalen und nationalen Bezugssystem referiert und ausgewertet. Dabei zeigt sich mit Ausnahme jüngerer Frauengruppen in China auf allen Kontinenten ein Überwiegen der Suizide bei Männern (Schmidtke et al. 1999), in Ländern dagegen, die Daten über Suizidversuche vorliegen haben, ein Überwiegen der Frauen. Mit dem Alter, besonders ab 70 Jahren, steigen die Suizidraten an („ungarisches Muster“) und die Suizidversuchszahlen nehmen ab. Im Zeitverlauf ist im letzten Jahrzehnt von einem durchschnittlichen Absinken der Suizidzahlen in Deutschland auszugehen. Das gilt nach neuen Befunden für die Zeit von 1990 bis 1999 auch für die höheren Altersgruppen. Untersuchungen zu „Lebensmüdigkeit“ und Suizidgedanken sprechen für eine höhere Prävalenz bei Hochbetagten (z.B. in der Berliner Altersstudie).

Im Kapitel zur Epidemiologie suizidalen Verhaltens im Alter wurden zunächst diagnostische Fragen angeschnitten. Die neurobiochemische Forschung zur Suizidalität fußt heute stark auf der sog. „Serotonin-Hypothese“, die jedoch wegen der Konfundierung mit biologischen Altersparametern nicht ohne Einschränkungen auf den Alterssuizid übertragen werden kann. Somatische und psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen, sind, oft begleitet von psychischen und sozialen Belastungsmomenten, nach wie vor die zentralen Risikofaktoren für suizidale Gefährdung und Suizidverhalten im Alter. Sie müssen deshalb frühzeitig in ihrer suizidogenen Wirkung diagnostiziert und fachmedizinisch nach den neusten Erkenntnissen behandelt werden. Ein entscheidender Beitrag zur Suizidprävention im Alter ist somit die gute Behandlung psychischer Erkrankungen. Was soziodemographische und sozioökonomische Determinanten im Suizidgeschehen anbelangt, so sind die internationalen Befunde nicht auf einen Nenner zu bringen, selbst die Arbeitslosigkeit darf als Einflussvariable nicht überbewertet werden (Häfner, 1998). Zur Erklärung der bekannten Geschlechtsunterschiede bei suizidalen Handlungen liegen einige Ansätze vor, überwie-

Teil II Befragungsergebnisse

8 Einleitung

Im zweiten Teil des Berichts werden Befragungsergebnisse vorgestellt und analysiert, die aus drei für das Thema Suizidprävention im Alter relevanten Adressatenkreisen stammen.

Befragt wurde erstens eine Stichprobe von *ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen* in Deutschland mit der Intention herauszufinden, in welchem Maße und in welcher Weise Suizidprävention und Krisenhilfe bei alten Menschen in der Praxis von ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen verankert sind. Sollte sich auch für die Bundesrepublik der Eindruck aus der internationalen Fachliteratur bestätigen lassen, dass alte (über 60jährige) Menschen trotz ihrer im Vergleich zu jüngeren Personengruppen erhöhten Suizidgefährdung unter der Klientel von ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen unterrepräsentiert sind, muss nach den Gründen für dieses Missverhältnis gefragt werden (Teil I, Kapitel 5). Durch die Befragung soll dieses Missverhältnis *aus der Sicht der Krisenhilfevertreter* aufgeklärt und nach Wegen gesucht werden, die ambulante Krisenhilfe für alte Menschen präsenter, zugänglicher und attraktiver zu machen. In der Expertise des Verfassers über Suizidalität im Alter (Erlemeier, 1992) wurde unter dem Stichwort Forschungsbedarf eine solche Bestandsaufnahme ambulanter Krisenhilfeangebote für alte Menschen in Deutschland nachdrücklich angeregt.

Befragt wurde ferner eine Gruppe von *Experten* der Suizidologie, die sich besonders in Forschung und Behandlungspraxis von depressiven und suizidgefährdeten alten Menschen in der Fachwelt einen Namen gemacht haben. Ihnen wurden Fragen vorgelegt, die insbesondere auf Schwachstellen der gegenwärtigen Suizidprävention, Krisenhilfe und Therapie bei alten Menschen abzielen, die nach Gründen für diese Schwachstellen forschen und den Befragten die Möglichkeit einräumen, aus ihrer Sicht notwendige Veränderungen anzumahnen und konkrete Verbesserungsvorschläge im Hinblick auf die Präventionspraxis in der Bundesrepublik zu machen.

Als dritte Gruppe wurden *alte Menschen* als real oder potentiell Betroffene selbst angesprochen. Sie sollten in einem durch Leitfragen strukturierten Gespräch die Möglichkeit haben, zu gesundheitlichen, sozialen oder materiellen Belastungen in den vergangenen Jahren Stellung zu nehmen, sich zu Krisen in ihrem Leben zu äußern, die suizidal aufgela-

den waren oder sich als solche entwickeln könnten, sowie die Personen, Ansprechpartner oder Instanzen zu benennen, bei denen man Rat, Hilfe, Entlastung und Verständnis in solchen Krisen erhielt oder erwarten kann. Ferner wurde nach Aspekten der Zukunftswahrnehmung gefragt und der subjektive Gesundheitszustand abschließend durch die Befragten eingeschätzt.

Die Befragung der ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen und der Experten erfolgte in den Monaten April und Mai 1999 in schriftlicher Form, die Befragung der alten Menschen wurde zwischen August und Oktober 1999 im persönlichen Gespräch durchgeführt.

9 Befragung der ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen

9.1 Befragungsstichprobe

Die Befragung der ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen setzte eine möglichst vollständige und aktuelle Auflistung dieser Einrichtungen in der Bundesrepublik voraus. Diese Liste war nicht einfach zu erhalten. Es gab zum Zeitpunkt der Befragung lediglich eine Aufstellung von Hilfeeinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland (Adressen geordnet nach Postleitzahlen), die in dem Buch von Giernalczyk (1995) „Lebensmüde – Hilfe bei Suizidgefährdung“, zu finden ist. Diese Liste wird geführt und auf dem Laufenden gehalten von Dipl.-Soz. Michael Witte, dem Leiter der Beratungsstelle NEUland in Berlin. Herr Witte versicherte dem Verfasser dieses Berichts in einem Telefongespräch, dass es zum Zeitpunkt der Befragung (April/Mai 1999) keine Liste von Krisenhilfeeinrichtungen neueren Datums gebe, somit die Auflistung in Giernalczyks Buch als die aktuellste zu gelten habe.

Der Fragebogen wurde Anfang April 1999 an 98 ambulante Krisenhilfeeinrichtungen in der ganzen Bundesrepublik verschickt. Einige Anschriften waren unvollständig, inkorrekt oder existierten nicht mehr. Nach einigen Nachforschungen und zweimaliger schriftlicher Anmahnung wurden 52 auswertbare Fragebögen zurückgeschickt. Die Rücklaufquote beträgt somit 53 %. Über die Gründe dafür, dass auch nach zweimaliger Anmahnung keine Reaktion erfolgte, ist nichts bekannt. Es kann nur an Hand der Anmerkungen von Respondenten vermutet werden, dass Arbeitsüberlastung oder auch Nichtzuständigkeit für die Themenstellung der Befragung für das Schweigen verantwortlich zu machen

sind. Diejenigen ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen, für die Suizidalität und Suizidprävention im Alter ein bedenkenwerter Aspekt ihrer Arbeit ist oder zumindest sein müsste, haben sich der Mühe unterzogen, den Fragebogen zu bearbeiten. Die anderen, für die das Thema entweder nicht relevant war oder dessen Bearbeitung durch andere wichtige Fragestellungen überdeckt wurde, haben den Fragebogen wahrscheinlich zur Seite gelegt und unbeantwortet gelassen. Es liegt nahe anzunehmen, dass mit den 52 Respondenten die ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen erreicht wurden, für die das Forschungsthema interessant und unterstützungswürdig ist. Es gab auch einige Einrichtungen, die in einem Schreiben die Auskunft gaben, dass von ihren Arbeitsschwerpunkten her die Fragestellung des Forschungsprojekts für sie nicht zutreffend sei.

Für die Befragung wurden mit Bedacht nur *ambulante* Krisenhilfeeinrichtungen in der gesamten Bundesrepublik berücksichtigt. Psychiatrieeinrichtungen und an Allgemeinkrankenhäusern angegliederte psychiatrische Abteilungen, Krisen- oder Notfallstationen wurden nicht in die Befragung einbezogen, wenn zu erkennen war, dass es sich um stationäre Behandlungsangebote handelte und die Hilfesuchenden bereits Patientenstatus erhalten hatten. Sie waren qua Krankheitsdiagnose und ärztlicher Zuweisung bereits mit dem Medizinsystem in Berührung gekommen und hatten nicht mehr die Wahl, an wen sie sich im Falle einer suizidalen Krise richten wollten.

Der Zugang zu einer ambulanten Krisenhilfeeinrichtung oder die Konsultierung eines Krisenhelfers ist den Ratsuchenden freigestellt. Deshalb muss einerseits das institutionelle Hilfsangebot vorhanden und bekannt sein und andererseits das Bedürfnis und die Bereitschaft auf Seiten des Hilfesuchenden, die Hilfe in Anspruch zu nehmen, gegeben sein. Es muss also zu einer möglichst optimalen „*Passung*“ zwischen dem Hilfsangebot auf der einen und dem Hilfebedarf eines Menschen auf der anderen Seite kommen, was besonders im Falle *alter Menschen* in psychischer Not nach dem internationalen Forschungsstand häufig nicht vorausgesetzt werden kann.

Ein zweiter Grund für die Konzentration auf ambulante Krisenhilfeeinrichtungen war deren zahlenmäßige Überschaubarkeit, weil eine Eingrenzung des Befragtenradius im Rahmen dieser Studie notwendig war. Aus diesem Grunde wurden auch keine allgemeinen ambulanten Beratungsdienste kommunaler Altenhilfe einbezogen. *Ambulante Krisenhilfeeinrichtungen sind in besonderem Maße auf Menschen in Lebenskrisen und in suizidaler Gefahr spezialisiert und sollten deshalb auch im Rahmen ihres Auftrags stärker als bisher ihr Augenmerk auf alte Men-*

schen richten, die sich in psychischen Notlagen befinden und deren Lebenshorizont stark eingeengt ist.

9.2 Befragungsmethode

Die Befragung wurde in Form eines teils vollstandardisierten, teils halbstandardisierten Fragebogens durchgeführt, der den ambulanten Krisendiensten zur schriftlichen Beantwortung vorgelegt wurde. Die möglichst weitgehende Standardisierung war auch deshalb geboten, weil wegen der zeitlichen und fachlichen Beanspruchung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krisenhilfestellen die Bearbeitung des Fragebogens nicht zu zeitintensiv sein durfte. Ihm beigelegt war ein Begleitschreiben des Projektleiters, das über den Anlass und die Zielrichtung der Befragung informierte. Ferner lag dem Fragebogen und Begleitschreiben eine Stellungnahme des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen, Herrn Prof. Dr. med. Werner Felber, bei, in dem das Forschungsprojekt ideell unterstützt und an die Mitarbeit der Krisenhilfeeinrichtungen appelliert wurde.

Der Fragebogen an die ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen umfasst sieben Abschnitte. Im *ersten* Abschnitt geht es um Fragen zur Einrichtung wie Lage in der Kommune, Dauer des Bestehens der Einrichtung, Bekanntheitsgrad besonders bei älteren Bürgern, zu Trägerschaft, Finanzierung, Anzahl und Professionen der Mitarbeiterschaft, Einsatz von ehrenamtlichen Helfern, Arbeitsschwerpunkten der Einrichtung, Kooperationspartnern in der Kommune und um Entwicklungsplanung.

Der *zweite* Abschnitt befasst sich mit Fragen zu den Ratsuchenden. Es geht beispielsweise um die Geschlechts- und Altersstruktur der Klienten, um den Anteil von Älteren an der Gesamtklientel, die Art ihrer Kontaktaufnahme mit der Einrichtung, ihren Familienstand, ihre Wohnsituation und um soziodemographische Besonderheiten von Älteren, die den Respondenten auffielen.

Im *dritten* Abschnitt werden Fragen zur theoretischen Konzeption der Einrichtung sowie zur Form der Beratung, Krisenhilfe und Therapie angeschnitten. Besonders interessiert hier, ob in Konzeption und methodischer Ausrichtung die Belange und Besonderheiten älterer Menschen berücksichtigt werden.

Im *vierten* Teil des Fragebogens wird den allgemeinen Anlässen und Gründen für die Kontaktaufnahme mit der Krisenhilfeeinrichtung nach-

gegangen. Dabei sollten bis zu fünf Rangplätze nach vorgegebenen Antwortkategorien vergeben werden, die solche Anlässe und Gründe thematisieren, z. B. psychische Erkrankung (vornehmlich welche?), körperliche Erkrankung (vornehmlich welche?), soziale Isolierung / Einsamkeit, Konflikte mit Partner/Partnerin oder Familie bis zu früheren Suizidversuchen. Um auch ungewöhnlichen Anlässen und Gründen Raum zu geben, wurde – wie des öfteren im Fragebogen – eine „offene“ Kategorie vorgesehen, in der zusätzliche Antworten vermerkt werden konnten. Da im Rahmen dieser Studie nicht nur die allgemeinen Gründe und Anlässe für die Kontaktaufnahme interessieren, sondern besonders die der *über 60jährigen* Besucher, wurde in offener Form danach gefragt. Die Respondenten sollten bis zu fünf Rangplätze für Gründe und Anlässe der über 60jährigen, die Krisenhilfe aufzusuchen, angeben.

Im *fünften* Abschnitt stehen mögliche Gründe für die geringe Inanspruchnahme von Krisenhilfe und Therapie durch *ältere* Menschen im Blickpunkt. Unterschieden wird nach möglichen institutionellen/ organisatorischen Gründen auf der einen und individuellen/persönlichen Gründen auf der anderen Seite. Auch in diesem Abschnitt werden Antwortkategorien vorgegeben, auf die dann Rangplätze zu verteilen sind. Zusätzlich vorgesehen ist wiederum eine offene Antwortkategorie.

Im *sechsten* Abschnitt werden Fragen zu Entwicklungs- und Veränderungsperspektiven der Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter an die Professionellen in der ambulanten Krisenhilfe gestellt. Die Schlüsselfrage lautet:

„Was müsste aus Ihrer Sicht unternommen werden, um suizidgefährdete alte Menschen stärker als bisher zu erreichen und sie mit Diensten/Einrichtungen der Prävention, Krisenhilfe und Therapie in Kontakt zu bringen?“

Die Änderungsvorschläge, die als Kategorienschema bereits vorgegeben waren, sollten ihrer Bedeutsamkeit nach gewichtet und in eine Rangordnung gebracht werden.

Im *siebten* und letzten Abschnitt werden die Respondenten aufgefordert, eine abschließende Einschätzung der aus ihrer Sicht wichtigsten Änderungsmaßnahmen, Initiativen oder Entwicklungsprojekte vorzunehmen.

Was müsste also vordringlich unternommen werden, „um durch gezielte Prävention, Krisenintervention und Therapie das hohe Suizidrisiko bei

alten Menschen zu senken und Lebensalternativen trotz der Belastungen und Einschränkungen des Alters aufzuzeigen?“.

9.3 Befragungsergebnisse

Zur Auswertung und Interpretation der folgenden Befragungsergebnisse sind einige *Vorbemerkungen* zu machen.

1. Die Auswertung bewegt sich vornehmlich auf dem Niveau deskriptiver und klassifikatorischer Statistik. Da es sich in erster Linie um Datenauswertung im Sinne der Beschreibung eines Ist-Zustandes (Bestandsaufnahme, Mängelanalyse) handelt, ist sie nicht auf die Überprüfung spezifischer, quasiexperimenteller Arbeitshypothesen abgestellt. Es lässt sich vielmehr zum ersten Mal für Deutschland gezielt überprüfen, ob alte Menschen unter der Klientel von ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen angesichts ihrer (im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen) erhöhten Suizidgefährdung unterrepräsentiert sind. In der Forschungsliteratur (S. Teil I) finden sich wiederholt Belege für die legitime Formulierung dieser allgemeinen Annahme. Das eigentliche Forschungsinteresse richtet sich aber nicht nur auf den Nachweis der geringen Inanspruchnahme ambulanter Krisendienste durch Ältere, sondern es dient insbesondere der Erforschung der *inneren und äußeren Gründe* für diesen Mangel aus der Sicht von Praktikern der ambulanten Krisenhilfe (später aus der Sicht von Suizidologen). Ferner sollen deren Veränderungsvorschläge und Anregungen in ein *Optimierungskonzept* von Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter einfließen.
2. Es geht im ersten Schritt der Auswertung um die Beschreibung des Ist-Zustandes heutiger ambulanter Krisenhilfe für alte Menschen, d. h. um die Beschreibung von *institutionell-strukturellen, organisatorischen und personellen* Merkmalen heutiger ambulanter Krisenhilfe (mit besonderem Bezug auf o.g. Zielgruppe). In einem zweiten Schritt geht es dann um die möglichst differenzierte Kennzeichnung der Besonderheiten von suizidalen Krisen alter Menschen aus der Sicht (und vor dem Erfahrungshorizont) von Institutionsvertretern sowie um mögliche Besonderheiten des methodischen Vorgehens in der Krisenhilfe bei dieser Personengruppe. Außerdem sollen die spezifischen *Anlässe und Gründe* für die Kontaktaufnahme mit ambulanter Krisenhilfe durch diese Gruppe aufgeklärt werden.
3. Neben der Auswertung aller Untersuchungsvariablen über die Gesamtgruppe (52 ambulante Krisenhilfeeinrichtungen in Deutschland) bietet es sich an, gezielte Untergruppenvergleiche (Cross-Tabellier-

ungen) vorzunehmen, um bestimmte Institutionsprofile oder -typen herauszuarbeiten. In der Logik dieser Untergruppenvergleiche liegt es auch, einige gezieltere *Arbeitshypothesen* zu formulieren. Beispielsweise kann überprüft werden, ob diejenigen Krisenhilfeeinrichtungen, die bei alten Menschen stärker bekannt sind und eine höhere Besucherfrequenz dieser Altersgruppe aufzuweisen haben, sich in ihrer Konzeption und im methodischen Vorgehen stärker auf die Krisenanlässe und Belange alter Ratsuchender eingestellt haben (Stichwort: „*Gerontologisierung*“ der Einrichtung). Es kann sich selbstredend auch um eine Wechselwirkung handeln, d. h. diejenigen Einrichtungen, die sich bereits in ihrer Konzeption und praktischen Arbeit auf die Zielgruppe „Alte Menschen in Lebenskrisen“ eingestellt haben und eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit organisiert haben, werden mit hoher Wahrscheinlichkeit auch stärker alte Menschen erreichen und ansprechen. Deren Besucherzahl wird höher liegen als bei den Einrichtungen, die diese Zielgruppe bisher nicht ins Blickfeld genommen haben. Im Verlauf des Berichts wird deutlich werden, ob sich diese Arbeitshypothesen bestätigen lassen.

4. Aus dem Vergleich von ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen mit einem höheren „Gerontologierungsgrad“, der zu einem größerem Bekanntheitsgrad und einer stärkeren Besucherfrequenz bei alten Menschen geführt hat, mit denjenigen Einrichtungen, die ältere Menschen bisher kaum erreicht haben, können sich bereits einige Überlegungen ableiten lassen, wie ambulante Krisenhilfe konzipiert und organisiert sein müsste, um alte Menschen in Lebenskrisen stärker als bisher zu erreichen und anzusprechen. Den Gründen lässt sich hier bereits gezielt nachgehen, *warum* einige Einrichtungen ihre Brückenfunktion zu alten Menschen in psychischen Notlagen wahrnehmen und andere dagegen diese Leistung bisher nicht erbringen. Mögliche praktische Erfahrungen sollen dann in ein Konzept zur *Optimierung* von Suizidprävention und Krisenhilfe in lebensnahen, ambulanten Helpesettings für alte Menschen in der Krise Eingang finden.

Lage und Alter der Einrichtung

Im ersten Abschnitt des Fragebogens geht es um einige zentrale Angaben zu den 52 ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen, die an der Befragung teilnahmen. 46 (88.5 %) liegen zentral in der Kommune, nur 6 (11.5 %) weisen eine Randlage auf. Obgleich es nach Angaben der befragten Institutionen nur 28.8 % sind, die keinen stationären Krisendienst, und 11.5 % angaben, keinen ambulanten Krisendienst „vor Ort“ zu besitzen, konnten nur fünf Befragte (9.6 %) einen speziellen Krisendienst für *suizidgefährdete alte Menschen* benennen.

Tabelle 10: Kooperationspartner der ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen in der Kommune/Region

Kooperationspartner	nein (%)	ja (%)
Ambulante psychiatrische Dienste	19.2	80.8
Stationäre psychiatrische Dienste	19.2	80.8
Allgemeinärzte/Internisten	42.3	57.7
Neurologen/Psychiater	44.2	55.8
Allgemeinkrankenhäuser	50.0	50.0
Ambulante Altenpflege	65.4	30.8
Stationäre Altenpflege	82.7	17.3
Offene Altenhilfe (z.B. Clubs, Treffs)	80.8	15.4
Kommunale Ämter (z.B. Gesundheitsamt)	21.2	78.8
Beratungsstellen der Verbände oder der Kommunen	21.2	76.9
Selbsthilfegruppen	42.3	55.8
Sonstige Kooperationspartner	63.5	30.8

Entwicklungsplanung

Auf die Frage, ob inhaltliche und/oder organisatorische Veränderungen von Seiten der Einrichtung geplant seien, z.B. um alte Menschen stärker als bisher anzusprechen, verneinen 67,4 % (N=31) diese Frage, während 32,6 % (N=15) dieser Frage zustimmen. Wenn solche Entwicklungsperspektiven genannt werden, *handelt es sich allerdings nur in wenigen Fällen um altersspezifische Initiativen*. Genannt werden in diesem Falle Fortbildungsangebote für Personal in der Altenpflege, die Verbreitung von Informationen über den Alterssuizid in Seniorenkreisen, Clubs u. ä., ferner in einer Einrichtung die Teamerweiterung durch eine gerontopsychiatrische Fachkraft. Einige Einrichtungen erkennen die Notwendigkeit einer stärkeren Beachtung der Belange alter Menschen in der Krisenhilfe zwar an, sehen jedoch organisatorische und personelle Umsetzungsschwierigkeiten. *Eine dezidierte Initiative, alte Menschen in der Krise stärker als bisher gezielt anzusprechen, geht jedoch von keiner befragten Einrichtung aus.*

Geschlecht und Alter der Ratsuchenden

Im nächsten Abschnitt stehen Merkmale der Ratsuchenden (Klienten) der ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen im Vordergrund. Zunächst zu

deren Geschlechterverteilung. Nach Einschätzung der Befragten sind im Mittel 65.9 % Frauen und 33.5 % Männer (3 ohne Angabe).

Die *Altersstruktur* der Besucher stellt sich wie folgt dar.

Tabelle 11: Altersverteilung der Ratsuchenden in ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen (Die Zahl der Einrichtungen, die die Prozentsätze ihrer Besucher über 60 Jahren nicht einschätzen konnten, liegt bei 35.8%)

Altersgruppen in Jahren	Mittelwerte der Prozentangaben	Standardabweichung
10 bis 19	6.3	4.8
20 bis 29	17.8	8.5
30 bis 39	25.9	9.7
40 bis 49	23.2	8.4
50 bis 59	13.6	7.1
60 bis 69	8.0	7.5
70 bis 79	3.2	2.4
80 und älter	1.0	1.5

Tabelle 11 zeigt, dass nach Einschätzung der ambulanten Krisendienste nur ein *geringer Teil über 60jähriger Personen* Einrichtungen der ambulanten Krisenhilfe in Anspruch nimmt (*Insgesamt 12.2 %*). *Inbesondere über 70jährige sind mit 4.2 % sehr schwach vertreten*. Die geringen Standardabweichungen belegen zudem, dass das in fast allen erfassten Einrichtungen der Fall ist. Das stimmt mit den Ergebnissen der Forschungsliteratur überein. Der Großteil der Ratsuchenden rekrutiert sich aus den Altersgruppen zwischen 20 und 59 Jahren (*Insgesamt 80.5 %*). *Damit kann die Ausgangsthese der geringen Frequentierung ambulanter Krisenhilfeangebote durch alte Menschen auch durch die vorliegenden Daten bestätigt werden*. Die Daten zeigen auch, dass im Schnitt 35.8 % der Befragten über den prozentualen Anteil ihrer Klienten ab 60 Jahren keine Auskunft geben konnten. Bei den jüngeren Altersgruppen liegt dieser Prozentsatz weit darunter. Auch dieses Ergebnis spricht für sich.

Dem *Einwand*, alte Menschen müssten wegen ihres relativ geringen Bevölkerungsanteils auch entsprechend weniger zahlreich in Einrichtungen der Krisenhilfe zu finden sein, ist dadurch zu begegnen, dass die Anteile der einzelnen Altersklassen der Klienten mit ihrem relativen Anteil an der Gesamtbevölkerung ins Verhältnis gesetzt werden. Die

20-59-jährigen sind mit insgesamt 80.5 % an der Gesamtklientel der Krisenhilfe am stärksten vertreten, an der Gesamtbevölkerung machen sie dagegen 1997 einen Anteil von rund 57 % aus. Über 60-jährige sind insgesamt mit nur 12.2 % am Gesamtklientel vertreten, ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung beträgt im Vergleich dazu rund 22 %.

Die Frage, ob der Anteil über 60-jähriger an der Gesamtzahl der Ratsuchenden in den letzten fünf Jahren zugenommen, abgenommen habe oder gleichgeblieben sei, wird wie folgt beantwortet: 25.0 % der Befragten meinen, er habe zugenommen, 5.8 % sind für abgenommen und der Großteil, nämlich 65.4 %, sind der Meinung, er sei gleich (niedrig) geblieben. *Immerhin nimmt ein Viertel der Befragten eine Zunahme älterer Ratsuchender in ihren Einrichtungen wahr.*

Familienstand

Der Familienstand der über 60-jährigen Ratsuchenden wird im Mittel über alle Respondenten, die darüber Auskunft geben konnten, folgendermaßen eingeschätzt:

Tabelle 12: Geschätzter Familienstand der über 60-jährigen Ratsuchenden (Die Prozentwerte brauchen sich nicht zu 100 % aufzurechnen)

Familienstand der über 60-jährigen	Prozente (Mittelwerte)
ledig	14.7
verheiratet	26.3
geschieden	18.8
verwitwet	42.0
keine Angaben	12.8

Der Großteil der Klienten über 60 Jahren wird als verwitwet eingeschätzt; Ledige und Geschiedene machen zusammen 33.5 % aus und nur 26.3 % sind nach den Angaben der Krisenhilfestellen verheiratet. 12.8 % der Befragten konnten zum Familienstand der über 60-jährigen überhaupt keine Angaben machen. Auch war der Prozentsatz derjenigen Befragten ziemlich hoch (im Schnitt 50.0 %), von denen zu den einzelnen Familienstandskategorien keine Informationen vorlagen.

Wohnsituation

Bezüglich der Wohnsituation der über 60-jährigen Ratsuchenden gaben die Befragten im Mittel folgende Schätzurteile ab. 64.1 % werden im

Durchschnitt als alleinlebend und 36.3 % als in Gemeinschaft mit anderen lebend (z.B. mit Angehörigen) eingestuft. Somit kann in Abgleichung mit dem Familienstand mit einigem Recht angenommen werden, dass unter der Klientel der über 60jährigen mindestens über die Hälfte allein lebt, entweder verwitwet, ledig oder geschieden ist. Nur etwa gut ein Drittel lebt in Gemeinschaft mit anderen Personen, meistens wohl mit dem Partner/der Partnerin.

Besondere soziodemographische Merkmale über 60jähriger

Auf die offene Frage, welche drei besonderen soziodemographischen Merkmale in Rangfolge den Befragten bei über 60jährigen in ihrer Einrichtung aufgefallen seien, wurde an erster Stelle *soziale Isolierung/Einsamkeit* (20 Nennungen; durchschnittlicher Rangplatz 1.7) genannt. Alle anderen soziodemographischen Besonderheiten spielen nur in den Antworten jeweils weniger Befragter eine Rolle, indem sie ihnen einen Rangplatz von 1 bis 3 zubilligen. Darunter finden sich zum Beispiel die Einkommensverhältnisse (besonders günstig oder ungünstig) (7 Nennungen), körperliche Erkrankungen (6 Nennungen), Gefühle der Sinnlosigkeit und Überflüssigkeit (5 Nennungen) und das Übergewicht an Frauen unter den alten Ratsuchenden (5 Nennungen).

Wege der Kontaktaufnahme mit ambulanten Krisendiensten

Wichtig im gesamten Befragungskontext ist auch die Art und Vermittlung der Kontaktaufnahme mit den ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen durch oder für die über 60jährigen Ratsuchenden. Mit Hilfe vorgegebener Kategorien sollten von den befragten Einrichtungen Rangplätze von 1 bis 5 vergeben werden. Tabelle 13 gibt einen Überblick über die Formen der Kontaktaufnahme, nach Höhe der durchschnittlichen Rangplätze geordnet.

Die Kontaktaufnahme über 60jähriger Ratsuchender mit der ambulanten Krisenhilfe wird nach Einschätzung der Befragten entweder überwiegend durch Familienangehörige vermittelt oder sie erfolgt aus Eigeninitiative. Haus- und Fachärzte wie ambulante Dienste treten hinter den beiden ersten Formen der Kontaktaufnahme schon merklich zurück. Am wenigsten erfolgt die Kontaktaufnahme bemerkenswerterweise über die Vermittlung von *Altenberatungsstellen*, die ja eigentlich als primäre Ansprechpartner für alte Menschen fungieren müssten.

Tabelle 13: Häufigkeit von Formen der Kontaktaufnahme über 60jähriger mit ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen (Geordnet nach ihrer Rangfolge von 1(höchster Rang) bis 5 (unterster Rang) (Zahlen in Klammern geben in dieser und den folgenden Tabellen die Anzahl der Befragten an, die die jeweilige Kategorie auf Rangplatz 1 bis 5 setzten)

Wege der Kontaktaufnahme	Durchschnittliche Rangplätze
Vermittlung durch Familie/Angehörige	1.7 (33)
Eigeninitiative	1.8 (35)
Vermittlung durch Freunde/Bekannte	2.4 (18)
Sonstige Vermittlungen	2.9 (15)
Hausärzte/Fachärzte	3.1 (26)
Ambulante Dienste	3.2 (21)
Altenberatungsstellen	4.3 (11)

Zu den sonstigen Formen der Kontaktaufnahme gehören die Vermittlung durch Krankenhäuser nach dortiger Behandlung (auch nach Suizidversuch), durch Pfarrer und Kirchengemeinden, die Polizei, die Telefonseelsorge und über Informationen durch Medien.

Methodisch-theoretische Konzeption der Einrichtungen

Im dritten Abschnitt des Fragebogens geht es um Angaben zur *Konzeption* der ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen und zu Formen der Beratung, Krisenhilfe und Psychotherapie, *mit besonderem Akzent auf ihren Zuschnitt für über 60jährige*. Die Frage nach der Arbeitskonzeption der ambulanten Krisendienste wurde in offener Form gestellt. Die Antworten ließen sich ohne Schwierigkeit bestimmten Oberkategorien zuordnen.

45 Einrichtungen (86.5 %) geben an, eine eigene Konzeption mit einer bestimmten therapeutischen Ausrichtung entwickelt zu haben, sieben verneinen das (13.5 %). Im Unterschied dazu geben aber nur *16 Einrichtungen (30.8 %)* an, die Belange und Probleme alter Menschen in der Krise in ihrer Konzeption und therapeutischen Schwerpunktbildung besonders zu berücksichtigen, *34 (65.4 %) verneinen das*. Zwei machen keine Angaben dazu.

Tabelle 14 gibt einen Überblick über die von den Befragten angeführten methodisch-theoretischen Konzeptionen ihrer Einrichtungen nach der Häufigkeit ihrer Nennungen.

Tabelle 14: Methodisch-theoretische Konzeptionen der befragten ambulanten Krisendienste (Mehrfachnennungen waren möglich)

Methodisch-theoretische Konzeptionen	Nennungen (Absolutwerte)	Nennungen (Prozentwerte)
– Methodenmix / Methodenflexibilität	16	27,6
– Kriseninterventionsmodell (u. a. niederschwellig)	13	22,5
– Klientenzentrierte (gesprächspsychologische) Methoden	7	12,1
– Tiefenpsychologisch-analytische Methoden	7	12,1
– Systemische Methoden	4	6,9
– Andere Therapieformen (z.B. Körpertherapien, Transaktionsanalysen)	4	6,9
– Ehrenamtliche Begleitung/ keine Therapie	2	3,4
– Vernetzungsarbeit	2	3,4
– Unterstützungsmanagement	1	1,7
– Sozialpsychiatrischer Ansatz	1	1,7
– Biologische Aspekte der Psychiatrie	1	1,7
	N= 58	100

Rund 28 % der befragten ambulanten Krisendienste favorisieren keine einzelne methodisch-theoretische Konzeption, sondern sie bevorzugen eher einen den Problemlagen angemessenen Methodenmix oder bauen auf Methodenflexibilität. Insgesamt kann in diesem Falle von einem *eklektischen* Vorgehen gesprochen werden, indem aus dem vorhandenen Methodeninventar diejenigen Methoden ausgewählt und integriert werden, die aus Erfahrung einer Problemlösung in bestimmten Fällen am besten dienlich sind.

Mit rund 23 % noch recht häufig werden Methoden der Krisenintervention genannt, wie sie von Giernalczyk, Sonneck, Wedler u. a. des öfteren beschrieben worden sind (S. Teil I, Kapitel 5). Es folgen danach in der

Häufigkeit ihrer Nennungen klientenzentrierte Beratungsmethoden und tiefenpsychologisch-analytische Arbeitsformen mit 12 %. Systemische Ansätze und andere Therapieformen wie Körpertherapien, Transaktionsanalyse u. a. sind mit vier Nennungen vertreten (jeweils 6,9 %). Lediglich Doppelnennungen erhalten Arbeitsformen wie Vernetzungsarbeit und Krisenbegleitung durch Ehrenamtliche ohne Therapieanspruch. Einzelnennungen sollen hier nicht getrennt aufgeführt werden (S. Tabelle 14).

Die Besonderheiten *alter Menschen* finden in den methodisch-theoretischen Konzeptionen der ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen nach Ansicht von nur rund 30 % (N=14) der Befragten Berücksichtigung. Rund 70 % verneinen die Frage oder machen dazu keine Angaben (N=32). Als eine Besonderheit werden vorzugsweise *niederschwellige, aufsuchende Kontaktangebote* für alte Menschen in ihrem Lebensumfeld, im Sinne der Einbettung in bestehende Strukturen, genannt. Diejenigen, die die Frage nach den Besonderheiten verneinen, geben als Gründe dafür an, dass alte Menschen für sie keine besondere Zielgruppe seien (12 Nennungen) und ihr Anteil überdies in ihrer Einrichtung gering sei (5 Nennungen). Außerdem werden mangelnde gerontologische Fachkenntnisse ins Feld geführt und die institutionellen Möglichkeiten für die besondere Beachtung der Belange alter Menschen verneint.

Besonderheiten der suizidalen Krise bei alten Menschen

Die Befragten wurden auch gebeten, aus ihrer Sicht Besonderheiten der suizidalen Krise bei alten Menschen im Unterschied zu jüngeren anzugeben. Die Frage wurde offen gestellt, und alle Antworten wurden zu mehreren Oberkategorien zusammengefasst.

Zur Oberkategorie *Sinnkrise/Ausweg- und Perspektivlosigkeit* konnten 14 Einzelnennungen zusammengefasst werden. Es folgen mit jeweils 13 Nennungen die Kategorie *Isolation/Einsamkeit/geringe soziale Ressourcen*, mit 11 Nennungen die Kategorie *körperliche Probleme/Gebrechen/Krankheiten*, mit vier Nennungen gravierende Verlusterfahrungen, schwierige Beziehungsverhältnisse und die Kategorie erhöhtes Suizidrisiko. Einzelnennungen sollen hier nicht besonders hervorgehoben werden.

Besonderheiten der Beratung, Krisenhilfe und Therapie bei alten Menschen

Die Reaktionen der Befragten auf die offen gestellte Frage nach den Besonderheiten in der helfenden Beziehung zu alten Menschen er-

brachten einige interessante Ergebnisse, die sich in den Oberkategorien widerspiegeln.

25 Einrichtungen (48.1 %) sind der Meinung, Besonderheiten in der Beratung, Krisenhilfe und Therapie alter Menschen festgestellt zu haben, neun Einrichtungen (17.3 %) sind nicht dieser Meinung und 18 (34.4 %) äußern sich nicht zu dieser Frage, wahrscheinlich weil sie kaum Erfahrung mit Ratsuchenden über 60 Jahren sammeln konnten.

An erster Stelle der Besonderheiten wird die schwierigere Kontakt- und Beziehungsgestaltung in der Arbeit mit alten Menschen erwähnt. Diese Arbeit sei häufiger eher Begleitung als Therapie (12 Nennungen). An zweiter Stelle steht nach Ansicht der Befragten die Zusammenarbeit mit anderen sozialen Diensten und mit Kontaktpersonen der alten Menschen. Es wird für mehr Formen der „Geh-Struktur“ im Unterschied zur „Komm-Struktur“ bei jüngeren plädiert. Erwähnung finden müssen nach Meinung einiger Respondenten auch alterstypische Persönlichkeitsmerkmale und psychische Strukturen, (die allerdings Züge eines negativen Altersklischees aufweisen, d. Verf.). Sinnfragen, körperliche Probleme, die Würdigung der Lebensgeschichte und eine schwierigere Abklärung der Suizidalität werden als weitere Besonderheiten in der Arbeit mit alten Menschen genannt.

Beratungs- und Therapieformen

In welcher Form wird allgemein in den ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen beratend und therapeutisch gearbeitet? Diese Frage verlangte wiederum die Vergabe von Rangplätzen nach einer vorgegebenen Liste von möglichen Beratungs- bzw. Therapieformen. An erster Stelle steht mit einem durchschnittlichen Rangplatz von 1.1 die Einzelberatung/-therapie. Es folgen mit Abstand die Beratung/Therapie von Bezugspersonen (Rangplatz 2.6), die Beratung/Therapie von Paaren (Rangplatz 2.6), die Gruppenberatung und -therapie (Rangplatz 2.8) sowie die Familienberatung/-therapie (Rangplatz 3.3). Sechs Befragte nannten auf eine offene Frage auch andere Therapieformen. Dazu gehören die telefonische Beratung, Krisenintervention und Suizidversuchsnachsorge, die Begleitung in Trauergruppen und die Integration in die Kirchengemeine oder das soziale Umfeld.

Vermittlungspraktiken

Keine ambulante Krisenhilfeeinrichtung kommt im Einzelfall ohne die Vermittlung an andere Fachdienste und soziale Einrichtungen aus. Voraussetzung dafür sind eine gut funktionierende Kooperation und Ver-

netzung der Hilfsangebote in der Kommune und Region. Stellen sich solche Vermittlungsfragen für die Einrichtungen und wenn, an welche Dienste und Stellen wird vermittelt? Gezielt wurde außerdem nach dem Vermittlungsbedarf und den Vermittlungspartnern bei *alten Menschen* in einer suizidalen Krise gefragt. Für die Mehrheit der Befragten stellen sich wie selbstverständlich solche Vermittlungsaufgaben. 90.4 % (N=47) gaben an, dass an andere Dienste und Einrichtungen im Bedarfsfall vermittelt wird, im Hinblick auf alte suizidgefährdete Menschen sind es immerhin noch 78.8 % der Befragten (N=41), die Vermittlung praktizieren. Nur drei (5.8 %) bzw. sieben (13.5 %) der ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen sehen keinen Vermittlungsbedarf.

Vermittlungspartner

Die Frage wurde offen gestellt. Die diversen Einzelantworten ließen sich zu Oberkategorien zusammenfassen. Die Ergebnisse der Auswertung entsprechen weitgehend denen, die bereits nach der Erhebung der Kooperationspartner der befragten Einrichtungen in standardisierter Form beschrieben wurden.

Vermittelt wird an eine Vielzahl von Ansprechpartnern. Unter diesen spielen spezielle Beratungsstellen, insbesondere auch Fachberatung wie Sucht- und Schuldnerberatung etc. eine besondere Rolle (23 Nennungen), gefolgt von Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken (einschließlich der Tageskliniken) mit 17 Nennungen und den Ärzten/Fachärzten als Vermittlungspartnern mit 15 Nennungen. 11 Nennungen ziehen die ambulanten psychiatrischen Dienste auf sich, und neunmal werden alle Gesundheits- und Sozialeinrichtungen vor Ort als Vermittlungspartner angesehen. Niedergelassene Psychotherapeuten wie auch Selbsthilfegruppen werden ebenfalls in den Vermittlungsprozess einbezogen (je 8 Nennungen). Vermittlungen laufen bei einigen Befragten auch über andere ambulante Krisendienste, einschließlich der Telefonseelsorge. Ambulante Pflegedienste tauchen schon recht selten auf, *und ganz gering ist die Vermittlungsintensität im Hinblick auf Dienste/Einrichtungen der Altenpflege/Altenhilfe (insgesamt nur drei Nennungen)*, wobei nicht auszuschließen ist, dass bei den anderen Vermittlungspartnern alte Menschen implizit berücksichtigt werden. Auch andere Ansprechpartner wie Freizeitclubs, Treffpunkte, Frauenhäuser finden nur sehr selten Erwähnung.

Gefragt wurde ebenfalls in offener Form speziell nach den Vermittlungspartnern bei *suizidgefährdeten alten Menschen*, die die ambulante Krisenhilfe kontaktieren. Die Frage sollte gezielt die Aufmerksamkeit der Befragten auf diese Klientengruppe richten, die bei der globalen Frage-

stellung lediglich „unter ferner lief“. Hier rangieren Kliniken und gerontopsychiatrische Abteilungen mit 14 Nennungen an erster Stelle, gefolgt von der Gruppe der Ärzte/Fachärzte (13 Nennungen). Mit sieben bzw. sechs Nennungen schließen sich ambulante sozialpsychiatrische Dienste und gerontopsychiatrische Fachdienste und Beratungsstellen an. Selbsthilfegruppen, andere ambulante Krisendienste und Psychotherapeuten spielen mit je drei Nennungen bereits eine untergeordnete Rolle.

Was die *altenspezifischen* Dienste/Einrichtungen als Vermittlungspartner anbelangt, ergibt sich erwartungsgemäß ein etwas anderes Bild als auf die vorgangs unspezifisch gestellte Frage. Nimmt man die bereits erwähnten gerontopsychiatrischen Dienste dazu, so ergeben sich zusammen mit je zwei Nennungen zur stationären und ambulanten Altenhilfe und drei Nennungen zu Seniorenbüros/-beratungsstellen immerhin insgesamt 13 Nennungen, d. h. wenn *alte Menschen* als Ratsuchende an andere fachliche Instanzen weitervermittelt werden, spielen unter den Vermittlungspartnern *altenspezifische Dienste/Einrichtungen* eine gewisse Rolle, vor allem dann, wenn man klinisch-gerontologische/gerontopsychiatrische Institutionen hinzunimmt. Nach diesem Ergebnis hat, zumindest was die Vermittlungstätigkeit von ambulanten Krisendiensten bei suizidgefährdeten alten Menschen anbelangt, eine mäßige „*Gerontologisierung*“ in der Zusammenarbeit mit Diensten/Einrichtungen in der Region stattgefunden.

Wenn keine Vermittlungspartner in der Arbeit mit alten Ratsuchenden benannt werden können, werden mangelnde Erfahrung mit Älteren, andere Zuständigkeiten oder kein spezieller Vermittlungsbedarf als Gründe angeführt.

Gründe/Anlässe der Kontaktaufnahme mit ambulanten Krisendiensten

Der nächste Teil des Fragebogens befasst sich mit den Gründen und Anlässen für die Kontaktaufnahme mit den ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen, zunächst in altersunabhängiger Einschätzung und danach mit Bezug auf die über 60jährigen Ratsuchenden. Auch bei diesem Fragenkomplex waren bis zu fünf Rangplätze bei vorgegebenen Antwortkategorien zu vergeben. Tabelle 15 gibt einen Überblick.

An erster Stelle der allgemeinen Gründe und Anlässe für die Kontaktaufnahme mit ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen stehen nach Erfahrung der Befragten Konflikte mit dem Partner/der Partnerin und/oder der Familie. Dann folgen bereits psychische Erkrankungen, mit weitem Abstand zu anderen psychischen Leiden wie Psychosen, Persönlichkeits-

störungen, Ängsten und Suchtmittelabhängigkeit vor allem Depressionen. Des Weiteren folgen auf den nächsten durchschnittlichen Rangplätzen soziale Isolation / Einsamkeit und Trennung oder Scheidung vom Lebenspartner. Sinnverlust / Lebensüberdruß und sonstige Gründe für die Kontaktaufnahme sind auf den nächsten Rangplätzen zu finden.

Tabelle 15: Allgemeine Gründe/Anlässe für die Kontaktaufnahme mit ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen

Gründe/Anlässe für Kontaktaufnahme	Rangplätze (Durchschnitt)
Konflikte mit Partner/in oder Familie	1.9 (37)
Psychische Erkrankungen	2.1 (34)
Soziale Isolierung/Einsamkeit	2.5 (39)
Trennung oder Scheidung	2.6 (31)
Lebensüberdruß/Sinnverlust	3.1 (32)
Sonstige Gründe und Anlässe	3.1 (7)
Tod einer nahestehenden Person	3.2 (20)
frühere(r) Suizidversuch(e)	3.3 (17)
Arbeitslosigkeit	3.3 (9)
Suchtmittelabhängigkeit	3.4 (12)
Ruhestandsproblematik	3.5 (7)
Körperliche Erkrankungen	3.5 (7)

Zu den sonstigen Gründen werden insbesondere Alltagsprobleme (z.B. finanzielle Notlagen, Überschuldung), traumatische Erlebnisse, Selbstwertproblematik / Sinnfragen sowie Überforderung von Angehörigen (z.B. Pflegenden) gerechnet. Auf den weiteren Rangplätzen folgen dann der Tod von nahestehenden Personen, frühere(r) Suizidversuch(e), Arbeitslosigkeit und weniger bedeutsam die Ruhestandsproblematik sowie körperliche Erkrankungen.

Andere Lebensprobleme und Krisen, die zur Kontaktaufnahme mit ambulanten Krisendiensten führen können, sind zum Beispiel finanzielle Probleme, nicht selten in Kumulation mit Beziehungskrisen, ferner Gewalterfahrungen in Partnerschaft, Ehe und Familie sowie andere, meistens sich wechselseitig verstärkende Belastungen in einem „beschädigten Leben“.

Gründe/Anlässe der Kontaktaufnahme bei über 60jährigen

In Form einer offenen Frage wurde speziell nach den Gründen und Anlässen für die Kontaktaufnahme mit der ambulanten Krisenhilfe bei *über 60jährigen Personen* gefragt. Es bestand die Möglichkeit, fünf Rangplätze nach der Gewichtung der subjektiv eingeschätzten Gründe und Anlässe zu vergeben. Diese waren nicht vorgegeben. Wie unterscheidet sich diese Rangfolge von der der allgemeinen Gründe und Anlässe? Tabelle 16 zeigt diese für die über 60jährigen Ratsuchenden.

Tabelle 16: Gründe / Anlässe für die Kontaktaufnahme mit ambulanter Krisenhilfe bei über 60jährigen

Gründe und Anlässe der Kontaktaufnahme mit ambulanter Krisenhilfe bei über 60jährigen	Durchschnittliche Rangplätze
Soziale Isolation / Einsamkeit	1.8 (35)
Psychische Erkrankungen (einschließlich hirnerkranklicher Veränderungen)	2.4 (29)
Konflikte mit Partner/in /Kindern/Familie	2.8 (28)
Tod einer nahestehenden Person	2.9 (23)
Körperliche (chronische) Erkrankungen	3.1 (18)
Sinnverlust / Lebensüberdruß	3.2 (19)

Aus der Sicht der befragten Krisenhilfeeinrichtungen stehen bei *über 60jährigen* Personen soziale Isolation und Einsamkeit an der Spitze der Gründe und Anlässe für die Kontaktaufnahme mit diesen Einrichtungen. Bei den allgemeinen Gründen und Anlässen finden sich soziale Isolation/Einsamkeit in ihrer Gewichtung dagegen erst auf dem dritten Rang. Bei den allgemeinen Gründen/Anlässen für die Kontaktaufnahme wie bei denen der über 60jährigen stehen psychische Erkrankungen (einschließlich hirnerkranklicher Veränderungen bei den über 60jährigen) an zweiter Stelle der Rangskala. An dritter Stelle werden bei den über 60jährigen Konflikte mit Partner/in, Kindern und Familie als Grund für die Kontaktaufnahme gesehen. Allgemein steht dieser Grund/Anlass an erster Stelle in der Rangfolge. Tod einer nahestehenden Person nimmt den vierten Rangplatz ein (allgemein den siebten Rangplatz). Es folgen in der Rangordnung dann körperliche (auch chronische) Erkrankungen (letzter Rangplatz bei den allgemeinen Gründen und Anlässen) und der Grund Sinnverlust / Lebensüberdruß, der in allgemeiner Einschätzung den fünfnten Rangplatz einnimmt. Weitere Gründe wie Ruhestandsproblematik, materielle Notlagen, Suchtmittelabhängigkeit und Suizidalität (einschließlich früherer Suizidversuche) spielen aus der Sicht der Be-

fragten im Vergleich zu den dominanten Gründen eine relativ untergeordnete Rolle, besonders bei den über 60jährigen. Deshalb sind sie wegen ihrer geringen Nennung auch nicht in die Tabelle aufgenommen worden.

Somit kann gefolgert werden, dass neben psychischen Erkrankungen, insbesondere Depressionen, als Grund für die Kontaktaufnahme mit ambulanter Krisenhilfe besonders *Probleme und Konflikte im sozialen Umfeld und in sozialen Beziehungen* ein ausschlaggebender Grund dafür sind, dass Menschen die Angebote ambulanter Krisenhilfe in Anspruch nehmen. Das gilt nicht nur für die Klientel im allgemeinen, sondern auch für die über 60jährigen Ratsuchenden, bei denen allerdings die *soziale Isolation und Einsamkeit* einen höheren Stellenwert einnimmt.

Gründe für geringe Nutzung ambulanter Krisendienste durch alte Menschen

Im folgenden Abschnitt des Fragebogens geht es um eine der *zentralen* Fragen, nämlich um die Erforschung der Gründe für die geringe Inanspruchnahme von Krisenhilfe und Therapie durch über 60jährige aus der Sicht der befragten Institutionen. Dabei wird nach institutionellen/organisatorischen und individuellen/persönlichen Gründen unterschieden, um im weiteren Verlauf der Studie von beiden Seiten Ansatzpunkte für die Verbesserung der Nutzung von ambulanter Krisenhilfe durch alte Menschen zu finden.

Zunächst zu den *institutionellen/organisatorischen Gründen*. 14 Befragte (26.9 %) sind der Meinung, diese Gründe spielten keine Rolle, weil es bei ihnen zum einen keine Spezialisierung auf die Zielgruppe der alten Menschen gebe und zum anderen die Erreichbarkeit/Zugänglichkeit der Einrichtung (z. B. per Telefon, zentrale Lage, Kostenfreiheit) kein Hinderungsgrund für die Kontaktaufnahme sein dürfte. Die Mehrheit der Befragten (N=31; 59.6 %) halten allerdings institutionelle/organisatorische Gründe für mitverantwortlich dafür, dass ambulante Krisenhilfe von über 60jährigen zu wenig in Anspruch genommen wird. Es werden nach vorgegebenen Antwortkategorien in der Rangreihe die folgenden Gründe genannt (S. Tabelle 17).

Die Mehrheit der Befragten schätzt den *geringen Bekanntheitsgrad* ambulanter Krisenhilfeeinrichtungen bei alten Menschen als Haupthinderungsgrund für die Nutzung ihrer Angebote ein, gefolgt von der Ansicht, ihre Angebote seien hauptsächlich auf jüngere Menschen ausgerichtet. Hinzu komme die schlechte Vernetzung mit Diensten und Einrichtungen

der Altenhilfe und die geringe oder fehlende gerontologische Fachkompetenz des Personals. Andere Gründe wie z. B. die schlechte Erreichbarkeit der ambulanten Krisendienste spielen dagegen nur eine geringe Rolle.

Tabelle 17: Rangordnung der institutionellen / organisatorischen Hinderungsgründe für die Nutzung ambulanter Krisenhilfe durch alte Menschen

Institutionelle/organisatorische Hinderungsgründe	Rangplätze (Durchschnitt)
Geringer Bekanntheitsgrad bei alten Menschen	1.3 (22)
Angebote auf jüngere Menschen ausgerichtet	1.5 (11)
Schlechte Vernetzung mit Diensten/Einrichtungen der Altenhilfe	1.6 (18)
Schlechte Erreichbarkeit für alte Menschen	1.8 (9)
Keine gerontologische Fachkompetenz	2.0 (16)

Hiermit wird *eindeutig und aktuell* aus der Sicht der Praxisvertreter der Krisenhilfe bestätigt, was aus der Fachliteratur und aus Einzelbeobachtungen seit langem bekannt ist, nämlich dass die geringe Inanspruchnahme ambulanter Krisenhilfeangebote durch alte Menschen zu einem nicht geringen Teil „hausgemacht“ ist, d. h. durch institutionelle/organisatorische Defizite (z.B. durch unzulängliche Vernetzung mit der Altenhilfe, Informationsmängel) mitverantwortet werden muss.

Unter sonstigen Gründen wird vor allem angemerkt, dass alte Menschen eine höhere Hemmschwelle ausbildeten, „sich zu öffnen“ (stärkere Schamgefühle, Tabuisierung von Suizidalität u.a.). Auch Initiativlosigkeit bei alten Menschen wird beobachtet. Mit diesen Antworten ist bereits der Übergang zu den individuellen/persönlichen Gründen geschaffen.

Bezüglich der *individuellen/persönlichen Gründe* für die geringe Inanspruchnahme ambulanter Krisenhilfe durch alte Menschen sind nur zwei Befragte der Meinung, sie spielten keine Rolle; dagegen halten 42 Befragungspartner (80.8 %) sie für wichtig. Im einzelnen sind es die folgenden individuellen/persönlichen Gründe in der Reihenfolge ihrer Gewichtung durch die Befragten (unter Vorgabe von Antwortkategorien) (S. Tabelle 18).

Bei den individuellen/persönlichen Gründen für die geringe Nutzung von ambulanter Krisenhilfe und Therapie auf Seiten der über 60jährigen ste-

stehen aus der Sicht der Befragten *Informationsdefizite* bezüglich der Existenz und Nutzungsdetails von ambulanter Krisenhilfe an erster Stelle.

Tabelle 18: Individuelle/persönliche Hinderungsgründe für die Nutzung von ambulanter Krisenhilfe durch alte Menschen

Individuelle/persönliche Hinderungsgründe	Rangplätze (Durchschnitt)
Informationsdefizite (bzgl. der Angebote, Kosten etc.)	1.6 (19)
Kohorteneffekte (z.B. Einstellung „Mit Problemen muss man selbst fertig werden“)	1.8 (28)
Fehlende Vermittlungspartner/soziale Isolierung	1.9 (20)
Hoffnungslosigkeit/Resignation	1.9 (20)
Vorurteile gegenüber Krisenhilfe und Therapie	2.1 (30)
Furcht vor Stigmatisierung	2.2 (11)

Es folgt an zweiter Stelle der Rangfolge bereits die Auffassung, Kohorteneffekte (d. h. Erziehungsauswirkungen, Mentalitäten, Einstellungen) bildeten ebenfalls eine Hemmschwelle für heutige alte Menschen, ambulante Angebote der Beratung, Krisenhilfe und Therapie wahrzunehmen und zu nutzen. Damit zusammen hängen sicherlich auch Vorurteile gegenüber Krisenhilfe und Therapie sowie Furcht davor, durch die Inanspruchnahme von ambulanter Krisenhilfe und Therapie im sozialen Umfeld stigmatisiert zu werden („ Die anderen können denken, ich komme mit meinem Leben nicht mehr alleine zurecht“ oder „Was sollen die anderen über meine Familie denken? Hilft denn da keiner?“). Diese vermuteten Gründe nehmen zwar geringere Rangplätze ein, sie stehen aber mit hoher Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit Kohorteneffekten.

In der Rangfolge der Gründe für die geringe Nutzung von ambulanter Krisenhilfe durch alte Menschen finden sich noch der Mangel an Vermittlungspartnern oft in Verbindung mit sozialer Isolation sowie Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Resignation, die ein aktives Bemühen um Veränderung der desolaten Lebenssituation (z.B. durch Inanspruchnahme von ambulanter Krisenhilfe) höchstwahrscheinlich vereiteln. Physische Behinderung und Immobilität durch Erkrankungen im Alter, die ebenfalls die Nutzung von ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen erschweren bzw. verhindern können, werden nur von neun Befragten (17.3 %) genannt, dann aber an die erste oder zweite Stelle der Rangordnung gesetzt.

Die offene Kategorie „sonstige Gründe“ wird nur von einer befragten Institution angewählt, so dass davon auszugehen ist, dass mit den vorgegebenen Kategorien die möglichen individuellen/persönlichen Gründe für die geringe Nutzung von ambulanter Krisenhilfe durch alte Menschen aus der Sicht der Befragten gut abgeschöpft wurden.

Zwischenfazit

Alle genannten, vorrangigen Gründe sprechen eine deutliche Sprache. Durch eine auf lebensweltliche Belange alter Menschen abgestellte Informationspolitik und durch zugehende Formen der Kontaktaufnahme und sozialen Begleitung muss es gelingen, alte Menschen, einschließlich ihrer *Familien und anderer Bezugspartner*, nicht nur mit den vor Ort vorhandenen Hilfsangeboten in persönlichen Krisensituationen vertraut zu machen, sondern sie auch zu ermutigen und zu motivieren, Angebote der Krisenhilfe in Anspruch zu nehmen. Dabei sind sicherlich emotionale Widerstände, kognitive Vorbehalte und weitere innere und äußere Zugangsbarrieren zu überwinden. Außerdem bedarf es der kontinuierlichen und beharrlichen Arbeit, um den Kreis der Ratsuchenden, die noch Hoffnung auf Veränderung in schweren Lebenslagen schöpfen, zu erweitern. Wichtig ist wohl auch, dass keine neuen, kostenintensiven Organisationsformen und -strukturen aufgebaut werden, sondern im bestehenden Netz und mit den vorhandenen lebensweltnahen Ressourcen die Belange von alten Menschen in Lebenskrisen besser als bisher Berücksichtigung finden müssen.

Es mag sein, dass sich die Kohorteneffekte (insbesondere innere Barrieren, durch Erziehung und Lebenserfahrung verfestigte Haltungen und Verhaltensgewohnheiten), die der heutigen Alterspopulation der über 60jährigen, insbesondere den alten Menschen über 70 Jahren, den Zugang zu professionellen Formen der Fremdhilfe – wenn es nicht gerade die somatische Medizin ist – erheblich erschweren, in Zukunft obsolet werden und somit Forschung und Praxis von Suizidprävention und Krisenhilfe als schwer lösbares Problem nicht mehr beschäftigen. Dafür werden wahrscheinlich neue Fragestellungen und Probleme auftauchen, die die ambulante Krisenhilfe aufgreifen muss, z. B. die Fragestellung, welche sozialen Bindungen und Werteverlässlichkeiten „moderne Menschen“ darauf vertrauen lassen, mit persönlichen Lebenskrisen aktiv und selbstverantwortlich umzugehen. Wird man nicht zu schnell und durchaus wählerisch als „Kunde“ organisierte Fremdhilfe einfordern und auf Selbsthilfekräfte und Eigenverantwortlichkeit weniger vertrauen? Beides braucht sich allerdings nicht auszuschließen, auch wenn der „Markt der (Hilfs-)Möglichkeiten“ Konsummentalität verstärken kann. Es

sind zugegeben noch Vermutungen, die im Rahmen unseres Themas jedoch durchaus angebracht sind.

Die Tatsache ist aber nicht zu leugnen, dass die heutige Alterspopulation der 60jährigen und älteren häufig Schwierigkeiten hat, Fremdhilfe in persönlichen Notlagen selbstverständlich in Anspruch zu nehmen. Ihnen müssen Wege geebnet werden und Zugangsvoraussetzungen geschaffen werden, dass die Nutzung von Krisenhilfe und Therapie nicht als Makel oder als Eingeständnis von Versagen und Schwäche gedeutet wird, sondern als Hilfsangebot, um in Zukunft besser mit Lebensproblemen umgehen zu können. Die Ergebnisse der Befragung von 60jährigen und älteren, die sich später in diesem Bericht anschließen werden, geben noch genauer und authentischer Auskunft über die Personen und Institutionen, die alte Menschen im Falle einer krisenhaft erlebten Situation in ihrem Leben um Hilfe angingen oder potentiell angehen werden.

Verbesserungsperspektiven

Im vorletzten Abschnitt des Fragebogens werden Fragen zur Entwicklung und Verbesserung der Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter, wiederum aus dem Blickwinkel der beteiligten Einrichtungen, aufgeworfen. Die zentrale Frage lautet:

„Was müsste aus Ihrer Sicht unternommen werden, um suizidgefährdete alte Menschen stärker als bisher zu erreichen und mit Diensten/Einrichtungen der Prävention, Krisenhilfe und Therapie in Kontakt zu bringen?“

Als Antworten wurden zehn Änderungsmöglichkeiten (einschließlich sonstiger Änderungsvorschläge) vorgesehen, die nach ihrer Gewichtung in eine Rangordnung von eins bis fünf gebracht werden sollten. Die Verteilung der durchschnittlichen Rangplätze über alle beteiligten Institutionen wird in Tabelle 19 wiedergegeben.

Alle durchschnittlichen Rangplätze liegen recht nahe beieinander. Das spricht dafür, dass die vorgesehenen Änderungs-/Verbesserungsvorschläge eine ähnlich starke Gewichtung bei ihrer Einschätzung erfahren, d. h. also für gleichermaßen wichtig erachtet werden. Dafür sprechen außerdem die numerisch recht gleichmäßigen und geringen Standardabweichungen der Rangplätze. Die Änderungsvorschläge sind deshalb eher als ein Cluster (als Maßnahmenbündel) zu sehen, das möglichst in abgestimmter und umfassender Weise in Angriff genommen werden sollte.

Tabelle 19: Vorschläge ambulanter Krisenhilfeeinrichtungen zur Verbesserung der Suizidprävention, Krisenhilfe und Therapie im Alter

Änderungsvorschläge	Rangplätze (Durchschnitt)
Zugehende Kontakt- und Beratungshilfen (z.B. Outreach-Programme im Stadtteil)	2.0 (33)
Aufbau bzw. Ausbau ehrenamtlicher Besuchsdienste im Stadtteil	2.5 (26)
Ausrichtung der Krisenhilfeeinrichtungen auf Problemlagen im Alter	2.6 (28)
Verortung/Vernetzung von Krisenhilfeeinrichtungen mit dem örtlichen Gesundheits- und Altenhilfesystem	2.7 (23)
Information/Aufklärung der Öffentlichkeit über Suizidrisiken im Alter	2.8 (27)
Einrichtung von Notrufdiensten/Krisentelefonen/Hotlines	2.9 (9)
Zielgruppenbezogene Weiterbildung (z.B. bei Ärzten, Polizei, Pflegekräften, sozialen Diensten, ehrenamtlichen Kräften)	3.0 (27)
Erweiterung gerontologischer Fachkompetenz von Mitarbeitern	3.0 (17)
Frühzeitige Diagnostik/Behandlung psychischer Erkrankungen im Alter	3.3 (18)

Durchweg wird die Veränderung des Programmangebots von ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen betont, dergestalt dass sie – zumindest was alte Menschen anbelangt – ihre „Komm“-Struktur um „Geh“-Angebote ergänzen müssen. An erster Stelle der Änderungsvorschläge werden *zugehende Beratungs- und Kontaktangebote*, z.B. als Outreach-Programme im Stadtteil ausgestaltet, genannt. Verbunden werden sollten diese zugehenden Formen ambulanter Krisenhilfe durch ehrenamtliche Besuchs- und Krisenbegleitdienste. Die Samaritans in Großbritannien können dabei ein Vorbild sein (S. Teil I, Kapitel 5).

Ferner wird für wichtig erachtet, die Arbeit und die Angebote der ambulanten Krisenhilfe stärker als bisher für die Problemlagen alter Menschen aufzuschließen und Belange dieser Zielgruppe stärker zu berücksichtigen. Dazu gehört auch eine stärkere Verortung bzw. engere Vernetzung der Arbeit der Krisenhilfeeinrichtungen mit den örtlichen Diensten des Gesundheitswesens und insbesondere der *Altenhilfe*. Es

soll hier noch einmal daran erinnert werden, dass zu den Kooperationspartnern von ambulanten Krisenhilfestellen Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe bisher nur in einem geringen Umfang gehören.

Ein weiterer Block von Änderungsvorschlägen umfasst zum einen eine verstärkte Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit, um Informationsdefizite bezüglich der Suizidrisiken im Alter in der Bevölkerung auszugleichen, und zum anderen stärkere Anstrengungen, um in der Aus- und Weiterbildung besondere Gruppen gezielt anzusprechen, die nicht selten in ihrem Beruf mit der Suizidproblematik (nicht nur bei alten Menschen) konfrontiert werden. Dazu gehören vor allem Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter /Sozialpädagogen, Geistliche, Polizeiangehörige und nicht zu vergessen ehrenamtliche Helfer in sozialen Diensten und Besuchgruppen, die häufig besser als Professionelle mit dem konkreten Lebensumfeld von Menschen in Not vertraut sind und ein offenes Ohr für ihre Sorgen haben. Ein Aspekt dieser gezielten Aus- und Weiterbildungsanstrengungen muss die Erweiterung *gerontologischer/gerontopsychiatrischer* Fachkompetenz sein. Wie die Auswertung der Befragungsergebnisse bereits gezeigt hat, liegt hier noch vieles im argen

Wichtig erscheint für die Suizidprävention und Krisenhilfe allgemein die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von psychischen Erkrankungen, besonders von Depressionen. Nicht zuletzt schlagen einige ambulante Krisenhilfeeinrichtungen vor, spezielle Krisentelefone oder Notrufdienste für alte Menschen zu installieren (z. B. nach dem Vorbild von „Link Plus“ in St. Louis, USA, d. Verf.). Dem ist jedoch kritisch entgegenzuhalten, dass Sondereinrichtungen und Spezialdienste für alte Menschen nicht deshalb schon besser „ankommen“ und genutzt werden, weil sie auf diese Zielgruppe ausgerichtet sind. Zu überlegen ist vielmehr, ob bestehende Kommunikationsangebote und -netze (z. B. die Telefonseelsorge) sich bei alten Menschen nicht stärker als bisher ins Gespräch bringen und Mitarbeiter bereitstellen, die speziell in gerontologischen Fragen geschult und mit den Problemen alter Menschen besonders vertraut sind. Es handelt sich also in der Verbesserung der Suizidprävention und Krisenhilfe im wesentlichen um das *Prinzip der Wechselwirkung von Angebot und Nachfrage*, wobei von der Angebots- wie Nachfrageseite her Anstrengungen unternommen werden müssen, um zu Optimierungsergebnissen zu kommen.

Anzumerken ist noch, dass unter der Kategorie „sonstige Änderungsvorschläge“ überhaupt nur zwei Befragte untergeordnete Rangplätze vergaben. Dazu gehören, dass die Gespräche mit alten Menschen eher in vertrauter Umgebung (z.B. im Rahmen von Begegnungsstätten, in Kirchengemeinden) angeboten werden sollten, und die Bemerkung,

dass auf somatischen Stationen psychische Konfliktlagen von Patienten stärker zu beachten seien. Vorrangig bewegen sich die Änderungsvorschläge jedoch im Rahmen der vorgegebenen Kategorien, die somit ein breites Spektrum möglicher Veränderungen/Verbesserungen abdecken.

Vordringliche Änderungsmaßnahmen, Initiativen und Zukunftsprojekte

Am Ende der Befragung sollten die Respondenten eine zusammenfassende Einschätzung abgeben, und zwar dergestalt, dass sie mit eigenen Formulierungen drei Änderungsmaßnahmen, Initiativen oder Entwicklungsprojekte auswählen und in eine Rangordnung bringen, die aus ihrer Sicht vordringlich verwirklicht werden müssten, *„um durch gezielte Prävention, Krisenhilfe und Therapie das hohe Suizidrisiko bei alten Menschen zu senken und Lebensalternativen trotz der Belastungen und Einschränkungen des Alters aufzuzeigen“*. Die einzelnen Antworten wurden nach inhaltsvergleichenden Gesichtspunkten Oberkategorien zugeordnet, deren mittlere Rangplätze berechnet und die häufiger frequentierten Oberkategorien in ihrer Rangfolge in Tabelle 20 veranschaulicht.

Tabelle 20: Durchschnittliche Rangplätze der von den Krisendiensten häufig vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verbesserung der Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter

Vordringliche Änderungsmaßnahmen, Initiativen und Projekte	Durchschnittliche Rangplätze
Förderung der sozialen Integration, Überwindung von Isolation/Einsamkeit	1.4 (23)
Fortbildung von Personal in medizinischen und sozialen Arbeitsfeldern (u. a. Hausärzte)	1.9 (11)
Bessere Vernetzung mit sozialen Diensten und Einrichtungen (besonders mit der Altenhilfe)	2.1 (14)
Information über Hilfen und Einrichtungen in Krisenfällen	2.2 (9)

Am häufigsten wurden Maßnahmen und Initiativen genannt und auf den ersten Rangplatz gesetzt, die der *Überwindung von Isolation und Einsamkeit im Alter* dienen. Es tauchen wiederholt Vorschläge auf, wie z. B. die Isolation alter Menschen zu durchbrechen, neue integrative Wohnformen im Alter zu entwickeln, Kontakt- und Gesprächsrunden zu organisieren, Kommunikationsformen unter Älteren (z.B. Telefonketten)

zu installieren und aufsuchende bzw. zugehende Angebote für alte Menschen in ihrem Lebensumfeld zu entwickeln, an denen sich auch verstärkt freiwillige soziale Helfer beteiligen müssten.

An zweiter Stelle in der Rangfolge der Änderungsmaßnahmen steht der Ruf nach *Fortbildung des Personals* in medizinischen, pflegerischen und sozialen Arbeitsfeldern. Wenn auch meistens nicht spezifiziert wird, um welche Fortbildungsinhalte es sich dabei handeln sollte, so können die Vorschläge, ohne sie zu missdeuten, inhaltlich in zwei Richtungen ausgelegt werden. Meinungsäußerungen der Befragten an anderer Stelle legen ebenfalls nahe, zum einen die Fortbildung in gerontologischem/ gerontopsychiatrischem Grundwissen zu forcieren und zum anderen mit den Besonderheiten und Risiken der Suizidalität im Alter vertraut zu machen.

Einen hohen Stellenwert unter den Änderungsvorschlägen der befragten Krisenhilfeeinrichtungen nimmt auch die verbesserte *Vernetzung und Kooperation der medizinischen und sozialpflegerischen Dienste und Einrichtungen* untereinander ein, insbesondere der Krisendienste mit dem System der Altenhilfe/Altenpflege. Auch sollen sich die Dienste und Einrichtungen vor Ort stärker als bisher öffnen für die Nöte und Probleme von (alten) Menschen in Lebenskrisen, die mit suizidaler Gefährdung gekoppelt sein können. Ihre Vermittlungs- und Brückenfunktion muss noch intensiver wahrgenommen werden. Eine stärkere Sensibilisierung für diese Problematik ist ohne Zweifel von Nöten, doch hinzu kommen muss ein Handlungskonzept, das bewusst die Zielgruppe alter Menschen in Suizidprävention und Krisenhilfe einbezieht.

Als letzte Kategorie, die nicht nur von einzelnen Befragten ausgewählt wurde, ist die *Information* über bestehende Hilfen, Dienste und Einrichtungen vor Ort zu nennen, die im Fall desolater Lebensumstände, in Lebenskrisen und bei suizidaler Gefährdung von Ratsuchenden in Anspruch genommen werden können. In diesem Zusammenhang stellt sich allerdings sofort die Frage, auf welchen „Vertriebswegen“ diese Informationen effizient (vor allem an alte Menschen) übermittelt werden können. Mit Faltblättchen in Arztpraxen, Krankenhäusern und an Informationsständen in Ämtern ist es dabei sicher nicht getan. Später wird dieser Punkt noch intensiver aufzugreifen sein.

Zu den weiteren Änderungsvorschlägen, denen Rangplätze von 1 bis 3 zugeordnet wurden, gehören zahlreiche Einzelnennungen, die sich aber nicht zu Oberkategorien zusammenfügen lassen. Dazu gehören z. B. die Verbesserung der Wertschätzung alter Menschen in der Gesellschaft, die Öffentlichkeitsarbeit über die Suizidthematik und über Alters-

probleme, eine bessere fachärztliche Behandlung von psychischen Alterskrankheiten (insbesondere Depressionen), die stärkere Individualisierung von Hilfen (i. S. des Unterstützungsmanagements), die Verbesserung der institutionellen Ressourcen für die Arbeit von Krisendiensten mit alten Menschen, die Unterstützung von Angehörigen, die Nutzung von Kompetenzen alter Menschen (u.a. als Berater für ihre Peer-Gruppe), gesellschaftspolitische Maßnahmen wie die Flexibilisierung von Arbeitsorganisation und Verrentung und nicht zuletzt die verstärkte Forschung zu Fragen der Alterssuizidalität.

Krisenhilfeeinrichtungen an Beispielen

Am Beispiel eines sehr bekannten Krisendienstes „Die Arche“ in München soll noch einmal exemplarisch anhand der Fragebogenbeantwortung verdeutlicht werden, dass es zwar Einrichtungen gibt, für die alte Menschen als Zielgruppe nicht unbekannt sind, die jedoch auch realisieren, dass die Belange alter Menschen in der ambulanten Krisenhilfe de facto zu wenig beachtet werden.

„Die Arche“ besteht seit 1969. Sie liegt zentral, ist bei den Münchener Bürgern allgemein bekannt, wenig bekannt dagegen bei den über 60jährigen. *Nur 9 % der Ratsuchenden sind über 60 Jahre alt.* Dieser geringe Anteil ist in den letzten fünf Jahren konstant geblieben. Die Arbeitsschwerpunkte der Einrichtung liegen in der „Krisenintervention bei Suizidalität und Lebenskrisen“, in der „Angehörigenberatung“ und „Trauerbegleitung“. Zwei von den insgesamt 11 professionell Beschäftigten weisen eine Qualifikation in Gerontologie/Gerontopsychiatrie sowie in Krisenhilfe bei alten Menschen auf. Zu den zahlreichen Kooperationspartnern gehören auch ambulante und offene Altenhilfeeinrichtungen.

Wenn über 60jährige sich an „Die Arche“ wenden, geschieht das vorwiegend über Familienangehörige, Haus- und Fachärzte, Bekannte/Freunde, ambulante Dienste und an letzter Stelle erst durch die Betroffenen selbst. Die meisten von ihnen leben allein, sind verwitwet oder geschieden. Als besondere Probleme der über 60jährigen Klienten werden angegeben: Lebensunzufriedenheit / Lebensbilanzprobleme, Einsamkeit und psychiatrische Störungen verbunden mit sozialen Problemen. Spezifika der Krisenarbeit mit alten Menschen bestehen nach Einschätzung der Mitarbeiterin der „Arche“ in der häufigen Isolierung, in körperlichen Krankheiten, in der schlechteren Einstellung der älteren Klienten auf neue Lebensumstände und in den begrenzten Lösungsmöglichkeiten.

Die Krisenhilfe im Alter erfordere eine stärkere Einbeziehung des sozialen Umfeldes und eine stärkere Aktivität des Therapeuten (z.B. durch Anrufen, Briefe schreiben). *Es bestehe ein stärkerer Bedarf an aufsuchenden Hilfen und an Hilfen bei der Umsetzung der Einsichten und Erkenntnisse im Hilfeprozess.* Für die Vermittlung alter suizidgefährdeter Menschen an andere Fachdienste gebe es wenig Möglichkeiten, weil zu wenig spezifische Fachdienste zur Verfügung stünden (z. B. nur ein gerontopsychiatrischer Dienst für die ganze Stadt München mit 1,3 Mio. Einwohnern). Häufiger erfolge die Zusammenarbeit mit dem „Allgemeinen Sozialen Dienst“).

Als Gründe für die Kontaktaufnahme mit ihrer Einrichtung durch alte Menschen nennt die Bearbeiterin des Fragebogens in der Reihenfolge: Lebensüberdruß / Sinnverlust, frühere Suizidversuche, Tod einer nahen Person, Konflikte mit Partner oder Familie und soziale Isolierung / Einsamkeit.

Auf die Frage nach den institutionellen Gründen für die geringe Inanspruchnahme ihrer Einrichtung durch über 60jährige werden in der Rangfolge genannt: *Schlechte Erreichbarkeit für Ältere, schlechte Vernetzung mit Diensten der Altenhilfe, Angebote auf Jüngere ausgerichtet, keine gerontologische Fachkompetenz, geringer Bekanntheitsgrad bei Älteren.* Bei den persönlichen Gründen steht die *physische Behinderung / Immobilität* an erster Stelle, gefolgt von *fehlenden Vermittlungspartnern / sozialer Isolierung, Informationsdefiziten und Vorurteilen gegenüber Krisenhilfe und Therapie.*

Die Änderungsvorschläge für die Krisenhilfe bei alten Menschen richten sich nach Auffassung der Bearbeiterin auf (Rangfolge)

- Verstärkung zugehender Kontakt- und Beratungshilfen („Geh-Struktur“),
- Verstärkte Ausrichtung auf Problemlagen und Krisen im Alter,
- Erweiterung der gerontologischen Fachkompetenz des Personals,
- Verortung/Vernetzung von Krisendiensten mit dem örtlichen Gesundheits- und Altenhilfesystem,
- Information und Aufklärung der Öffentlichkeit über Suizidrisiken im Alter.

Nach der resümierenden Einschätzung der Mitarbeiterin von „Die Arche“ sollten zur Optimierung der Krisenhilfe im Alter 1) aufsuchende Hilfen organisiert, 2) einzelne Beratungsdienste besser vernetzt und 3) die Fort- und Weiterbildung in Gerontologie forciert werden. Ihr Kommentar zum Fragebogen lautet: „Fand ich sehr gut. Er hat mich mal wieder auf

die defizitäre Situation hingewiesen. Vielleicht könnte eine Fortbildung zum Thema Suizidalität im Alter das Interesse auf das Thema lenken“.

Im Begleitschreiben zum Fragebogen wird wie auch von anderen Krisendiensten, die an der Befragung teilnahmen, der Wunsch geäußert, dass die Ergebnisse des Forschungsprojekts möglichst bald zugänglich gemacht werden. Diesem Wunsch wird durch die vorliegende Publikation entsprochen.

Abschließend zur Ergebnisdarstellung der Befragung ambulanter Krisenhilfeeinrichtungen ist zu sagen, dass die Befragungsergebnisse im wesentlichen durch statistische Daten von Krisenhilfeeinrichtungen in ihren *Jahresberichten* untermauert werden. So weist „Die Arche“ in München in ihrem Jahresbericht 1997 beispielsweise aus, dass 1995, 1996 und 1997 lediglich 7 bis 8 % der Patienten über 60 Jahre gewesen sind. Die Geschlechterverteilung beträgt in diesen Jahren rund 65 bis 66 % „weiblich“ und 35 bis 34 % „männlich“. Der Zugang zur Einrichtung erfolgte überwiegend durch Vermittlung über Bekannte und Verwandte, dann über niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser. Der Jahresbericht 1997 der „Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle – Suizidgefährdete“ -in Freiburg enthält folgende bestätigende Statistiken. Nur 6.9 % der Klienten/-innen waren älter als 60 Jahre. Der Anteil der Frauen unter den Ratsuchenden betrug 63 %, der der Männer 37 %. Die Vermittlung in die Beratungsstelle erfolgte in ca. 20 % der Fälle durch die Familie oder Freunde, in ca. 15 % durch Kliniken, Ärzte oder soziale Dienste, in ca. 15 % durch die Telefonseelsorge und in 30 % auf eigene Initiative z.B. durch Telefonbuch oder Pressehinweise. Zur Symptomatik finden sich folgende statistische Angaben, die weitgehend mit den Befragungsergebnissen übereinstimmen. Die Hauptgründe für die Kontaktaufnahme mit der Einrichtung waren Beziehungsprobleme mit dem Partner/der Partnerin, mit Angehörigen und mit Personen im sozialen Netz. Weitere wichtige Gründe waren psychische Störungen, psychosomatische Beschwerden und nicht weiter spezifizierte „sonstige Probleme“.

Andere Jahresberichte bestätigen in etwa diese statistischen Angaben. Bei der „Krisenhilfe“ in Münster waren es in 2000 nur 10 % an Beratungen von Klienten, die älter als 60 Jahre waren. Zu 79 % wurde die Beratungsstelle dagegen von Personen im Alter zwischen 20 und 50 Jahren genutzt. 69 % aller Ratsuchenden waren Frauen und 31 % Männer. In 27 % erfolgte der Kontakt mit der Krisenhilfe durch Medieninformation und in 19 % durch Hinweise von Bezugspersonen. 36 % aller Beratungen erfolgten durch Vermittlung anderer Stellen wie Telefonseelsorge, Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte. Auslöser für die Krisensitu-

ation und damit Hauptgrund für die Kontaktaufnahme waren mit 36 % Konflikte in der Partnerschaft / Familie, Trennung/Scheidung, gefolgt von sozialer Isolation / Vereinsamung (10 %), psychischen Erkrankungen (19 %) und Tod einer Bezugsperson (8 %). Alle anderen Gründe fallen in der Statistik weniger ins Gewicht.

Der Jahresbericht der „Krisenberatung Bielefeld – Hilfe für Suizidgefährdete“ weist aus, dass 66 % der Klienten weiblichen und 34 % männlichen Geschlechts waren. Die Altersverteilung entspricht dem Erwartungsmuster: Nur 20 von 345 Ratsuchenden (5.8 %) waren älter als 60 Jahre. Der Zugang zur Krisenberatung erfolgte zu 42 % auf Eigeninitiative, zu 24 % durch Krankenhäuser und zu 14 % durch die Familie oder das soziale Umfeld. Der Rest der Klienten wurde auf andere Weise vermittelt (durch Kirchengemeinden, Schulen u.a.). Auch in den Jahresberichten anderer ambulanter Krisenberatungsstellen liegt der Anteil der über 60jährigen an der Klientel meist nicht über 8 %. Höher dagegen ist offensichtlich die Zahl der über 60jährigen *Patienten* in psychiatrischen Notdiensten; z.B. beträgt er beim „Psychiatrischen Notdienst Charlottenburg/Wilmersdorf“ 12.9 % (überwiegend Frauen) (Kralovsky, Ergebnisse der Begleitforschung des Jahres 1998).

Die „Gerontologisierungshypothese“ – Gruppenvergleiche

Nach der „Gerontologisierungshypothese“ sollen sich die ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen, die sich als bei alten Menschen in der Kommune/Region „bekannt“ einschätzen, sich in ihrer Arbeitskonzeption und ihren Angeboten stärker auf die Belange über 60jähriger Personen einstellen als diejenigen Einrichtungen, die meinten, bei alten Menschen „wenig bekannt“ zu sein. Außerdem kann mit einiger Plausibilität angenommen werden, dass diejenigen Einrichtungen mit einem *überdurchschnittlichen* Anteil von Klienten über 60 Jahren sich stärker auf die Bedürfnisse und Probleme dieser Altersgruppe einstellen als diejenigen Einrichtungen, deren Anteil an über 60jährigen unter dem Durchschnitt liegt. Die Gruppenunterschiede müssten sich zum Beispiel in den Gründen für die Kontaktaufnahme, in den Problemkonstellationen bei den Ratsuchenden und in den Kooperations- und Vermittlungsaktivitäten der ambulanten Krisendienste manifestieren. Im folgenden werden die Gruppenunterschiede in den Befragungsmerkmalen auf ihre Aussagekraft hin überprüft.

Erstaunlicherweise unterscheiden sich die nach Einschätzung der Krisenhilfevertreter bei über 60jährigen *bekannt* Einrichtungen (N=20) im Anteil ihrer über 60jährigen Klienten nicht signifikant von den Einrichtungen, die bei alten Menschen offenbar wenig bekannt sind (N=23).

Der *Median* 8,5 % Anteil über 60jähriger an der Gesamtklientel der ambulanten Krisendienste trennt jeweils die 50 % der Einrichtungen, deren Anteil alter Menschen entweder unter oder über diesem Median liegt. Dieses Ergebnis besagt, dass der eingeschätzte Bekanntheitsgrad der Einrichtungen bei über 60jährigen offenbar keinen Zusammenhang aufweist mit der Frequentierung dieser Einrichtungen durch alte Menschen, d. h. die beiden gruppenbildenden Merkmale sind weitgehend unabhängig voneinander. Offenbar klaffen Einschätzung des Bekanntheitsgrades der Krisenhilfe bei alten Menschen durch die Krisenhilfevertreter und de-facto-Nutzung der ambulanten Krisenhilfe durch alte Menschen auseinander.

Es zeigt sich im folgenden, dass die bei alten Menschen bekannten Krisendienste zugleich die personell besser ausgestatteten (d. h. die „größeren“) sind, die trotz (oder wegen) ihres umfangreichen Aufgabenspektrums, ihres besseren Personalbestandes und hohen Organisationsgrades alte Menschen bisher nicht stärker erreicht haben als die „kleineren“, bei alten Menschen weniger bekannten Krisendienste.

Die nach Meinung der Befragten bei über 60jährigen „bekannteren“ Einrichtungen sind personell besser ausgestattet als die „wenig bekannten“. Ihre Durchschnittszahl an hauptamtlichen Vollzeit- und Teilzeitstellen liegt höher, genau so wie der durchschnittliche Anteil an ehrenamtlichen Kräften mit formaler Qualifikation in Krisenhilfe. Dagegen ist im Schnitt der Anteil von Ehrenamtlichen ohne formale Qualifikation durch Aus-/Weiterbildung bei den bei alten Menschen wenig bekannten (d. h. den kleineren Einrichtungen) wiederum höher. Man kann daraus den Schluss ziehen, dass Organisationsstruktur sowie vermuteter Bekanntheitsgrad einer Einrichtung bei alten Menschen noch keinesfalls darüber entscheiden, welche Einrichtung über 60jährige häufiger kontaktieren. *Es kann sein, dass alte Menschen, wenn sie ambulante Krisenhilfe nachfragen, sich genauso kleineren, überschaubaren und lebensfeldnahen Hilfeeinrichtungen zuwenden, bei denen weniger Zugangsbarrieren wahrgenommen werden, auch wenn diese bei alten Menschen nicht so bekannt sind.* Für diese These spricht auch, dass diejenigen Einrichtungen mit einem Anteil von alten Menschen von über 8,5 % stärker mit Ehrenamtlichen mit oder ohne formelle Qualifikation arbeiten, während die Einrichtungen, deren Anteil der über 60jährigen unter 8,5 % liegt, im Schnitt mehr hauptamtliche Voll- und Teilzeitkräfte beschäftigen, also zu den „größeren“ Einrichtungen zählen.

In den *Arbeitsschwerpunkten*, die von rund 84 % der Befragten angegeben werden, lassen sich zwischen den Untergruppen, gebildet nach dem Bekanntheitsgrad der Einrichtungen bei alten Menschen bzw. nach

dem Anteil von über 60jährigen an ihrer Klientel, keine bedeutsamen Unterschiede feststellen.

Die aus der Sicht der ambulanten Krisendienste bei alten Menschen bekannten Einrichtungen, d. h. die größeren mit professionellerem Personalbestand, geben seltener besondere *Zielgruppen* ihrer Arbeit an als die wenig bekannten (23,8 % vs. 72,0 %), d. h. die „bekannten“, größeren Einrichtungen bedienen höchstwahrscheinlich ein breiteres Spektrum von Ratsuchenden mit diversen Problemen (u. a. eben auch alte Menschen), während die „wenig bekannten“, kleineren Krisendienste sich eher auf bestimmte Zielgruppen konzentrieren und diese begleiten. Dazu gehören suizidale Menschen (8 Nennungen), psychisch Kranke (7 Nennungen), Hinterbliebene und Angehörige (4 Nennungen), vom Alter her gesehen vor allem Erwachsene (4 Nennungen), Kinder und Jugendliche (3 Nennungen), Menschen in Krisen (3 Nennungen) und weitere einzelne Zielgruppen. Von den „bekannten“ Einrichtungen werden überhaupt nur achtmal Zielgruppen genannt, darunter vornehmlich solche, die in ihrer Charakteristik nicht von denen der „wenig bekannten“ Krisendienste abweichen. *Die Zielgruppe „Alte Menschen“ taucht überhaupt nur einmal auf und zwar bei einer Einrichtung mit einem Anteil über 60jähriger von über 8,5 %.*

Was die *Kooperationspartner* der befragten Krisendienste betrifft, so ergeben sich kaum Unterschiede zwischen den jeweils zwei Untergruppen. Alle arbeiten zu einem hohen Prozentsatz mit stationären und ambulanten psychiatrischen Diensten zusammen, ferner mit kommunalen Ämtern, speziellen Beratungsstellen der Verbände und Kommunen. Mit niedergelassenen Ärzten arbeiten gut die Hälfte der Krisendienste zusammen, mit Allgemeinkrankenhäusern die „wenig bekannten“ häufiger als die bei über 60jährigen „bekannten“ Krisendienste. Diese wiederum kooperieren in der Tendenz häufiger mit Selbsthilfegruppen, die „wenig bekannten“ Einrichtungen dagegen mit „sonstigen“ Kooperationspartnern wie zum Beispiel mit kirchlich-konfessionellen Einrichtungen und Verbänden sowie der Telefonseelsorge.

In geringem Maße, im Schnitt nur bei 22 % der gesamten Einrichtungen, wird mit Diensten / Einrichtungen der Altenhilfe kooperiert, mit der einzigen zu erwartenden Abweichung, dass Krisendienste mit einem Anteil von alten Ratsuchenden über 8,5 % häufiger mit Partnern der ambulanten Altenhilfe zusammenarbeiten als Einrichtungen unter 8,5 % alter Menschen.

Fasst man die *Entwicklungsplanung* der Einrichtungen im Hinblick auf eine stärkere Berücksichtigung der Belange alter Menschen ins Auge,

so geben nur ein Drittel der Einrichtungen an (N=15 von 46), überhaupt inhaltliche und/oder organisatorische Veränderungen zu planen. Unterschiede zwischen den Unterstichproben sind nicht nachzuweisen. Werden solche Entwicklungspläne genannt, handelt es sich nur in wenigen Fällen um *altenspezifische* Initiativen wie zum Beispiel um Fortbildungsangebote für Personal in der Altenpflege, um Informationsvermittlung über Alterssuizidalität in Seniorenkreisen, Clubs u. ä., ferner in einem Falle um Ergänzung des Teams um eine gerontopsychiatrische Fachkraft. Einige Befragte erkennen zwar die Notwendigkeit einer stärkeren Beachtung von Altenbelangen an, sehen jedoch personelle und organisatorische Umsetzungsschwierigkeiten.

Auf die Frage nach den *Entwicklungstrends* in der Zahl alter Ratsuchender in den Einrichtungen sind nur unter denjenigen mit einem Anteil alter Menschen von über 8,5 % zehn auszumachen (43,5 %), die meinen, der Anteil der über 60jährigen an ihrer Klientel habe in den letzten fünf Jahren zugenommen. Bei den Einrichtungen unter 8,5 % sind dagegen nur 9,1 % dieser Meinung. Der Unterschied ist signifikant.

Bei den Gründen für die *Kontaktaufnahme* mit den ambulanten Krisendiensten haben selbstinitiierte Formen der Kontaktaufnahme nach Ansicht der Befragten einen höheren Stellenwert bei den Einrichtungen, die bei über 60jährigen bekannt (d. h. die „größeren“) sind. Bei den bei alten Menschen wenig bekannten Krisendiensten (d. h. den „kleineren“) erfolgt die Kontaktaufnahme demgegenüber in der Tendenz häufiger über Vermittlung durch andere Personen oder soziale bzw. medizinische Stellen in der Kommune. *Bekanntheitsgrad einer Einrichtung bei alten Menschen, günstigerer Personalbestand („Größe“ der Einrichtung) und stärkere Eigeninitiative bei der Kontaktaufnahme schaffen offensichtlich positive Voraussetzungen für die Krisenintervention im Alter.*

Differenziert man noch nach dem Anteil der über 60jährigen an der Klientel der befragten Krisendienste, so fällt auf, dass, wenn Altenberatungsstellen als Vermittlungsagenten überhaupt genannt werden, ihr durchschnittlicher Rangplatz bei den Einrichtungen mit einem Anteil über Median 8,5 % höher liegt als bei denjenigen unter Median 8,5 %.

In den von den Befragten eingeschätzten Merkmalen *Familienstand* und *Wohnsituation* der über 60jährigen Klienten ergeben sich folgende Unterschiede. Die Zahl der Alleinlebenden ist bei den Einrichtungen mit einem mehr als 8,5prozentigen Anteil alter Menschen mit 70,0 % bedeutend höher als bei den Einrichtungen unter 8,5 % betagter Ratsuchender mit 29,1 %, was von der Soziodemographie her auch zu erwarten ist. Insgesamt ist der Anteil der Alleinlebenden mit 63,2 % über alle Einrich-

tungen bedeutend höher als der Anteil der Ratsuchenden, die mit anderen Personen zusammenleben.

Unter den *soziodemographischen Besonderheiten* der über 60jährigen Klienten, um deren Einschätzung die Befragten gebeten wurden, fallen vor allem *soziale Isolation/Vereinsamung* (insbesondere durch Verwitwung) auf. 20 Befragte setzen diese Besonderheit auf Rangplatz 1. Alle anderen genannten Besonderheiten spielen im Vergleich dazu nur in den Antworten jeweils einiger Respondenten eine Rolle, indem jenen ein Rangplatz von 1 bis 3 zugeordnet wird. Unter den Rangplatzzuordnungen finden sich als Besonderheiten der alten Klienten zum Beispiel noch die Einkommensverhältnisse (günstig wie ungünstig) (7 Nennungen), körperliche Erkrankungen (6 Nennungen), Gefühle der Sinnlosigkeit / Überflüssigkeit (5 Nennungen) sowie das Überwiegen von Frauen (5 Nennungen). Unterschiede zwischen den Untergruppen zeigen sich bei der Nennung dieser Besonderheiten jedoch nicht.

Gefragt wurde auch nach der *methodisch-theoretischen Konzeption* der Einrichtungen. Die überwiegende Mehrheit von 86 % steht zu einer solchen Konzeption. Welche Konzeptionen im einzelnen benannt werden, wurde bereits in einem früheren Abschnitt dieses Berichts genauer ausgeführt. Unterschiede zwischen den Untergruppen („bekannt“ vs. „wenig bekannt“ bzw. „unter 8,5 %“ vs. „über 8,5%“) lassen sich im Hinblick auf die Auswahl und Gewichtung dieser Konzeptionen nicht nachweisen. Wenn es um die Berücksichtigung der besonderen *Belange alter Menschen* in der methodisch-theoretischen Konzeption der befragten Einrichtungen geht, *geben rund 70 % (N=32) an, die Belange alter Menschen bei ihrer Arbeit nicht besonders zu berücksichtigen*. Nur rund 30 % der Einrichtungen bejahen diese Frage. Als Gründe für die Nichtberücksichtigung werden vor allem genannt: Alte Menschen seien keine besondere Zielgruppe (35 %) oder der Anteil alter Menschen sei nur gering (15 %). In der Tendenz sind die verneinenden Antworten auf die Frage nach der Berücksichtigung der Belange alter Menschen bei den Einrichtungen, die bei diesen Adressaten „wenig bekannt“ sind oder die einen geringeren Anteil alter Ratsuchender anzeigen, noch etwas stärker ausgeprägt.

Unterschiede zwischen den Teilgruppen von Einrichtungen, die über die Kriterien „bekannt“ vs. „nicht bekannt“ bei alten Menschen und „Anteil alter Menschen unter 8,5 % bzw über 8,5 %“ gebildet wurden, zeigen sich bei dem Fragebogen-Item „Vermittlung an andere Einrichtungen“, das als offene Frage eingeführt wurde. Ein hoher Prozentsatz (93,5 %) der ambulanten Krisendienste vermittelt im Bedarfsfall an Dienste und Einrichtungen anderer Träger. Die 26 bei alten Menschen „wenig be-

kannten“ Einrichtungen vermitteln sogar ohne Ausnahme an andere Stellen. *Wenn überhaupt an Partner aus dem Bereich der Altenhilfe vermittelt wird* (was selten genug vorkommt, d. Verf.), *tätigen diese Vermittlungen ausschließlich Einrichtungen mit einem Anteil von alten Menschen über 8,5 %*. Wenn es speziell um die *Vermittlung alter Menschen* an andere Dienste/Einrichtungen geht, geben 38 Einrichtungen (= 84,4 %) an, solche Vermittlungen vorzunehmen. Die 21 ambulanten Krisendienste mit einem Altenanteil von mehr als 8,5 % vermitteln mit 91,3 % noch häufiger an andere Dienste/Einrichtungen als diejenigen mit einem Anteil unter 8,5 %. Darunter sind auch mehr *gerontologische/gerontopsychiatrische* Vermittlungspartner als bei denjenigen Krisendiensten mit einem Prozentsatz alter Menschen von unter 8,5 %.

Anhand eines vorgegebenen Kategorienschemas vergaben die Befragten bis zu fünf Rangplätze für *Gründe/Anlässe für die Kontaktaufnahme* mit ihren Einrichtungen. In der Gesamtstichprobe der Befragten stehen Konflikte mit Partner/in oder Familie als Grund für die Kontaktaufnahme an erster Stelle der Rangskala, gefolgt von psychischen Erkrankungen, sozialer Isolierung/ Einsamkeit, Trennung und weiteren Gründen auf den nächsten Rangplätzen. Die Substichprobe von Einrichtungen mit einem Anteil alter Menschen von über 8,5 % gewichtet die *soziale Isolierung/Einsamkeit* als Grund für die Kontaktaufnahme stärker als die Substichprobe unter 8,5 %. Auch der Tod einer nahestehenden Person wird in der Untergruppe mit einem höheren Anteil alter Menschen als Grund häufiger genannt, während in der anderen Untergruppe Konflikte mit Partner/in oder Familie ein größeres Gewicht haben.

Bei den spezifischen Gründen/Anlässen für die *Kontaktaufnahme von über 60jährigen* mit den ambulanten Krisendiensten steht aus der Sicht der Gesamtgruppe der Befragten die *soziale Isolierung/Einsamkeit* eindeutig an erster Stelle, gefolgt von psychischen Erkrankungen, Konflikten mit Partner/in oder Familie, körperlichen Erkrankungen und Sinnverlust / Lebensüberdruß. Diejenigen Einrichtungen mit einem über 8,5prozentigen Anteil alter Klienten geben den körperlichen Erkrankungen, dem Tod einer nahestehenden Person und dem Sinnverlust / Lebensüberdruß als Gründe für Kontaktaufnahme einen stärkeren Akzent (gemessen an der Zahl der Rangplatzvergaben) als diejenigen Einrichtungen mit einem geringeren Anteil alter Menschen.

Als Gründe für die *geringe Inanspruchnahme* von ambulanter Krisenhilfe durch alte Menschen werden von der Mehrheit der Befragten institutionelle/organisatorische wie auch individuelle/persönliche Gründe ins Feld geführt. Bei den bei alten Menschen bekannten („größeren“) Einrichtungen spielt der Mangel an gerontologischer Fachkompetenz als

institutioneller Hinderungsgrund für die Kontaktaufnahme durch alte Menschen eine größere Rolle als bei den „wenig bekannten“ Einrichtungen. Diese wiederum geben sehr plausibel häufiger den geringen Bekanntheitsgrad bei alten Menschen und die Ausrichtung ihres Angebots auf Jüngere als Grund für die geringe Inanspruchnahmefrequenz bei über 60jährigen an. Bei den individuellen/persönlichen Hinderungsgründen zeigen sich zwischen den Substichproben keine Unterschiede.

Auch bei den von den Befragten einzubringenden *Verbesserungsvorschlägen* im Hinblick auf die Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter, die in offener Form erfasst wurden, ergeben sich im wesentlichen keine Unterschiede, d. h. für die Gesamtgruppe wie für die einzelnen Untergruppen stellt sich die Gewichtung der Verbesserungsvorschläge durch die Befragten so dar, wie sie bereits an anderer Stelle für die Gesamtgruppe der Befragten dokumentiert wurde, mit einer etwas stärkeren Akzentuierung der Erweiterung der gerontologischen Fachkompetenz, des Ausbaus ehrenamtlicher Besuchsdienste und der Vernetzung mit anderen Stellen des Gesundheits- und Altenhilfesystems bei den bei alten Menschen bekannten Krisendiensten. Die Krisendienste mit einem Anteil alter Menschen von *unter* 8,5 % gewichten in der Tendenz zugehende Kontakt- und Beratungshilfen, die Erweiterung gerontologischer Fachkompetenz und die Beachtung der Belange alter Menschen stärker als die Krisendienste, deren Anteil alter Menschen über 8,8 % liegt. Es kann angenommen werden, dass die Einrichtungen mit einer *unterdurchschnittlichen* Präsenz alter Menschen einen größeren Bedarf sehen, sich fachlich fundierter auf die Zielgruppe alter Menschen einzustellen und sie besser als bisher zu erreichen.

Zu beachten ist bei der Rangordnung der Verbesserungsvorschläge allerdings, dass die Rangplatzunterschiede zwischen den einzelnen Verbesserungsvorschlägen in der Regel so gering sind, dass keinem Vorschlag eindeutig der Vorrang eingeräumt werden sollte, *sondern alle Vorschläge als ein zu ergreifendes Maßnahmenbündel zu behandeln sind.*

Zum Schluss der Befragung wurden die Institutionsvertreter zu einem *Resümee* aufgefordert, indem sie in „*zusammenfassender Einschätzung und Gewichtung drei Änderungsmaßnahmen, Initiativen oder Entwicklungsprojekte*“ bestimmen sollten, die zur Verbesserung der Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter vordringlich verwirklicht werden müssen. Über alle Untergruppen hinweg ergibt sich dabei die gleiche Rangordnung, in der auf *Kontakt- und Kommunikationsförderung* gerichtete Vorschläge besondere Priorität erhalten (S. Tabelle 20, S. 198).

Zum Stand der „Gerontologisierung“ ambulanter Krisenhilfe

Die eingangs dieses Kapitels formulierte „Gerontologisierungshypothese“, die mit Hilfe der Untergruppenvergleiche genauer überprüft wurde, ließ sich nur in einigen Punkten bestätigen. Diejenigen Einrichtungen mit einem überdurchschnittlichen Anteil von alten Ratsuchenden gehen erwartungsgemäß auf die Belange ihrer über 60jährigen Klienten spezieller ein, indem sie zum Beispiel häufiger mit Einrichtungen /Diensten der Altenhilfe zusammenarbeiten. *Insgesamt jedoch sind die ambulanten Krisendienste von einer „Gerontologisierung“ ihrer Angebote, ihres Fachlichkeitsprofils, ihrer Zielgruppenarbeit, ihrer Arbeitsmethoden und ihrer Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistern in der Kommune/Region, speziell im gerontologischen Sektor, noch weit entfernt.* Überhaupt nur 22 % der befragten Einrichtungen kooperieren beispielsweise mit Diensten/Einrichtungen der Altenhilfe, und alte Menschen als besondere Zielgruppe von Krisenhilfe finden nur bei einer Einrichtung mit einem Altenanteil von über 8,5 % Erwähnung. Eine „Gerontologisierung“ findet dagegen in dem Sinne statt, dass bestimmte Probleme alter Menschen in der Krise von den Befragten klar gesehen werden, zu denen die häufig betonte soziale Isolierung/Einsamkeit, das Alleinleben sowie die biologisch-körperlichen Altersveränderungen zweifelsohne gehören. Bei einem Zuwachs an gerontologischer/gerontopsychiatrischer Fachkompetenz könnten diese Probleme noch genauer erkannt und die fachlichen Hilfen für alte Menschen in einer (suizidalen) Krise verstärkt und optimiert werden. In Teil III soll darauf näher eingegangen werden.

Abschließende Bewertung der Befragung

Am Ende des Fragebogens hatten die Institutionsvertreter die Möglichkeit, ihre Meinung zur Befragung und zum Fragebogen selbst zu äußern. Sie gaben zustimmende wie kritische Kommentare ab, die hier nicht übergangen werden sollen. *Zustimmend* wurde geäußert, dass die Befragung zur Selbstreflexion der eigenen Arbeit angeregt habe, insbesondere zur „selbstreflexiven Bewusstwerdung des Fehlens von Älteren in der Einrichtung“. Weiter wird vermerkt, dass es sich um eine wichtige Arbeit handle, um die Belange ältere Menschen in der Gesellschaft zu stärken. Man sei sehr an den Ergebnissen interessiert, was zur Folge haben muss, dass die Ergebnisse der Studie über Publikationen, Tagungen etc. an die ambulanten Krisendienste zurückgekoppelt werden. Das wurde in der Zwischenzeit in Angriff genommen.

Kritisch wird angemerkt, dass der Fragebogen zu zeitaufwendig gewesen sei und mit seinen Fragen die Zielrichtung und die Arbeitsweise

mancher Einrichtung (z.B. der Telefonseelsorge) nicht treffsicher genug erfasst habe. Eine Einrichtung stellt die Frage nach der Gewichtung der Arbeit mit dem Fragebogen: Dieser habe viel Arbeit gemacht für ein sehr „kleines“ Klientel. Auch wird vermerkt, dass wegen der Zielgruppenunspezifität der Einrichtung manche Fragen nicht zu beantworten waren. Man habe nur geringe Erfahrung (!) mit der Klientel alter Menschen. Deshalb seien manche Fragen auch nur oberflächlich beantwortet worden. In einem Kommentar wird bemerkt, auf viele Fragen könne man nur subjektiv reagieren und sie unterlägen der persönlichen Einschätzung (was aufgrund der Datenlage wohl auch nicht anders zu erwarten und vom Fragebogen auch intendiert war, d. Verf.).

10 Befragung der Expertengruppe

10.1 Befragungsstichprobe

Die zweite Befragung richtete sich an Experten der Suizidforschung in Deutschland, die sich unter anderem in der Erforschung der Alterssuizidalität und der Arbeit mit suizidalen alten Menschen über die nationalen Grenzen hinaus in der Fachwelt einen Namen gemacht und sich des öfteren in Publikationen dazu geäußert haben. Insgesamt wurden 17 Experten angeschrieben. Neun Experten sandten den bearbeiteten Fragebogen zurück. Die anderen Angeschriebenen beteiligten sich trotz eines Erinnerungsschreibens nicht an der Befragung. Die Gründe dafür sind nur von einigen der Nichtteilnehmer bekannt. Zur Expertengruppe, die sich beteiligte, gehören überwiegend Mediziner, vor allem Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Arzt für innere Medizin und ein Diplom-Psychologe. Es handelt sich um die folgenden Herren:

Prof. Dr. Thomas Bronisch, München

Dr. Jens Bruder, Hamburg

Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch, Bonn

Prof. Dr. Hartmut Radebold, Kassel

Prof. Dr. Martin Teising, Bad Hersfeld

Dr. Claus Wächtler, Hamburg

Prof. Dr. Hans Wedler, Stuttgart

Prof. Dr. Joachim Wittkowski, Würzburg

Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf, Bayreuth

Allen Experten, die sich an der Befragung beteiligten, sei an dieser Stelle besonders gedankt.

10.2 Befragungsmethode

Die Befragung wurde in Form eines teils vollstandardisierten, teils halbstandardisierten Fragebogens zur schriftlichen Bearbeitung vorgelegt. Er richtete sich an Experten aus Wissenschaft und Praxis der Suizidologie, die sich durch ihre Fachkompetenz, besonders auf dem Gebiet der Alterssuizidalität, ausgewiesen haben. Mit dem Fragebogen werden sieben Themenbereiche im Zusammenhang mit Suizidprävention und Krisenhilfe bei alten Menschen angeschnitten.

Im *ersten* Abschnitt des Fragebogens interessieren einige Angaben zur Person der Befragten, z. B. die berufliche Position, die Haupttätigkeitsbereiche und -forschungsschwerpunkte. Ferner wird nach den Berührungspunkten zu suizidgefährdeten alten Menschen in der eigenen Forschung und Berufspraxis gefragt.

Im *zweiten* Abschnitt geht es wie bei den ambulanten Krisendiensten um die Eruiierung der Gründe für die geringe Inanspruchnahme von ambulanter Krisenhilfe und Psychotherapie durch alte Menschen. Es wird nach institutionellen/organisatorischen auf der einen und individuellen/persönlichen Gründen auf der anderen Seite gefragt. Die Antwortkategorien werden für Rangplatzwahlen (mit der offenen Kategorie „Sonstige“) weitgehend vorgegeben. Dadurch soll die Vergleichbarkeit der Auswertung mit den Ergebnissen der Krisendienste ermöglicht werden.

Der *dritte* Abschnitt des Fragebogens befasst sich mit den Besonderheiten der Suizidprävention, Krisenhilfe und Psychotherapie bei alten Menschen im Unterschied zu jüngeren. Bis zu fünf Besonderheiten sollen in knapp gefassten eigenen Formulierungen aufgezählt werden.

Im *vierten* Abschnitt stehen Entwicklung und Veränderung der Krisenhilfe für alte Menschen aus der Sicht der Experten im Vordergrund. Die Schlüsselfrage lautet: „*Was müsste aus Ihrer Sicht unternommen werden, um suizidgefährdete alte Menschen stärker als bisher zu erreichen und mit Diensten/Einrichtungen der Krisenhilfe und Therapie in Kontakt zu bringen?*“ Die Antwortkategorien sind als Wahlmöglichkeiten (einschließlich sonstiger Änderungsvorschläge) vorgegeben und sollen zur Vergabe von fünf Rangplätzen nach der subjektiven Gewichtung der Änderungsvorschläge führen.

Im *fünften* Abschnitt geht es um Fragestellungen und Themen, mit denen sich aus der Sicht der Fachleute die Forschung zur Suizidalität im Alter in den nächsten Jahren beschäftigen müsste. Fünf solcher Frage-

stellungen und Themen sind nach ihrer Gewichtung in eine Rangordnung zu bringen.

Der *sechste* Abschnitt thematisiert politische Initiativen und Maßnahmen, die nach Überzeugung der Experten in den nächsten Jahren notwendig sind, um die Suizidprävention und Krisenhilfe bei alten Menschen zu intensivieren und zu verbessern. Fünf dringliche politische Initiativen und Maßnahmen sind von den Befragten in eine Rangordnung zu bringen.

Im *siebten* und letzten Abschnitt werden die Befragten abschließend aufgefordert, eine zusammenfassende Stellungnahme zur Verbesserung der Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter abzugeben.

10.3 Befragungsergebnisse

Angaben zur Person der Befragten

Beteiligt haben sich an der Befragung acht Mediziner und ein Psychologe. Bei den Medizinern herrschen die folgenden *Fachrichtungen* vor: Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ferner die Fachbezeichnungen Neurologe und Gerontologe, Gerontopsychiater und Psychoanalytiker, Innere Medizin und Psychotherapeutische Medizin. Der Psychologe ist freiberuflich in einer Praxis für Psychologische Diagnostik und Beratung tätig. Die meisten teilnehmenden Mediziner sind in leitender Position als Klinikchefs, Chefarzte, leitende Ärzte oder Oberärzte in der Krankenhausversorgung oder in Ärztlichen Diensten tätig. In der Eigenschaft als Professor sind die meisten der Mediziner und ebenfalls der Psychologe auch mit der akademischen Lehre und der Forschung vertraut. Außerdem gehören zu ihren Aufgaben in einigen Fällen die Fachberatung und Supervision, die Arbeit mit Angehörigen und Aufgaben in ambulanten Diensten sowie das Engagement in Fachverbänden.

Als persönliche *Forschungsschwerpunkte* werden genannt: Suizidologie, Suizidalität im Alter, Depression, Psychotherapie, Psychosomatik und Psychoanalyse im Alter, Suizidprävention und Krisenhilfe, ethische Fragen am Lebensende, geriatrische und gerontopsychiatrische Versorgungsstrukturen, Krankenhausentwicklung, ferner Themen der Demenzforschung, spezielle Fragestellungen der Psychiatrie sowie weitere gerontologische und psychotherapeutische Einzelaspekte.

Die Berührungspunkte der Experten mit der Suizidalität im Alter ergeben sich einerseits aus der psychotherapeutischen Praxis mit über 60jährigen Personen und andererseits aus der Krankenhausversorgung suizidaler Menschen, darunter eben auch älterer Patienten. Hinzu kommen noch Erfahrungen mit dieser Klientel in ambulanten Beratungs- und Konsiliardiensten und Berührungspunkte, die sich über Forschungsaktivitäten ergeben.

An die Kurzvorstellung der Expertengruppe schließen sich die eigentlichen Befragungsergebnisse an.

Gründe für die geringe Inanspruchnahme

Die Gründe für die geringe Inanspruchnahme von ambulanter Krisenhilfe und Psychotherapie durch alte Menschen wurden von den Experten nach vorgegebenen Kategorien, die mit denen übereinstimmen, die auch den ambulanten Krisendiensten vorgelegt wurden, in eine Rangordnung von 1 bis 3 gebracht. Eine Kategorie „sonstige Gründe“ ließ Spielraum für zusätzliche Einstufungen.

Unter den *institutionellen/organisatorischen* Gründen, die von den Experten zur Erklärung der geringen Inanspruchnahme ambulanter Krisenhilfe durch alte Menschen genannt wurden, steht die Meinung, die Angebote seien auf Jüngere ausgerichtet, an erster Stelle. Es folgt dann die geringe gerontologische Fachkompetenz des Personals als weiterer Grund für die geringe Nutzung ambulanter Krisendienste durch Betagte, dicht gefolgt von den Kategorien „schlechte Vernetzung mit Diensten/Einrichtungen der Altenhilfe“, „schlechte Erreichbarkeit der Krisendienste für alte Menschen“ und „geringer Bekanntheitsgrad bei alten Menschen“.

Kritisch anzumerken ist jedoch, dass wegen der geringen Zahl der Experten, die für die einzelnen Kategorien einen Rangplatz von 1 bis 3 vergaben, die Rangplatzverteilung statistisch nicht sehr aussagekräftig ist. Vielmehr erstreckt sich diese über ein breites Spektrum möglicher Gründe, die vor allem unter der Kategorie „sonstige Gründe“ auftauchen. Ein Experte hält alle vorgegebenen Antwortkategorien für gleichermaßen zutreffend.

Unter den „sonstigen Gründen“ (S. Tabelle 21) werden vor allem Mängelzustände angesprochen, die die Infrastruktur ambulanter Krisenhilfe und den Ausbildungsstand in Suizidfragen bei Allgemeinärzten betreffen. Ferner wird auf das Desinteresse an der Suizidthematik in der Öffentlichkeit und in medizinisch-somatischen Versorgungseinrichtungen

verwiesen, aber auch auf die Tabuisierung des Suizids in gerontologischen Institutionen. Ein Experte ist der Meinung, dass es weniger institutionelle Hinderungsgründe seien, sondern „blockierende Haltungen/Einstellungen bei Patienten und Psychotherapeuten“, (die alten Menschen den Zugang zur ambulanten Krisenhilfe und Psychotherapie erschweren, d. Verf.).

Tabelle 21: Rangordnung der institutionellen/organisatorischen Gründe für die mangelnde Inanspruchnahme von ambulanter Krisenhilfe und Psychotherapie durch alte Menschen aus der Sicht von Experten der Suizidforschung (Zahlen in Klammern geben die Anzahl der Experten an, die für die einzelnen Kategorien Rangplätze von 1 bis 3 vergaben)

Institutionelle/organisatorische Hinderungsgründe	Rangplätze (Durchschnitt)
Angebote auf Jüngere ausgerichtet	1.7 (6)
Keine gerontologische Fachkompetenz	2.0 (7)
Schlechte Vernetzung mit Diensten/Einrichtungen der Altenhilfe	2.7 (3)
Schlechte Erreichbarkeit für alte Menschen	2.7 (3)
Geringer Bekanntheitsgrad bei Älteren	3.0 (3)
Sonstige Gründe (Einmal-Nennungen): Fehlen spezifischer Einrichtungen zur Krisenintervention, Gesellschaftliches Desinteresse, Desinteresse und Inkompetenz der medizinisch-somatischen Versorgungseinrichtungen, Tabuisierung von Suizid in gerontologischen Versorgungseinrichtungen, Mangelnde Ausbildung der Allgemeinärzte in Suizidfragen, Größere Probleme sind blockierende Haltungen/Einstellungen bei Patienten und Psychotherapeuten, Alle Gründe treffen zu	

In der Einschätzung und Gewichtung der institutionellen/organisatorischen Hinderungsgründe stimmen die Experten in einigen Punkten weitgehend mit den befragten ambulanten Krisendiensten überein. Der Kategorie „Angebote auf jüngere Menschen ausgerichtet“ räumen die

Experten den ersten, die Krisendienste den zweiten Rang ein. Die Kategorie „Schlechte Vernetzung mit Diensten/Einrichtungen der Altenhilfe“ steht in beiden Gruppen an dritter Stelle. Dem Mangel an gerontologischen Fachkenntnissen beim Personal geben die Experten als Hinderungsgrund in etwa das gleiche Gewicht wie die Krisendienste. Die Kategorie „Schlechte Erreichbarkeit für alte Menschen“ steht dagegen bei den Krisendiensten höher in der Rangordnung als bei den Experten.

Auf der *individuellen/persönlichen* Seite werden von den Experten die folgenden Gründe für die geringe Nutzung ambulanter Krisenhilfe durch über 60jährige besonders herausgestellt (S. Tabelle 22). Wiederum waren bis zu drei Rangplätze für vorgegebene Antwortkategorien zu vergeben, die durch „sonstige Gründe“ ergänzt werden konnten.

Tabelle 22: Rangfolge der individuellen/persönlichen Gründe für die geringe Inanspruchnahme ambulanter Krisenhilfe durch alte Menschen aus der Sicht von Experten

Individuelle/persönliche Hinderungsgründe	Rangplätze (Durchschnitt)
Informationsdefizite bei den Älteren	1.5 (4)
Hoffnungslosigkeit/Resignation	1.8 (8)
Kohorteneffekte („Mit Problemen muss man selbst fertig werden“)	2.3 (6)
Vorurteile gegenüber Krisenhilfe und Therapie	2.5 (4)
Fehlende Vermittlungspartner/soziale Isolierung	3.0 (2)
Furcht vor Stigmatisierung (Schwellenängste)	4.5 (2)
Physische Behinderung/Immobilität	4.5 (2)
Sonstige Gründe	

Bei den individuellen/persönlichen Gründen für die geringe Nutzung ambulanter Krisendienste durch alte Menschen sind die meisten Experten der Meinung, dass Hoffnungslosigkeit und Resignation auf seiten der über 60jährigen neben Informationsdefiziten eine wichtige Rolle spielen. Beide Gründe können sich wechselseitig bedingen, denn wer hoffnungslos ist, d. h. keine Veränderung seiner desolaten Situation mehr erwartet, wird auch kaum Anstalten machen, aktiv Informationen über Hilfsmöglichkeiten einzuholen, und umgekehrt verstärken Informationsdefizite das Gefühl der Unausweichlichkeit der Probleme („Tunnelblick“). Resignatives Sich-Ausgeliefert-Fühlen an die Belastungsfaktoren kann dann die Folge sein.

Als weitere Gründe fallen vor allem aus der Sicht der Experten die Kohorteneffekte ins Gewicht, die besagen, dass die heutige Generation der alten Menschen noch eine Erziehung genossen und Lebensverhältnisse kennengelernt hat, die die Bewältigung von Lebensproblemen primär dem einzelnen oder seinem engsten sozialen Umfeld überantworten und den Kontakt zur Psychotherapie und Psychiatrie als etwas Diskriminierendes eher ausschließen. Psychische Probleme zu haben gilt eher als ein Makel, als Eingeständnis, den Lebensanforderungen nicht gewachsen zu sein, versagt zu haben. Aus dem privaten Leidensbereich herauszutreten, um Fremdhilfe in Anspruch zu nehmen, fällt bei dieser internalisierten Einstellung besonders alten Menschen schwer. Damit im Zusammenhang stehen sicherlich auch die „Furcht vor Stigmatisierung“ als Hinderungsgrund und „Vorurteile gegenüber Krisenhilfe und Psychotherapie“. Fehlende Vermittlungspartner, unter Umständen gekoppelt mit sozialer Isolation, sowie physische Behinderung /Immobilität werden als Hinderungsgrund von den Experten dagegen kaum genannt.

Unter der Sammelkategorie „sonstige Gründe“ tauchen auch individuelle/persönliche Merkmale der Helfer/ Professionellen auf. Moniert wird z. B. das „fehlende Wissen der Professionellen über die Diagnostik insbesondere depressiver Syndrome mit suizidalen Tendenzen“ und die „unbewusste Abwehr der Älteren“ (als Klienten/Patienten, d. Verf.). Daraus resultieren nach Ansicht eines Experten auch die institutionellen/ organisatorischen Gegebenheiten, die alten Menschen den Zugang zu ambulanten Krisendiensten erschweren. Ein Experte legte sich auf keinen Einzelgrund fest, sondern hielt alle vorgegebenen Hinderungsgründe für zutreffend.

Vergleicht man die Einschätzung der individuellen/persönlichen Hinderungsgründe der Experten mit der der Krisenhilfeeinrichtungen, so zeigen sich ebenfalls klare Übereinstimmungen. Den *Informationsdefiziten* (über Krisenhilfeangebote) bei alten Menschen weisen beide Gruppen den ersten Rangplatz zu. Auch den Kohorteneffekten kommt als Hinderungsgrund in beiden Gruppen eine hohe Bedeutung zu (2. Rang bei den Krisendiensten, 3. Rang bei den Experten). Höherrangig für die Experten als für die Krisendienste ist der Hinderungsgrund „Hoffnungslosigkeit und Resignation bei alten Menschen“. Ihm räumen die Experten fast durchweg einen hohen Rang ein, wahrscheinlich aufgrund ihrer Erfahrung mit kranken alten Menschen in ihrer medizinisch-therapeutischen Praxis. Mögliche Vorurteile gegenüber der Krisenhilfe und Therapie sowie Stigmatisierungsbefürchtungen auf seiten alter Menschen werden in beiden Gruppen als Hinderungsgründe nicht so hervorgeho-

ben. Sie sind wahrscheinlich auch mit der Kategorie „Kohorteneffekte“ konfundiert.

Besonderheiten der Krisenhilfe bei alten Menschen

Der Fragebogen erkundet in einem eigenen Abschnitt die *Besonderheiten* der Suizidprävention, Krisenhilfe und Psychotherapie bei alten Menschen im Unterschied zu jüngeren aus der Sicht der Experten. Zu benennen sind bis zu fünf Besonderheiten, ohne dass sie in eine Rangordnung gebracht werden müssen. Antwortkategorien werden nicht vorgegeben. Die Nennungen der Experten lassen sich inhaltlich nach *drei Oberkategorien* klassifizieren. Die erste Oberkategorie subsumiert alle Besonderheiten, die sich direkt auf den alten Menschen beziehen, die zweite solche, die dem Helfer/Therapeuten zugesprochen werden, und die dritte Oberkategorie fasst alle Besonderheiten der Arbeitsbeziehung zwischen alten Menschen und Therapeuten zusammen.

Bei den Besonderheiten, die den *alten Menschen* aus der Sicht der Experten charakterisieren, fallen vor allem negative Merkmale ins Gewicht, die offensichtlich die Krisenhilfe und Psychotherapie unter den gegebenen Einschränkungen erschweren. Genannt werden dreimal körperliche Befindlichkeiten und Erkrankungen, insbesondere die ausgeprägte Multimorbidität, ferner die Komorbidität zwischen somatischen Erkrankungen und sensorischen Behinderungen, die neben anderen Belastungsfaktoren zu krisenhaften, oft auch irreversibel erlebten Situationen im Alter führen kann. Als weitere Besonderheit wird zweimal die eingeschränkte Lebensperspektive im Alter genannt, die besonders bei erlebter schlechter Gesundheit kaum noch Chancen der Veränderung und Verhaltensalternativen offen lässt. Daraus können bei sehr eingegrenzter Lebensperspektive Gefühle der Hoffnungslosigkeit und „beeinträchtigte Kohärenz“ erwachsen. Die Experten verbinden als erschwere Bedingung von Krisenhilfe und Psychotherapie bei alten Menschen außerdem mangelnde (soziale) Ressourcen (Stichwort: Vereinsamung), Kommunikationseinschränkungen und eine veränderte Lernfähigkeit. Die Suizidalität im Alter beruhe häufig auf einer komplexeren Motivstruktur als bei Jüngeren und sei mit depressiven Symptomen verbunden.

In der Beziehung alter Menschen zum „Psychobereich“ kämen insbesondere Kohorteneffekte zum Tragen, die sich in einer stärkeren Distanz zur Krisenhilfe und Psychotherapie manifestieren. Ältere hätten vor dem ersten Schritt zum Krisenhelfer oder Psychotherapeuten stärkere Ängste, längerfristig seien sie jedoch während des Hilfeprozesses motivierter. Als einzige neutrale Besonderheit alter Menschen im Kontext

von Krisenhilfe und Psychotherapie wird ihre Lebenserfahrung erwähnt, ohne deren Auswirkungen jedoch näher zu spezifizieren.

Die Experten machen die Besonderheiten von Krisenhilfe und Therapie im Alter aber nicht nur an den alten Menschen selbst fest, sondern beziehen die *Helfer/Psychotherapeuten* als Schlüsselpersonen im Hilfeprozess in ihre Überlegungen mit ein. Sie bilden mit ihren zugeschriebenen Merkmalen eine Oberkategorie. Den Helfern/Therapeuten, zu denen die Experten in der Überzahl selbst gehören, werden folgende Merkmale zugesprochen:

In der Arbeit mit alten (suizidgefährdeten) Menschen sei die eigene Auseinandersetzung mit Krankheit, Verlust sowie mit Tod und Sterben unausweichlich. Die Helfer/Therapeuten würden mit Fragen des Alters und insbesondere des eigenen Alterns konfrontiert. Dies bedeute für sie eine persönliche Herausforderung. In der Arbeitsbeziehung mit alten Menschen komme es häufig zu (Selbst) Entwertungsproblemen auf Seiten der Helfer, nicht nur weil die gesellschaftliche Entwertung Älterer auf sie als Helfer übertragen werde, sondern weil Erfolge im Hilfeprozess durch Veränderungen der Alterssituation immer wieder in Frage gestellt werden, Helfer/Therapeuten damit die Erfahrung machten, dass Erfolge in der Arbeit mit alten Menschen seltener zu erleben seien.

Mit Vorsicht kann aus dem Meinungsbild der Experten der Schluss gezogen werden, dass vor allem unerfahrene Helfer/Therapeuten in Verbindung mit geringer gerontologischer Fachkompetenz in der Arbeit mit alten Menschen verunsichert werden, und dass die geringeren Erfolgserlebnisse therapeutische Beziehungsprobleme nach sich ziehen, die einerseits, wie einige Experten vermerken, zu einer spezifischen, für beide Seiten ungewöhnlichen Übertragungskonstellation führen und andererseits den Helfer/Therapeuten in seinem therapeutischen Selbstverständnis „entwerten“ könnten (S. Teil I, Kapitel 5.6).

Die letztgenannte Schlussfolgerung leitet bereits zur dritten Oberkategorie der Besonderheiten über, die die Experten in der therapeutischen Arbeit mit alten Menschen beobachten. Es geht um Besonderheiten der *Arbeitsbeziehung* zwischen dem Helfer/Therapeuten und dem alten Menschen. Dreimal Erwähnung findet wegen ihrer Typikalität die „*umgekehrte*“ *unbewusste Übertragungssituation*, auf die an anderer Stelle im Zusammenhang mit der Psychotherapie im Alter bereits eingegangen wurde. Heuft, Kruse und Radebold (2000), Radebold (1992) sowie Teising (1992) haben diese Besonderheit wiederholt in eindrucksvoller Weise beschrieben. Erwähnt wird von den Experten ebenfalls die Beziehungsasymmetrie zwischen alten Menschen und den in der Regel

jüngeren Therapeuten. Alte Menschen können, wie ein Experte meint, Schwierigkeiten haben, an die Hilfsbereitschaft und die Besserungs-Ankündigungen des jüngeren Therapeuten zu glauben. Das Vertrauen zum jüngeren Therapeuten wachse langsamer. Bei fortgeschrittener, vertrauensvoller Arbeitsbeziehung allerdings bestünden Chancen für wertvolle Unterstützung und Hilfe. Es sei aber auch nicht auszuschließen, dass bei „Overprotection“ auf Helferseite die Gefahr der Abhängigkeit des älteren Klienten/Patienten vom Helfer drohe.

Unter den Besonderheiten der Arbeitsbeziehung zwischen alten Menschen und ihren Helfern/Therapeuten, die die Experten aufführen, finden sich auch handfeste *praktische*, das therapeutische Vorgehen betreffende Vorschläge. So müsse beispielsweise das Vorgehen stützender, annehmender, ja auch direkter sein. Der Therapeut dürfe nicht zu jung (was heißt das? d. Verf.) sein, bei körperlicher Krankheit/Immobilität solle der Helfer den alten Menschen in seiner häuslichen Umgebung aufsuchen und bei sensorischen Einbußen (z. B. des Hörens, der kognitiven Fähigkeiten) müsse er sich einfach und verständlich ausdrücken. Die helfenden/therapeutischen Angebote sollten im Unterschied zu jüngeren für alte Menschen vorzugsweise tagsüber zur Verfügung stehen. Sehr wichtig sei auch die Arbeit mit den Angehörigen, und die Hilfen müssten oft auch die Möglichkeiten der *Alltagsbewältigung* alter Menschen sowie ihres sozialen Umfeldes mit ins Auge fassen.

Für die praktische Krisenhilfe, Beratung und Psychotherapie bei alten Menschen sind die professionellen Beobachtungen und Hinweise der befragten Experten von besonderer Wichtigkeit, weil sie einerseits die möglichen Beziehungsprobleme zwischen alten Menschen und ihren in der Regel jüngeren Beratern/Therapeuten aufzeigen und andererseits auf *zugehende* Formen der Beratung und Therapie bei alten Menschen verweisen, wie sie bereits von den ambulanten Krisendiensten gefordert wurden. Beide Befragungen ergänzen sich eindeutig in dieser wichtigen Forderung.

Änderungsvorschläge

Wie die ambulanten Krisendienste wurden die Experten im Fragebogen gebeten, *Änderungsvorschläge* zur Entwicklung und Verbesserung der Krisenhilfe und Psychotherapie für alte Menschen zu machen. Sie hatten die Möglichkeit, fünf Änderungsvorschläge nach ihrer Gewichtung aus vorgegebenen Antwortkategorien auszuwählen. Außerdem konnten sie sich für die offene Kategorie „sonstige Änderungsvorschläge“ entscheiden und mit eigenen Worten spezifizieren. Die Vorgabe der Ant-

wortkategorien entsprach in Wortlaut und Reihenfolge der der ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen. Die Reihenfolge der mittleren Rangplätze, wie sie von den Experten vergeben wurden, wird in Tabelle 24 dargestellt.

Tabelle 24: Rangfolge der Änderungsvorschläge zur Verbesserung der Krisenhilfe und Psychotherapie aus der Sicht von Experten

Änderungsvorschläge	Mittlere Rangplätze
Stärkere Ausrichtung der Krisenhilfeeinrichtungen auf Problemlagen und Krisen im Alter	1.8 (8)
Erweiterung gerontologischer Fachkompetenz von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern	2.1 (8)
Frühzeitige Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen im Alter	3.1 (6)
Zugehende Kontakt- und Beratungshilfen (z.B. Outreach-Programme im Stadtteil)	3.3 (6)
Zielgruppenbezogene Weiterbildungsprogramme über Suizidalität im Alter (z.B. bei Ärzten, Polizisten, Pflegekräften, sozialen Diensten)	4.2 (9)
Information/Aufklärung der Öffentlichkeit über Suizidrisiken im Alter	5.0 (4)
Notrufdienste, Krisentelefone für Ältere	5.3 (3)
Sonstige Änderungsvorschläge	

In erster Stelle in der Liste der Änderungsvorschläge steht nach Einschätzung der Experten die *stärkere Ausrichtung von ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen auf Problemlagen und Krisen im Alter*. Die befragten ambulanten Krisendienste geben dieser Kategorie zwar nicht den ersten Rang, setzen sie aber immerhin noch auf die dritte Stelle ihrer Prioritätenliste.

Einen ebenfalls hohen Stellenwert räumen die Experten der *Erweiterung gerontologischer Fachkompetenz bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern* ein. Sie stellten an anderer Stelle unter den Besonderheiten der Krisenhilfe im Alter bereits einen Mangel an gerontologischer Fachkompetenz beim medizinischen wie sozialpflegerischen Personal fest, der somit ausgeglichen werden muss. Die ambulanten Krisendienste sehen in diesem Punkt keinen so hohen Änderungsbedarf und setzen diese Kategorie an die vorletzte Stelle. Ebenfalls nicht ganz so relevant für sie

ist die frühzeitige Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen im Alter. Für die Experten dagegen steht dieser Änderungsvorschlag an dritter Stelle. Danach folgen bei den Experten die zugehenden Kontakt- und Beratungshilfen (z. B. in Form von Outreach-Programmen im Stadtteil). Diese gewinnen im Unterschied zu den Experten für die ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen erste Priorität, wie auch der Auf- und Ausbau ehrenamtlicher Besuchsdienste im Stadtteil eng mit der zugehenden sozialen Arbeit in Verbindung gebracht wird. Ehrenamtliche Besuchsdienste spielen bei den Experten eine relativ untergeordnete Rolle. Ebenfalls weniger genannt werden von den Experten die Information/Aufklärung der Öffentlichkeit über Suizidrisiken im Alter sowie die Einrichtung von Notrufdiensten und Krisentelefonen für alte Menschen. Die ambulanten Krisendienste geben diesen beiden Kategorien sowie der Kategorie „Verortung/Vernetzung von Krisenhilfeeinrichtungen mit dem örtlichen Gesundheits- und Altenhilfesystem“ einen höheren Stellenwert. Von den Experten wird die letztgenannte Kategorie nur zweimal auf Rang 4 gesetzt. Ähnlich niedrig rangieren bei ihnen der Auf- und Ausbau von ehrenamtlichen Besuchsdiensten im Stadtteil (Zwei Nennungen auf Rang 5).

Unter der Kategorie „sonstige Änderungsvorschläge“ tauchen bei den Experten noch folgende Ergänzungen auf: Ein Experte weist der Selbsterfahrung (des helfenden Personals, d. Verf.) mit spezifischer Gewichtung der Altersthematik einen hohen Stellenwert zu. Ein anderer setzt die Reform geriatrischer Versorgung (im Sinne einer „integrierten Psychosomatik“ und Salutogenese) auf den zweiten Rang. Ferner wird vorgeschlagen, ein geeignetes Image für die Krisenintervention bei Suizidgefährdeten aufzubauen (aber wie? d. Verf.). Resümierend wird von einem Experten festgestellt, dass ohne zur Beratung/Therapie (alter Menschen, d. Verf.) bereite und fähige Mitarbeiter alle weiteren Maßnahmen nutzlos seien. Ein Experte hält alle neun vorgegebenen Änderungsvorschläge für die Zukunft der Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter für bedeutsam und gibt keinem einzelnen einen Vorrang.

Zwischenfazit

Vergleicht man die Änderungsvorschläge der beiden Gruppen, der Experten und der ambulanten Krisendienste, nach ihrer thematischen Akzentuierung miteinander, so lassen sich mit einigen methodischen Vorbehalten die folgenden Feststellungen treffen:

(Die methodischen Vorbehalte resultieren daraus, dass die beiden Stichproben unterschiedlich stark besetzt sind, und damit die Rangplatzfolge in der Stichprobe der Krisendienste eine größere Stabilität

und Aussagekraft besitzt als die in der kleinen Stichprobe von Experten, deren Änderungsvorschläge zudem noch weiter streuen).

Die *Experten* legen bei ihren Änderungsvorschlägen das Gewicht eher auf eine „*Gerontologisierung*“ des Krisenhilfesystems, indem sie eine stärkere Ausrichtung der Krisenhilfeeinrichtungen auf Problemlagen und Krisen alter Menschen fordern, die gerontologische Fachkompetenz in den helfenden Berufen erweitert wissen wollen und eine frühzeitige Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen im Alter anmahnen. Ihre Änderungsvorschläge thematisieren insbesondere interne fachliche Qualitätsanforderungen und -verbesserungen, die zum einen an den Aus- und Weiterbildungssektor appellieren, gerontologisches Fachwissen stärker als bisher zu vermitteln, zum anderen auch die Krisendienste adressieren, sich der Arbeit mit alten Menschen stärker als bisher zu stellen. Das betrifft nicht nur die Psychiater, Neurologen, Allgemeinmediziner und Psychosomatiker, sondern auch die pflegerischen und sozialen Fachkräfte im gesamtgesundheitlichen Versorgungssystem.

Die *ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen* legen bei ihren Änderungsvorschlägen den Schwerpunkt primär auf *organisatorische und methodische Weichenstellungen*, indem sie den Ausbau von zugehenden Kontakt- und Beratungsangeboten im Stadtteil für notwendig erachten, um alte Menschen in ihrem Lebensumfeld mit ihren Problemen früher und besser erreichen zu können. Flankiert werden sollen diese zugehenden Kontaktangebote durch ehrenamtliche Besuchsdienste, die mit dem jeweiligen Stadtteil und Lebensumfeld alter Menschen gut vertraut sind. (Der Verfasser ist der Meinung, dass sich für diese Aufgabe rüstige und engagierte ältere Personen, die von den Krisenhilfeeinrichtungen rekrutiert und qualifiziert werden, besonders eignen).

Auch der besseren Vernetzung der Krisenhilfeeinrichtungen mit dem örtlichen Gesundheits- und Altenhilfesystem messen die Vertreter der Krisendienste eine größere Bedeutung zu als die Experten. Das heißt nun aber nicht, dass die Notwendigkeit einer „*Gerontologisierung*“ des Krisenhilfesystems von den befragten Krisenhilfevertretern übersehen wird, sondern lediglich eine von den Experten abweichende Akzentuierung dessen vorgenommen wird, was in Zukunft von den Krisenhilfeeinrichtungen zur Verbesserung von Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter geleistet werden muss. Gleichermäßen wichtig ist für beide Gruppen die zielgruppenbezogene Weiterbildung von Fachpersonal in Fragen der Suizidalität und Suizidprävention (nicht nur im Alter) und die Information/Aufklärung in der Öffentlichkeit über Suizidrisiken und

suizidfördernde Lebensbedingungen auf der einen und „lebenswerten“ und damit suizidvorbeugenden Alternativen auf der anderen Seite.

Themen der Forschung

Die Experten werden im Verlauf des Fragebogens auch gebeten, vorrangige Fragestellungen und Themen zu benennen, mit denen sich die *Forschung* zur Suizidalität im Alter beschäftigen müsste. Die Vorrangigkeit sollte durch die Vergabe von bis zu fünf Rangplätzen dokumentiert werden. Die genannten Forschungsfragen und -themen ergeben nach Schwerpunkten geordnet das folgende Tableau (S. Tabelle 25).

Es lassen sich aufgrund der eingebrachten Fragestellungen und Themen vier Zuordnungskategorien unterscheiden:

- Grundlagenforschung,
- Wirkungskontrollen, Evaluation von Maßnahmen,
- Aspekte der Versorgungsinfrastruktur,
- Trainingsprogramme/Edukation

Die Fragestellungen und Themen zur Suizidalität im Alter, die aus der Sicht der Experten verstärkter Forschungsanstrengungen bedürfen, sind in erster Linie der *Grundlagenforschung* zuzuordnen. Verglichen mit den anderen Forschungsbereichen werden ihr die prioren Themen zur Alterssuizidalität zugesprochen. Mittelt man alle vergebenen Rangplätze, so steht die Grundlagenforschung mit 2.1 an der Spitze. Genannt werden Forschungsdesiderata, die die komplexe Psychodynamik der therapeutischen Beziehung, Geschlechtsidentitätsfragen sowie die psychologischen Hintergründe der Alterssuizidalität betreffen, einschließlich der Ursachenzuschreibung (Kausalattribution) für Suizidalität und von

Tabelle 25: Fragestellungen und Themen der Forschung zur Suizidalität im Alter aus der Sicht von Experten (Ziffern in Klammern geben jeweils die Rangplätze im Urteil der Experten an)

Forschungsthemen zur Suizidalität im Alter		
<p>Grundlagenforschung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Depression im Senium (1) – Psychologische Hintergründe des Alterssuizids (1) – Unbewußte psychodynamische Aspekte (1) – Narzißmus im Alter (1) – Ageism (Vorurteile gegen Gruppen von Älteren) (1) – Wert-Erwartungstheorien als Erklärungsprinzip für Suizidalität (1) – Geschlechtsidentitätsfragen im Zusammenhang mit Suizidalität (2) – Psychiatrische Erkrankungen im Alter (2) – Kausalattributionen von Suizidalen und für Suizidalität (2) – Ursachen des Alterssuizids(3) – Vereinsamung im Alter (3) – Veränderte psycho-soziale und familiale Strukturen (3) – Image von Helfern (Personen und Institutionen) (3) – Zukünftige Lebensformen alter Menschen (4) – Gründe für Desinteresse Jüngerer am Alterssuizid (4) <p>Mittlerer Rangplatz: 2.1</p>	<p>Wirkungskontrollen/Evaluation von Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Katamnesen behandelter und unbehandelter (überlebender) Suizidaler (1) – Effekte von besserer Erkennung und Behandlung der Depression im Alter (1) – Evaluation verschiedener Versorgungsstrategien nach Suizidversuch (2) – Effekte von Aufklärungsmaßnahmen (2) – Wirkung von Psychotherapie im Alter (3) – Auswirkungen integrierter psychosomatischer Angebote (3) – Auswirkungen von „Kontaktnahme“ (S. Projekt Motto)(4) – Auswirkungen von Outreach-Programmen (S. Projekt DeLeo) (5) <p>Mittlerer Rangplatz: 2.6</p> <p>Aspekte der Versorgungsinfrastruktur</p> <ul style="list-style-type: none"> – Erreichbarkeit der Risikopopulation (z.B.alter Menschen) (1) – Inanspruchnahmeproblematik 	<ul style="list-style-type: none"> von Krisenhilfe (2) – Zusammenhang Suizid und geriatrische Versorgung (2) – Inanspruchnahme von Diensten (3) – Fehlende spezifische Hilfskonzepte (4) – Verbesserung der Vernetzung von Diensten (4) – Beziehung zwischen Partizipation (=vielfältige Formen der abgestuften Teilhabe am Leistungsgeschehen) und Suizidalität (4) – Krankheitsbehandlung im Alter (somatisch und psychisch) (5) <p>Mittlerer Rangplatz: 3.1</p> <p>Trainingsprogramme</p> <ul style="list-style-type: none"> – Entwicklung und Erprobung von Trainingsprogrammen im Umgang mit Suizidalen (2) – Selbstsicherheitsförderung Älterer (2) – Edukation (5) <p>Mittlerer Rangplatz: 3.0</p>

Suizidalen selbst, die möglicherweise eher von internalen Erklärungsmustern geprägt wird. Für vordringlich wird auch die Erforschung der psychischen Erkrankungen, insbesondere der Depression im Senium

gehalten. Weitere Themen sind veränderte psycho-soziale und familiäre Strukturen, die auf die Entwicklung der Alterssuizidalität Einfluss nehmen können, Vereinsamung im Alter als Risikofaktor, die Auswirkungen zukünftiger Lebensformen auf das Suizidverhalten im Alter und Fragen der gesellschaftlichen Bewertung alter Menschen als suizidförderndes bzw. -hemmendes Agens, einschließlich des beruflichen Image der mit alten Menschen arbeitenden Institutionen und Helfer.

Der zweite Forschungsbereich, in dem für die Experten Themen und Fragestellungen anstehen, ist der der *Wirkungsüberprüfung/Evaluation von Programmen und Maßnahmen*, die der Prävention und Krisenhilfe bei Suizidalität dienen (Mittlerer Rangplatz 2.6). Dieses Forschungsfeld ist bisher, soweit das nach dem Stand der Fachliteratur zu beurteilen ist, in Deutschland kaum beachtet worden. Wie die interne und externe Evaluation des nationalen Suizidpräventionsprojektes in Finnland zeigte (S. Teil I, Kapitel 5.2), sind Wirkungsüberprüfungen im Rahmen der Suizidforschung auch international bis heute eher die Ausnahme und keinesfalls die Regel. Gefordert werden von den Experten Effektivitätskontrollen vor allem bei Psychotherapien, bei Aufklärungs- und Edukationsprojekten, bei der Diagnostik und Behandlung von Depressionen im Senium und bei Outreach-Programmen (etwa nach dem Vorbild der Evaluation von Telefondiensten für Ältere in Italien durch DeLeo und seine Mitarbeiter (1995)). Gefordert werden auch Evaluierungsstudien zu verschiedenen Versorgungsstrategien nach Suizidversuch (Fricke & Schmidtke, 1998), die Überprüfung der Auswirkungen integrierter psychosomatischer Angebote (und der Art der „Kontaktnahme“ von Suizidalen mit Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens).

Weitere Fragestellungen und Themen der Forschung, die von den Experten benannt wurden, betreffen *Aspekte der Versorgungs-Infrastruktur* von Suizidprävention und Krisenhilfe. Ihr mittlerer Rangplatz liegt bei 3.1. Zu erforschen seien Wege der Erreichbarkeit von Risikopopulationen (zu denen alte Menschen in bestimmten Lebenslagen gehören, d. Verf.), ferner Probleme der (Nicht)Inanspruchnahme von ambulanten Beratungs- und Krisendiensten, wie sie in dem vorliegenden Projekt speziell für über 60jährige erforscht werden, der Mangel an spezifischen Hilfskonzepten (für alte Menschen in einer suizidalen Krise, d. Verf.) sowie Fragen der Verbesserung der Vernetzung des Hilfesystems und einzelner Dienstleistungsangebote. Genannt werden außerdem Forschungen zur Krankheitsbehandlung im Alter, in somatischer wie psychischer Hinsicht, zum Zusammenhang von Suizidalität im Alter und geriatrischer Versorgung sowie zur zentralen Frage nach der Beziehung zwischen Partizipation (i. S. „vielfältiger Formen der abgestuften Teilhabe am Leistungsgeschehen“) und der Suizidalität. Man kann vermuten,

dass z. B. diejenigen alten Menschen, die Leistungsangebote zur Hilfe bei der Bewältigung von Lebenskrisen kennen und nutzen gelernt haben, weniger suizidanfällig sind als diejenigen, die nicht am Leistungsgeschehen partizipieren und mit ihren Problemen weitgehend alleine bleiben.

Der vierte und letzte Forschungsbereich, zu dem man die genannten Forschungsthemen der Experten zusammenfassen kann, spricht die *edukativen Aspekte* an, insbesondere in Form von Trainingsprogrammen. Die Nennungen sind allerdings nicht so zahlreich wie in den drei anderen Forschungsschwerpunkten. Gefordert wird zunächst ganz allgemein Edukation (besonders in gerontologischen Wissens- und Handlungsfeldern, d. Verf.). Der Entwicklung und Erprobung von Trainingsprogrammen im Umgang mit Suizidalen sowie der Selbstsicherheitsförderung alter Menschen räumen zwei Experten eine besondere Dringlichkeit ein.

Politische Maßnahmen

In einem weiteren Abschnitt des Fragebogens geht es um die Bitte an die Experten, *politische Maßnahmen* anzusprechen, die zur Verbesserung der Suizidprävention und Krisenhilfe in Deutschland, bezogen besonders auf alte Menschen, notwendig sind. Die Frage war offen formuliert und erforderte die Auflistung von bis zu fünf politischen Maßnahmen. Wie bei den Forschungsthemen lassen sich auch hier verwandte politische Maßnahmen zu Gruppen ordnen und unter einem Oberbegriff zusammenfassen. Unterschieden werden können

- Maßnahmen mit gesellschaftlich/politischer Breitenwirkung (einschließlich rechtlicher Rahmenbedingungen),
- Versorgungsspezifische/institutionelle Maßnahmen,
- Finanzielle Maßnahmen,
- Edukative Maßnahmen.

Tabelle 26 zeigt im Überblick die nach Gruppen geordneten politischen Maßnahmen, die von den Experten auf Rangplatz 1 bis 5 gesetzt wurden.

Tabelle 26: Politische Maßnahmen zur Verbesserung von Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter aus der Sicht von Experten (Ziffern in Klammern geben jeweils die Rangplätze im Urteil der Experten an)

Politische Maßnahmen zur Verbesserung von Suizidprävention und Krisenhilfe aus der Sicht von Experten		
Maßnahmen mit politischer Breitenwirkung	Versorgungsspezifische/institutionelle Maßnahmen	Finanzielle Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> – Suizid als gesellschaftliches Problem thematisieren (1) – Suizid als Thema aufgreifen (1) – Maßnahmen zur Veränderung des Altersbildes (1) – Partizipationsformen für alte Menschen quantitativ und qualitativ vervielfältigen und dabei den Selbsthilfe/Eigeninitiative-Gedanken fördern (1) – Öffentlichkeitsarbeit (2) – Ausrichtung der Politik an Werten (2) – Überzeugung verhindern, alles müsse von der Politik kommen (2) – Förderung intergenerativen Austausches (4) <p>Mittlerer Rangplatz: 1.7</p> <p><i>Rechtliche Rahmenbedingungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Verbesserung des Heimgesetzes (2) – Betreuungszahlen für Personal senken (Personalschlüssel!) (3) – Auswirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes in der Gerontopsychiatrie überdenken und Änderungen herbeiführen (4) 	<ul style="list-style-type: none"> – Förderung der Altenhilfe (1) – Ausbau und Förderung von Krisenberatungsstellen (1) – Schaffung geeigneter Lebensumwelten für alte Menschen (2) – Förderung der gerontopsychiatrischen Versorgung (3) – Nationales Suizidpräventionsprogramm (3) – Anregung, dass sich Qualifizierung der Primärversorger (z.B.Hausärzte) „lohnt“ (Honorierung von Hausbesuchen/Qualifizierungsmaßnahmen etc.)(3) – Förderung der Forschung (4) – Förderung psychosozialer Hilfen, besonders im medizinischen Feld (4) – Tagesstätten für alte Menschen (5) – Neue Wohnformen im Alter (5) – Förderung integrierter Psychosomatik an Allgemeinkrankenhäusern (5) <p>Mittlerer Rangplatz: 3.2</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Finanzielle Unterstützung von Modellen und Forschungsprojekten (1) – Mittel für spezifische Programme (2) – Finanziellen Rahmen für Forschung verbessern (2) – Investitionen im Sozialbereich ohne Ausrichtung am Effektivitätsmaßstab (3) <p>Mittlerer Rangplatz: 2.0</p> <p>Edukative Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Schwerpunktprogramm für ambulante Beratungseinrichtungen und für Heime zum Training der Mitarbeiter (1) – Edukation fördern (3) – Mehr gerontologische Wissensanforderungen in Ausbildungsgängen (3) – Verbesserung der Aus- und Weiterbildung in Fragen der Suizidalität(4) – Förderung qualifizierter Aus- und Weiterbildung für gerontologische Berufe (4) – Aufklärung über Therapieeffekte (4) <p>Mittlerer Rangplatz: 3.1</p>

An politischen Maßnahmen zur Verbesserung der Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter werden von den Experten vor allem solche Maßnahmen genannt, die eine *gesellschaftlich-politische Breitenwirkung* versprechen. Ihr mittlerer Rangplatz liegt bei 1.7. Dazu rechnen die Experten verstärkt Anstrengungen, durch Information und Aufklärung die Suizidproblematik zu einem gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Thema zu machen. Dieses sollte auch von den Medien häufiger aufgegriffen werden (und zwar nicht in dramatisierender Form, d. Verf.) und in der Gesundheitsberichterstattung und Öffentlichkeitsarbeit verantwortlicher Stellen stärker präsent sein. Die Beschäftigung mit der Suizidalität *alter* Menschen komme nicht umhin, auch das gesellschaftliche Altersbild zu reflektieren und den möglichen Zusammenhang mit Selbstwertkrisen und suizidalen Neigungen im Alter aufzudecken.

Für notwendig erachtet werden außerdem Maßnahmen, die dazu führen, die politischen und sozialen Partizipationsmöglichkeiten und -formen für alte Menschen quantitativ und qualitativ zu vervielfältigen. Dabei sollte allerdings der Gedanke der *Selbsthilfe und Eigeninitiative* die Richtschnur für diese Maßnahmen abgeben. Ein Experte mahnt die Ausrichtung der Politik an Werten an; ein anderer möchte die Überzeugung korrigiert wissen, „alles müsse von der Politik kommen“. Zur Gruppe der politischen Maßnahmen mit Breitenwirkung kann auch der Vorschlag gerechnet werden, den intergenerativen Austausch auf möglichst vielen Ebenen zu fördern.

Anzuschließen sind an dieser Stelle noch Maßnahmenvorschläge, die auf Änderung *rechtlicher Rahmenbedingungen* abzielen. Dazu werden von einigen Experten gerechnet: Die Verbesserung des Heimgesetzes, die Reduzierung der Betreuungszahlen für das Personal (Verbesserung des Personalschlüssels) und die Nachbesserung des Pflegeversicherungsgesetzes für den gerontopsychiatrischen Versorgungssektor (besonders im Hinblick auf Demenzkranke).

Zur zweiten Gruppe von politischen Maßnahmen, die von den Experten relativ häufig angesprochen wurden, lassen sich alle Vorschläge zusammenfassen, die *versorgungsspezifische und institutionelle Veränderungen* einfordern. Die meisten von ihnen haben einen klaren sozialpolitischen Impetus. Erste Rangplätze erhalten so allgemeine Maßnahmenvorschläge wie Förderung der Altenhilfe und Ausbau wie Förderung von Krisenberatungsstellen. Ebenfalls vorrangig eingeschätzt wird die Schaffung geeigneter Lebensumwelten für alte Menschen, denen auch die neuen Wohnformen im Alter zuzuordnen sind. Flankierend dazu kommt der Ausbau der Tagesstättenarbeit mit alten Menschen in Be-

tracht, durch die wertvolle Informations-, Anlauf- und Vermittlungshilfen angeboten werden können.

Angesprochen werden mit Nachdruck im gesamten Maßnahmenkatalog außerdem *medizinische* Aspekte. Es geht der Rangordnung nach den Experten um

- Förderung und Ausbau gerontopsychiatrischer Versorgung,
- Anregung, Hausbesuche und Qualifizierungsanstrengungen von „Primärversorgern“ (z.B. Hausärzten, Konsiliardiensten) besser zu honorieren, damit sich diese Tätigkeiten/Leistungen besser „lohnen“,
- Förderung psychosozialer Hilfen, besonders im medizinischen Feld,
- Förderung integrierter Psychosomatik an Allgemeinkrankenhäusern.

Gefordert wird ebenfalls von den Experten ein koordiniertes *nationales Suizidpräventionsprogramm* und eine stärkere *Förderung der Forschung*. *Beides kann der Verfasser nur unterstreichen.*

Dass die vorgeschlagenen Maßnahmen nicht ohne finanzielle Unterstützung auskommen können, liegt auf der Hand. Aus diesem Grunde ist auch auf *finanzielle Maßnahmenvorschläge* nicht zu verzichten. Die Experten halten die finanzielle Unterstützung von Modellen, spezifischen Programmen und Forschungsprojekten für dringend erforderlich (Rangplätze 1 und 2); außerdem sollten Investitionen im Sozialbereich ohne einseitige Ausrichtung am Effektivitätsmaßstab erfolgen.

Zur letzten Gruppe lassen sich alle Maßnahmenvorschläge der Experten zusammenfassen, die *edukative* Schwerpunkte setzen, folglich im Aus- und Weiterbildungssektor anzusiedeln sind. Es wird auf Platz eins ein Schwerpunktprogramm für ambulante Beratungseinrichtungen und für Heime zum Training der Mitarbeiterschaft gesetzt, das nach Meinung einiger Experten (der Verfasser schließt sich ihnen an) vor allem gerontologische/gerontopsychiatrische Inhalte vermitteln müsste. In allen medizinischen, pflegerischen und sozialen Ausbildungsgängen dürfte darüber hinaus auf eine dauerhafte Verankerung gerontologischer/gerontopsychiatrischer Wissensgrundlagen nicht verzichtet werden. Außerdem geht es um die Verbesserung der Aus- und Weiterbildung in Fragen der Suizidalität. Ein Experte hält die Aufklärung über Therapieeffekte für ein wichtiges Anliegen in der Aus- und Weiterbildung von Fachkräften. Sie könnte jedoch auch bei der Suche nach einer geeigneten Therapieform im Umfeld psychischer Probleme alter Menschen sehr behilflich sein.

Zwischenfazit

Vergleicht man die Maßnahmenvorschläge der Experten, die eine stärkere *politische* Stoßrichtung haben, mit denen der ambulanten Krisenhilfeeinrichtungen, die primär auf naheliegende Verbesserungen der Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter ausgerichtet sind, so fokussieren die Vorschläge der ambulanten Krisendienste eher die Verbesserung des *unmittelbaren sozialen Umfeldes und der lebensweltlichen Ressourcen alter Menschen*, was aus dem Arbeitsauftrag der Krisenhilfe unmittelbar verständlich wird. Klare Übereinstimmung mit den Experten wird in puncto *edukativer Anstrengungen* erzielt. Auch die Vertreter der ambulanten Krisendienste halten eine Ergänzung der Aus- und Weiterbildung des Personals in medizinischen, pflegerischen und sozialen Berufen um Fragen der Suizidthematik, Suizidprävention und Krisenhilfe (nicht nur bei alten Menschen) für notwendig.

Zusammenfassende Stellungnahmen

Im letzten Abschnitt des Fragebogens wurden die Experten gebeten, eine *zusammenfassende Stellungnahme* zur Verbesserung der Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter abzugeben. Die Fragestellung war bewusst offen gelassen; Rangplätze brauchten nicht vergeben zu werden. Die Stellungnahmen der Experten, die eine solche abgaben, sollen hier im vollen Wortlaut dokumentiert werden. Die Stellungnahmen sprechen unseres Erachtens für sich, so dass sich eine zusätzliche Kommentierung und Interpretation erübrigt. Die Auswertung der Expertenbefragung soll mit diesen Stellungnahmen abgeschlossen werden.

Tabelle 27: Abschließende Stellungnahmen von Experten zur Verbesserung der Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter

Zusammenfassende Stellungnahmen der Experten zur Verbesserung von Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter
<p>Suizidprävention im Alter ist vorrangig; sie sollte besser beforscht werden; bessere Finanzierung und bessere Ausbildung für therapeutische Institutionen. (Prof. Dr. Thomas Bronisch)</p>
<p>Ich sehe eine <i>allmählich</i> zunehmende Bereitschaft von Psychotherapeuten, ältere Patienten zu nehmen (u.a. weil sie selber älter werden). Das muss noch mehr nach außen dringen, zum Selbstbild der Psychotherapeuten werden. Wir müssen <i>auch</i> offen sein für die Akzeptanz seelischer Entwicklungen, die zur Lebensattheit (oder sogar zum Lebensüberdruß) führen (ohne Krankheitshintergrund!). Da gibt es auch einen Mangel an Mut zur Überwindung von Scheu ... (Dr. Jens Bruder)</p>
<p>Forderung der gerontologischen Wissenserweiterung von Profis (insbesondere von Ärzten); Krisenberatung ausbauen; intergenerativer Austausch; neue Wohnformen im Alter. (Prof. Dr. Dr. Rolf Hirsch)</p>
<p>Suizidprävention und Krisenhilfe müssen verbessert werden; <i>sinnvoll jedoch im Zusammenhang mit anderen Maßnahmen der Psychohygiene für Ältere.</i> (Prof. Dr. Hartmut Radebold)</p>
<p>Es ist eine breite Diskussion ethischer Wertfragen notwendig, dann eine kritische Selbstreflexion Professioneller im psychosozialen Feld hinsichtlich eigener unbewusst-gerontologischer Einstellungen und danach strukturelle Verbesserungen. (Prof. Dr. Martin Teising)</p>
<p>Suizidprävention (für Ältere) ist dringend notwendig; sie wird seit Jahren von Fachvertretern gefordert. Ohne Unterstützung von Seiten der Politik und der Kostenträger bleiben Einzelaktivitäten jedoch unbedeutend. (Dr. Claus Wächtler)</p>
<p>Am wichtigsten: Schaffung von Lebensbedingungen (einschließlich geriatrischer und gerontologischer Hilfsmaßnahmen), die dazu beitragen, das <i>Kohärenzgefühl</i> alter Menschen zu wahren. (Prof. Dr. Hans Wedler)</p>

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Befragung bei alten Menschen wiedergegeben, die in zentralen Punkten die Befunde der ambulanten Krisendienstleistungen bestätigen und zu Überlegungen Anlass geben, die an den Beobachtungen und Vorschlägen der Expertengruppe anzuknüpfen sind. In Teil III werden alle Ergebnisse zu praktischen Konsequenzen zusammengeführt und verarbeitet.

11 Befragung der Gruppe alter Menschen

11.1 Befragungsstichproben

Es lag in der Intention des Forschungsvorhabens, nicht nur ambulante Krisenhilfeeinrichtungen und Experten der (Alters)Suizidforschung zur Problematik der Nutzung von Angeboten ambulanter Krisenhilfe durch über 60jährige zu befragen, sondern *alte Menschen* als Betroffene selbst zu Wort kommen zu lassen. Zu diesem Zweck wurden zwei Gruppen von über 60jährigen Personen in mündlichen Leitfaden-Interviews befragt.

Die erste Gruppe umfasst 32 Frauen und Männer über 60 Jahren aus der Region Rheine im nördlichen Münsterland, die im Rahmen der Altenpflege-Ausbildung von Schülerinnen und Schülern des Fachseminars für Altenpflege des Caritasverbandes Rheine in ihrer häuslichen Umgebung in der Zeit zwischen August und September 1999 aufgesucht und befragt wurden. Die zweite Gruppe besteht aus 16 Teilnehmerinnen und Teilnehmern des „Studiums im Alter“ an der Universität Münster, die 60 Jahre und älter waren. Sie wurden vom Verfasser mit Hilfe eines Leitfaden-Interviews in der Fachhochschule Münster in der Zeit zwischen August und Oktober 1999 einzeln mündlich befragt. Insgesamt umfasst die Stichprobe älterer Befragter damit 48 Personen.

11.2 Befragungsmethode

Durch die Befragung der alten Menschen sollte u. a. untersucht werden, welche Personen oder Institutionen im Falle einer tiefgreifenden Lebenskrise mit suizidalen Tendenzen um Rat und Hilfe angegangen wurden bzw. würden. Es wurde sowohl nach derartigen Lebenskrisen und nach Suizidversuchen in der bisherigen Lebensgeschichte gefragt als auch nach Lebensumständen und Grenzsituationen, unter denen man

an Selbsttötung denken *könnte*. Fragen wie die folgenden waren von Interesse. An wen wandte man sich damals? Wer half auf welche Weise, um aus der Krise wieder herauszufinden? An wen würde man sich im vorgestellten Falle einer Krisensituation mit Suizidgedanken wenden? Wer würde dann auf welche Weise als hilfeleistend erlebt werden?

Die Befragung der über 60jährigen ging von der durch die Fachliteratur eindeutig zu belegenden These aus, dass in tiefgreifenden Lebenskrisen, die sogar den Gedanken an Selbsttötung nahelegen, von den Befragten an erster Stelle Kontaktpartner des primären sozialen Netzes, sprich enge Familienangehörige sowie Freunde ins Vertrauen und zu Rate gezogen werden, weniger dagegen professionelle Ansprechpartner wie niedergelassene Ärzte, Berater und Psychotherapeuten, Geistliche der Kirchen oder Mitarbeiter von Krisenhilfeeinrichtungen (Ferring & Filipp, 1999) (s. Kap. 3.5).

Die These lässt sich so zuspitzen, *dass ambulante Dienste in der Krisenhilfelandchaft einer Region für alte Menschen in psychischen Notlagen eine untergeordnete Rolle spielen*. Für frühere Krisensituationen im Leben der älteren Generation ist diese Sachlage verständlich, weil es in der Vergangenheit an solchen Einrichtungen mangelte. Für künftige krisenhaft aufgeladene Situationen, in denen auch Suizidgedanken nicht ausgeschlossen werden, dürfte dieses Argument jedoch keine Gültigkeit mehr haben. Vielmehr müssen andere Gründe für die prognostizierte geringe Inanspruchnahme ambulanter Krisenhilfe durch alte Menschen verantwortlich gemacht werden (S. Befragung der Krisendienste, Kapitel 2.3).

Die Ergebnisse der Befragung bei den über 60jährigen geben empirische Einblicke, auf welches *soziale Hilfenetz* alte Menschen im Falle einer Krisensituation mit Suizidgedanken zurückgreifen, wenn sie überhaupt ein solches Hilfeersuchen in Erwägung ziehen. Es könnte ja auch sein, dass sie keine Hilfe mehr erwarten, ihre Mitwelt mit ihren Problemen nicht mehr belasten wollen und ihrem Leben entschieden ein Ende setzen möchten.

Zur Befragungsmethode: Den Teilnehmern wurde die Befragung als Teil eines Forschungsprojektes zur „Sozialen Unterstützung und Krisenhilfe im Alter“ vorgestellt. Der Fragebogen für die *mündliche Befragung* ist wie folgt aufgebaut.

Im *ersten Teil* werden zum einen Angaben zur Person erfragt, zum anderen Einschätzungen der sozialen Kontakte (Häufigkeit und Zufriedenheit) erbeten. Auf vorgelegten mehrstufigen Skalen sollen Häufigkeit

(nie/sehr selten/eher selten/eher häufig/sehr häufig) und Zufriedenheit (sehr unzufrieden/eher unzufrieden/eher zufrieden/sehr zufrieden) in den Kontaktbereichen (Kinder/Enkel, Geschwister/andere Verwandte, Freunde/gute Bekannte, andere Personen) eingeschätzt werden. Ferner wird im ersten Teil nach der Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft gefragt und eine Selbsteinschätzung der Religiosität (nicht religiös/eher nicht religiös/eher religiös/sehr religiös) erbeten.

Im *zweiten Teil* des Leitfaden-Interviews geht es um Verlusterfahrungen, Beschwerden und Erkrankungen der Befragten in den letzten *fünf* Jahren. Bei den Verlusten werden Personenverluste durch Todesfälle, materielle/finanzielle Verluste und sonstige Verluste/Einbußen als offene Kategorie unterschieden. Erfragt werden im Anschluss daran körperliche und psychische Beschwerden nach ihrer Art und nach ihrem erlebten Schweregrad. Davon abgegrenzt wird explizit nach Art und Schweregrad von (behandlungsbedürftigen) somatischen und psychischen Erkrankungen während der letzten fünf Jahre gefragt.

Im *dritten Teil* der Befragung wird das Thema Lebenskrisen und Suizidalität angesprochen. Die kritische Frage lautet: *„Waren Sie in Ihrem Leben einmal in einer schweren Krise, in der Sie keinen Sinn mehr in Ihrem Leben sahen und an Selbsttötung dachten?“*. Wenn diese Frage bejaht wird, eruiert der Interviewer die näheren Umstände und Motive. Es schließt sich dann eine Frage an, die auf Personen oder Institutionen abzielt, die damals dazu beitrugen, wieder aus der Krise herauszufinden. Die möglichen Beratungspartner werden in einer Kategorienauswahl einschließlich einer offenen Kategorie vorgegeben. Unter diesen Kategorien befindet sich auch die Telefonseelsorge sowie andere Krisenhilfestellen. Gefragt wird auch nach der Effektivität der damaligen Hilfe und nach den Gründen für ihre Wirksamkeit oder Unwirksamkeit. Die nächste Frage zielt explizit auf Selbsttötungsversuche in der bisherigen Lebensgeschichte ab. Ähnlich wie bei den Krisen werden Details zu dem (den) Suizidversuch(en) und den helfenden Faktoren erkundet, wenn die Frage mit „Ja, einmal“ oder „Ja, mehrmals“ beantwortet wird.

Auch wenn aus der Vergangenheit weder eine schwere Lebenskrise mit Suizidgedanken noch ein Selbsttötungsversuch berichtet werden, interessieren in der Befragung potentielle Situationen, in denen die Befragten eine Krise mit Suizidgedanken erleben *könnten*. Die Frage ist so gestellt: *„Können Sie sich vorstellen, (wieder) in eine so schwere Lebenskrise/seelische Notlage zu geraten, dass das Leben für Sie keinen Sinn mehr hat und Sie daran denken, sich das Leben zu nehmen?“* Wenn diese Frage bejaht wird, erkundet der Interviewer die näheren

Umstände der Situationen, die zu Suiziderwägungen Anlass geben. Anschließend richtet sich das Interesse auf die Strategien, die die Befragten in den genannten Situationen einsetzen (würden), um wieder herauszufinden oder sie zu überwinden. Auch dabei geht es um die Nennung von Beratungspartnern, die in einer Kategorienauswahl vorgegeben sind (S. oben). Unter den Kategorien befinden sich auch die Telefonseelsorge und andere Krisendienste.

Die Befragung leitet danach zu den *Zukunftsbefürchtungen und Zukunftswünschen* der beiden Stichproben aus Rheine und Münster über und fordert zum Schluss die Gesprächsteilnehmer auf, anhand einer vorgelegten Skala von „schlecht/weniger schlecht/zufriedenstellend/gut/sehr gut“ ihren gegenwärtigen *Gesundheitszustand* subjektiv einzuschätzen.

Die Befragung dauerte zwischen 30 bis 60 Minuten. Die Fragen berührten nicht selten Lebens- und Konfliktbereiche, auf die sich die Befragten in emotionaler Betroffenheit einließen. Über die Beantwortung der Leitfragen hinaus kamen in Einzelfällen auch sehr persönliche Erfahrungen und Erlebnisse zur Sprache.

11.3 Befragungsergebnisse

Es geht im wesentlichen um die Beantwortung der Frage, an welche Vertrauenspersonen oder -instanzen sich alte Menschen wenden, wenn sie Verständnis und Unterstützung in einer schweren Lebenskrise suchen? Sind es eher Mitglieder der eigenen Familie oder gute Freunde, d. h. informelle primäre Netzwerkpersonen, die ins Vertrauen gezogen werden, oder wenden sich alte Menschen in schwierigen Lebenslagen eher an professionelle Instanzen wie z. B. ihre Hausärzte, an Gemeindeseelsorger oder an Berater und Krisenhelfer bzw. an ehrenamtliche Helferinnen und Helfer? Nach unserer These wird zunächst das primäre soziale Netz in Anspruch genommen. Erst wenn von dort keine Hilfe zu erwarten ist, wenn diese nicht gegeben werden kann oder Hilfe aus dieser Primärquelle nicht erwünscht ist, richtet sich der Hilfeappell an professionelle Hilfeinstanzen oder Personen des erweiterten sozialen Umfeldes.

Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe besteht aus 48 Personen mit einem Durchschnittsalter von 70,8 Jahren (SD = 9,7 Jahre, Range: 55 - 95 Jahre). 32 Befragte

stammen aus Rheine, 16 Befragte aus Münster. Letztere sind mit durchschnittlich 62,6 Jahren jünger als die Befragten aus Rheine mit durchschnittlich 75,2 Jahren. Das ist darauf zurückzuführen, dass die Rheiner Personen über Sozialstationen als Versorgungs- und Pflegebedürftige mit höherem Lebensalter erreicht und die Münsterschen Teilnehmer über das Studium im Alter angesprochen wurden. Es handelt sich dabei in der Regel um „junge Alte“, die sich den Anforderungen des Seniorenstudiums gewachsen fühlen.

66,7 % (N = 32) aller Befragten sind weiblichen, 33,3 % (N = 16) männlichen Geschlechts. Nach ihrem Zivilstand sind 43,8 % verheiratet, rund 45,8 % verwitwet, 4,2 % geschieden und 6,3 % ledig. In der Rheiner Unterstichprobe finden sich mehr Verwitwete, in der Münsterschen Unterstichprobe mehr Verheirate, was mit dem unterschiedlichen Durchschnittsalter in den beiden Gruppen zu tun haben dürfte. Dieses wirkt sich auch auf die Wohnsituation auf, denn in der Rheiner Gruppe gibt es mehr allein lebende und mit Kindern/Enkeln zusammenwohnende Befragte als in der Münsterschen Gruppe, in der der Anteil der mit dem Partner Zusammenlebenden wiederum höher ist. Insgesamt leben 37,0 % allein, 43,5 % mit dem Partner, 15,2 % bei Kindern/Enkeln und 4,3 % mit anderen Personen zusammen. Der Berufsstand der Befragten verteilt sich über folgende Berufsgruppen: Arbeiter 33,3 %, Angestellte 33,3 %, Beamte 12,5 %, Hausfrauen 18,8 % und ein Landwirt.

Tabelle 27: Demographische Merkmale der Gesamtstichprobe und der Teilstichproben der über 60jährigen Befragten

Demographische Merkmale der Stichproben						
	Rheine		Münster		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Geschlecht						
weiblich	22	68,8	10	62,5	32	66,7
männlich	10	31,2	6	37,5	16	33,3
Alter	30	M= 75,2 SD= 8,3	16	M= 62,6 SD=5,7	46	M= 70,8 SD= 9,6
Zivilstand						
verheiratet	12	37,5	9	56,2	21	43,8
verwitwet	17	53,1	5	31,2	22	45,7
geschieden	1	3,1	1	6,3	2	4,2
ledig	2	6,3	1	6,3	3	6,3
Wohnsituation						
allein lebend	12	40,0	5	31,3	17	37,0
mit Partner	10	33,3	10	62,4	20	43,5
mit Kindern/ Enkeln	6	20,0	1	6,3	7	15,2
mit anderen Personen	2	6,7	-	-	2	4,3
Berufsstand						
Arbeiter					16	33,3
Angestellte					16	33,3
Beamte					6	12,5
Hausfrauen					9	18,8
Landwirte					1	2,1

Religionszugehörigkeit und eingeschätzte Religiosität

56,3 % der Befragten sind katholisch, 33,3 % evangelisch und 10,4 % gehören keiner Religionsgemeinschaft an. 6,3 % halten sich für nicht religiös, 20,8 % für eher nicht religiös, 52, 1 % für eher religiös und 20,8 % für sehr religiös. In einem späteren Kapitel soll geklärt werden, ob der Grad der eingeschätzten Religiosität einen hemmenden, för-

dernden oder keinen Einfluss auf das Auftreten von suizidalen Tendenzen bei den Befragten ausübt

Soziale Kontakte und Zufriedenheit mit den Kontakten

Die Datenanalyse gibt Auskunft über die *Häufigkeit* der sozialen Kontakte und den Grad der *Zufriedenheit* mit den sozialen Kontakten in den beiden Unterstichproben und in der Gesamtstichprobe. Im Interview wurde zunächst nach dem *Vorhandensein* von Kontakten zu den jeweiligen Netzwerkpartnern gefragt und danach nach der jeweiligen Häufigkeit und Zufriedenheit im entsprechenden Kontaktbereich.

Die Befragten haben zu fast 90 % eher häufige bis sehr häufige Kontakte zu ihren Kindern und Enkeln, zu rund 60 % zu Geschwistern und anderen Verwandten, zu gut 70 % zu Freunden und Bekannten sowie zu 70 % zu anderen Personen, zu denen vor allem Nachbarn, Club- und Vereinsmitglieder, Mitstudierende aus dem Studium im Alter, ehemalige Arbeitskollegen und andere gehören. Nur wenige Personen geben an, nie Kontakt zu den genannten Sozialkreisen zu haben. Die Zufriedenheit mit den Kontakten zu den genannten Bezugspersonen wird im allgemeinen eher hoch eingeschätzt, insbesondere zu Freuden und Bekannten (94 %), zu anderen Personen (87 %), zu Geschwistern und anderen Verwandten (83 %) und am relativ geringsten zu den Kindern und Enkeln (68 %). Rund 32 % der Befragten sind mit Häufigkeit und Art dieser Kontakte eher bis sehr unzufrieden. Leichte, jedoch keine signifikanten Unterschiede in den Häufigkeits- und Zufriedenheitsscores finden sich zwischen den Gruppen aus Rheine und Münster.

Fasst man alle Angaben der Befragten zu der Kontakthäufigkeit über alle Kontaktpartner zu *Kennwerten* zusammen (durchschnittliche Ausprägung der Abstufungen von 1 = nie bis 5 = sehr häufig über alle Kontaktpartner) und nimmt man die gleiche Operation für das Ausmaß der Zufriedenheit der Befragten mit den Sozialkontakten über alle Kontaktpartner vor, so ergibt sich das folgende Bild. Die Ausprägungen 4 = eher häufig und 5 = sehr häufig werden bei den Kontakthäufigkeiten am meisten gewählt. Bei den Zufriedenheitskennwerten überwiegen die Scores, die für einen recht hohen Grad an Zufriedenheit mit den Sozialkontakten sprechen. Die meisten der Befragten sind demnach in befriedigender Weise in ihr soziales Umfeld integriert. Das gilt sowohl für die Kontakte innerhalb wie außerhalb der Familie. Damit stehen die Ergebnisse im Einklang mit Trends in der Fachliteratur zu sozialen Beziehungen im Alter (s. Kap. 3.5).

Beschwerden und Erkrankungen in den letzten fünf Jahren

In der Befragung der alten Menschen wurde zwischen Beschwerden und Erkrankungen körperlicher wie psychischer Art unterschieden. Keine *körperlichen Beschwerden* zu haben, geben 10,4 % der Befragten an. 52,1 % haben leichte und 37,5 % starke Beschwerden (S. Tabelle 28). Die ältere und häuslich betreute Rheiner Gruppe ist stärker von Beschwerden belastet als die Münstersche Seniorenstudentengruppe. Ähnliches gilt für die *körperlichen Erkrankungen*. Insgesamt geben 29,2 % der Befragten an, unter keiner körperlichen Erkrankung zu leiden, 33,3 % leiden unter leichten und 37,5 % unter starken körperlichen Erkrankungen (Die genannten Krankheiten sollen hier nicht im einzelnen aufgeführt werden).

Bezüglich der *psychischen Beschwerden* gibt über die Hälfte der Befragten an, keine psychischen Beschwerden zu haben, 16,7 % leiden unter leichten und 27,1 % unter starken psychischen Beschwerden, was weitgehend den epidemiologischen Befunden zur psychischen Morbidität im Alter entspricht (Häfner, 1986; Helmchen & Kanowski, 2001). Unter diesen Beschwerden finden sich insbesondere depressive Verstimmungen, kognitive Einbußen, Trauerreaktionen, Reaktionen auf belastende familiäre Ereignisse, Schlafstörungen und Einsamkeitsgefühle. Die Stichprobe aus Münster ist im Durchschnitt psychisch stärker belastet als die Stichprobe aus Rheine. Eine triftige Erklärung bietet sich dafür nicht an. *Psychische Erkrankungen*, die fachärztlich behandelt werden müssen, sind dagegen viel geringer ausgeprägt. 89,6 % nennen keine psychische Erkrankung, eine Person eine leichte und vier Personen (8,3 %) leiden unter einer starken psychischen Erkrankung. Genannt werden Depressionen und eine leichte Demenz. Ob sich das Ausmaß psychischer Morbidität auf suizidale Tendenzen bei den Befragten auswirkt, wird in einem späteren Kapitel noch angesprochen.

Tabelle 29: Selbst eingeschätzte körperliche und psychische Beschwerden und Erkrankungen in den letzten fünf Jahren

Beschwerden und Erkrankungen in den letzten fünf Jahren						
	<i>Rheine</i>		<i>Münster</i>		<i>Gesamt</i>	
	N	%	N	%	N	%
<i>Körperliche Beschwerden</i>						
keine	2	6,3	3	18,8	5	10,4
leichte	17	53,1	8	50,0	25	52,1
starke	13	40,6	5	31,2	18	37,5
<i>Psychische Beschwerden</i>						
keine	20	62,5	7	43,7	27	56,2
leichte	5	15,6	3	18,8	8	16,7
starke	7	21,9	6	37,5	13	27,1
<i>Körperliche Erkrankungen</i>						
keine	8	25,0	6	37,4	14	29,2
leichte	11	34,4	5	31,3	16	33,3
starke	13	40,6	5	31,3	18	37,5
<i>Psychische Erkrankungen</i>						
keine	28	87,5	15	93,7	43	89,6
leichte	1	3,1	-	-	1	2,1
starke	3	9,4	1	6,3	4	8,3

Verlusterfahrungen in den letzten fünf Jahren

Personenverluste in den letzten fünf Jahren geben 30 Befragte (68,2 %) an, 14 Befragte (31,8 %) haben solche Personenverluste nicht zu beklagen. Bei 11 Befragten ist der Partner/die Partnerin verstorben; bei zwei Befragten sind es Kinder oder Enkelkinder. Sechs Befragte haben den Tod von Eltern zu beklagen, 17 den Tod von Geschwistern oder anderen Verwandten sowie 15 Befragte den Tod von Freunden oder guten Bekannten. *Materielle Verluste und Einbußen* erlitten über ein Viertel der Befragten, darunter vor allem durch Umstellung auf Rentenzahlungen und durch besondere finanzielle Belastungen wie Scheidung, Hausbau, Umzug u. ä. *Sonstige Verluste und Einschränkungen*

geben 18 Befragte (37,5 %) an. Genannt werden der Tod von Haustieren, Verlust der gewohnten Umgebung durch Umzug sowie Wegzug von nahen Angehörigen und weitere körperliche Einschränkungen.

Suizidalität in Lebenskrisen

Gefragt wird im Verlauf der Gespräche mit den alten Menschen auch nach Formen von Suizidalität in Lebenskrisen, die entweder bereits durchlebt wurden und/oder für die Zukunft antizipiert werden. Diese Frage gewinnt im Gesamtkontext des Forschungsberichts eine Schlüsselposition, ebenso wie die Frage nach den Personen oder Institutionen, die in den durchlebten bzw. antizipierten Lebenskrisen mit suizidalen Tendenzen um Hilfe angesprochen wurden bzw. angesprochen werden (Tabelle 30).

Tabelle 30: Formen von Suizidalität in der Befragtengruppe

Suizidalität der Befragten in Lebenskrisen						
	Rheine		Münster		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
<i>Selbsttötungsgedanken</i>						
Nein	22	68,7	7	43,8	29	60,4
Ja, einmal	7	21,9	9	56,2	16	33,3
Ja, mehrmals	3	9,4	-	-	3	6,3
<i>Selbsttötungsversuche</i>						
Nein	24	92,4	15	93,7	39	92,8
Ja, einmal	1	3,8	1	6,3	2	4,8
Ja, mehrmals	1	3,8	-	-	1	2,4
<i>Antizipierte Selbsttötungshandlung¹</i>						
Nein, niemals	26	86,7	9	56,2	35	76,1
Ja, kann ich mir vorstellen	4	13,3	7	43,8	11	23,9
<i>Gesamtscore für Suizidalität²</i>						
Kein Hinweis auf Suizidalität	22	68,7	3	18,8	25	52,1
Hinweis auf Suizidalität	10	31,3	13	81,2	23	47,9

^{1) 2)} Die Unterschiede in der Häufigkeit der antizipierten Suizidhandlungen und im Gesamtscore für Suizidalität sind zwischen den Stichproben Rheine und Münster auf dem 5%- bzw. 1% Niveau statistisch gesichert.

Selbsttötungsgedanken hegten in ihrem Leben insgesamt einmal 33,3 % (N = 16) und mehrmals 6,3 % (N = 3) der Befragten, mit leichtem prozentualen Übergewicht in der Münsterschen Stichprobe. Die Anlässe und Motive für diese Suizidgedanken waren überwiegend berufliche Probleme, einschließlich der Ruhestandsproblematik (19,5 % der Nennungen), Wertlosigkeits- und Ausweglosigkeitsgefühle (14,6 % der Nennungen), Liebeskummer mit 12,2 %, Eheprobleme mit 12,2 %, innerfamiliäre Konflikte mit 9,8 %, gesundheitliche Probleme mit 9,8 % der Nennungen sowie weitere Einzelanlässe und Motive.

Einen *Selbsttötungsversuch* haben nur wenige Befragte in ihrem Leben ausgeführt. Zwei Befragte sprachen von einem Suizidversuch und eine Befragte von mehreren Suizidversuchen. 92,9 % der Gesamtstichprobe weisen keinen Suizidversuch in ihren Biographien auf. Umstände und Motive für frühere Suizidversuche waren Tod des Partners, Angst vor gesellschaftlicher Stigmatisierung, eine Fehlgeburt und das Bedürfnis nach Ruhe (Bedürfnis, „sich aus dem Verkehr zu ziehen“).

Gefragt wurde auch nach Situationen und Anlässen, unter denen in Zukunft eine Suizidhandlung in Erwägung gezogen werden könnte (*antizipierte Suizidhandlung*). Für die überwiegende Mehrheit (76,1 %) der älteren Befragten kommt eine solche Handlung als Ausweg aus schwer erträglichen Lebenslagen nicht in Frage. Nur *knapp ein Viertel* (23,9 %) kann sich vorstellen, in bestimmten Lebenssituationen sein Leben selbst zu beenden. Diese Neigung ist in der Stichprobe aus Münster stärker ausgeprägt als in der aus Rheine. Es ist zu vermuten, dass die Teilnehmer, die über das Studium im Alter gewonnen wurden, offener das Suizidthema ansprechen können.

Die Umstände, unter denen von Befragten eine Selbsttötung in Erwägung gezogen wird, sind folgende: Schwere Krankheit mit aussichtsloser Prognose und starken Schmerzzuständen (5 Nennungen), totale Abhängigkeit und Hilflosigkeit (4 Nennungen), Todesfälle in der Familie, z.B. Partnerverlust (2 Nennungen), zunehmende Demenz und finanzielle Schwierigkeiten (je 1 Nennung). Als möglicher Weg, eine künftige suizidale Krise zu überwinden, werden Gespräche mit Vertrauenspersonen gesehen, ferner Mittel zur Schmerzkontrolle, Formen der Sterbehilfe sowie das Vertrauen in Gottes Hilfe auf der einen und in die Selbsthilfekräfte auf der anderen Seite.

Aggregiert man die drei Indikatoren für Suizidalität (frühere Suizidgedanken, frühere Suizidversuche, antizipierte Suizidhandlungen) zu einem *Gesamtscore für Suizidalität* (für suizidale Neigungen), so ergibt sich folgende Verteilung über die Stichproben. Bei 52,1 % der Befragten

(N = 25) lässt sich kein Hinweis auf Suizidalität nachweisen. Bei 23 Befragten (47,9 %) ergeben sich nach dem obigen Kriterium Hinweise auf Suizidalität und zwar bei den Befragten aus Münster signifikant stärker als bei denen aus Rheine.

Hilfepartner in früheren und antizipierten suizidalen Krisen

An wen richteten sich die Befragten mit suizidalen Tendenzen in früheren Lebenskrisen mit ihren Problemen? An wen werden sie sich um Hilfe wenden, wenn es um zukünftige unerträgliche Lebenslagen geht? (S. Tabellen 31 und 32)

Tabelle 31: Hilfepartner in früheren suizidalen Krisen

Hilfepartner in früheren suizidalen Krisen				
	Nein		Ja	
	N	%	N	%
<i>Partner</i>	19	82,6	4	17,4
<i>Kinder</i>	20	87,0	3	13,0
<i>Verwandte</i>	21	91,3	2	8,7
<i>Arzt</i>	19	82,6	4	17,4
<i>Psychotherapeut</i>	22	95,7	1	4,3
<i>Pfarrer</i>	17	73,9	6	26,1
<i>Krankenhaus/ psychiatrisches Krankenhaus</i>	22	95,7	1	4,3
<i>Telefonseelsorge</i>	23	100	0	0
<i>andere Krisendienste</i>	22	95,7	1	4,3
<i>anderen Personen/ Einrichtungen</i>	11	47,8	12	52,2

Ein wichtiges Ergebnis, welches nach allen Belegquellen des Forschungsberichts in die erwartete Richtung weist, ist innerhalb des Spektrums an Hilfsmöglichkeiten die ganz *geringe Frequentierung von professionellen Krisendiensten durch die älteren Befragten*, die sich in einer suizidalen Krise befanden oder eine solche für sich in Zukunft nicht ausschließen. Im Falle früherer suizidaler Krisen im Leben werden die Telefonseelsorge keinmal und andere ambulante Krisendienste nur einmal genannt. Nun kann zu Recht eingewendet werden, dass dieses Ergebnis nicht erstaunt, weil in früheren Jahren entweder diese ambulanten Krisenhilfen nicht zur Verfügung standen oder nur einen geringen

Bekanntheitsgrad besaßen. Das müsste sich jedoch, so ist anzunehmen, bis heute und für die Zukunft ändern. Dem ist allerdings nicht so. Auch im Hinblick auf antizipierte suizidale Krisen wird die Telefonseelsorge als Hilfspartner nur zweimal genannt, andere Krisendienste tauchen erst gar nicht auf.

Tabelle 32: Hilfspartner in antizipierten suizidalen Krisen

Hilfspartner in antizipierten suizidalen Krisen				
	Nein		Ja	
	N	%	N	%
<i>Partner</i>	19	82,6	4	17,4
<i>Kinder</i>	14	60,9	9	39,1
<i>Verwandte</i>	19	82,6	4	17,4
<i>Arzt</i>	18	75,3	5	21,7
<i>Psychotherapeut</i>	23	100	0	0
<i>Pfarrer</i>	18	78,3	5	21,7
<i>Krankenhaus/ psychiatrisches Krankenhaus</i>	22	95,7	1	4,3
<i>Telefonseelsorge</i>	21	91,3	2	8,7
<i>andere Krisendienste</i>	23	100	0	0
<i>andere Personen/ Einrichtungen</i>	12	52,2	11	47,8

Die Gründe für die geringe Frequentierung ambulanter Krisenhilfe in der *Vergangenheit* können auf die heutige Situation nicht kritiklos übertragen werden, denn erstens stehen ambulante Krisendienste heute in größerer Zahl zur Verfügung und zweitens sind sie in der Öffentlichkeit nicht mehr so unbekannt.

Es bestätigt sich erneut die *veränderungsbedürftige Tatsache*, dass nicht nur von Seiten der ambulanten Krisendienste zu wenig getan wird, um alte Menschen in der Krise durch angemessene Hilfsangebote zu erreichen (S. Teil I, Kapitel 5), sondern dass auch bei den Adressaten, den suizidgefährdeten alten Menschen selbst, wenig Neigung und Anlass besteht, die Hilfsangebote ambulanter Krisendienste im Bedarfsfall in Anspruch zu nehmen.

Am häufigsten wurde von 12 der insgesamt 23 Befragten, die Anzeichen von Suizidalität zeigen, in *früheren* suizidalen Krisen ein breites

Spektrum von Personen und Einrichtungen um Hilfe angesprochen, die dem vertrauten sozialen Umfeld zuzurechnen sind. Dazu gehören gute Freunde, Pflegedienstmitarbeiter, Nachbarn sowie im Einzelfall andere nahestehende Vertrauenspersonen. Ferner spielen der Pfarrer, der Partner/die Partnerin, der Arzt und die Kinder als Hilfspartner in früheren suizidalen Belastungssituationen noch eine gewisse Rolle.

Als Hilfspartner in *künftigen* Krisensituationen, die mit suizidalen Tendenzen einhergehen, werden von den Befragten mit Anzeichen von Suizidalität bevorzugt mit 47,8 % eine Reihe von nichtfamilialen Personen und Institutionen genannt, z. B. gute Freunde, Pflegedienstmitarbeiter, Verwandte, die Exit-Bewegung und Hospizdienste. Zwei Befragte vertrauen auf ihre Selbsthilfe. An zweiter Stelle folgen als potentielle Hilfspartner die Kinder (39,1 % Bejahung), weiterhin der Pfarrer, der Arzt, Partner und Verwandte.

Die ambulanten Krisendienste spielen – das ist ein Fazit aus den Ergebnissen der Befragung alter Menschen – im Spektrum der tatsächlichen oder potentiellen Krisenhilfspartner für die Befragten mit früheren und/oder antizipierten suizidalen Neigungen eine weitgehend untergeordnete Rolle.

Zukunftsbefürchtungen und Zukunftswünsche

Gegen Ende der Befragung der Teilnehmer aus Rheine und Münster wurden auch Zukunftsbefürchtungen und Zukunftswünsche angesprochen. Beide Fragestellungen, insbesondere aber die auf die Befürchtungen gerichtete, können einen Zusammenhang mit suizidalen Gedanken und Erwägungen aufweisen.

An erster Stelle der *Zukunftsbefürchtungen* stehen mit 30,5 % aller Nennungen Krankheiten, insbesondere mit chronischen Schmerzen, und das Pflegefallrisiko. Es folgen mit 22,0 % Befürchtungen, die Selbstständigkeit zu verlieren, abhängig zu werden und hilflos anderen ausgeliefert zu sein. Befürchtet werden mit 11,9 % der Nennungen auch Einsamkeit und einzelne Ereignisse wie Partnerverlust, geistiger Abbau, Sterben unter unwürdigen Bedingungen, finanzielle Einbußen u. a.

Zu den *Zukunftswünschen* zählen mit 29,7 % aller Nennungen an der Spitze die Gesundheit, gefolgt vom Wunsch nach einem langen, ausgefüllten Leben, nach einem friedlichen Zusammenleben mit dem Partner und der Familie, nach sozialen Kontakten, nach Selbstständigkeit und Zufriedenheit. Außerdem werden verschiedene Einzelwünsche genannt, die von einem Sterben in Würde bis zum Weiterpflegen von Hobbys rei-

chen. Eine Befragte spricht vom Wunsch nach der „kleinen Lebenserfüllung“.

Merkmalsprofile von Befragten mit oder ohne Suizidtendenzen in antizipierten Lebenskrisen

Von besonderem Interesse ist die Frage, ob sich Befragte, die sich eine Suizidhandlung als Reaktion auf eine antizipierte schwere Krisensituation *vorstellen* können, in bestimmten biographischen Merkmalen von denjenigen Befragten unterscheiden, für die eine solche Suizidhandlung nicht in Frage kommt. Wie sehen die Merkmalsprofile dieser beiden Unterstichproben aus? Es kann z. B. angenommen werden, dass diejenigen, die sich gesundheitlich stärker belastet fühlen, eine Suizidhandlung als „Ausweg“ aus einer künftigen Belastungssituation eher in Erwägung ziehen als die Personen, die ihre Gesundheit besser einschätzen.

Im folgenden Kapitel werden die beiden oben genannten Befragtenstichproben in bestimmten, für die Fragestellung relevant erscheinenden Merkmalsbereichen miteinander verglichen und die Unterschiede mit statistischen Prüfverfahren (Chi-Quadrat, t-Test) auf ihre Signifikanz geprüft:

- Geschlecht und Alter
- Soziale Kontakte und Kontaktzufriedenheit
- Religionszugehörigkeit und Religiosität
- Verlusterfahrungen
- Körperliche und psychische Krankheitsbelastung
- Frühere Suizidgedanken und/oder Suizidversuche

Insgesamt können sich 11 Befragte (22.9 %) vorstellen, in bestimmten antizipierten Ausnahmesituationen ihr Leben selbst zu beenden, für 35 Befragte (72.9 %) gibt es diese Vorstellung nicht. Von zwei Personen (4.2 %) liegen zu dieser Fragestellung keine Daten vor.

In der Tendenz neigen mehr *weibliche* als männliche Befragte sowie mehr *jüngere* als ältere dazu, sich in bestimmten Krisensituationen der Zukunft eine Selbsttötung vorstellen zu können (S. Tabelle 33). Die jüngeren Befragten rekrutieren sich jedoch stärker aus der Münsterschen Stichprobe der Seniorenstudenten, bei denen auch eine höhere Suizidakzeptanz in künftigen Krisensituationen zu beobachten ist. Das heißt, Alter und Stichprobenzugehörigkeit (Münster, Rheine) konfundieren im Hinblick auf die Suizidvorstellungen in künftigen Krisenlagen.

Tabelle 33: Merkmalsprofile der Stichproben mit oder ohne antizipierte Suizidendenzen (Gruppenvergleich)

Suizidendenzen in antizipierten Lebenskrisen (Vorstellung künftiger Suizidhandlungen)					
Merkmale	Bejahend (N = 11)		Verneinend (N = 35)		Signifikanzniveau
	N	%	N	%	
<i>Geschlecht</i>					
weiblich	9	29,0	22	71,0	ts
männlich	2	13,3	13	86,7	
<i>Alter</i>					
Mittelwerte	M= 64,36	SD= 9,17	M= 72,70	SD= 9,05	ss
<i>Soziale Kontakte</i>	M	SD	M	SD	
– Mittelwerte aller Kontakthäufigkeiten	4,04	0,74	3,94	0,62	ns
– Durchschnittlicher Zufriedenheitsscore mit allen Kontakten	3,07	0,40	3,11	0,58	ns
– Mittelwerte aller familialen Kontakthäufigkeiten	3,62	0,95	4,02	0,79	ts
– Durchschnittlicher Zufriedenheitsscore mit familialen Kontakten	2,75	0,59	3,00	0,81	ts
– Mittelwerte aller nichtfamilialen Kontakthäufigkeiten	4,20	0,67	3,98	0,62	ts
– Durchschnittlicher Zufriedenheitsscore mit nichtfamilialen Kontakten	3,35	0,41	3,26	0,50	ns
<i>Religionsgemeinschaft</i>	N	%	N	%	
nicht zugehörig	3	60,0	2	40,0	ts
zugehörig	8	19,5	33	80,5	
<i>Religiösität</i>	M	SD	M	SD	
	3,00	1,00	2,86	0,69	ns

Fortsetzung Tabelle 33

Merkmale	bejahend		verneinend		Signifikanzniveau
	N	%	N	%	
<i>Verlusterfahrungen in den letzten fünf Jahren</i>					
<i>Sonstige Verluste</i>					
Nein	3	10,7	25	89,3	ss
Ja	8	44,4	10	55,6	
<i>Verluste insgesamt</i>					
Nein	1	14,3	6	85,7	ts
Ja	10	27,8	26	72,2	
<i>Durchschnittlicher Krankheitscore</i>	M	SD	M	SD	
(körperlich u. psychisch)	8,54	2,29	6,91	1,82	ss
<i>Frühere Suizidgedanken oder -erwägungen</i>	N	%	N	%	
Nein	4	14,3	24	85,7	s
Ja, ein- oder mehrmals	7	38,9	11	61,1	

Überprüfung der Gruppenunterschiede mit Chi-Quadrat-Test oder t-Test (ns= nicht signifikant; ts= Signifikanztendenz (10% Niveau); s= signifikant (5% Niveau); ss= sehr signifikant (1% Niveau)) (M= Mittelwert; SD= Standardabweichung)

Wenn die Mittelwerte der *Häufigkeiten in familialen und außerfamilialen Rollenkontakten* in den beiden Stichproben (mit vs. ohne Suizidvorstellungen) miteinander verglichen werden, so zeigt sich eine Tendenz zu einer durchschnittlich geringeren Kontakthäufigkeit und einem geringeren Zufriedenheitsscore in den *familialen* Rollen (als Eltern, Großeltern) bei den Befragten mit einer höheren Suizidakzeptanz in künftigen Krisensituationen. Auf der anderen Seite liegt die durchschnittliche Kontakthäufigkeit in den *außerfamilialen* Rollen (als Freunde, Bekannte, andere Personen) bei diesen Befragten in der Tendenz höher als in der Gruppe der Befragten ohne Suizidvorstellungen. Daraus ist der Schluss zu ziehen, dass diejenigen Befragten, die sich eine Suizidhandlung vorstellen können, keinesfalls gegenüber denjenigen ohne eine solche Vorstellung sozial isolierter sind, sondern im außerfamilialen Bereich sogar eine stärkere Kontaktbindung aufweisen.

Die Nichtzugehörigkeit zu einer *Religionsgemeinschaft* wirkt sich lediglich in der Tendenz positiv auf die Akzeptanz künftiger Suizidhandlungen aus, weil nur eine Minderheit keiner Religionsgemeinschaft angehört. Die überwiegende Mehrheit der Kirchenmitglieder kann der

Vorstellung eines selbstgewählten Suizids nichts abgewinnen. Bei der selbsteingeschätzten *Religiosität* zeigen sich dagegen wider Erwarten keine signifikanten, auch keine tendenziellen Unterschiede zwischen den Gruppen mit bzw. ohne Suizidvorstellungen.

Unterschiede zwischen beiden Gruppen lassen sich hingegen im Merkmalsbereich *Verlusterfahrungen* nachweisen. Vergleicht man die Befragten mit bzw. ohne Verlusterfahrungen in personeller, materieller und/oder sonstiger Hinsicht, die in den letzten fünf Jahren eingetreten sind, miteinander, so zeigt sich in der Gruppe der Suizidakzeptierenden in der Tendenz im Durchschnitt ein höherer Verlusterfahrungsscore als in der Gruppe derjenigen, die einen Suizid für die Zukunft ausschließen. Zu Buche schlagen dabei vor allem Verlusterfahrungen im *gesundheitlichen* Bereich, die explizit im folgenden Abschnitt aufgegriffen werden.

Berechnet man einen durchschnittlichen *Beschwerden- und Krankheits-score (körperlich und psychisch)*, so unterscheiden sich die Mittelwerte zwischen den beiden Gruppen (mit vs. ohne Suizidvorstellungen) in sehr signifikanter Weise (Überprüfung mit t-Test, 1% Irrtumswahrscheinlichkeit). Die Gruppe mit Suizidvorstellungen liegt mit ihrem Mittelwert von 8,54 (SD = 2,29) bedeutend höher als die Gruppe ohne Suizidvorstellungen mit einem Mittelwert von 6,91 (SD = 1,82). Diese Unterschiede in der Beschwerden- und Krankheitsbelastung bleiben auch erhalten, wenn man nach den körperlichen und psychischen Symptombereichen unterscheidet oder eine noch stärkere Differenzierung nach körperlichen und psychischen Beschwerden auf der einen und Krankheiten auf der anderen Seite vornimmt. *Diejenigen Befragten mit leichten und starken körperlichen und psychischen Beschwerden und/oder Erkrankungen äußern signifikant deutlichere Tendenzen, in künftigen Krisenlagen eine Selbsttötung in Erwägung zu ziehen, als diejenigen, die sich nicht körperlich und/oder psychisch belastet fühlen.*

Die subjektive Einschätzung des *allgemeinen Gesundheitszustandes* korreliert zwar signifikant mit den Einzelindikatoren für die körperliche und psychische Morbidität, nicht dagegen mit der Suizidakzeptanz in künftigen Krisensituationen. Ein Grund dafür könnte die Neigung zur „positiven Erwünschtheit“ der Befragten bei der subjektiven Gesundheitsbeurteilung in beiden Unterstichproben sein, die bei der Erhebung der gesundheitlichen Einzelindikatoren weitgehend ausgeschaltet wird, jedoch die Unterschiede im subjektiven Gesundheitsurteil unter das Signifikanzniveau drückt. Eine signifikante Korrelation zwischen der subjektiven Gesundheitseinschätzung und dem Lebensalter der Befragten läßt sich ebenfalls nicht nachweisen.

Eine interessante Fragestellung richtet sich auf den Zusammenhang zwischen *früherer Suizidalität und der Suizidakzeptanz in künftigen Lebenskrisen*. Die Befunde zeigen, dass diejenigen Befragten, die in ihrem Leben einmal oder mehrmals Suizidtendenzen hegten, stärker die Neigung verspüren, auch für die Zukunft in Krisen eine Suizidhandlung nicht auszuschließen, als diejenigen, die von keiner suizidalen Gefährdung in ihrem Leben berichten (Überprüfung mit Chi-Quadrat-Test; Signifikanz auf dem 5 % Niveau gesichert). Alle drei Befragten, die bereits einen oder mehrere Suizidversuche in ihrem Leben ausgeführt haben, gehören zu den Personen, die sich eine Suizidhandlung in künftigen Krisensituationen vorstellen können. Von den 37 Befragten ohne Suizidversuch in ihrer Biographie sind es immerhin acht Personen (21,6 %), die sich eine solche Suizidhandlung in der Zukunft vorstellen können.

Zwischenfazit

Fasst man die Ergebnisse des Befragungsdurchgangs bei den alten Menschen noch einmal in den zentralen Punkten zusammen, so ist erstens der nicht geringe Prozentsatz derjenigen Befragten zu nennen, die einmal oder mehrmals in ihrem Leben ernsthafte Suizidgedanken hegten (39,6 %) und die sich für die Zukunft in schweren Belastungssituationen eine Selbsttötung vorstellen können (23,9 %). Von Selbsttötungsversuchen berichten insgesamt 7,1 % der Befragten.

Unter den früheren bzw. potentiellen Hilfe- und Ansprechpartnern in suizidalen Krisen spielen vor allem Personen des informellen Netzwerkes (Freunde, Vertraute) und Angehörige der Kernfamilie eine bevorzugte Rolle, gefolgt von der Person des Pfarrers und des Arztes. *Ambulante Krisendienste, einschließlich der Telefonseelsorge, tauchen in dem Hilfenetz der Befragten, die bereits mit Suizidalität in ihrem Leben zu tun hatten und/oder auch in Zukunft davor nicht gefeit sind, als Ansprechpartner so gut wie nicht auf.*

Dieser Befund stimmt mit den Ergebnissen der Literaturanalyse und der Befragung der ambulanten Krisendienste gut überein.

Ein Vergleich der Befragten mit Suizidvorstellungen für die Zukunft mit denen, die solche Vorstellungen nicht äußern, zeigt, dass insbesondere selbsteingeschätzte somatische und psychische *Gesundheitsindikatoren* einen signifikanten Einfluss auf das Ausmaß dieser Suizidvorstellungen ausüben, ferner die Suizidanfälligkeit in früheren Jahren, darunter vor allem Suiziderwägungen, und das Ausmaß von Verlusterfahrungen während der letzten fünf Jahre, die schwerpunktmäßig von gesundheit-

lichen Problemen geprägt sind. Für die Suizidprävention im Alter, die im nächsten Teil III des Forschungsberichtes behandelt wird, lässt sich hier bereits mit Vorsicht der Schluss ziehen, dass eine gute und gezielte Gesundheitsvorsorge sowie Krankheitsdiagnostik und Krankheitsbehandlung im Alter ihre suizidpräventive Wirkung nicht verfehlen wird. Ferner ist belegt worden, dass frühere suizidale Neigungen eines Menschen ihre biographischen Einkerbungen hinterlassen haben und ihn möglicherweise für Suizid Tendenzen in künftigen krisenhaften Lebenslagen anfälliger machen. Unangemessen und stigmatisierend ist es allerdings, bei diesen Tendenzen bereits von „chronischer Suizidität“ zu sprechen (Wolfersdorf, 2000, S. 32f).

Teil III Perspektiven der Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter

12 Einleitung

Die Ergebnisse der Literaturanalyse zur Alterssuizidalität und angrenzender Gebiete über einen Berichtszeitraum von nahezu zehn Jahren in Teil I sowie die in Teil II referierten Befragungsergebnisse, die bei ambulanten Krisendiensten, Experten der (Alters)Suizidologie und alten Menschen, die nicht im Heim lebten, gewonnen wurden, sollen nun im Teil III des Forschungsberichts zusammengeführt werden, um daraus praxisnahe und finanziell vertretbare Vorschläge für die *Verbesserung* der Suizidprävention und Krisenhilfe bei alten Menschen in Deutschland abzuleiten.

Dabei ist zu bedenken, dass Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter nicht isoliert von der allgemeinen Geroprohylaxe, der Psychohygiene und der Gesundheitsversorgung alter Menschen in Deutschland konzipiert und implementiert werden kann. Ferner soll vorausgeschickt werden, dass es dem Verfasser wenig sinnvoll erscheint, den schon vorhandenen Versorgungs-, Hilfs- und Beratungsstrukturen sowie den psychosozialen und medizinischen Angeboten der Krisenhilfe noch eine weitere „Sondereinrichtung“, speziell für suizidgefährdete alte Menschen in der Krise, an die Seite zu stellen. Dieses Ansinnen entspräche erstens nicht der Forderung nach *Transparenz und Zugangserleichterung* für alte Menschen in der Nutzung psychosozialer Dienste in der Kommune und zweitens würde es den im heutigen Gesundheits- und Sozialwesen von den kommunalen Diensten wie den Non-Profit-Organisationen geforderten Kriterien des Qualitätsmanagements, der Effektivierung und Wirtschaftlichkeit zuwiderlaufen (Stichwort: Neues Steuerungsmodell: z. B. Blaumeiser, 2000; Klie & Lörcher, 1995; Kühn, 1999; Schmidt et al., 1999)

Vielmehr ist darauf hinzuwirken, dass medizinische Primärversorgung, vor allem durch niedergelassene Ärzte, ambulante und stationäre psychiatrische Leistungsanbieter, psychosoziale Beratungs- und Krisendienste und insbesondere Dienste und Einrichtungen des Altenhilfesystems in einer Kommune bzw. Region zusammenarbeiten und sich ergänzen im Bemühen, alte Menschen in desolaten Lebenslagen (u. U. mit krisenhaften, suizidalen Tendenzen) besser als bisher zu erreichen und ihnen möglichst niederschwellige Hilfen angedeihen zu lassen. Um solch ein Projekt zu realisieren, sollte eine *kommunale/regionale Ar-*

beitsgruppe „Krisenhilfe im Alter“ mit dem Auftrag installiert werden, um erstens die Problematik der Suizidalität und Suizidgefährdung alter Menschen „vor Ort“ in der Öffentlichkeit und in Fachkreisen mit geeigneten Mitteln publik zu machen und zweitens die Koordination und Zusammenarbeit der Personen, Stellen, Dienste und Einrichtungen zu organisieren und zu institutionalisieren, die mit der Alterssuizidalität auf ihre Weise und aus ihren spezifischen Handlungsfeldern in Berührung kommen. Die Arbeitsgruppe sollte ferner nach Wegen suchen, der Zielgruppe alter Menschen, die sich in existentiellen Krisensituationen befinden, ein abgestimmtes Hilfsangebot nach Art eines *überschaubaren Verbundsystems* zu machen. Als Vorbild dazu kann die im Rahmen des finnischen nationalen Suizidpräventionsprogramms entwickelte „cooperative process model and networking“-Konzeption dienen (S. Teil I, Kapitel 5.2).

Im folgenden sollen zunächst allgemeine *Leitlinien* der Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter expliziert werden, die danach ihre Umsetzung auf den verschiedenen Handlungs- und Interventionsebenen finden müssen. Diese Handlungsebenen umgreifen ein breites Spektrum von Maßnahmen, angefangen bei den übergeordneten *gesundheits-, sozial- und altenpolitischen Maßnahmen*, die in diesem Forschungsbericht lediglich angerissen, keinesfalls jedoch umfassend behandelt werden können. Sie leiten dann über zur der auf *Kommunikation* (Information, Instruktion und Edukation) ausgerichteten Interventionsebene, die zweifelsohne zum Gegenstand einer verbesserten Suizidprävention bei alten Menschen gemacht werden muss. Die dritte Interventionsebene, die ebenfalls Verbesserungsmaßnahmen und Handlungskonzepte geradezu provoziert, ist die *strukturell-institutionelle Interventionsebene*, auf der es insbesondere zu neuen Koordinations- und Kooperationsformen in der Krisenhilfe und Suizidprävention bei alten Menschen kommen muss. Bei näherem Hinsehen drängt sich vor allem eine *qualifizierte Zusammenarbeit* von professionellen und freiwilligen sozialen Helfern in kleinräumigen Dimensionen auf, die insbesondere das Problem der Erreichbarkeit und Mitarbeitsmotivierung alter Menschen in der Krise anfassend müssen.

Auf den beiden letztgenannten Handlungsebenen, der kommunikativen und der strukturellen, ist neben gezielten praktischen Maßnahmen *Forschungsbedarf* angesagt, der sich einerseits auf basale Fragen der Alterssuizidalität bezieht und andererseits als Begleitforschung i. S. der Projektevaluierung zu konkretisieren ist (S. Teil II, Expertenbefragung)

Ferner darf bei aller Fokussierung auf Fragen der Alterssuizidalität nicht übersehen werden, dass dieses Thema heute im größeren Kontext

ethischer Fragestellungen am Ende des Lebens zu diskutieren ist und die Suizidprävention und Krisenhilfe bei suizidalen Menschen immer zu bedenken hat, dass Suizidalität oft aus einer extremen „*Verengung*“ von Handlungsoptionen, Sichtweisen und Perspektiven zu verstehen ist, die subjektiv keinen Ausweg als den einer Suizidhandlung offen lässt. Dass aber noch Lebensalternativen bestehen, entzieht sich, befindet sich ein Mensch bereits in dieser verzweifelten Lage, oft seinem eingeschränkten Wahrnehmungshorizont.

Überspitzt formuliert: Was kann ein zum Suizid neigender alter Mensch noch erhoffen, wenn ihm die Wege in eine lebenswerte Zukunft versperrt erscheinen? Dass es Hoffungsangebote und Lebensalternativen gibt, die einen Menschen vielleicht *im Leben* halten können, zeigen uns die Mittel der Palliativmedizin, die stationären und ambulanten Hospizdienste sowie andere person- und sozialbezogene Formen der Hilfe *beim Sterben*, nicht aber zum Sterben. Suizidprävention dient in diesem ethischen Kontext nicht nur der Vorbeugung suizidaler Krisen und Handlungen, sondern steht in Allianz mit der *Lebenshilfe* für Menschen, die aus eigener Kraft ihrem Leben kaum noch positive und hoffnungstiftende Seiten abgewinnen können. Suizidale Menschen erkennen diese Möglichkeiten oft nicht mehr (s. Kap. 6.2)

13 Leitlinien

Die Befragungsergebnisse belegen, dass die Belange alter Menschen in der Krise, die mit suizidaler Gefährdung einhergehen kann, in den konzeptionellen Überlegungen, methodischen Ansätzen und in der professionellen Praxis ambulanter Krisendienste bisher eine untergeordnete Rolle spielen.

Einerseits nehmen alte Menschen *auf der Nutzerseite* Hilfen dieser Einrichtungen wenig in Anspruch, andererseits wird *auf der Anbieterseite*, von den ambulanten Krisendiensten also, bisher zu wenig getan, alte Menschen in Krisensituationen anzusprechen und zu erreichen, eben weil wegen der geringen Nachfrage alter Menschen aus der Sicht der Krisendienste dazu kein dringender Bedarf besteht. So kommt es zu einem *wechselseitigen Disengagement* mit der Folge, dass die Krisendienste alte Menschen als Zielgruppe aus den Augen verlieren, und alte Menschen die Angebote der professionellen Krisenhilfe nicht wahrnehmen. Das führte in der Vergangenheit dazu, dass Einrichtungen kaum die Notwendigkeit sahen, ihr fachliches Spektrum um gerontologische

14 Interventionsebenen

14.1 Sozialpolitische Interventionsebene

Die sozialpolitische Handlungsebene darf bei der Begründung und Konzipierung von Suizidprävention nicht außer Betracht bleiben. Sie beeinflusst entscheidend die Rahmenbedingungen, unter denen sich eine qualitativ gute und wirksame Suizidprävention und Krisenintervention vor Ort entfalten kann. Gewachsene, oft auch fragmentierte, unflexible und für den älteren Bürger schwer durchschaubare kommunale Versorgungsstrukturen auf der einen und Modernisierungstrends in der kommunalen Altensozialpolitik auf der anderen Seite markieren das Spannungsverhältnis, zwischen dem sich Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter einzurichten und zu behaupten hat.

Stichwortartig sollen die konstituierenden Merkmale heutiger *kommunaler sozialer Altenhilfepolitik*, sofern sie für den Forschungsbericht und seine Schlussfolgerungen relevant sind, angerissen werden. Zugrunde gelegt werden u. a. Publikationen von Bäcker, Heinze und Naegele (1995), Blaumeiser (2000), Kühn (1999), Naegele (1999) und Schmidt et al. (1999). Entscheidende Neuorientierungsimpulse kamen dabei von der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahre 1995/1996 (Klie, 1999). Zu den zentralen Veränderungsmerkmalen gehören:

- Die Auswirkungen des demographischen und sozialen Wandels (Bäcker, Heinze & Naegele, 1995, S. 9-55; Tews, 1999).
- Nach Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes Konfrontierung der sozialen Dienste mit Markt- und Wettbewerbsstrukturen sowie neuen Steuerungsmechanismen (Schmidt & Winkler, 1998).
- Die Einführung des Neuen Steuerungsmodells mit seinen Ansprüchen an eine bedarfsgerechte und effektive Wohlfahrtsorganisation, eine rationale Wirtschaftsführung und ein modernes Qualitätsmanagement auch im sozialen Dienstleistungssektor (Kühn, 1999; Merchel, 2001; Naegele, 1999).
- Der „Wohlfahrtsmix“ als Regelform heutiger Wohlfahrtsproduktion, besonders auf kommunaler Ebene (Blaumeiser, 2000; Evers & Klie, 1999).
- Förderung von Partizipation, von Verantwortungsübernahme und -verteilung in einer kommunalen Bürgergesellschaft (Blaumeiser, 1999; Evers & Klie, 1999).
- Neue Bedarfslagen und Zielgruppen der Altenhilfepolitik (z.B. Alleinlebende im Alter, Hochbetagte, altgewordene Migranten, altgewordene Behinderte sowie vorzeitig aus dem Arbeitsleben Ausgegliederte (Naegele, 1999).

In dieser veränderten (kommunalen) Dienstleistungslandschaft hat sich auch die Suizidprävention und Krisenhilfe neu zu positionieren. Institutionalisierung und Absicherung suizidpräventiver und interventiver Leistungsangebote in der Kommune sind heute ohne die Beachtung paradigmatischer Struktur- Wandlungsprozesse in den sozialen Diensten nicht mehr möglich. Es ist ein Gebot der Stunde, sich auf diese veränderten Verhältnisse einzustellen und nach neuen Formen koordinierter Präventions- und Krisenarbeit vor dem Hintergrund sozialpolitischer Herausforderungen zu suchen. Dabei ist von unterschiedlichen Lebens- und Bedarfslagen von Bürgern in einer sich rasch wandelnden Gesellschaft auszugehen.

Schulz-Nieswandt (1997, S. 9; S. Teil I, Kapitel 5.3)) vertritt in einem Beitrag zu den anthropologischen und sozialpolitischen Dimensionen des Alterssuizids pointiert den Standpunkt:

„Der Suizid(versuch) ist aus der Lebenslage der Person heraus zu begreifen. Die Suizidprävention wäre somit sozialpolitische Lebenslagengestaltung, indem der Person als Person mehr Optionen (Möglichkeitsräume des Handelns) eröffnet werden“.

Suizidprävention im Alter mit dem Anspruch einer *„sozialpolitischen Lebenslagengestaltung“* (Schulz-Nieswandt) dürfte deshalb weit in die Bereiche der Gesundheits- und Altenhilfepolitik hineinreichen und alle Akteure auf den Plan rufen, die die Lebenslage alter Menschen in unserer Gesellschaft maßgeblich mitgestalten.

Der Kreis dieser Akteure umfasst nicht nur den Gesetzgeber, durch den politisch-rechtliche Rahmenbedingungen für das Gesundheits- und Sozialsystem geschaffen werden (z. B. durch das Pflegeversicherungsgesetz), sondern auch die Entscheidungs- und Handlungsträger dieser Systeme auf Bundes-, Länder- und Kommunalebene, die Vertreter der Wohlfahrtspflege, Träger von Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe, Akteure im medizinisch-pflegerischen Versorgungssektor bis hin zu den Erbringern freiwilliger sozialer Dienstleistungen und den Angehörigen primärer Netzwerke, die an der unmittelbaren, lebensweltnahen Umsetzung sozialpolitischer Rahmenbedingungen und Regelungen beteiligt sind.

Die auf der *Makroebene* vom Bundes- und Landesgesetzgeber hergestellten gesundheits- und sozialpolitischen Voraussetzungen mit ihren jeweiligen Verantwortungs- und Gestaltungsräumen schaffen auf der *Mesoebene* lokaler Politik Versorgungs- und Dienstleistungsstrukturen, die auf der *Mikroebene* über person- und problembezogene Hilfen die

Lebenslage von Bürgern unmittelbar beeinflussen. Auf diese Lebensweltgestaltung sollten die Bürger durch aktive Partizipationschancen selbst Einfluss nehmen können (Bürgergesellschaft). Nach Schulz-Nieswandt (1997, S. 16) hat „Sozialpolitik, ressourcentheoretisch gesprochen, die Voraussetzungen zu schaffen, dass den Personen (den Bürgern in einem Gemeinwesen, d. Verf.) angemessene Handlungsspielräume zur Verfügung stehen“.

Bezogen auf die *sozialpolitische* Dimension der Suizidprävention werden Menschen in Lebenskrisen am stärksten betroffen von den in ihrem kommunalen Lebensumfeld vorhandenen lokalen Dienstleistungs- und Unterstützungsressourcen, die sich auf ihr physisches, psychisches und soziales Wohlergehen auswirken. Gemeint sind vor allem die gesundheitlichen und psychosozialen Dienstleistungsangebote, die Bürgern in Notlagen und Belastungssituationen leicht zugänglich, kostengünstig und effizient zur Verfügung stehen. Die sozialpolitische Seite der Suizidprävention manifestiert sich damit vor allem in der Schaffung von positiven Lebens- und Umweltbedingungen sowie in der Bereitstellung von sozialen Diensten auf lokaler Ebene, die den Bürgern, die mit ihrem Leben ohne Fremdhilfe nicht mehr zurecht kommen, bei Bedarf unkompliziert zur Verfügung stehen.

Von ganz besonderer Bedeutung ist im Falle der Suizidprävention im Blick auf alte Menschen eine *kommunale soziale Altenhilfepolitik*, die als „Querschnittsaufgabe“ alle Politikbereiche eines Gemeinwesens durchdringt (Bäcker, Heinze & Naegele, 1995) und damit durch die Gestaltung von materiellen, ökologischen, gesundheitlichen und sozialen Lebensbedingungen einen erheblichen Beitrag zur Suizidprävention im Alter leistet.

Im folgenden sollen deshalb die sozialpolitischen Implikationen der Suizidprävention im Alter auf *kommunaler Ebene* ausgeleuchtet werden, weil sich in den Kommunen aufgrund ihres verfassungsrechtlichen Auftrags die Wohlfahrt der Bürger am unmittelbarsten realisiert. Den Kommunen obliegt die „Daseinsvorsorge für die Anliegen der örtlichen Gemeinschaft“ und sie haben den Auftrag zur Sicherstellung einer den Belangen der Bürger angemessenen Versorgungsinfrastruktur. *Damit gehört auch die Unterstützung von Krisenhilfeeinrichtungen und Suizidpräventionsprogrammen, insbesondere im ambulanten Bereich, zu den zwar freiwilligen, aber notwendigen Leistungen einer Kommune.* Dabei müssen alle Akteure, die mit psychischem Leid und Suizidalität von Bürgern konfrontiert werden, auf der Basis einer gemeinsam erarbeiteten Konzeption kooperieren.

Suizidpräventionsmaßnahmen können nach Schulz-Nieswandt (1997, S. 47) als „Sozialinvestitionen in die Lebensqualität, als Investitionen in die soziale Ökologie des Menschen“ verstanden werden. Damit sind vor allem alle Anstrengungen gemeint, die den Bürgern eine auf ihre Bedürfnisse ausgerichtete Lebensumwelt verschaffen. Suizidprävention auf kommunal-sozialpolitischer Ebene muss es insbesondere um die Schaffung von sozialen Beteiligungs- und Integrationsmöglichkeiten gehen, ferner um die Erschließung von Unterstützungsressourcen durch Beratung der Bürger in schwierigen Lebenslagen sowie um die Einrichtung eines transparenten und leicht verfügbaren Hilfesystems, wenn Menschen in akute und lebensbedrohliche psychische Ausnahmesituationen geraten. Zu fördern sind außerdem solidarische Formen bürgerschaftlichen Engagements wie z. B. stadtteilbezogene „Krisenstützpunkte“, die ehrenamtlich organisiert werden können, und Selbsthilfeeinitiativen. Erst mit diesen ortsnahen sozialpolitischen Aktivitäten kann der weitgesteckte Anspruch der Suizidprävention, ein „antisuizidales gesellschaftliches Klima“ (Wächtler) zu schaffen, realistisch umgesetzt werden. Ergänzt werden müssen diese Initiativen dabei von kommunikativen und edukativen Strategien, auf die noch einzugehen ist.

In Anlehnung an die sozialpolitischen und -ökologischen Vorstellungen zur Suizidprävention von Schulz-Nieswandt (1997, S. 55) gilt es, eine auf die örtlichen Besonderheiten zugeschnittene Strategie zur „*Ausbildung von Kontakt-, Verbund- und Förderinfrastrukturen*“ unter Einbeziehung von professionellen und ehrenamtlichen Leistungsressourcen sowie von Selbsthilfepotential zu entwickeln. Vorgestellt und des näheren beschrieben wird ein solches kommunales/regionales Kooperationsprojekt im Kapitel über die *strukturelle Interventionsebene*. Es deckt sich in seinen Grundzügen weitgehend mit den Überlegungen von Schulz-Nieswandt (1997, S. 55f) zu einer ortsnahen, gemeinwesenorientierten und lebensweltlich eingebetteten Versorgungsstruktur einschließlich seiner Konzeption von Suizidprävention. Es geht Schulz-Nieswandt wie auch dem Verfasser „insbesondere um Kriseninterventionsdienste im Rahmen eines gemeindeorientierten Versorgungsansatzes“ (S. 56), an dem sich die betroffenen Akteure und Leistungsanbieter medizinischer und psychosozialer Provenienz beteiligen müssen. Gefragt ist die multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Kostenträger und Leistungsanbieter sowie die Entwicklung einer institutionsübergreifenden Kooperationskultur, die auch in den „Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention zur Organisation von Krisenintervention“ (Freytag et al., 1998, S. 226 f) gefordert wird. Dort heißt es:

„Krisendienste stellen ein Segment der psychosozialen und medizinischen Versorgung einer Region dar. Sie sind in besonderem Maße darauf angewiesen, in Kooperation mit anderen Einrichtungen zu stehen (...) Darüber hinaus ist die Zusammenarbeit der Mitarbeitenden der Dienste einer Region für die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur und zur Durchsetzung von gemeinsamen Forderungen wichtig“ (S. 226).

Es folgt der für das im Forschungsbericht konzipierte Kooperationsmodell (s. Kap. 14.3) entscheidende Passus:

„Einbindung in die Gemeinde zielt vor allem auch darauf, die Hilfesuchenden selbst zu erreichen. Nur ein Angebot, das den Menschen in der Region bekannt ist, kann von ihnen im Krisenfall auch in Anspruch genommen werden.“ (S. 226).

Damit wird zur kommunikativen und edukativen Handlungsebene übergeleitet.

14.2 Kommunikativ-edukative Interventionsebene

Die zweite Handlungsebene, die für die Wirksamkeit und Entwicklung von Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter konstitutiv ist, ist die kommunikativ-edukative Handlungsebene. Bereits in seiner Expertise von 1992 zur Suizidalität im Alter betonte der Verfasser diesen wichtige Aspekt suizidpräventiver Strategie, über den sich nicht nur Beratungs- und Therapieprozesse vermitteln, sondern auf der besonders auch Informations-, Aufklärungs- und Edukationsprozesse zu organisieren sind. In seinem Bericht unterschied der Verfasser die *explorativ-diagnostische* von der *edukativen* Ebene. Es ist sinnvoll, diese beiden Kommunikationsebenen um eine dritte, nämlich die *beratend-therapeutische* Ebene zu erweitern.

In einer Gesamtkonzeption von Suizidprävention im ambulant klinischen Bereich, wie sie von Wolfersdorf und Moos (1999) in Grundzügen entwickelt wurde, bildet die *diagnostische* Abklärung suizidaler Gefährdung den ersten Schritt, begleitet vom Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung im Gesprächskontakt, der in der Folge in ein längerfristiges Therapieangebot einmünden kann. Es macht deshalb Sinn, die *kommunikative Handlungsebene* weiterzufassen und nicht nur diagnostische und edukative Aspekte zu berücksichtigen.

Im folgenden wird unter dem *kommunikativen* Aspekt von Suizidprävention und Krisenhilfe zunächst die diagnostisch-therapeutische und daran anschließend die edukative Handlungsebene angesprochen

14.2.1 Diagnostisch-therapeutische Handlungsebene

Nach Wolfersdorf und Welz (1997, S. 424) geht es in der Prävention und Krisenhilfe bei suizidaler Gefährdung zuerst um ein Gesprächs-, Hilfs- und Beziehungsangebot, das vom Krisenhelfer (Berater) kommunikative Fähigkeiten wie Zuhören-, Sich-Zeitnehmen- und Nachfragen-Können erfordert. Ferner muss er Verständnis vermitteln, Gefühle zurückhaltend äußern wie evozieren und Hoffnung geben können. Unter dem Aspekt der *Diagnostik* muss der Krisenhelfer herausfinden, um welche Krise es sich handelt, welche Symptomatik damit einhergeht und welche Ressourcen zur Bearbeitung der Krise zur Verfügung stehen. Ferner dürfen Anzeichen einer psychischen Erkrankung, insbesondere depressive Symptome, nicht übersehen werden. Auch körperliche Beschwerden und Erkrankungen wie Krankheitsängste sind im Auge zu behalten. Ganz besondere Aufmerksamkeit muss die Suizidalität erfahren. Es geht um den Grad der suizidalen Gefährdung, der sich beispielsweise an Suizidideen, Suiziderwägungen und -absichten, früheren Suizidversuchen sowie konkreten Suizidplanungen ablesen lässt (S. Teil I, Kapitel 5.4).

Gesprächsprinzipien bei Erstgesprächen mit diagnostischer wie vertrauensbildender Zielrichtung sind von Wolfersdorf (2000); Wolfersdorf, Wedler und Welz (1992) sowie von Giernalczyk (1997) näher erläutert worden. Am Ende eines solchen explorativen Gesprächs sollten die folgenden Fragen möglichst konkret zu beantworten sein:

- Wie stark ist das Ausmaß der Suizidalität einzuschätzen (Akute Suizidgefahr)?
- Liegt eine psychische Erkrankung vor?
- Handelt es sich um eine Entwicklungs- oder Traumatisierungskrise?
- Gibt es Ansatzpunkte für Hoffnung auf Veränderung? Welche?
- Wie ist das Beziehungs- und Unterstützungspotential im Lebensumfeld des Klienten einzuschätzen? Wie ist das Unterstützungspotential zu nutzen?

Einschätzungen und Prognosen können immer nur mit „möglichst hoher Treffsicherheit vorgenommen werden, ein absolut sicheres diagnostisches Instrumentarium zum Erkennen von Suizidalität, zur Beurteilung

eines aktuellen Suizidrisikos sowie zukünftiger Suizidgefahr gibt es nicht“ (Wolfersdorf, Wedler & Welz, 1992, S. 23). Deshalb kann der Krisenberater/Therapeut auch nie eine Suizidhandlung des Klienten im Prozess der Behandlung/Therapie mit Sicherheit ausschließen.

Über die besonderen Gestaltungsmomente und Einflüsse in der therapeutischen Beziehung zwischen dem in der Regel jüngeren Berater /Therapeuten und dem älteren Klienten ist an früheren Stellen schon Genaueres gesagt worden (Teil I, Kapitel 5.5; Teil II, Kapitel 10.3).

14.2.2 Edukative Handlungsebene

Die informierende, aufklärende und edukative Arbeit wird in der gesamten Forschungsliteratur als eine wichtige Aufgabe der Suizidprävention und Krisenhilfe angesehen. Schon in seiner Expertise von 1992 wurde vom Verfasser auf der *edukativen Ebene* dringender Forschungsbedarf angemeldet.

Zum einen wurde auf Untersuchungen zur Erforschung des *Wissensstandes* und der *Einstellungen* gegenüber dem Suizid, auch mit seinen ethischen Implikationen, in der Allgemeinbevölkerung, bei alten Menschen und bei Berufsvertretern aus dem medizinischen und sozialpflegerischen Bereich hingewiesen. Eben diese Einstellungen können sich auf den Grad der Toleranz gegenüber Suizidhandlungen bestimmter Gruppen, z. B. alter Menschen, verstärkend auswirken und damit präventive Bemühungen *schwächen*.

Zum anderen wurde die Notwendigkeit von *Informationsvermittlung* und *Aufklärung* über die Suizidproblematik, einschließlich der Risikofaktoren im Alter, in der Bevölkerung betont. Für Berufsvertreter und freiwillige soziale Helfer, die mit Suizidalität bei ihren Klienten/Patienten in ihrer medizinisch-therapeutischen oder psychosozialen Beratungspraxis konfrontiert werden, wurden spezifische *Aus- und Fortbildungsprogramme* gefordert, die einerseits das gerontologische/gerontopsychiatrische Grundlagenwissen erweitern und andererseits gezielt auf die Probleme in der Arbeit mit suizidgefährdeten alten Menschen vorbereiten.

Diese damals schon vorgelegten Verbesserungsvorschläge zur Information und Edukation treffen sich genau mit den neueren Ergebnissen der Forschungsliteratur und den Vorschlägen, die von den befragten Krisendiensten wie von den Experten der Suizidologie unterbreitet wurden. Die Krisendienste sehen den Aus- und Fortbildungsbedarf vor al-

lem in gerontologischen/gerontopsychiatrischen Lernfeldern, die Experten halten dagegen die Behandlung der Suizidthematik in den Ausbildungsgängen der Medizin und Pflege für besonders wichtig. Der Verfasser macht selbst die Erfahrung, dass in der Aus- und Weiterbildung von sozialen Fachkräften das Thema Suizidalität und Suizidgefährdung eine untergeordnete Rolle spielt und deshalb ebenfalls stärker zu behandeln ist. Das heißt, auch in den Studiengängen des Sozialwesens müssen Fragen der Suizidalität und der Suizidprävention zum Lehrprogramm gehören. Die Untersuchung der Personal- und Berufsgruppenstruktur im Rahmen der Befragung der ambulanten Krisendienste hat gezeigt, dass gerade Sozialarbeiter/Sozialpädagogen zahlenmäßig die stärkste Berufsgruppe in der ambulanten Krisenhilfe ausmachen.

Aus- und Fortbildungskonzepte sollen sich insbesondere an vier allgemeinen Zielstellungen ausrichten (Erlemeier, 1992, S. 110):

- Es geht um Informationsverbesserung in Fragen der Suizidalität, insbesondere der Alterssuizidalität.
- Es geht um die Einübung praktisch-methodischer Kompetenzen im Umgang mit suizidalen Menschen, einschließlich diagnostischer Gesprächsführung.
- Es geht um die Auseinandersetzung mit der eigenen Suizidalität und um Reflexion ethischer Implikationen der Suizidproblematik.
- Es geht um die Überprüfung der Einstellungen zur Suizidalität als Versuch der Lebens- und Problembewältigung sowie um das Wahrnehmen und Aufzeigen von Wegen aus der Krise (Stichwort der „stellvertretenden Hoffnung“, für die der Berater/Therapeut steht).

Zur Information und Aufklärung über Suizidrisiken und über Hilfs- und Behandlungsmöglichkeiten in suizidalen Krisen können die *Medien* besonders wirksam beitragen. Die Nutzung der Medien muss zu einem wichtigen Element der Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit der Krisenhilfeeinrichtungen in der Kommune/Region werden. Presse und Fernsehen sind nach den Erfahrungen des Verfassers durchaus an der Thematik interessiert und auch willens, darüber ohne Sensationshasecherei sachlich und informativ zu berichten. Die Gefahr der „Suizid ansteckung“ (suicide contagion) ist dann nicht gegeben, wenn bestimmte Richtlinien beachtet werden (Jamison, 1999, S. 280f). Sie müssen nur angesprochen werden. Aber auch die ambulanten Krisendienste können durch Informationsbroschüren, Vorträge sowie Seminar- und Workshoparbeit nicht nur für ihre eigene Sache werben, sondern auch allgemein über die Suizidthematik aufklären.

Nicht zu unterschätzen sind auch die positiven Möglichkeiten der *neuen Medien und Informationstechniken (vor allem des Internet)*, um Informationen und Hinweise zur Suizidprävention/Krisenhilfe zu verbreiten und damit Menschen anzusprechen, die über persönliche Kontakte zunächst nicht zu erreichen sind. Nationale und internationale Fachgesellschaften (z. B. die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, die American Foundation of Suicide Prevention), die World Health Organization (WHO) sowie einzelne Krisendienste (z. B. NEUmland, Krisenhilfe Münster) nutzen bereits das Internet zur Profilbildung und Verbreitung von Informationen.

Im nächsten Kapitel soll ein *Kooperationsmodell* regionaler/kommunaler Suizidprävention und Krisenhilfe mit Blick auf die Zielgruppe alter Menschen entwickelt und begründet werden, in dem die informierende, aufklärende und edukative Handlungsdimension einen festen Platz einnimmt. Die zu installierende Arbeitsgruppe muss sich dieser Handlungsdimension besonders annehmen und geeignete Formen der Informationsvermittlung, Aufklärung sowie der Aus- und Weiterbildung als substantiellen Beitrag zur Suizidprävention und Krisenhilfe im Rahmen des Koordinationsprojektes erarbeiten und erproben.

14.3 Strukturelle Interventionsebene

Die Befragung der ambulanten Krisendienste zeigte, dass unter der Klientel dieser Einrichtungen über 60jährige Ratsuchende mit rund 10 % nur als Minderheit vertreten sind, nimmt man ihren Anteil an der Gesamtbevölkerung von rund 22 % als Bezugsgröße. Ferner lässt die Zusammenarbeit mit kommunalen/regionalen Anbietern der Altenhilfe noch sehr zu wünschen übrig. Um diesen *gegenwärtigen Mangelzustand* zu ändern, müssen auf der einen Seite Hemmschwellen, die alten Menschen den Zugang zu ambulanten Krisendiensten erschweren, erkannt und abgebaut werden und auf der anderen Seite die Krisenhilfeanbieter sich stärker als bisher in Konzeption und Praxis auf die spezifischen Bedarfslagen alter Menschen in der Krise einstellen.

Ansatzpunkte für eine verstärkt an den Belangen alter Menschen in Lebenskrisen orientierten Arbeit der ambulanten Krisenhilfe ergeben sich im Rahmen der Organisationsentwicklung von Krisenhilfeeinrichtungen.

Arbeit mit alten Menschen als Teil der Organisationsentwicklung ambulanter Krisenhilfe

- 1) Zu fördern ist der Aufbau *zugehender, wohnfeldnaher (niederschwelliger)* Formen der Krisenhilfe, durch die alte Menschen in ihrem krisenhaft erlebten Lebensumfeld besser erreicht und Zugangsschranken zur ambulanten Krisenhilfe abgebaut werden. Als tragende Säule dieser „outreach“- Arbeit können eigens für diese Aufgabe geschulte freiwillige soziale Helfer (vor allem auch Ältere) fungieren, die ihre Tätigkeit auf bestimmte Stadt- oder Ortsteile konzentrieren, mit deren Infrastruktur sie vertraut sind (mobile Einsatzteams nach dem Konzept der Samaritans in Großbritannien).
- 2) Anzugliedern ist dieser Kreis von ehrenamtlichen Krisenbegleitern an eine schon bestehende Einrichtung, am besten an einen ambulanten Krisendienst vor Ort, der auch die Rekrutierung, Schulung und Begleitung der freiwilligen sozialen Helfer übernehmen kann. Falls ein solcher Krisendienst nicht zur Verfügung steht, kommen andere zentrale Einrichtungen in Frage, wie z.B. sozialpsychiatrische Dienste, gerontopsychiatrische Beratungsstellen oder Zentren, Koordinationsstellen ambulanter Dienste oder andere Beratungseinrichtungen, die alte Menschen zu ihrer Klientel zählen.
- 3) Es muss zu einer „*Gerontologisierung*“ der ambulanten Krisendienste kommen, durch die sich professionelle und ehrenamtliche Mitarbeiter in ihrer konzeptionellen und methodischen Arbeit stärker als bisher mit der Zielgruppe alter Menschen und ihren Belastungsprofilen, einschließlich der zur Suizidalität disponierenden Risikomerkmale, näher beschäftigen. Ihre durch *gerontologische* Fortbildung und Akzentsetzung erweiterte Fachkompetenz kann in Zukunft dazu beitragen, die Belange und Probleme alter Menschen in der Krise besser in den Blick zu nehmen und Angebote für sie zu entwickeln. *Die Bereitschaft der Krisendienste, sich stärker als bisher dieser Zielgruppe zu widmen, ist, wie die Befragung gezeigt hat, zweifelsohne vorhanden.*
- 4) Der Aufbau eines *Verbundes* von Diensten und Einrichtungen in der Kommune/Region, die sich als Kooperationspartner an Präventions- und Kriseninterventionsmaßnahmen mit Blick auf die Zielgruppe alter Menschen in Lebenskrisen beteiligen, ist zu unterstützen. Mit der Federführung, Planung und Koordination muss eine *interdisziplinäre und interinstitutionelle Arbeitsgruppe „Krisenhilfe im Alter“* betraut werden, die korporativ einer zentralen Einrichtung, z. B. einem ambulanten Krisendienst vor Ort, angegliedert ist.
- 5) Nach dem Prinzip der ökonomischen und effektiven Nutzung gewachsener Strukturen und Ressourcen soll kein neuer Spezialdienst additiv ins Leben gerufen werden, sondern vorhandene soziale und gesundheitsbezogene Leistungsanbieter wie auch andere Akteure

Der Berliner Landeskrisendienst (Müller, 2000) orientiert sich an „gemeindepsychiatrischen Prinzipien“. In der Präambel heißt es: *„Er soll dazu beitragen, die Maxime ‚ambulant-vor-teilstationär-vor stationär‘ in der Praxis angemessen umzusetzen, indem regionale Angebote bzgl. ihrer Nutzbarkeit für unterschiedliche Zielgruppen (auch für alte Menschen, d. Verf.) einbezogen werden. Der Krisendienst arbeitet im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung, gewährleistet eine flächendeckende Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit und leistet in Abstimmung mit den vorhandenen (Hervorhebung durch d. Verf.) ambulanten und stationären Angeboten einen Beitrag, die Versorgung von Menschen in Krisen und psychiatrischen Notfällen zu verbessern“* (S. 4).

Das Krisendienstmodell umfasst ein breites Spektrum von kurzen, einmaligen Beratungen über entlastende, klärende und orientierende Gespräche bis zum Einleiten schützender und therapeutischer Maßnahmen. Die Zusammenarbeit mit einem eigens eingerichteten ärztlichen Hintergrunddienst ist besonders eng, wenn es sich um psychiatrische Notfälle oder um Selbst- oder Fremdgefährdung von Patienten handelt. Dem Krisendienst kommt im Gesamtversorgungssystem des Landes Berlin eine Weichenstellen- bzw. Schaltstellenfunktion zu.

Neben dem flächendeckenden regionalen Zuschnitt zeichnet besonders die personelle und zeitliche Struktur die Konzeption des Landeskrisendienstes aus. Jeder der sechs regionalen Krisendienste umfasst ein multiprofessionelles Kernteam und außerdem einen Kreis von Honorarmitarbeitern, die einem bestimmten Anforderungsprofil entsprechen müssen. Diese Honorarmitarbeiter entstammen jeweils den verschiedenen psychiatrisch-psychozialen Einrichtungen der Versorgungsregion und sind deshalb gut mit deren Infrastruktur vertraut. Diese Mitarbeiterstruktur erlaubt neben der Bereitschaft in der Krisenstelle auch mobile Einsätze, sogar während der Nacht. Die fachärztliche Versorgung erfolgt im Notfall über den ärztlichen Hintergrunddienst, auf den die einzelnen Krisendienste zurückgreifen können. Die zeitliche Struktur folgt dem Prinzip der *optimalen Rund-um-die-Uhr- Erreichbarkeit*. Es gibt regional organisierte Kernzeiten, die vor allem die Abendstunden bis 24.00 Uhr, die Wochenenden und Feiertage abdecken. Dazu kommen überregional organisierte Ringzeiten an Arbeitstagen zwischen 8.00 und 16.00 Uhr und Nachschichten von 24.00 bis 8.00 Uhr.

Zur *Qualitätssicherung* der Arbeit von Krisendiensten werden folgende Bausteine vorgeschlagen: Dokumentation und Evaluation, Supervision und Fortbildung, regionale Verknüpfung und konzeptionelle Weiterentwicklung, Beteiligung eines Beirates, allgemeine und Fachöffentlichkeitsarbeit.

Das Angebot richtet sich problemfokussierend an bestimmte Zielgruppen. *Eine spezifische Altersdifferenzierung wird jedoch nicht vorgenommen.* Es umfasst die folgenden Elemente (Trägerverbund, 1998/99, S. 18):

- „niedrigschwelliges telefonisches und persönliches Angebot
- Erstgespräche mit kurzfristiger Entlastungs- und Orientierungshilfe
- Qualifizierte Weiterverweisung an die zuständigen Stellen (Screening-Funktion)
- Krisenbegleitung durch Folgegespräche
- mobile Einsatzmöglichkeit ggf. mit fachärztlicher Inanspruchnahme“.

Besondere Bearbeitung erfahren in der Konzeption *die Schnittstellen zu anderen Diensten*, mit denen spezifische Kooperations- und Abstimmungsmodalitäten geregelt werden. Zu diesen Diensten gehören

- der Sozialpsychiatrische Dienst
- Allgemeinkrankenhäuser und psychiatrische Kliniken
- Kriseninterventionsstationen an Krankenhäusern
- Niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten
- Rettungsdienste der Polizei und Feuerwehr
- Telefonseelsorge
- Selbsthilfegruppen von Betroffenen und Angehörigen

(Anmerkung d. Verf.: Im Falle der Krisenhilfe für alte Menschen müssten Dienste und Einrichtungen der Altenpflege/Altenhilfe und die gerontopsychiatrischen Leistungsanbieter zusätzlich in die Konzeption eingebunden werden).

Im folgenden soll in einem Schaubild ein *regionales/kommunales Kooperationsprojekt zur Suizidprävention und Krisenhilfe bei alten Menschen* mit den potentiellen Kooperationspartnern entworfen werden. Die Konzeption der ambulanten Krisenversorgung für Berlin hat dazu vielfältige Anregungen gegeben. Ähnliche Organisationsstrukturen einer „konzertierten Krisenhilfe“, die die Belange alter Menschen mit berücksichtigen, müssten sich auch in anderen Kommunen/Regionen mit entsprechenden Kooperationspartnern aufbauen lassen, wenn die Bereitschaft besteht, eine *planende und koordinierende Arbeitsgruppe* von an der Thematik interessierten und mit dem Problem befassten Institutionsvertretern einzurichten. Zunächst muss allerdings die Informations- und Motivationsarbeit geleistet werden, um alle Beteiligten an einen „*Runden Tisch*“ zu bekommen. Dieser Forschungsbericht kann dazu seinen Beitrag leisten (S. Abbildung 2).

Begründungen und Impulse für ein solches kommunales/regionales Kooperationsprojekt leiten sich außerdem aus den Erfahrungen mit ähnlichen Projekten im Ausland ab. Besonders das finnische Nationale Suizidpräventionsprogramm, das als ein „*kooperatives Prozessmodell mit Netzwerkarbeit*“ angelegt ist, gibt produktive Anregungen für die Initiierung und Umsetzung eines ähnlichen, zunächst kommunal/regional konzipierten Projektes. Aber auch Praxismodelle und Praxiserfahrungen aus anderen Ländern geben wertvolle Anregungen und Impulse (S. Teil I, Kapitel 5.1 / 5.2 / 5.4).



Abbildung 2: Konzeption eines regionalen/kommunalen Verbundes „Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter“ (Kooperationsprojekt)

Außerdem haben die Befragungen der ambulanten Krisendienste und der Experten eindeutig die Notwendigkeit dokumentiert, Leistungsanbieter im medizinischen und psychosozialen Sektor stärker als bisher für eine Zusammenarbeit im Schnittfeld von Suizidprävention und Krisenhilfe (nicht nur bei alten Menschen) zu gewinnen. Angemahnt werden des öfteren eine bessere *Vernetzung* der Krisenhilfe mit Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe sowie die Einrichtung von *zugehenden*, lebensweltnahen Formen der Beratung und Krisenhilfe, besonders bei alten Menschen. Der Vorschlag, eine Arbeitsgruppe „Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter“ als Projekt in einer Kommune/Region einzurichten, nimmt die oben genannten Erfahrungen und Anregungen auf.

Das Projekt in Abbildung 2 geht von einer Konzeption aus, in der die beiden Versorgungssysteme, das *medizinische* und das *psychosoziale*, in ihren Zuständigkeiten für Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter zusammengeführt und koordiniert werden. Zu beteiligen sind diejenigen Akteure, die in einer Kommune/Region von der Suizidproblematik bei alten Menschen aus unterschiedlichem Blickwinkel betroffen sind. Wie weit das Spektrum potentiell zuständiger und interessierter Personen und Institutionen reicht, zeigt die Auflistung in der Abbildung. Koordiniert und umgesetzt werden muss das Kooperationsprojekt durch eine Arbeitsgruppe, die im Überschneidungsfeld der mit ihren Kompetenzen und Interessen am Projekt Beteiligten agiert.

Ansatzpunkte für das Kooperationsprojekt „Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter“ ergeben sich jedoch nicht nur auf der *strukturellen* Interventionsebene, sondern in einem erweiterten Sinne ebenfalls auf der *sozial- und altenpolitischen wie edukativen Interventionsebene*.

Zusammenfassung der Projektkonzeption

Der *Entwurf* eines kommunalen/regionalen Kooperationsprojekts „Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter“ soll in elf Punkten noch einmal zusammengefasst werden.

- 1) Organisation eines „*Runden Tisches*“ von Institutionsvertretern in der Kommune/Region, die von der Thematik „Suizidalität im Alter“ betroffen und mit den daraus resultierenden Problemstellungen konfrontiert sind.
- 2) Informationsaustausch und Festigung des problemspezifischen Informationsstandes, einschließlich der Fokussierung und Schärfung der Problemwahrnehmung bei den Institutionsvertretern. Daraus ergibt sich die Einschätzung von Handlungs- und Kooperationsmöglich-

lichkeiten mit dem Ziel der Optimierung von Krisenhilfe im Alter vor Ort.

- 3) Einrichtung einer *interdisziplinären und interinstitutionellen Arbeitsgruppe* „*Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter*“ mit dem Auftrag, eine Konzeption zur Koordinierung und Optimierung der ambulanten Krisenhilfe für alte Menschen in der Kommune/Region zu entwickeln.
- 4) Diskussion, gegebenenfalls Überarbeitung und Modifikation des Konzeptionsentwurfs durch die Teilnehmer des „Runden Tisches“. Danach Erörterung von Umsetzungsfragen und Verabschiedung einer praxisfähigen Konzeption, bei der Fragen der Ressourcen- und Verantwortungsverteilung geklärt sein müssen.
- 5) Medien- und Öffentlichkeitsarbeit, um die Konzeption in Bürger- und Fachkreisen bekannt zu machen. Werbung um Unterstützung und Umsetzung vor allem bei Vertretern der Altenhilfe, den (geronto)psychiatrischen Leistungsanbietern und der niedergelassenen Ärzteschaft.
- 6) Umsetzung und Implementierung des Kooperationsprojekts im Rahmen vorhandener Versorgungsstrukturen sowie personeller und zeitlicher Ressourcen.
- 7) Begleitung und Evaluation des Kooperationsprojektes durch eine unabhängige Forschungsgruppe/-institution. Begleitforschung muss schon möglichst früh im Verlauf der Projektplanung etabliert werden.
- 8) Die Planung, Organisation und Umsetzung des Kooperationsprojekts muss über einen Zeitraum von drei Jahren durch die Einrichtung einer *Personalstelle* (BAT IIa/b) abgesichert und gewährleistet sein. Fördermittel sind rechtzeitig von den Initiatoren des Projekts zu beantragen (z. B. beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) und müssen zur effektiven Durchführung des Projekts in angemessener Weise zur Verfügung gestellt werden.
- 9) Das Kooperationsprojekt sollte in einer Kommune mit einer differenzierten psychosozialen und medizinischen Versorgungsstruktur angesiedelt werden, um auf die vorhandenen Dienste und Einrichtungen zurückgreifen zu können. Eine solche multiinstitutionelle und velseitige Versorgungsstruktur weist z. B. die Stadt Münster auf. Hier oder an einem ähnlich ausgewiesenen Ort könnte eine Arbeitsgruppe in Zusammenarbeit mit einem bestehenden *ambulanten Krisendienst* die zentrale Aufgabe der Planung, Koordination und Implementation des Projekts übernehmen.

- 10) Die Erfahrungen mit dem Kooperationsprojekt müssen auf andere ähnlich strukturierte Gemeinwesen übertragbar sein. Sicherzustellen ist dabei eine möglichst breite Beteiligung derjenigen Personen und Institutionen, die am körperlichen und psychosozialen Wohlergehen der älteren Bürger interessiert sind.
- 11) Das Kooperationsprojekt muss in allen Phasen sorgfältig dokumentiert werden, um eine qualifizierte Evaluierung zu ermöglichen.

15 Zusammenfassung

Teil I des Forschungsberichts liefert die Auswertung des internationalen Forschungsstandes zur Alterssuizidalität sowie zur Prävention und Krisenhilfe im Alter seit 1991. Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen wurden bereits in Kapitel 7 zusammengefasst.

Teil II des Forschungsberichts präsentiert die Ergebnisse dreier Befragungen, die bei ambulanten Krisendiensten in Deutschland, bei Experten der (Alters)Suizidforschung und bei alten Menschen als potentiell Betroffenen durchgeführt wurden. Nach Auswertung der internationalen Forschungsliteratur in Teil I zeigte sich deutlich, dass einerseits alte Menschen in Krisensituationen nur als Minderheit die Angebote ambulanter Krisendienste in Anspruch nehmen und andererseits die Angebotsstruktur dieser Krisendienste kaum auf die Belange alter Menschen in Krisen ausgerichtet ist.

Für Deutschland zeigt sich nach Auswertung der Befragungsergebnisse von 52 ambulanten Krisendiensten diese *Diskrepanz* zwischen erhöhter Suizidgefährdung im Alter und unterdurchschnittlicher Inanspruchnahme ambulanter Krisendienste durch alte Menschen besonders deutlich. Nur rund 10 % der Klienten dieser Krisendienste sind 60 Jahre und älter, während deren Anteil an der Gesamtbevölkerung bei rund 22 % liegt. Den Gründen für diese mangelnde Präsenz alter Menschen in Einrichtungen ambulanter Krisenhilfe, die institutionell-organisatorischer und individuell-persönlicher Natur sein können, wird im Forschungsbericht intensiv nachgegangen.

Geringe gerontologische Fachkompetenz und Praxiserfahrung in der Mitarbeiterschaft von Krisendiensten spielen neben ihrer primären Ausrichtung auf jüngere Zielgruppen eine wichtige Rolle, um die bisherigen Mängel in der Krisenberatung alter Menschen zu identifizieren. Außer-

dem fehlen zugehende Formen der sozialen Arbeit und Krisenbegleitung alter Menschen in einem möglichst problem- und lebensfeldnahen Ansatz sowie Kooperationsprojekte mit Diensten und Einrichtungen kommunaler Altenhilfe. Die meisten ambulanten Krisendienste sehen zwar notwendigen Bedarf, diese Mängelsituation zu beheben und sich stärker als bisher den Anliegen alter Menschen in Krisen zu öffnen, sie geben aber auch zu bedenken, dass ihnen oft die zeitlichen und personellen Ressourcen fehlen, Krisenarbeit mit alten Menschen stärker zu betreiben.

Die Befragung der Experten kommt zu vergleichbaren Ergebnissen, indem eine bessere Kooperationskultur zwischen medizinischem und psychosozialen Versorgungssystem, hier besonders der Altenhilfe, gefordert wird. Die Experten räumen außerdem der gerontologischen Aus- und Weiterbildung von Fachpersonal in medizinischen und psychosozialen Berufen eine hohe Priorität ein und halten zudem das frühzeitige Erkennen und Behandeln von körperlichen und psychischen Erkrankungen im Alter für ein vordringliches Anliegen der Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Von den Experten mit Nachdruck angemahnt wird ein abgestimmtes *nationales Suizidpräventionsprogramm*, ebenfalls vielstimmig die finanzielle Förderung der Suizidforschung in Deutschland, die trotz des nationalen und internationalen Erkenntnisfortschritts vor vielen grundlegenden und ungelösten Fragen steht.

Die Befragung der Altersstichprobe schließlich, die 48 über 60jährige umfasst, stützt in einigen Punkten weitgehend die Ergebnisse der Befragung der ambulanten Krisendienste. Wenn alte Menschen in einer suizidalen Krisensituation während ihres Lebens waren oder sich eine solche für die Zukunft vorstellen können, kommen ambulante professionelle Krisenberater als Ansprechpartner so gut wie nicht vor. Ins Vertrauen gezogen werden dagegen eher Personen des primären Netzwerkes wie Freunde, Angehörige, Geistliche und Ärzte. Befragte über 60 Jahren, die sich gesundheitlich stärker belastet einschätzen und /oder bereits frühere suizidal aufgeladene Krisensituationen durchlebten, neigen häufiger dazu, sich auch in zukünftigen Krisenlagen eine Suizidhandlung vorzustellen, besonders dann, wenn schwere Krankheit, Hilflosigkeit oder unwürdiges Sterben drohen.

Teil III des Forschungsberichts thematisiert praktische Schlussfolgerungen für die Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter, die sich aus der Literaturanalyse des Teils I und den Befragungsergebnissen des Teils II ableiten lassen. Konkret werden die Schlussfolgerungen zu einem interdisziplinären und interinstitutionellen *Kooperationsprojekt* gebündelt, das auf kommunaler/regionaler Ebene eingerichtet, durchgeführt und

ausgewertet werden kann. Zu diesem Zweck ist in einer Modell-Kommune eine *Arbeitsgruppe „Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter“* einzurichten und personell so auszustatten, dass das Kooperationsprojekt als Modellprogramm realisiert werden kann. Ziel dieses Kooperationsprojektes muss die Koordinierung und Optimierung kommunaler/regionaler Suizidprävention und Krisenhilfe für alte Menschen sein. Dabei sind sowohl sozial- und altenpolitische als auch edukative und strukturelle Handlungselemente zu berücksichtigen und gewachsene Versorgungs- und Dienstleistungsstrukturen vor Ort so zu nutzen, dass weder neue Einrichtungen geschaffen, noch unkalkulierbare Kosten befürchtet werden müssen. Ohne finanzielle Unterstützung allerdings kann weder das Kooperationsprojekt auf den Weg gebracht, noch die notwendige Begleitforschung sichergestellt werden.

Die Auswertung der internationalen Forschungsliteratur in Verbindung mit der Erhebung eigener Forschungsdaten zur gegenwärtigen Situation der ambulanten Krisenhilfe für alte Menschen in Deutschland hat gezeigt, dass die Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter zu intensivieren und zu optimieren ist. Dabei sind neue institutionelle und personelle Voraussetzungen und überschaubare Strukturbedingungen für Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter zu schaffen und zu erproben, die auf Modernisierungstrends in der kommunalen Altenhilfepolitik und -planung Rücksicht nehmen müssen. Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter darf keine vernachlässigte Randerscheinung der Gesundheits- und Versorgungspolitik in Deutschland bleiben.

Literaturverzeichnis

- AGS Ethics Committee (1995a). The care of dying patients: A position statement from the American Geriatrics Society. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 577-578.
- AGS Ethics Committee (1995b). Physician-assisted suicide and voluntary active euthanasia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 579-580.
- American Foundation of Suicide Prevention (1999). Suicide facts. www.afsp.org/suicide/facts.html, 15. 08. 1999.
- American Foundation of Suicide Prevention (1999). Physician-assisted suicide and euthanasia. www.afsp.org/assisted/policy3.html, 15. 08. 1999.
- Anschütz, F. & Wedler, H. (Hrsg.) (1996). *Suizidprävention und Sterbehilfe*. Berlin: Ullstein Mosby.
- Arbeitskreis von Professoren des Strafrechts und der Medizin (1986). Alternativenwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe. Stuttgart (zitiert nach A. Eser. In W. Jens & H. Küng (Hrsg.). *Menschenwürdig sterben-Ein Plädoyer für Selbstverantwortung* (S. 176-181). München: Piper.
- Arolt, V. & Schmidt, E. H. (1992). Differentielle Typologie und Psychotherapie depressiver Erkrankungen im höheren Lebensalter: Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung in Nervenarztpraxen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 5, 17-24.
- Bäcker, G., Heinze, R. G. & Naegele, G. (1995). *Die Sozialen Dienste vor neuen Herausforderungen*. Münster: LIT.
- Baker, F. M. (1994). Suicide among ethnic minority elderly: A statistical and psychosocial perspective. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 241-246.
- Balter, R. (1994). The elderly suicide: Those left behind. In D. Lester & M. Tallmer (Eds.). *Now I lay me down. Suicide in the elderly* (S. 163-178). Philadelphia: The Charles Press.
- Barnow, S. & Linden, M. (1997). Suicidality and tiredness of life among very old persons: Results from the Berlin Aging Study (BASE). *Archives of Suicide Research*, 3, 171-182.
- Battin, M. P. (1998). Ärztliche Sterbehilfe. Sicher, legal und selten? Vortrag auf der Herbsttagung der DGS in Würzburg, 20.-22. 11. 1998. Unveröff. Manuskript.
- Baumann, U. (1998). Klinische Gerontopsychologie als Randphänomen – oder zum Altersbias der Klinischen Psychologie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 143-149.
- Baumann, U. & Perst, A. (1999). Der Gerontosektor: Stiefkind der Klinischen Psychologie/Psychotherapie. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 12 (2), 129-136.

- Bergener, M. (1998). Epidemiologie psychischer Störungen im höheren Lebensalter. In A. Kruse (Hrsg.). Psychosoziale Gerontologie, Bd. 1. Grundlagen (S. 87-105). Göttingen: Hogrefe.
- Beskow, J. et al. (1999). Suicide prevention in Finland 1986-1996. External evaluation by an international peer group. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
- Bharucha, A. J. & Satlin, A. (1997). Late-life suicide: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 5, 55-65.
- Bille-Brahe, U., Jensen, B. & Jessen, G. (1994). Suicide among the Danish elderly: Now and years to come. *Crisis*, 15, 37-43.
- Birnbacher, D. (1996). Ethische Aspekte von Suizid und Suizid-Intervention. *Suizidprophylaxe*, 23, 97-100.
- Blaumeiser, H. (1999). Zugänge zum Gemeinwesen. Neue Wege kommunaler Altenplanung. In R. Schmidt et al. (Hrsg.). Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune (S. 49-67). Frankfurt: Mabuse.
- Blaumeiser, H. (2000). Zur neuen Rolle der Kommune in der Altenplanung. Partizipation, Moderation, Koordination. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Auftaktveranstaltung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ (S. 203-221). Berlin.
- Blazer, D. et al. (1991). The association of age and depression among the elderly: An epidemiological exploration. *Journal of Gerontology*, 46, 210-215.
- Böhme, K. (1996). Möglichkeiten und Grenzen der Suizidprävention. In F. Anschütz & H. Wedler (Hrsg.). Suizidprävention und Sterbehilfe (S. 61-70). Berlin: Ullstein Mosby.
- Bottke, W. (1992). Juristische Aspekte von Suizidprävention und Suizidtherapie in der Bundesrepublik Deutschland. In H. Wedler, M. Wolfersdorf & R. Welz. Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch (S. 345-358). Regensburg: Roderer.
- Bron, B. (1992). Depression und Suizidalität im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie*, 25, 43-52.
- Bron, B. (1993). Suizidhandlungen im Alter aus psychiatrischer, ethischer und juristischer Sicht. In H. J. Möller & A. Rode (Hrsg.). Psychische Krankheit im Alter (S. 597-598). New York: Springer.
- Bronisch, T. (1992). Suchtkranke. In H. Wedler, M. Wolfersdorf & R. Welz. Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch (S. 199-206). Regensburg: Roderer.
- Bronisch, T. (1995). Der Suizid. Ursachen-Warnsignale-Prävention. München: Beck.
- Bronisch, T., Felber, W. & Wolfersdorf, M. (Hrsg.) (2001). Neurobiologie suizidalen Verhaltens. Regensburg: Roderer.
- Bundesärztekammer (1998). Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. www.bundesaerztekammer.de, 04. 10. 1999.

- Callahan, C. M. et al. (1996). Suicidal ideation among older primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, 1205-1209.
- Canetto, S. S. (1992). Gender and suicide in the elderly. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 80-97.
- Canetto, S. S. (1994). Gender issues in counseling the suicidal elderly. In D. Lester & M. Tallmer (Eds.) *Now I lay me down. Suicide in the elderly* (S. 88-105). Philadelphia: The Charles Press.
- Canetto, S. S. & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 1-23.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. London: Tavistock.
- Carney, S. S. et al. (1994). Suicide over 60: The San Diego Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 174-180.
- Cattel, H. & Jolley, D. J. (1995). One hundred cases of suicide in elderly people. *British Journal of Psychiatry*, 166, 451-457.
- Chew, K. S. & McCleary, R. (1994). A life course theory of suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 234-244.
- Chi, I. et al. (1998). A study of elderly suicides in Hong Kong. *Crisis*, 19, 35-47.
- Cicirelli, V. G. (1998). Views of elderly people concerning end-life-decisions. *The Journal of Applied Gerontology*, 17, 186-203.
- Clark, D. C. (1993). Narcissistic crises of aging and suicidal despair. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 21-26.
- Clark, S. E. & Goldney, R. D. (1995). Grief reactions and recovery in a support group for people bereaved by suicide. *Crisis*, 16, 27-33.
- Conwell, Y. (1992a). Depression as a „cause“ of late life suicide. *Crisis*, 13, 55-56.
- Conwell, Y. (1992b). Suicide in the elderly. *Crisis*, 13, 7-8.
- Conwell, Y. (1993a). Suicide in the elderly: When is it rational? *Crisis*, 14, 7.
- Conwell, Y. (1993b). Suicide in the elderly: Cross-cultural issues in late-life suicide. *Crisis*, 14, 15.
- Conwell, Y. (1994). Suicide, religion, and the elderly. *Crisis*, 15, 9-10.
- Conwell, Y. (1995). Dementia. *Crisis*, 16, 5-6.
- Conwell, Y. et al. (2000). Completed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 23-29.
- Csef, H. & Heindl, B. (1998). Einstellungen zur Sterbehilfe bei deutschen Ärzten. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 123, 1501-1506.
- DeLeo, D. (1997). Suicide in later life at the end of the 1990s: A less neglected topic? *Crisis*, 18, 51-52.
- DeLeo, D. (1998). Is suicide prediction in old age really easier? *Crisis*, 19, 61.
- DeLeo, D. et al. (1995). Lower suicide rates associated with a tele-help/tele-check service for the elderly at home. *American Journal of Psychiatry*, 152, 632-634.

- Demling, J. (1995). Neurobiochemie suizidalen Verhaltens. In M. Wolfersdorf & W. P. Kaschka (Hrsg.). Suizidalität – Die biologische Dimension (S. 47-72). Berlin: Springer.
- Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (o.J.). Rechtspolitische Leitsätze und Vorschläge der DGHS zu einer gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe und -begleitung.
- Diekstra, R. F. W. (1996). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Archives of Suicide Research*, 2, 1-29.
- Diekstra, R. F. W. & Garnefski, N. (1995). On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: An international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 36-57.
- Draper, B. (1994). Suicidal behavior in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 655-661.
- Draper, B. (1996). Attempted suicide in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 577-587.
- Duberstein, P. R. et al. (1995). Attitudes toward self-determined death: A survey of primary care physicians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 395-400.
- Duberstein, P. R. et al. (2000). Personality traits and suicidal behavior and ideation in depressed inpatients 50 years of age and older. *Journals of Gerontology Series B*, 55, P 18-P26.
- Durkheim, E. (1973). *Der Selbstmord*. Neuwied: Luchterhand (Original: 1897, *Le Suicide*).
- Emmes, M. P. (1997). Sterbehilfe und weitere Formen lebensbeendenden medizinischen Handelns in den Niederlanden. *Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch-Sozialrecht in Deutschland und Europa*, 36, 195-201.
- Erlemeier, N. (1992). Suizidalität im Alter. Bericht über den aktuellen Forschungsstand. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Stuttgart: Kohlhammer.
- Erlemeier, N. (1993). Suizid und Suizidprophylaxe. *TW Neurologie und Psychiatrie*, 7, 130-136.
- Erlemeier, N. (1995). Soziale Unterstützung bei der Auseinandersetzung älterer Menschen mit Belastungen. In A. Kruse & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.). *Psychologie der Lebensalter* (S. 253-261). Darmstadt: Steinkopff.
- Erlemeier, N. (1997). Suizidgefährdung im Alter. *PRO ALTER*, 2, 50-52.
- Erlemeier, N. (1998). Suizidalität im Alter. In A. Kruse (Hrsg.). *Psychosoziale Gerontologie*. Bd 1. Grundlagen (S. 299-314). Göttingen: Hogrefe.
- Erlemeier, N. (2000). Suizidprävention. In H. W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hrsg.). *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 379-385). Stuttgart: Kohlhammer.

- Erlmeier, N. (2001). Stand und Perspektiven ambulanter Krisenhilfe bei Suizidgefährdung im Alter – Ergebnisse einer Befragung. Suizidprophylaxe (im Druck).
- Erlmeier, N. (2001). Suizidität im Alter – Vorkommen, Häufigkeit, Einflussfaktoren. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (im Druck).
- Ernst, C. (1997). Epidemiologie depressiver Störungen im Alter. In H. Radebold et al. (Hrsg.). Depressionen im Alter (S. 2-11). Darmstadt: Steinkopff.
- Ernst, K. (1995). Alterssuizid. Ein ethischer Sonderfall? Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 8, 39-45.
- Eser, A. (1995). Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus der Sicht eines Juristen. In W. Jens & H. Küng (Hrsg.). Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung (S. 151-182). München: Piper.
- Evers, A. & Klie, T. (1999). Zur Neuausrichtung kommunaler Altensozialpolitik oder: Nach dem Pflegeversicherungsgesetz – freiwilliges kommunales Engagement? In R. Schmidt et al. (Hrsg.). Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune (S. 39-48). Frankfurt: Mabuse.
- Farberow, N. et al. (1992). The role of social supports in the bereavement process of surviving spouses of suicide and natural deaths. In A. A. Leenaars et al. (Eds.). Suicide and the older adult (S. 107-124). New York: The Guilford Press.
- Felber, W. (1993). Typologie des Parasuizids. Regensburg: Roderer.
- Felber, W. & Winiacki, P. (1998). Suizide in der ehemaligen DDR zwischen 1961 und 1989 – bisher unveröffentlichtes Material zur altersbezogenen Suizidalität. Suizidprophylaxe, 2, 42-48.
- Felber, W. & Wolfersdorf, M. (1997). Sind Suizidprophylaxe und Sterbehilfe miteinander vereinbar? Suizidprophylaxe, 3, 109-117.
- Ferring, D. & Philipp, S. H. (1999). Soziale Netze im Alter: Selektivität in der Netzwerkgestaltung, wahrgenommene Qualität der Sozialbeziehungen und Affekt. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 31 (3), S. 127-137.
- Feuerlein, W. (1971). Selbstmordversuche oder parasuicidale Handlung? Tendenzen suicidalen Verhaltens. Nervenarzt, 3, 127-130.
- Finzen, A. (1999). Die EXIT-Bewegung in der Schweiz. Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfen in Lebenskrisen in Bayreuth, Oktober 1999.
- Finzen, A. & Hoffmann-Richter, U. (1996). Der Suizid hat viele Namen. Der Umgang mit den Begriffen Freitod, Selbstmord, Selbsttötung und Suizid in Fachliteratur und Tagespresse. Suizidprophylaxe, 16-19.
- Forsell, Y., Jorm, A. F. & Winblad, B. (1997). Suicidal thoughts and associated factors in an elderly population. Acta Psychiatrica Scandinavia, 95, 108-111.

- Freeman, A. & Reinecke, M. A. (1995). *Selbstmordgefahr? Erkennen und Behandeln: Kognitive Therapie bei suizidalem Verhalten*. Bern: Huber.
- Frei, A., Hoffmann-Richter, U. & Finzen, A. (1997a). Zur Situation des assistierten Selbstmordes in der Schweiz anhand der Erfahrungen in der Region Basel-Stadt/Basel-Land. *Suizidprophylaxe*, 3, 100-103.
- Frei, A. et al. (1997b). Begleiteter Suizid. In A. Finzen. *Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen* (S. 187-195). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Freytag, R. (1998a). Viele Fragen – eine Antwort: Die Leitlinien der DGS für Krisenintervention. *Suizidprophylaxe*. Sonderheft 10.
- Freytag, R. et al. (1998b). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention zur Organisation von Krisenintervention. In T. Giernalczyk & R. Freytag (Hrsg.). *Qualitätsmanagement von Krisenintervention und Suizidprävention* (S. 195-239). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Fricke, S. & Schmidtke, A. (1998). Behandlungswege nach Suizidversuch. *Suizidprophylaxe*, 25, 117-125.
- Fricke, S., Schmidtke, A. & Weinacker, B. (1998). Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch. In T. Giernalczyk (Hrsg.). *Suizidgefahr – Verständnis und Hilfe* (S. 25-33). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Friedrich, I. & Schmitz-Scherzer, R. (1992) (Hrsg.). *Suizid im Alter*. Darmstadt: Steinkopff.
- Fuchs, T. & Lauer, H. (1997). Dürfen Ärzte töten? *Suizidprophylaxe*, 3, 104-108.
- Gerich, B. (1997). „Wenn man sich selbst umbringt, ist es eine Frau ...“ – Epidemiologische und psychodynamische Aspekte zum weiblichen Suizidverhalten. In T. Giernalczyk (Hrsg.). *Suizidgefahr – Verständnis und Hilfe* (S. 37-44). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Gibbs, J. P. & Martin, W. T. (1964). *Status integration and suicide*. Oregon: University of Oregon Books.
- Giernalczyk, T. (1995). *Lebensmüde – Hilfe bei Selbstmordgefährdung*. München: Kösel.
- Giernalczyk, T. (1997) (Hrsg.). *Suizidgefahr – Verständnis und Hilfe*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Giernalczyk, T. (1998). Strategien für die Verbreitung und Anwendung der Leitlinien. In T. Giernalczyk & R. Freytag (Hrsg.). *Qualitätsmanagement von Krisenintervention und Suizidprävention* (S. 186-194). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Giernalczyk, T. & Frick, E. (1993) (Hrsg.). *Suizidalität – Deutungsmuster und Praxisansätze*. Regensburg: Roderer.
- Goldney, R. D. (1998). The IASP Adelaide Declaration on Suicide Prevention. *Crisis*, 19, 51.
- Gulbinat, W. H. (1996). The epidemiology of suicide in old age. *Archives of Suicide Research*, 2, 31-42.
- Haberhauer, G. & Fries, W. (1993). Zur Epidemiologie medikamentöser Suizidversuche im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie*, 26, 86-88.

- Häfner, H. (1998). Arbeitslosigkeit und Suizidalität. *Suizidprophylaxe*, 25 (4), 141-152.
- Haenel, T. & Pöldinger, W. (1986). Erkennung und Beurteilung der Suizidalität. In K. P. Kisker et al. (Hrsg.). *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 3. Krisenintervention, Suizid, Konsiliarpsychiatrie (S. 107-132). Berlin: Springer.
- Hautzinger, M. (1997). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Alter. In H. Radebold et al. (Hrsg.). *Depressionen im Alter* (S. 60-68). Darmstadt: Steinkopff.
- Hays, J. C. et al. (1998). Social correlates of the dimensions of depression in the elderly. *The Journals of Gerontology, Series B*, 53, P 31-P39.
- Helmchen, H. et al. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.). *Die Berliner Altersstudie* (S. 185-219). Berlin: Akademie Verlag.
- Helmchen, H. & Kanowski, S. (2001). Gerontopsychiatrie in Deutschland. Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). *Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie in Deutschland. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung*. Bd. 4 (S. 11-111). Opladen: Leske + Budrich.
- Henry, A. F. & Short, J. F. (1954). *Suicide and homicide*. New York: The Free Press.
- Henseler, H. (1984). *Narzißtische Krisen – Zur Psychodynamik des Selbstmordes* (2. Auflage). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hepple, J. & Quinton, C. (1997). One hundred cases of attempted suicide in the elderly. *British Journal of Psychiatry*, 171, 42-46.
- Heuft, G. & Schneider, G. (2001). Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). *Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung*. Bd. 4 (S. 201-303). Opladen: Leske + Budrich.
- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2000). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. München: Reinhardt.
- Hirsch, R. D. (1990). *Psychotherapie im Alter – geht das noch?* *Psychologie heute*, Heft 2, 62-67.
- Hirsch, R. D. et al. (1999). *Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit*. Bd 14. Baden-Baden: Nomos.
- Höfer, S. et al. (o. J.) *Krisenhilfe für ältere Menschen – Kriseninterventions-team. Abschlußbericht des Modellprojekts*. Trier.
- Honnefelder, L. (1996). Philosophisch-ethische Standpunkte. In F. Anschütz & H. Wedler (Hrsg.). *Suizidprävention und Sterbehilfe* (S. 129-136). Berlin: Ullstein Mosby.

- Illhardt, F. J. (1996). Sind Sonderregelungen für alte, chronisch kranke und behinderte Menschen möglich? In F. Anschütz & H. Wedler (Hrsg.). Suizidprävention und Sterbehilfe (S. 235-244). Berlin: Ullstein Mosby.
- Illhardt, F. J. & Wolf, R. (1998). Suizid im Alter: Zusammenbruch der Wertorientierung? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31, 1-8.
- Jamison, K.R. (1999). *Night falls fast. Understanding suicide*. New York: Vintage Books.
- Jäger, K. & Schmeling-Kludas, C. (1992). Therapieprobleme bei körperlich Kranken. In H. Wedler, M. Wolfersdorf & R. Welz. Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch (S. 207-220). Regensburg: Roderer.
- Jens, W. & Küng, H. (1995). (Hrsg.). *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*. München: Piper.
- Kantor, H. & Wolfersdorf, M. (1993). Zum Problem der Hinterbliebenen nach dem Suizid eines Angehörigen. *Suizidprophylaxe*, 20, 81-98.
- Kaplan, M. S., Adamek, M. E. & Johnson, S. (1994). Trends in firearm suicide among older American males: 1979-1988. *The Gerontologist*, 34, 59-65.
- Kastenbaum, R. (1992). Death, suicide and the older adult. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 1-13.
- Kastenbaum, R. (1994). Alternatives to suicide. In D. Lester & M. Tallmer (Eds.). *Now I lay me down. Suicide in the elderly* (S. 196-213). Philadelphia: The Charles Press.
- Kemper, J. (1992). Psychotherapeutische Versorgung Alternder in einer Nervenarztpraxis. *Zeitschrift für Gerontologie*, 25, 356-359.
- Kennedy, G. J. (1996). The epidemiology of late-life depression. In G. J. Kennedy (Ed.). *Suicide and depression in late life* (S. 23-37). New York: John Wiley.
- Kennedy, G. J. (1996). The emerging agenda for prevention through research and public policy. In G. J. Kennedy (Ed.). *Suicide and depression in late life* (S. 153-161). New York: John Wiley.
- Kennedy, G. J. (1996) (Ed.). *Suicide and depression in late life. Critical issues in treatment, research and public policy*. New York: John Wiley.
- Kennedy, G. J., Metz, H. & Lowinger, R. (1996). Epidemiology and inferences regarding the etiology of late-life suicide. In G. J. Kennedy (Ed.). *Suicide and depression in late life* (S. 3-22). New York: John Wiley.
- Kerkhoff, A. J. F. M. & Clark, D. C. (1993). Stability of suicide rates in Europe. *Crisis*, 14, 51-52.
- Kerkhoff, A. J. F. M. & Clark, D. C. (1998). How to evaluate national suicide programs? *Crisis*, 19, 2-3.
- Kind, J. (1998). *Suizidal. Die Psychoökonomie einer Krise* (3. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kitson, G. C. (2000). Adjustment to violent and natural death in later and earlier life for black and white widows. *The Journals of Gerontology. Series B*, 55, S 341-S351.

- Klemann, M. (1992). Paar- und Familientherapie. In H. Wedler, M. Wolfersdorf & R. Welz. Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch (S. 133-142). Regensburg: Roderer.
- Klie, T. (1999). Sicherung der Pflege und Pflegeversicherung. In T. Klie & R. Schmidt (Hrsg.). Die neue Pflege alter Menschen (S. 11-31). Bern: Huber.
- Klie, T. & Lörcher, U. (1995). Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenpflege. Freiburg: Ev. Fachhochschule.
- Knäuper, B. & Wittchen, H. U. (1995). Epidemiologie der Major Depression: Nehmen depressive Erkrankungen zu? Zeitschrift für Klinische Psychologie, 24, 8-21.
- Koch, H. G. (1994). Rechtsprobleme im Zusammenhang mit Suizid und Suizidversuch. Pflegezeitschrift, 47, 40-45.
- Koch, H. G. (1996). Sterbehilfe als Aufgabe der Rechtspolitik. In F. Anschütz & H. Wedler (Hrsg.). Suizidprävention und Sterbehilfe (S. 253-256). Berlin: Ullstein Mosby.
- Koenig, H. G. & Blazer, D. G. (1992). Mood disorders and suicide. In J. E. Birren, R. B. Sloane & G. D. Cohen (Eds.). Handbook of mental health and aging (S. 379-407). San Francisco: Academic Press.
- Kohli, M. et al. (2000). Grunddaten zur Lebenssituation der 40-85jährigen deutschen Bevölkerung. Ergebnisse des Alters-Survey. Berlin: Weißensee.
- Kreitman, N. (1980). Die Epidemiologie von Suizid und Parasuizid. Der Nervenarzt, 51, 131-138.
- Kruse, A. (1997). Psychosoziale Einflußfaktoren depressiver Symptome im Alter. In H. Radebold et al. (Hrsg.). Depressionen im Alter (S. 18-32). Darmstadt: Steinkopff.
- Kruse, A & Wahl, H. W. (1999). Persönlichkeitsentwicklung im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 32, 279-292.
- Kühn, D. (1999). Reform der öffentlichen Verwaltung. Das Neue Steuerungsmodell in der kommunalen Sozialverwaltung. Köln: Fortis.
- Kühnert, S. et al. (1998). Berufs- und institutionenübergreifende Kooperation – im Prinzip gewünscht, doch schwer realisierbar. In R. Schmidt et al. (Hrsg.). Neue Steuerungen in Pflege und Sozialer Altenarbeit (S.309-320). Regensburg: Transfer.
- Kurz, A. (1998). Demenz und Suizidalität im Alter. Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention in Würzburg. November 1998.
- La Vecchia, C., Lucchini, F. & Levi, F. (1994). Worldwide trends in suicide mortality 1955-1989. Acta Psychiatrica Scandinavia, 90, 53-64.
- Law, F. Y. W. (1997). Elderly suicides in Hong Kong: The role of volunteer befrienders. Crisis, 18, 55-56.
- Leder, C. M. (1998). Über den Umgang mit suizidalen älteren Menschen. Regensburg: Roderer.

- Leenaars, A. A. (1992). Suicide notes of the older adult. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 62-79.
- Leenaars, A. A. et al. (1992) (Eds.). *Suicide and the older adult*. New York: The Guilford Press.
- Lehr, U. (1991). *Psychologie des Alterns* (7. Auflage). Heidelberg: Quelle & Meyer.
- Leicht, R. (1998). Wenn der Tod gewollt ist. Juristen, Ärzte und Theologen streiten. Ist Sterbehilfe erlaubt oder nicht? Wo liegen die Grenzen? Wer sollte entscheiden? *DIE ZEIT*, Nr. 32, 30. 06. 1998, 3.
- Lester, D. (1990). The study of suicide from a feministic perspective. *Crisis*, 11, 38-43.
- Lester, D. (1997a). The effectiveness of suicide prevention centers: A review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27, 304-310.
- Lester, D. (1997b). Suicide in an international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27, 104-111.
- Lester, D. (2000). Explaining the regional variation of suicide in Germany. *Suizidprophylaxe*, 27, 68-69.
- Lester, D. & Tallmer, M. (1994) (Eds.). *Now I lay me down – Suicide in the elderly*. Philadelphia: The Charles Press.
- Lester, D. & Yang, B. (1992). Social and economic correlates of the elderly suicide rate. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 36-47.
- Lungershausen, E. (1993). Psychiatrischer Paternalismus und Autonomie des suizidalen alten Menschen. In H. J. Möller & A. Rohde (Hrsg.). *Psychische Krankheit im Alter* (S. 561-568). Berlin: Springer.
- Lynn, J. et al. (1997). American Geriatrics Society on physician-assisted suicide: Brief to the United States Supreme Court. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45, 489-499.
- Maier, W. (2001). Genetik suizidalen Verhaltens, In T. Bronisch, W. Felber & M. Wolfersdorf (Hrsg.). *Neurobiologie suizidalen Verhaltens* (S. 43-49). Regensburg: Roderer.
- Maltsberger, J. T. (1991). Psychotherapy with older suicidal patients. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 217-234.
- McIntosh, J. L. (1992). Epidemiology of suicide in the elderly. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 15-35.
- McIntosh, J. L. (1995). Suicide prevention in the elderly (Age 65-99). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 180-192.
- McIntosh, J. L. (1992). Survivors' reactions: Suicide vs. other causes. *Crisis*, 13, 83-93.
- McIntosh, J. L. et al. (1994). *Elder suicide – Research, theory and treatment*. Washington: American Psychological Association.
- Meier-Baumgartner, H. P. (1996). Erfahrungen in der Geriatrie. In F. Anschütz & H. Wedler (Hrsg.). *Suizidprävention und Sterbehilfe* (S. 55-60). Berlin: Ullstein Mosby.

- Meixner-Wülker, E. (1992). AGUS: Angehörigengruppe um Suizid. Suizidprophylaxe, 19, 105-113.
- Meixner-Wülker, E. & ANGUS (Hrsg.) (o.J.). Angehörige um Suizid. Gegen die Mauer des Schweigens. Bonn: Didot.
- Mercer, S. O. (1989). Elder suicide: A national survey of prevention and intervention programs. Washington D.C.: American Association of Retired Persons.
- Merchel, J. (2001). Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit: Ein Lehr- und Arbeitsbuch. Münster: Votum.
- Miller, M. (1979). Suicide after sixty. The final alternative. New York: Springer.
- Möller, H. J. et al. (1994). Ambulante Nachbetreuung von Patienten nach Suizidversuch. Regensburg: Roderer.
- Montgomery, F. U. (1998). Im Zweifelsfall weiterbehandeln. Die neue Sterberichtlinie als Richtschnur in Grenzfällen. Focus, 38, 114.
- Moscicki, E. K. (1995). Epidemiology of suicidal behavior. Suicide and Life-Threatening Behavior, 25, 22-35.
- Motto, J. A. & Bostrom, A. (1997). Gender differences in completed suicide. Archives of Suicide Research, 3, 235-252.
- Müller, W. (2000). ... zum Beispiel der Berliner Krisendienst. Psychosoziale Umschau, 15 (2), 15-18.
- Müller, W. & Ruschke, C. (1997). Krisenbegleitung – Ein Konzept in der Praxis. In R. Freytag & M. Witte (Hrsg.). Wohin in der Krise? Orte der Suizidprävention (S. 57-71). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Müller-Spahn, F. & Hock, C. (1997). Neurobiologische Faktoren und somatische Aspekte der Depressionen im höheren Lebensalter. In H. Radebold et al. (Hrsg.). Depressionen im Alter (S. 12-17). Darmstadt: Steinkopff.
- Naegele, G. (1999). Neue Märkte und Berufe. Altern schafft Bedarf. In A. Niederfranke, G. Naegele & E. Frahm (Hrsg.). Funkkolleg Altern 2 (S. 435-478). Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Nakos-Info (1997). Juni-Heft, 31.
- National Research and Development Centre for Welfare and Health (Finland) (1993). Suicide can be prevented. A target and action strategy for suicide prevention. Helsinki.
- Niße, K. (1998). Psychisch krank im Alter. Die Versorgungssituation gerontopsychiatrischer Patienten in der BRD. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Oehmichen, M. (1995). Sterbebeistand – Tod auf Verlangen: Grenzen zwischen Medizin und Recht. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 28, 273-278.
- Osgood, N. J. (1992a). Suicide in later life. New York: Lexington Books.
- Osgood, N. J. (1992b). Environmental factors in suicide in long-term care facilities. Suicide and Life-Threatening Behavior, 22, 98-106.

- Osgood, N. J., Brant, B. A. & Lipman, A. (1991). Suicide among the elderly in long-term care facilities. Westport: Greenwood.
- Osgood, N. J. & Corey, N. R. (1994). Suicidal elders in long-term care facilities: Preventive approaches and management. In D. Lester & M. Tallmer (Eds.). Now I lay me down. Suicide in the elderly (S. 123-155). Philadelphia: The Charles Press.
- Peters, M. & Lange, C. (1997). Empirische Ergebnisse zur Psychotherapiemotivation älterer Patienten. In H. Radebold et al. (Hrsg.). Depressionen im Alter (S. 282-284). Darmstadt: Steinkopff.
- Pierce, D. W. (1996). Repeated deliberate self-harm in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 983-986.
- Pinquart, M. (1996). Die Auseinandersetzung mit Kontakteinschränkungen im Alter. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 28, 54-66.
- Plutchik, R. et al. (1996). Clinical measurement of suicidality and coping in late life. In G. J. Kennedy (Ed.). Suicide and depression in late life (S. 83-102). New York: John Wiley.
- Pöldinger, W. J. (1982). Erkennung und Beurteilung der Suizidalität. In C. Reimer (Hrsg.). Suizid: Ergebnisse und Therapie (S. 13-23). Berlin: Springer.
- Pohlmeier, H. (1992). Suizidraten im Alter und ihre Interpretation. In I. Friedrich & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.). Suizid im Alter (S. 55-61). Darmstadt: Steinkopff.
- Pritchard, C. (1992). Changes in elderly suicides in the USA and the developed world 1974-87: Comparison with current homicide. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 125-134.
- Quill, T. E. et al. (1998). The debate over physician-assisted Suicide: Empirical data and convergent views. *Annals of Internal Medicine*, 128, 552-558.
- Radebold, H. (1990). Alterspsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven. In R. D. Hirsch (Hrsg.). Psychotherapie im Alter (S. 33-42). Bern: Huber.
- Radebold, H. (1992). Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Psychodynamische Sicht und psychoanalytische Psychotherapie 50- bis 75-jähriger. Berlin: Springer.
- Radebold, H. (1998). Psychotherapeutische Behandlungsmethoden bei über 60-jährigen Menschen. In A. Kruse (Hrsg.). Psychosoziale Gerontologie, Bd. 2. Intervention (S. 155-167). Göttingen: Hogrefe.
- Radebold, H. et al. (1987). Zur psychotherapeutischen Behandlung älterer Menschen. Freiburg: Lambertus.
- Radebold, H. et al. (1997). Depressionen im Alter. Darmstadt: Steinkopff.
- Rao, R. et al. (1997). Suicidal thinking in community residents over eighty. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 337-343.

- Reichenwallner, M., Glatzer, W. & Bös, M. (1991). Die Einbindung älterer Menschen in familiäre, nachberufliche und andere soziale Netzwerke in bezug auf empfangene und geleistete materielle und immaterielle Unterstützungen und Hilfen. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). Expertisen zum ersten Teilbericht der Sachverständigenkommission zur Erstellung des ersten Altenberichts der Bundesregierung (S. 1-56). Berlin.
- Reimer, C. (1985). Psychotherapie der Suizidalität. In W. Pödingner & H. Henseler (Hrsg.). Psychiatrische Aspekte suizidalen Verhaltens. Köln: Tropon.
- Reimer, C. (1992). Tiefenpsychologische Einzeltherapie bei Suizidpatienten. In H. Wedler, M. Wolfersdorf & R. Welz. Therapie bei Suizidgefährdung – Ein Handbuch (S. 85-98). Regensburg: Roderer.
- Reimer, C. & Arentewicz, G. (1993). Kurztherapie nach Suizidversuch. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: Springer.
- Remmers, H. (1998). Handeln oder Unterlassen. Ethische Probleme der Sterbehilfe. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31, 45-51.
- Reynolds, F. M. T. & Berman, A. L. (1996). An empirical typology of suicide. Archives of Suicide Research, 2, 97-109.
- Ribbe, M. W., Muller, M. T. & van der Wal, G. (1995). Euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands with special focus on nursing homes. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 8, 71-75.
- Richman, J. (1992). A rational approach to rational suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior, 22, 130-141.
- Richman, J. (1996). Psychotherapeutic approaches to the depressed and suicidal older person and family. In G. J. Kennedy (Ed.). Suicide and depression in late life (S. 103-117). New York: John Wiley.
- Rifai, A. H., Reynolds, C. F. & Mann, J. J. (1992). Biology of elderly suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior, 22, 48-61.
- Rifai, A. H. et al. (1994). Hopelessness in suicide attempters after acute treatment of major depression in late life. American Journal of Psychiatry, 151, 1687-1690.
- Ringel, E. (1953). Der Selbstmord – Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Wien: Maudrich.
- Ringel, E. (1969). Selbstmordverhütung. Bern: Huber.
- Ritzel, G. (1998) (Hrsg.). Beihilfe zum Suizid. Ein Weg im Streit um Sterbehilfe? Regensburg: Roderer.
- Rössler, W. (1992). Institutionalisierte Hilfeeinrichtungen für Menschen in suizidalen Krisen. In H. Wedler, M. Wolfersdorf & R. Welz. Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch (S. 281-292). Regensburg: Roderer.
- Sachs, G. A. et al. (1995). Good care of dying patients: The alternative to physician-assisted suicide and euthanasia. Journal of the American Geriatrics Society, 43, 553-562.

- Salib, E. (1997). Elderly suicide and weather conditions: Is there a link? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 937-941.
- Schäfer, A. T. (1994). Zur Frage der ärztlichen und nichtärztlichen Hilfe zur Selbsttötung. *Gesundheitswesen*, 56, 272-275.
- Schmidt, R. & Winkler, A. (1998) (Hrsg.). Ansätze zur Weiterentwicklung der ambulanten pflegerischen Versorgungsstruktur. Regensburg: Transfer.
- Schmidt, R. et al. (1999). Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune. Frankfurt: Mabuse.
- Schmidt, W. et al. (1997). Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit in der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 30, S. 430-438.
- Schmidtke, A. (1995). Suizid- und Suizidversuchsraten in Deutschland. In M. Wolfersdorf & W. P. Kaschka (Hrsg.). *Suizidalität – Die biologische Dimension* (S. 17-32). Berlin: Springer.
- Schmidtke, A. (1997). Perspective: Suicide in Europe. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27, 127-136.
- Schmidtke, A. & Schaller, S. (1991). Modelle der Kovariation und möglicher Kausalbeziehungen zwischen somatischen Erkrankungen und suizidalem Verhalten und methodische Probleme ihrer Evaluation. In H. Wedler & H. J. Möller (Hrsg.). *Körperliche Krankheit und Suizid* (S. 43-85). Regensburg: Roderer.
- Schmidtke, A. & Weinacker, B. (1991). Suizidraten, Suizidmethoden und unklare Todesursachen alter Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie*, 24, 3-11.
- Schmidtke, A. & Weinacker, B. (1994). Suizidalität in der Bundesrepublik und in den einzelnen Bundesländern: Situation und Trends. *Suizidprophylaxe*, 1, 4-16.
- Schmidtke, A. & Weinacker, B. (1995). „Fehlerquellen und Mißverständnisse bei der Berechnung von Suizidhäufigkeiten im Alter“. Ein Kommentar zum Beitrag von R. WELZ in *Suizidprophylaxe*, 22, 47-52. *Suizidprophylaxe*, 22, 108-110.
- Schmidtke, A. et al. (1996). Attempted suicide in Europe: Rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 327-338.
- Schmidtke, A., Weinacker, B. & Fricke, S. (1998). Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen in Deutschland. *Suizidprophylaxe*, Sonderheft, 37-49.
- Schmidtke, A. et al. (1998). Suicide rates in the world (update). www.uni-wuerzburg.de/IASR/suicide-rates.htm
- Schmidtke, A. et al. (1999). Suicide rates in the world: Update. *Archives of Suicide Research*, 5, 81-89.

- Schneider, L. S. (1996). Biological communalities among aging, depression and suicidal behavior. In G. J. Kennedy (Ed.). *Suicide and depression in late life* (S. 39-50). New York: John Wiley.
- Schreiber, H. L. (1996). Das Recht auf den eigenen Tod – Zur gesetzlichen Neuregelung der Sterbehilfe. *Zeitschrift für Strafrecht*, 6, 337-384.
- Schuldt, K. H. (1989). Ergänzende und alternative Modelle der ambulanten Krisenintervention bei Suizidalität. *Therapiewoche*, 39, 2973-2979.
- Schulz-Nieswandt, F. (1997). Die Person und die Welt zwischen Existenz, Tod und Suizid. Sozialpolitische Dimensionen und anthropologische Aspekte des Alterssuizids zwischen Versorgungssicherstellung, Vernetzung und sozialer Integration. Regensburg: Transfer.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Seidlitz, L. et al. (1995). Attitudes of older people toward suicide and assisted suicide: An analysis of Gallup poll findings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 993-998.
- Shah, A. & Ganesvaran, T. (1997). Psychogeriatric inpatient suicides in Australia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 15-19.
- Silverman, M. M. & Felner, R. D. (1995a). The place of suicide prevention in the spectrum of intervention: Definitions of critical terms and constructs. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 70-81.
- Silverman, M. M. & Felner, R. D. (1995b). Suicide prevention programs: Issues of design, implementation, feasibility, and developmental appropriateness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 92-104.
- Silverman, M. M. & Maris, R. W. (1995). The prevention of suicidal behaviors: An overview. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 10-21.
- Skoog, I. et al. (1996). Suicidal feelings in a population sample of nondepressed 85-year-olds. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1015-1021.
- Snowdon, J. (1997). Suicide rates and methods in different age groups: Australian data and perceptions. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 253-258.
- Sonneck, G. (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas.
- Sonneck, G. & Etzersdorfer, E. (1992). Krisenintervention. In H. Wedler, M. Wolfersdorf & R. Welz. *Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch* (S. 57-70). Regensburg: Roderer.
- Sonnen, B. R. (1995). Sterbehilfe als strafbare vorsätzliche Tötung oder als straflose Suizidbeteiligung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 28, 279-284.
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden (1998) (Hrsg.). *Statistisches Jahrbuch für Deutschland 1998*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden (1999). *Selbstmord und Selbstbeschädigung: Sterbeziffer je 100.000 Einwohner nach Bundesgebieten, Geschlecht und 5-Jahres-Altersgruppen 1997*. www.gbe-bund.de

- Statistisches Bundesamt Wiesbaden (2000). Todesursachenstatistik 1998 Deutschland (vorläufiges Ergebnis). www.statistik-bund.de
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden (2001). Anzahl der Gestorbenen (Todesursachenstatistik des StBA) absolut durch vorsätzliche Selbstbeschädigung – Pos. Nr. X60-X64 der ICD-10 – Deutschland 1998 bis 1999. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden (2001). Sterbeziffer je 100.000 Einwohner. Vorsätzliche Selbstbeschädigung (Pos.Nr. X60-X64 der ICD-10) Deutschland 1998 bis 1999. Wiesbaden.
- Statistisches Landesamt Nordrhein-Westfalen (1997) (Hrsg.). Statistisches Jahrbuch Nordrhein-Westfalen 1997. Düsseldorf.
- Staudinger, U. M. & Freund, A. M. (1998). Krank und „arm“ im hohen Alter und trotzdem guten Mutes? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 78-85.
- Steinhagen-Thiessen, E. & Borchelt, M. (1996). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.). *Die Berliner Altersstudie* (S. 151-184). Berlin: Akademie Verlag.
- Stuhlmann, W. & Hinze, E. (1997). Psychotherapeutische Behandlungskonzepte und -erfahrungen – Vorbemerkungen. In H. Radebold et al. (Hrsg.). *Depressionen im Alter* (S. 163-164). Darmstadt: Steinkopff.
- Summa, J. D. (1988). Körperliche Erkrankungen als Risikofaktoren von Suizidhandlungen im Alter. In K. Böhme & E. Lungershausen (Hrsg.). *Suizid und Depression im Alter* (S. 118-129). Regensburg: Roderer.
- Swedish National Council for Suicide Prevention (1997). Support in suicidal crises: The Swedish national program to develop suicide prevention. *Crisis*, 18, 65-72.
- Tallmer, M. (1994). Individual and group therapy for the suicidal older person. In D. Lester & M. Tallmer (Eds.). *Now I lay me down. Suicide in the elderly* (S. 56-72). Philadelphia: The Charles Press.
- Taylor, S. J., Kingdom, D. & Jenkins, R. (1997). How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 457-463.
- Teising, M. (1992a). Alt und Lebensmüde – Suizidneigung bei älteren Menschen. München: Reinhardt.
- Teising, M. (1992b). Psychodynamik und Krisenintervention bei Suizidalität im höheren Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontologie*, 25, 386-390.
- Teising, M. (1994). Psychoanalytische Überlegungen zur Suizidalität im höheren Lebensalter. *Suizidprophylaxe*, 1, 26-33.
- Teising, M. (1996). Suizid im Alter – Männersache. *Psychodynamische Überlegungen zur Erklärung einer statistischen Auffälligkeit. psychosozial*, 19, 43-51.
- Teising, M. (1997). Psychotherapeutische Aspekte der Alterssuizidalität. In H. Radebold et al. (Hrsg.). *Depressionen im Alter* (S. 147-149). Darmstadt: Steinkopff.

- Teising, M. (1998). Psychotherapie suizidgefährdeter Menschen im höheren Lebensalter – eine psychoanalytisch orientierte Konzeption. In A. Kruse (Hrsg.). *Psychosoziale Gerontologie*. Bd. 2. Intervention (S. 194-207). Göttingen: Hogrefe.
- Teising, M. (1999). Suizid im Alter ist Männersache. Psychodynamische Überlegungen zur Erklärung. In G. Fiedler & R. Lindner (Hrsg.). *So hab ich doch was in mir, das Gefahr bringt. Perspektiven suizidalen Erlebens* (S. 99-120). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Tenter, J. (1994). Suizid und Selbstaufgabe bei gerontopsychiatrischen Patienten. *Suizidprophylaxe*, 1, 34-38.
- Tews, H. P. (1999). Von der Pyramide zum Pilz. Demographische Veränderungen in der Gesellschaft. In A. Niederfranke, G. Naegele & E. Frahm (Hsg.). *Funkkolleg Altern 1* (S. 137-186). Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Torhorst, A. (1992). Gruppenpsychotherapie mit Suizidalen. In H. Wedler, M. Wolfersdorf & R. Welz. *Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch* (S. 123-132). Regensburg: Roderer.
- Trägerverbund „Krisenversorgung des Landes Berlin“ (1998/99). *Konzeption einer ambulanten Krisenversorgung für Berlin*. Berlin: Manuskript.
- Trebert, M. (1991). *Psychiatrische Altenpflege. Ein praktisches Lehrbuch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Uncapher, H. et al. (1998). Hopelessness and suicidal ideation in older adults. *The Gerontologist*, 38, 62-70.
- Upanne, M., Hakanen, J. & Rautava, M. (1999). Can suicide be prevented? The suicide prevention project in Finland 1992-1996: Goals, implementation and evaluation. Helsinki: STAKES.
- Utsch, M. (1992). Religiosität im Alter: Forschungsschwerpunkte und methodische Probleme. *Zeitschrift für Gerontologie*, 25, 25-31.
- Vogel, R et al. (1993). Zum Suizid alter Menschen im psychiatrischen Krankenhaus. In H. J. Möller & A. Rohde (Hrsg.). *Psychische Krankheit im Alter* (S. 599-600). Berlin: Springer.
- Wächtler, C. (1992). Die besondere therapeutische Situation bei suizidalen alten Menschen. In H. Wedler, M. Wolfersdorf & R. Welz. *Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch* (S. 149-158). Regensburg: Roderer.
- Wächtler, C. (1997a). Suizidalität im Alter. *Evangelische Impulse*, 4, 11-13.
- Wächtler, C. (1997b). Therapeutische Strategien bei Depression und Suizidalität im Alter – Ein Überblick. In H. Radebold et al. (Hrsg.). *Depressionen im Alter* (S. 141-144). Darmstadt: Steinkopff.
- Wagner, M., Schütze, Y. & Lang, F. R. (1996). Soziale Beziehungen alter Menschen. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.). *Die Berliner Altersstudie* (S. 301-319). Berlin: Akademie Verlag.
- Wedler, H. (1992). Behandlung von Suizidpatienten im Allgemeinkrankenhaus. In H. Wedler, M. Wolfersdorf & R. Welz. *Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch* (S. 293-304). Regensburg: Roderer.

- Wedler, H. (1994). Krisenintervention bei Suizidpatienten. *Pflegezeitschrift*, 47, 19-23.
- Wedler, H. (1995). Suizidprävention in Europa. *Suizidprophylaxe*, 22, 99-103.
- Wedler, H. (1996). Warum ein altes Thema neuer Diskussion bedarf. In F. Anschütz & H. Wedler (Hrsg.). *Suizidprävention und Sterbehilfe* (S. 5-9). Berlin: Ullstein Mosby.
- Wedler, H. (1997). Grundprinzipien der Krisenintervention. In T. Giernalcyk (Hrsg.). *Suizidgefahr – Verständnis und Hilfe* (S. 47-54). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Wedler, H. (1998). Leitlinien zum Qualitätsmanagement in der Krisenintervention. In T. Giernalcyk & R. Freytag (Hrsg.). *Qualitätsmanagement von Krisenintervention und Suizidprävention* (S. 168-178). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wedler, H., Wolfersdorf, M. & Welz, R. (1992). *Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch*. Regensburg: Roderer.
- Wehkamp, K.H. (1998). Ärztliche Entscheidungen am Lebensende und Suizid. In G. Ritzel (Hrsg.). *Beihilfe zum Suizid. Ein Weg im Streit um Sterbehilfe?* (S. 62-68). Regensburg: Roderer.
- Welz, R. (1995). Standardisierte Raten, rohe Raten, Altersbänder und Quoten. Fehlerquellen und Missverständnisse bei der Berechnung von Suizidhäufigkeiten im Alter. *Suizidprophylaxe*, 2, 47-52.
- Welz, R. (1995). Replik auf den Kommentar von SCHMIDTKE und WEINACKER auf meinen Artikel „Fehlerquellen und Mißverständnisse bei der Berechnung von Suizidhäufigkeiten im Alter“. *Suizidprophylaxe*, 3, 108-112.
- Welz, R. & Vössing, G. (1988). Suizide im Alter: Veränderungen der Suizidziffern älterer Menschen in der BRD im zeitlichen Verlauf von 1953 bis 1986. *Nervenarzt*, 59, 709-713.
- Wendt, W. R. (1991). *Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit*. Freiburg: Lambertus.
- Wernicke, T. F. et al. (1997). Prävalenz von Depressionen im Alter – Die Berliner Altersstudie (BASE). In H. Radebold et al. (Hrsg.). *Depressionen im Alter* (S. 81-83). Darmstadt: Steinkopff.
- Wesel, U. (1998). Sterbehilfe. Der Mensch darf zum Leiden nicht gezwungen werden. *DIE ZEIT*, Nr. 31, 23. 07. 1998.
- Wiedenmann, A. & Weyerer, S. (1993). The impact of availability, attraction and lethality of suicide methods on suicide rates in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 88, 364-368.
- Wissert, M. (1998). Wer ist der richtige Case Manager? Anforderungs- und Handlungsprofile bei der Hilfeplanung für die ambulante Pflege und Versorgung alter Menschen. In R. Schmidt et al. (Hrsg.). *Neue Steuerungen in Pflege und Sozialer Altenarbeit* (S. 321-331). Regensburg: Transfer.

- Witte, M. (1991). Strukturen von Einrichtungen der Suizidentenbetreuung in der Bundesrepublik Deutschland. In M. Wolfersdorf (Hrsg.). Suizidprävention und Krisenintervention als medizinisch-psychosoziale Aufgabe (S. 89-108). Regensburg: Roderer.
- Witte, M. (1998). Krisenintervention und Suizidprävention. In T. Giernalcyk & R. Freytag (Hrsg.). Qualitätsmanagement von Krisenintervention und Suizidprävention (S. 157-167). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wolfersdorf, M. (1992). Hilfreicher Umgang mit Depressiven. Göttingen: Hogrefe.
- Wolfersdorf, M. (1994). Suizidologie als moderne Wissenschaft. Suizidprophylaxe, 2, 47-53.
- Wolfersdorf, M. (1995). Umgang mit suizidalen älteren Menschen. In R. D. Hirsch et al. (Hrsg.). Gerontopsychiatrie im Wandel: Vom Defizit zur Kompetenz (S. 197-203). Melsungen: Bibliomed.
- Wolfersdorf, M. (1996a). Suizidalität – Begriffsbestimmung und Entwicklungsmodelle suizidalen Verhaltens. In M. Wolfersdorf & W. P. Kaschka (Hrsg.). Suizidalität – Die biologische Dimension (S. 1-16). Berlin: Springer.
- Wolfersdorf, M. (1996b). Suizid – ein Akt menschlicher Kreativität oder Ausdruck psychischer Störungen? Suizidprophylaxe, 23, 122-128.
- Wolfersdorf, M. (1997). Medikamentöse Behandlung von depressiven Syndromen mit Suizidalität im Alter. In H. Radebold et al. (Hrsg.). Depressionen im Alter (S. 145-146). Darmstadt: Steinkopff.
- Wolfersdorf, M. (1998). Suizidalität und Depression – Anmerkungen zur Psychopathologie und Pharmakotherapie. Suizidprophylaxe, 25, 170-175.
- Wolfersdorf, M. (1999). Mann und Suizid. Unveröff. Manuskript.
- Wolfersdorf, M. (o. J.). Depression und suicidal behaviour. Psychological differences between suicidal and non-suicidal depressive patients. Archives of Suicide Research. www.priory.com/adsui3.htm
- Wolfersdorf, M. (2000). Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Wolfersdorf, M. & Mäulen, B. (1992). Suizidprävention bei psychisch Kranken. In H. Wedler, M. Wolfersdorf & R. Welz. Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch (S. 175-198). Regensburg: Roderer.
- Wolfersdorf, M. & Welz, R. (1997). Suizidalität im höheren Lebensalter. In H. Förstl (Hrsg.). Lehrbuch der Gerontopsychiatrie (S. 419-426). Stuttgart: Enke.
- Wolfersdorf, M. & Moos, M. (1999). Ambulante Versorgung von Patienten mit schweren psychischen Störungen – Psychose kranke, depressive und suizidale Patienten und ihre Betreuung im ambulanten allgemeinärztlichen Bereich. Suizidprophylaxe, 26, 44-48.

- Wolfersdorf, M., Zeschick, L. & Fröscher, W. (1991). Körperliche Krankheit und Suizid – Literaturübersicht und kritische Anmerkungen. In H. Wedler & H. J. Möller (Hrsg.). Körperliche Krankheit und Suizid (S. 9-23). Regensburg: Roderer.
- Wolfersdorf, M. et al. (1992). Suizidprävention im Psychiatrischen Krankenhaus. In H. Wedler, M. Wolfersdorf & R. Welz. Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch (S. 305-326). Regensburg: Roderer.
- Wolter-Henseler, D. K. (1998). „Man kann ja doch nichts dagegen tun“. Sucht und Mißbrauch bei alten Menschen. *Mabuse*, 11, 353-360.
- Zank, S. & Niemann-Mirmehdi, M. (1998). Psychotherapie im Alter: Ergebnisse einer Befragung von Psychotherapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 125-129.
- Zweig, R. A. & Hinrichsen, G. A. (1993). Factors associated with suicide attempts by depressed older adults: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1687-1692.