

# 5 Suizidprävention für alte Menschen

Reinhard Lindner<sup>1</sup>, Uwe Sperling<sup>2</sup>, Arno Drinkmann<sup>3</sup>, Daniela Hery<sup>4</sup>, Silvia Renken<sup>5</sup>, Barbara Schneider<sup>6</sup>, Tilmann Supprian<sup>7</sup>, Martin Teising<sup>8</sup>

1 Prof. Dr., Universität Kassel, Institut für Sozialwesen

2 Dr., Universitätsmedizin Mannheim, IV. Medizinische Klinik, Geriatisches Zentrum

3 Prof. Dr., Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, Fakultät für Soziale Arbeit

4 LLM (Medizinrecht), c/o Bernard Korn & Partner, Rechtsanwälte und Fachanwälte

5 Dipl.-Psych., lfd. Psychologin, Klinik für Gerontopsychiatrie, Asklepios Klinikum Nord Ochsenzoll,

6 Prof. Dr., LVR-Klinik Köln, Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie

7 Prof. Dr., Abteilung Gerontopsychiatrie, LVR Klinikum Düsseldorf,

8 Prof. Dr., Bad Hersfeld

**ZUSAMMENFASSUNG** „Der Suizid trägt die Handschrift des Alters“ – dieser Leitsatz bezeichnet nicht nur die epidemiologische Realität hoher Suizidraten, insbesondere der Männer im hohen Alter, sondern auch die Spezifika der Suizids und der Suizidalität im Alter: Die Verbindung von lebensgeschichtlichen Prägungen und aktuellen, altersspezifischen Belastungen, wie z. B. die Häufung von Trennungen und Verlusten, wie auch von körperlichen Erkrankungen, deren psychosoziale Folgen das alltägliche Leben erheblich beeinträchtigen können. Trotz dieser bedeutsamen Faktoren sind Alterssuizidalität und der Suizid im Alter immer noch erheblich tabuisiert. Zentral ist dabei, dass das Versorgungssystem für suizidale alte Menschen in Deutschland unzureichend ist: Diese Bevölkerungsgruppe findet besonders schlecht Hilfe. Aber auch die Risikogruppen für Suizid im Alter werden nur schlecht erkannt und angesprochen. Zudem ist die gesellschaftliche Toleranz, ja Befürwortung des Suizids im Alter, immer noch weit verbreitet, werden Suizidalität, Lebensmüdigkeit und Depressivität als „typisch“ für dieses Lebensalter verkannt. Spezifische Therapieansätze, Trainings sogenannter Gatekeeper und die Förderung einer gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit gelingendem Alter, mit Sterben und Tod können der Suizidprävention dienen.

**SCHLÜSSELWÖRTER** *Alterssuizid, Gerontophobie, Lebensmüdigkeit, Gatekeepertraining*

**ABSTRACT** “Suicide bears the imprint of old age”—this guiding principle not only describes the epidemiological reality of high suicide rates, especially among men in old age, but also the specifics of suicide and suicidal behaviour in old age: the combination of biographical imprints and current, age-specific pressures, such as the accumulation of separations and losses, as well as physical illnesses whose psychosocial consequences can significantly affect everyday life. Despite these significant factors, suicidal behaviour and suicide in old age are still considerably taboo. A central factor here is that the care system for suicidal old people in Germany is inadequate: this population group finds it particularly difficult to find help. But the risk groups for suicide in old age are also poorly recognized and addressed. In addition, social tolerance and even advocacy of suicide in old age is still widespread, and suicidal tendencies, life weariness and depression are misunderstood as “typical” for this age group. Specific therapeutic approaches, training of gatekeepers and the promotion of a social discussion about successful old age, about dying and death can help to prevent suicide.

**KEY WORDS** *old age suicide, gerontophobia, life weariness, gatekeeper training*

## Suizidalität im Alter<sup>4</sup>

Suizidhandlungen und ihre Folgen im Alter sind ein gesundheitspolitisches Problem, das oft unterschätzt wird. Jährlich nehmen sich in Deutschland rund 3.500 über 65-Jährige das Leben. Dies entsprach 2019 gut 39% aller Suizide. Da der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung knapp 22% betrug, ist diese Rate überproportional hoch (siehe Tabelle 5.1). Deshalb gehört die Gruppe der älteren Menschen zu den Hochrisikogruppen für Suizide. Diese Sachlage fordert dazu auf, die Suizidprävention im Alter stärker als bisher ins Blickfeld zu rücken und zu unterstützen.

Jährlich nehmen sich in Deutschland  
 rund **3.500** über 65-Jährige  
 das Leben.  
 Dies entsprach 2019 **39%** aller  
 Suizide.

	Suizide		Suizidraten	
	Bevölkerung 83.166.711	davon 65+ 18.090.682 (21,8%)	Bevölkerung	davon 65+
<b>Gesamt</b>	9.041	3.596 (39,4%)	10,87%	19,87%
<b>Männer</b>	6.842	2.684 (39,2%)	16,67%	33,85%
<b>Frauen</b>	2.199	912 (41,5%)	5,21%	8,97%

**Tabelle 5.1:** Suizide und Suizidraten (Suizide pro 100.000 Einwohner) 2019: Gesamtbevölkerung, ältere Menschen ab 65 Jahren. Bevölkerungszahlen sind kursiv dargestellt. Quelle: Statistisches Bundesamt 3.2021, eigene Berechnungen.

Besonders deutlich wird der Anstieg der Suizidraten in den Altersgruppen ab dem 70. bzw. ab dem 75. Lebensjahr, sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern. Bei den Männern im Alter von 85–89 Jahren lag die Suizidrate über viermal höher als bei den Männern insgesamt, wobei sich Männer aller Altersgruppen generell gut dreimal häufiger als Frauen suizidieren. Die mit Abstand meistgenutzte Suizidmethode war das Erhängen, gefolgt von Selbstvergiftung, Sturz aus der Höhe, Erschießen und weiteren Methoden. Nach wie vor spärlich sind Angaben zur Häufigkeit von Suizidversuchen. Schmidtke et al. (2009) errechneten für die Gruppe der Menschen ab 60 Jahren eine Rate von 1,7 Suizidver-

suchen auf 1 Suizid bei den Männern sowie von 3,2: 1 bei den Frauen in den Jahren 2005/2006. Diese Raten liegen deutlich unter denen der Gesamtbevölkerung; suizidale Handlungen haben im Alter offenbar häufiger einen tödlichen Ausgang.

Alterungsprozesse und die psychosozialen Folgen körperlicher Erkrankungen führen zu Funktionseinbußen und Einschränkungen, die mit zunehmender Belastung schwer zu kompensieren sind. Nachwirkungen von Lebenskrisen, körperlichen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, unerfüllte Lebenspläne, interpersonelle Konflikte sowie existenzielle Fragen

<sup>4</sup> Dieses Kapitel stützt sich im Wesentlichen auf Lindner, R., Hery, D., Schaller, S., Schneider, B. & Sperling, U. (Hrsg.). (2014). Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro). Heidelberg: Springer, auf das Memorandum der AG „Alte Menschen“ des NaSPro (2015) zum Thema „Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen“: <https://www.naspro.de/dl/memorandum2015.pdf> und auf Sperling, U. (2019). Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Suizidprophylaxe, 46, 4-14.

am Lebensende können Reaktionsweisen einer resignativ-suizidalen Abwendung vom Leben fördern. Dabei spielen qualitative Eigenschaften sozialer Beziehungen, wie ein Mangel an vertraulichen Gesprächen und emotionalem Austausch, eine zentrale Rolle. Suizidale alte Menschen wünschen sich Hilfe und Unterstützung zuerst aus dem Familienkreis und von Freundinnen und Freunden, denen sie vertrauen können, und wenden sich erst in zweiter Linie an andere (professionelle) Helferinnen und Helfer. Diejenigen alten Menschen, die diese sozialen Beziehungen vermissen, sozial isoliert sind und sich verlassen fühlen, tragen ein erhöhtes Risiko für Lebensmüdigkeit und Suizidalität. Ein zentrales Anliegen der Suizidprävention ist deshalb das Bemühen, die soziale Teilhabe alter Menschen in einem vertrauten Umfeld zu stärken.

Zudem vollziehen sich Alter und Altern stets in einem bestimmten historischen und gesellschaftlichen Umfeld. Gesellschaftliche Diskurse und Einflüsse auf Altersbilder haben massive Auswirkungen auf ältere Menschen und ihre soziale Umgebung. Immer noch führen einseitige und zudem negative Altersbilder zu erheblicher Altersdiskriminierung in vielen öffentlichen Diskursen.

### *Folgerungen für die Suizidprävention*

Krisenhilfe und Suizidprävention im sozialen Umfeld Älterer sind bis heute mit unterschiedlichen Zugangsproblemen behaftet. Zum einen nehmen alte Menschen professionelle psychosoziale Hilfsangebote relativ selten in Anspruch. Zum anderen wird die Häufigkeit und Bedeutung der Suizidalität älterer Menschen in der Öffentlichkeit unterschätzt. Aufsuchende Hilfsangebote sind regional sehr unterschiedlich ausgebaut. Der Suizid findet im Vergleich zu anderen Todesursachen im Alter als „seltene“ Todesursache wenig öffentliche Be-

achtung und wird eher toleriert als bei jüngeren Menschen. „Speziell Suizidhandlungen im Alter gelangen schnell in eine Grauzone von stillschweigender Toleranz angesichts der sogenannten ‚demographischen Überalterung der Gesellschaft‘ mit ihren realen und vermeintlichen Folgeproblemen für den einzelnen und die Solidargemeinschaft [...]“ (Erlemeier, 2001: 13).

Gesellschaftliche Prozesse können negative Einflüsse auf das Altern haben. Armut und Isolation stellen dabei besondere Problembereiche für suizidale Menschen dar. Diese können auch beim Blick in die Zukunft zu ungünstigen Entwicklungen führen. Es ist nicht auszuschließen, dass es zu einem Wandel von Lebens- und Solidarformen kommt, wenn in diesem Zusammenhang von den Älteren mehr Eigenleistung gefordert wird und zugleich ökonomische und soziale Sicherheiten nachlassen.

Eine Voraussetzung für gelingende Suizidprävention im Alter ist das Bemühen, Lebensqualität und Wohlbefinden unter erschwerten Lebensbedingungen möglichst lange zu erhalten. Hilfreich dabei können folgende Aspekte sein:

- Differenzierte Altersbilder zu kommunizieren und umzusetzen
- Sinnstiftende Rollen und Betätigungsfelder mit Älteren zu finden und auszubauen
- In frühzeitige Prävention und Gesundheitsförderung zu investieren
- Eigeninitiative und Selbstorganisation Älterer zu stärken
- Potenziale Älterer wahrzunehmen und gemeinschaftlich zu nutzen
- Alte Menschen in Krisen zu unterstützen und gemeinsam Auswege zu suchen

## 5.1 Aktueller Stand der Suizidprävention für alte Menschen

Zur Darstellung des Stands der Suizidprävention für alte Menschen werden im Folgenden zunächst die Problemlagen der Suizidalität alter Menschen dargestellt (Kapitel 5.1.1). Dabei wird ein Überblick über Risikofaktoren für Suizid und Suizidalität im Alter (Kapitel 5.1.1.1) und über relevante Felder der Suizidprävention dieser Bevölkerungsgruppe (Kapitel 5.1.1.2) gegeben. Danach werden die relevanten Akteurinnen und Akteure der Suizidprävention benannt (Kapitel 5.1.2). Sodann folgt die systematische Darstellung der laufenden Aktivitäten zur Suizidprävention in der Altenhilfe (Kapitel 5.1.3) und der aktuellen Richtlinien, Guidelines und Behandlungsempfehlungen (Kapitel 5.1.4). Auch wenn dieser Darstellung ein intensiver Rechercheprozess zugrunde liegt, so kann kein Anspruch auf Vollständigkeit gestellt werden.

### 5.1.1 Systematische Darstellung der quantitativen und qualitativen Problemlagen der Suizidalität alter Menschen

#### 5.1.1.1 Risikofaktoren

##### 5.1.1.1.1 Psychische und körperliche Erkrankungen als Risikofaktoren

Bisher wurde eine Vielzahl von Risikofaktoren für den Suizid im Alter identifiziert. Wie in anderen Lebensabschnitten auch (siehe Einleitung, S. 17), gehören in westlichen Ländern psychische Erkrankungen im Alter zu den wichtigsten Risikofaktoren für vollendeten Suizid. Daneben sind körperliche Erkrankungen bedeutsame alterstypische Risikofaktoren für Suizid im Alter (Mellqvist Fässberg et al., 2015).

Affektive Störungen gelten als die häufigsten psychischen Erkrankungen bei älteren durch Suizid Verstorbenen. Ältere Personen, die unter Depressionen leiden, haben ein stark erhöhtes Suizidrisiko, insbesondere dann, wenn sie wiederholt an Depressionen erkrankt

waren. Bestimmte Symptome wie Hoffnungslosigkeit, Wahnvorstellungen oder Schlafstörungen erhöhen das Suizidrisiko. Häufig wird übersehen und unterschätzt, dass knapp ein Drittel der älteren Suizidentinnen und Suizidenten unter einer Suchterkrankung leiden. Höheres Lebensalter gehört neben anderen Faktoren wie geringe soziale Unterstützung zu den Risikofaktoren für Suizid bei Alkoholabhängigkeit. Die häufigsten Suchtmittel im Alter sind Alkohol und Beruhigungsmittel. Das Suizidrisiko ist bei Suchterkrankungen stark erhöht. Zudem spielen Persönlichkeitsstörungen für Menschen im Alter von über 60 Jahren als Risikofaktoren für Suizid eine gewisse Rolle. Andere psychiatrische Erkrankungen wie Psychosen, Angsterkrankungen und Essstörungen sind für Suizidalität im Alter hingegen weniger von Bedeutung.

Trotz des relativ häufigen Vorkommens von dementiellen Erkrankungen im hohen Alter werden sie bei älteren durch Suizid Verstorbenen eher selten gefunden. Offenbar ist das Suizidrisiko kurz nach der Diagnosestellung am höchsten (Supprian, 2019).

Suizidales Verhalten tritt **2–3x** häufiger bei Personen mit chronischen Schmerzen als bei der Allgemeinbevölkerung auf.

Offensichtlich stärker als in anderen Altersgruppen spielen körperliche Erkrankungen bei Suizid im Alter eine Rolle (Lindner et al., 2014). Allgemein gilt, dass chronische Schmerzen wichtige Risikofaktoren für suizidales Verhalten sind (WHO, 2014). Suizidales Verhalten tritt zwei- bis dreimal häufiger bei Personen mit chronischen Schmerzen als bei der Allgemeinbevölkerung (Tang & Crane, 2006) auf. Sämtliche Krankheiten, die mit Schmerzen, Körperbehinderung, neurologischen Entwicklungsstörungen und seelischer Belastung verbunden sind, erhöhen das Suizidrisiko (Stenager &

Stenager, 2009). Dazu gehören Krebs, Diabetes und HIV/AIDS. Dieser Befund zeigt sich besonders im Alter: Todeswünsche im Alter sind besonders bei chronischen Schmerzerkrankungen, wie rheumatoider Arthritis, bei Lungenfunktionsstörungen mit Luftnot und bei Blasen-/Prostatacarcinomen (hier besonders bei den „jungen Alten“ häufiger [Lapierre et al., 2015]). Bei Krebserkrankungen ist das Suizidrisiko besonders im ersten Jahr nach der Diagnosestellung und bei Metastasierung erhöht (siehe auch Kapitel „Suizidprävention in der medizinischen Versorgung“, S. 170).

#### 5.1.1.1.2 Soziale Risikofaktoren

Generell sind Lebenssituationen, die mit geringerer sozialer Integration einhergehen, Risikofaktoren für Suizid. So haben Unverheiratete ein erhöhtes Suizidrisiko; auch Migration kann unter bestimmten Bedingungen ein Risikofaktor für Suizid sein. Auch spezifische belastende Lebensereignisse erhöhen das Suizidrisiko, wie familiäre Konflikte und finanzielle Probleme. Nach Verlust von nahestehenden Personen können langanhaltende Trauerprozesse, Isolation und Einsamkeit zur Entstehung von suizidaler Gefährdung beitragen.

Frühere Suizidversuche und traumatische Erlebnisse wie körperlicher oder emotionaler Missbrauch gehen mit einem gesteigerten Suizidrisiko einher. Zwar nicht durch empirische Daten belegt, jedoch aus vielen Kasuistiken recht wahrscheinlich ist die Annahme, dass Suizidalität gerade in der Generation der „Kriegskinder“ (Radebold et al., 2006; Peters et al., 2019) eine nicht unerhebliche Rolle spielt. Traumatische (Verlust-)Ereignisse, Gewalterfahrungen und lebensbedrohliche Erlebnisse können sowohl zu lebenslangen psychischen Problemen mit Suizidalität als auch zu neu auftretendem suizidalen Erleben im Alter führen (Briggs et al., 2012).

Suizid und Suizidversuche bei Freundinnen und Freunden oder Angehörigen oder Berichte darüber in den Medien (sogenannte Cluster-Suizide bzw. der Werther-

Effekt) können suizidales Verhalten begünstigen (siehe Bericht der TPG „Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit“, S. 61).

Eine gerade im Alter besonders gefährdete Gruppe bilden Männer, meist ohne langanhaltende, kontinuierliche Partnerschaft, wobei diese auch entweder durch Tod der Partnerin oder des Partners oder Scheidung verloren worden sein konnte, oder aber nie eine Partnerschaft eingegangen wurde. Dabei ist sozialpsychologisch relevant, dass diese Männer zu geringe Kompetenzen haben, um Konflikte in Partnerschaften durch Austausch und Gespräch miteinander zu bewältigen (Canetto, 1991, 1994). Hinzu kommen riskanter Alkoholkonsum oder Alkoholabhängigkeit. Eine ebenfalls nicht zu vernachlässigende Gruppe stellen alte Paare mit massiven, oftmals langanhaltenden interpersonellen Konflikten dar, die nicht interaktionell gelöst oder befriedet werden können.

#### 5.1.1.2 Schwerpunkte der Suizidalität im Alter

##### 5.1.1.2.1 Suizid während stationär- psychiatrischer Behandlung

Die Gerontopsychiatrie ist eine Fachdisziplin innerhalb der Psychiatrie, die sich besonders mit der psychischen Gesundheit Älterer befasst. Neben der Diagnostik und Therapie dementieller Erkrankungen liegt ein Fokus der vorwiegend stationären Institutionen auf der Diagnostik und Behandlung affektiver Störungen. Suizidprävention in der Gerontopsychiatrie stellt eine wichtige Aufgabe dar; hier ist der Anteil akut suizidaler alter Menschen, bezogen auf alle medizinischen Bereiche, besonders hoch. Keine andere medizinische Disziplin behandelt so viele suizidale Ältere, und in keiner anderen medizinischen Disziplin finden sich auch anteilmäßig so viele Suizide Älterer. Auch die professionelle Kompetenz hinsichtlich psychotherapeutischer und psychiatrischer Diagnostik und Therapie ist in der Gerontopsychiatrie besonders hoch.

### Bedeutung der Suizidalität in der Gerontopsychiatrie:

In einer der neun psychiatrischen Kliniken des Landschaftsverbands Rheinland (LVR) werden systematisch die Meldungen von Suiziden älterer psychiatrisch-stationärer Patientinnen und Patienten (als sogenanntes „Besonderes Vorkommnis“) im Zeitraum von 1995–2014 ausgewertet. Sie ergaben eine Zahl von 103 Kliniksuiziden älterer Menschen (> 65 Jahre) innerhalb einer Gesamtstichprobe von 551 Suiziden jedes Alters. Die Untersuchung zielte auf die Identifikation möglicher Risikofaktoren, da insbesondere im stationären Behandlungssetting suizidpräventive Maßnahmen strukturell und organisatorisch besonders gut umsetzbar erscheinen. Geplant ist eine erweiterte Analyse aller Suizide auf der Grundlage der Krankenakten. Ziel ist die flächendeckende Förderung der Suizidprävention in allen gerontopsychiatrischen Abteilungen Deutschlands.

#### 5.1.1.2 Suizidalität in der Geriatrie

Die Geriatrie befasst sich als Fach der Medizin vorwiegend mit dem körperlich kranken, alten Menschen, wobei der Fokus auf Multimorbidität und Immobilität liegt. Die Besonderheit des geriatrischen Zugangs besteht in einem funktionellen, lebensweltorientierten und biopsychosozialen Blick auf die Patientin und den Patienten, vor einer morbiditätsspezifischen Perspektive. Dies führt zu multiperspektivischen und multiprofessionellen Behandlungsansätzen mit Integration psychiatrischer und psychosomatischer Aspekte. Lebensmüdigkeit und Suizidalität spielen in der stationären und ambulanten Geriatrie eine wichtige Rolle. 5–30% der stationär-geriatrischen Patientinnen und Patienten sind zumindest kurzfristig lebensmüde oder suizidal (Burkhardt et al., 2003; Sperling et al., 2009). Gezeigt werden konnte aber auch, dass Lebensmüdigkeit und Suizidalität bei einem Teil der Patientinnen und Patienten im Lauf der geriatrischen Behandlung veränderbar war (Sperling et al., 2009). Die psychosozialen Folgen körperlicher Erkrankungen (insbesondere Schmerzen) wie auch Beziehungsprobleme und Depressivität spielen dabei auslösend eine zentrale Rolle (Lindner et al., 2014). Gerade interaktionelle Probleme suizidaler Patientinnen und Patienten inszenieren sich auch im klinischen Alltag (Lindner et al., 2012). Eine für diesen Bericht durchgeführte Online-Befragung von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) konnte aufzeigen, dass

Lebensmüdigkeit, Suizidalität, Suizidversuche und auch der Suizid relevante Erfahrungen von Geriaterinnen und Geriatern sind und dass ein größeres Ausmaß an theoretischem Verständnis, klinisch-praktischen Kenntnissen und Zusammenarbeit im Feld der Behandlung suizidaler geriatrischer Patientinnen und Patienten und der Suizidprävention im Alter dringend gewünscht wird.

#### 5.1.1.3 Suizidalität in der ambulanten Altenpflege

Suizidalität und Lebensmüdigkeit spielt auch in der ambulanten Altenpflege eine nicht unerhebliche Rolle. Hier sind die professionellen Beziehungen oftmals auf eine längere Dauer angelegt, die Pflege führt häufig auch nicht zu einer deutlichen Verbesserung, sondern dient oftmals der Konsolidierung eines eingeschränkten Status quo. Zudem sind vielfältige Beziehungen zu beachten, nicht nur zu den zu Pflegenden, sondern auch zu (pflegenden) Angehörigen, Verwandten und Bekannten/Freundinnen bzw. Freunden. In diesem komplexen sozialen und pflegerischen Feld ist die Kommunikation über belastende Inhalte wie Suizidgedanken, Wünsche nach Assistenz beim Suizid bis hin zur Tötung auf Verlangen, schwierig. Oftmals stoßen Altenpflegekräfte an Grenzen. Die wissenschaftliche Untersuchung des altenpflegerischen Feldes der Suizidprävention ist noch nicht ausreichend.

### Theorie-/Praxisbeispiel: Kurzinfo „für die Kitteltasche“

Ein studentisches Projekt der Entwicklung eines Suizidpräventionstools aus dem BA-Studiengang „Soziale Arbeit“ des Instituts für Sozialwesen der Universität Kassel führte eine Befragung von Fachkräften der ambulanten Altenpflege durch. Die hier erhobenen Ergebnisse weisen auf folgende Optionen hin: Zeitnahe und kurze Information, Supervision und Fortbildung zum Thema Lebensmüdigkeit und Suizidalität werden gewünscht, z. B. als Beratungshotline für Professionelle oder auch eine Kurzinfo „für die Kitteltasche“. Zudem wird auf die Bedeutung der Hilfen für Angehörige hingewiesen (genauere Darstellung siehe Anhang – 5.5.1).

#### 5.1.1.2.4 Suizidalität in der stationären Altenpflege

Die Befundlage zur Suizidalität von Alten- und Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner ist eingeschränkt (Drinkmann, 2019). Erst in den letzten Jahren sind in den USA und Australien umfangreichere empirische Studien dazu erschienen (Mezuk et al., 2014, 2015; Murphy et al., 2015, 2018a,b). Danach sind vollendete Suizide in Heimen insgesamt eher seltene Ereignisse.<sup>5</sup> Suizidale Handlungen – oft in Form von indirektem suizidalen Verhalten wie Nahrungs- oder Medikamentenverweigerung – sowie suizidale Gedanken sind jedoch

deutlich häufiger (Erlemeier et al., 2014; Mezuk et al., 2014). Die Suche nach psychologischen Faktoren reproduziert im Wesentlichen die bekannten Risiko- und Schutzfaktoren (Lindner et al., 2014; Sperling, 2019). Suizidalität scheint besonders bei Eintritt in eine Pflegeeinrichtung aufzutreten (Drinkmann, 2019). Konzepte zur Suizidprävention sind in vielen Heimen noch nicht ausgereift (Wicki, 2016). Unter dem Strich präsentiert sich auch die wissenschaftliche Befundlage zum Thema Wirksamkeit von suizidpräventiven Maßnahmen in Heimen als unbefriedigend, kleinteilig und heterogen (Mezuk et al., 2014).

### Selbsthilfe – Ältere Angehörige von Suizidentinnen und Suizidenten und Angehörige von älteren durch Suizid Verstorbenen

Der Suizid einer nahen Person stellt für viele Angehörige eine schwere psychische Belastung dar, die weit über eine Trauerreaktion hinaus geht. Hochambivalente Gefühle und Gedanken belasten die Trauerarbeit und können psychosoziale Hilfen notwendig machen. In einer Interviewstudie mit Face-to-Face-Interviews, telefonischen und E-Mail-Befragungen wurde der Frage nachgegangen, welche Selbsthilfemöglichkeiten Ältere nach dem Suizid eines Angehörigen haben (Freier, 2019, unveröff. Manuskript). Das Ergebnis zeigt, dass ältere Menschen noch mehr in den Fokus der Hilfen für Angehörige gestellt werden könnten. Positiv sind Berichte aus der Selbsthilfeorganisation AGUS – Angehörige um Suizid, in der sich auch ältere Hinterbliebene einfinden und von den unterstützenden, die Trauer fördernden Gesprächen profitieren. Auch die Organisation „Verwaiste Eltern“ ([www.veid.de](http://www.veid.de)) kann für bestimmte Angehörige eine Hilfe nach Suizid sein, wenn sie sich mit der Metapher des „Verwaist-Seins“ (und ihrer institutionellen Repräsentanz) identifizieren. Die Interviewstudie konnte Hinweise darauf finden, dass es eventuell spezieller Angebote für Ältere bedarf, wie z. B. Gesprächsgruppen, die tagsüber stattfinden, oder aufsuchende Beratungsangebote bei eingeschränkter Mobilität. Zudem sollten Gatekeeper (z. B. Hausärzte) mehr geschult werden.

<sup>5</sup> Jährliche Inzidenzrate bei über 65-Jährigen von 14,16/100.000 im Heim vs. 15,66 außerhalb (Mezuk et al., 2015)

### 5.1.2 Darstellung der in dem Segment der Altenhilfe relevanten Akteurinnen und Akteure

Das im Bereich der Suizidprävention bei alten Menschen relevante Segment ist überwiegend klar gegenüber anderen Segmenten abgrenzbar. Es handelt sich um die Akteurinnen und Akteure der Altenhilfe, wobei

diese auf allen gesellschaftlichen Ebenen, vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) bis zu regionalen oder privaten Diensten, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen angesiedelt sind. Bei Drinkmann & Würfflein (2014: 114) findet sich eine Systematisierung der verschiedenen Institutionen, die in diesem Feld relevant sind:

Systemebene	ambulant	stationär
<b>A. Krisenintervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krisentelefon/Telefonseelsorge, Notruf-einrichtungen</li> <li>• (Therapeutische) Kriseninterventions-einrichtungen, Krisenberatungsstellen</li> <li>• Psychiatrische Krisen- und Notfalldienste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kriseninterventionsstationen in Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Kliniken</li> <li>• Therapiezentren für Suizidgefährdete</li> </ul>
<b>B. Psychosoziale Einrichtungen und Hilfen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geronto- und sozialpsychiatrische (Fach-) Dienste/Beratungsstellen</li> <li>• Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Altenberatungs- und tagesstellen, Seniorenbüros</li> <li>• Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychologen, Psychologische Psychotherapeuten, Neurologen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychiatrische und psychosomatische Kliniken (mit Betreuung suizidaler Menschen), Polikliniken, Instituts-ambulanzen</li> </ul>
<b>C. Ärztliche und seelsorgliche Hilfen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausärztinnen und Hausärzte, niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte mit und ohne psychotherapeutische Kompetenz</li> <li>• Seelsorger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Somatische Krankenhäuser (Intensivstationen, Allgemeinstationen, Geriatrie, Chirurgie u. a. Abteilungen mit alten Patientinnen und Patienten), psychiatrische Liaisondienste, Hospize</li> </ul>
<b>D. Sonstige Hilfeinrichtungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitsamt, Polizei, allg. Sozialdienst</li> <li>• Berufsbetreuerinnen und -betreuer</li> <li>• Selbsthilfegruppen (etwa für Verwitwete nach Suiziden)</li> <li>• Besuchsdienste</li> <li>• Home Treatment, ambulante Pflegedienste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alten- und Pflegeheime, Seniorenresidenzen</li> </ul>
<b>E. Subprofessionelle Ebene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ehrenamtlich Helfende und gesetzliche Betreuerinnen und -betreuer</li> <li>• Familie</li> <li>• Informelle Netze</li> <li>• Öffentliche Meinung, Medien</li> </ul>	

Tabelle 5.2: Die Struktur des deutschen Versorgungssystems für suizidale alte Menschen.

Die tabellarische Zusammenstellung macht deutlich, dass Akteurinnen und Akteure im Feld der Suizidprävention im Alter tätig sind, die auch in anderen Abschnitten dieses Berichts Erwähnung finden. Hierzu zählen Personen und Institutionen, deren Arbeit in den Berichten der TPG „Suizidprävention in der medizinischen Versorgung“, TPG „Suizidprävention in der Hospiz- und Palliativversorgung“ wie auch in geringerem Ausmaß der TPG „Niedrigschwellige Suizidprävention“, „Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln“ und „Suizidprävention in den Medien und der Öffentlichkeitsarbeit“, d.h. Projektgruppen mit allgemeinen suizidpräventiven Perspektiven, dargestellt wird.

### 5.1.3 Systematische Darstellung der laufenden Aktivitäten zur Suizidprävention in der Altenhilfe

Der folgenden Darstellung laufender Aktivitäten der Suizidprävention im Bereich der Altenhilfe liegen methodisch unterschiedliche Recherchen zugrunde: E-Mail-Befragungen mit telefonischen Folgeinterviews, Literaturreviews, persönliche Berichte im Rahmen der Arbeit der AG „Alte Menschen“ des NaSPro sowie Projekte und Aktivitäten der Mitglieder dieser Arbeitsgruppe in ihren jeweiligen Feldern.

#### 5.1.3.1 Ergebnisse einer E-Mail-Befragung von Institutionen der Altenhilfe in Deutschland

Für diesen Bericht wurde durch die Teilprojektgruppe „Suizidprävention für alte Menschen“ eine E-Mail-Befragung mit telefonischen Folgeinterviews von 77 Institutionen der Altenhilfe in Deutschland durchgeführt mit einem Rücklauf von insgesamt 29 Institutionen (37,7%), wobei genauere inhaltliche Stellungnahmen von elf Institutionen (14,3%) zu erhalten waren. Gefragt wurde nach Suizidpräventionsmaßnahmen, die im Wirkungsbereich der jeweiligen Institution bekannt sind. An der Erhebung haben sich überwiegend bereits besonders in der Suizidprävention engagierte Institutionen beteiligt. Deshalb ist sie nicht repräsentativ und stellt den Stand der laufenden Aktivitäten positiver dar,

als er im Durchschnitt ist. Auf der anderen Seite sind die gewonnenen Beispiele in ihrer Vielfältigkeit äußerst instruktiv.

Mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse wurden die Angaben der Institutionen zunächst in thematischen Clustern und nachfolgend nach übergeordneten Kategorien zusammengefasst. Diese drei Kategorien wurden bezeichnet als:

1. Suizidpräventionsmaßnahmen (universell, selektiv, indiziert)
2. Zusammenarbeit, Entwicklung und Unterstützung für Ältere
3. Was fehlt? „Lücken im Netz“

#### 5.1.3.1.1 Suizidpräventionsmaßnahmen (universell, selektiv, indiziert)

Suizidpräventionsmaßnahmen werden seit einigen Jahren auch in universelle, selektive und indizierte Prävention eingeteilt. Diese Einteilung ist auch für Suizidpräventionsmaßnahmen bei älteren Menschen anwendbar (Sakashita & Oyama, 2019).

##### *Universelle Suizidprävention*

Im Kontext der universellen Suizidprävention kommt den großen Institutionen des Gesundheitswesens und der Gesellschaft eine besondere Bedeutung zu. Große gesundheits- und sozialwirtschaftliche Verbände wie der *Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)* und der *Sozialverband VdK Deutschland* unterstützen präventiv gesundheitsförderliche Programme und soziale Aktivitäten, die auch die psychische Gesundheit betreffen.

Die Deutsche Depressionshilfe engagiert sich breit in regionalen Aufklärungsaktivitäten: Hierzu zählen Vorträge und Informationstage für Expertinnen und Experten, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und die breite Öffentlichkeit zum Schwerpunktthema „Depression im Alter“ wie auch die Förderung von Forschung: Im Rahmen einer Evaluation der Aktivitäten der regionalen Bündnisse gegen Depression auf ihre suizidpräventive Wirkung hin werden auch Alters- und Geschlechtsun-

terschiede der Aktivitäten zur Depressionsprävention analysiert.<sup>6</sup>

Die *Telefonseelsorge Deutschland (TS)* gibt an, dass gerade Ältere die TS bei subjektiv erlebter „Einsamkeit“ nutzen, verbunden mit interpersonellen Konfliktthemen. Konkrete Krisenintervention und professionelle Hilfen würden allerdings seltener angefragt.

Dass auch Institutionen des Bundes zu universeller Suizidprävention beitragen können, zeigt das Beispiel des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat (BMI): Es teilte mit, Inhouse-Schulungen für „Umgang mit psychischen Belastungen“ und „Resilienz“ i. S. einer Führungskompetenz durchzuführen.

### **Selektive Suizidprävention**

Selektive Suizidprävention richtet sich an besonders gefährdete Risikogruppen. Die Befragung zeigte, dass bestimmte Gruppen besonders häufig adressiert wer-

den: Hierzu zählen Personen mit psychischen Störungen wie Depressionen, Hinterbliebene nach Suizid und einsame Personen. Personen mit Depressionen werden auch durch Aktivitäten der GKV, des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und der ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände) angesprochen: So lancierte die ABDA 2008 zuletzt Fortbildungen zur Suizidprävention bei Depressionen im Alter in der pharmazeutischen Fachpresse. Andere Risikogruppen mit Altersfokus sind weniger adressiert: Alte Männer oder spezifischer die Gruppe der Migrantinnen und Migranten, hier besonders der „Russlanddeutschen“.

Berichtet wurden auch einzelne Forschungsmaßnahmen im Bereich der selektiven Prävention: Im Rahmen einer Evaluation der Aktivitäten der regionalen Bündnisse gegen Depression auf ihre suizidpräventive Wirkung hin werden auch Alters- und Geschlechtsunterschiede analysiert.

## **Beispiele für selektive Suizidprävention bei Älteren**

Beispielhaft für spezifisch auf Suizidalität hin fokussierte Projekte sei hier ein BMG-gefördertes **Projekt „Hilfe nach Suizid“** (Arbeitstitel GROUP-CARE) der „Verwaisten Eltern“ genannt ([www.hilfe-nach-suizid.de](http://www.hilfe-nach-suizid.de)). Zielgruppe sind Trauernde nach Suizid zwischen 18 und 75 Jahren. Unklar ist allerdings, warum es eine Altersgrenze nach oben überhaupt gibt (zum Bedarf der Hilfen für hochbetagte Angehörige nach Suizid s. o.). Es handelt sich um eine 12-wöchige Online-Gruppenintervention, welche im Rahmen eines Webinars durchgeführt wird. Die verschiedenen Module beschäftigen sich mit den spezifischen Themen, die für Hinterbliebene nach einem Suizid relevant sind.

### **Aktivitäten des Saarländischen Bündnisses gegen Depression**

Vor ca. 4 Jahren fand eine große Veranstaltung zum Thema „Dem Leben eine Chance geben“ mit Vorträgen zur Logotherapie (nach V. Frankl) statt. Vorträge zur Suizidalität im Alter auf Seniorentagen und Seniorenmessen wie auch beim „Netzwerk gute Nachbarschaft“ wurden veranstaltet. „Mitfahrerbankchen“ wurden initiiert, um gegen Einsamkeit in strukturell schwachen Gebieten anzugehen.

Die **Deutsche Depressionshilfe** fokussiert auf depressive Ältere, indem sie Schulungen für Hausärztinnen und Hausärzte zur Diagnostik und Behandlung von Depression und zur Exploration von und den Umgang mit Suizidalität anbietet. Hinzu kommen Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, darunter stationäre und ambulante Altenpflegekräfte: Die Schwerpunkte liegen dabei auf Altersdepression, Abgrenzung von Demenz, Exploration der Suizidalität und die Rolle der Pflegekraft.

<sup>6</sup> Eine Übersicht über suizidpräventive Aktivitäten speziell mit Fokus auf Ältere der Deutschen Depressionshilfe findet sich im Anhang.

### Indizierte Suizidprävention

Indizierte Suizidprävention richtet sich direkt an suizidale Personen. Gerade indizierte Suizidprävention wird im Gesundheitswesen im Sinne von Behandlungen suizidaler Personen (mit und ohne Suizidversuch) durchgeführt. Beispielhaft sei hier die Angabe der Caritas genannt, die auf regionale Krisendienste hinweist, wie den Berliner Krisendienst. Bezüglich der Fort- und Weiterbildung berichtete das „Bündnis gegen Depression“, Fortbildung speziell zu Suizidalität im Alter für Alteneinrichtungen anzubieten. Weitere Informationen zu indizierter Suizidprävention finden sich in diesem Kapitel u. a. bei Angaben aus der Gerontopsychiatrie, der Geriatrie, der ambulanten Altenpflege usw.

#### 5.1.3.1.2 Notwendigkeit verstärkter Zusammenarbeit, der Entwicklung von Suizidprävention und der Unterstützung für Ältere

Der Aspekt der Zusammenarbeit, der Entwicklung suizidpräventiver Strategien und der Unterstützung für Ältere wird von einigen Befragten besonders betont.

Im Rahmen der aktuellen Befragung wurde der Kontakt zwischen der AG „Alte Menschen“ des NaSPro und der *Bundesapothekerkammer* und dem *Bundesverband deutscher Apothekerverbände (ABDA)* intensiviert. Erstellt wurde ein Leitfaden für die Gesprächsführung mit suizidalen Älteren in der Apotheke, der am Weltsuizidpräventionstag 2020 erschienen ist (AG Alte Menschen (NaSPro) & ABDA, 2020). Geplant sind gezielte Fortbildungsangebote zum Thema über die Apothekerverbände, aber auch im Rahmen der Weiterbildung „Geriatrische Pharmazie“.<sup>7</sup>

Die Unterstützung älterer suizidgefährdeter Menschen erfolgt in unterschiedlichen Bereichen und auf unterschiedlichen Ebenen. Sie wird in diesem Bericht auch von weiteren Teilprojektgruppen (TPG), besonders von der TPG „Suizidprävention in der medizinischen Versorgung“, dargestellt. Obwohl alte Menschen unterschied-

lichen Hemmnissen ausgesetzt sind, professionelle Hilfe in Form von Beratung, Seelsorge, Sozialer Arbeit, psychiatrischer Behandlung und Psychotherapie zu suchen und zu finden und obwohl sie tendenziell eher den hilfreichen Kontakt zu Angehörigen suchen (Lindner et al., 2014), sind praktische Modelle der Beratung/Behandlung suizidaler alter Menschen erprobt. Zur Effektivität nicht-medikamentöser Maßnahmen bei der Bewältigung suizidaler Krisen bei unipolarer Depression liegt eine neue Studie des IQWiG (2019) vor. Sie bietet einen Hinweis auf die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Interventionen, wobei Studien über andere Therapieformen, wie psychodynamische Therapien, nicht vorlagen. Studien zur Evidenz fehlen auch nach einer umfangreichen narrativen Literaturrecherche zur Beratung, Krisenintervention und Psychotherapie bei Suizidalität alter Menschen insbesondere aus Deutschland. Beratung, Krisenintervention und Psychotherapie bilden zwar die wichtigsten Behandlungsformen von Suizidalität im deutschen Gesundheitssystem, ohne dass ihre Wirksamkeit aber ausreichend untersucht wurde. Die Notwendigkeit der Interventions- und Versorgungsforschung auf nationaler Ebene muss deshalb für die Behandlung suizidaler Älterer hervorgehoben werden (vgl. Einleitung).

Verbände der Sozialen Arbeit, wie der *Deutsche Berufsverband Soziale Arbeit* (mit seiner Seniorinnen- bzw. Senioren-Vertretung, der SeniorInnen-DBSH), und die *Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)* – als ein Mitglied der DBSH haben das Feld der Sozialen Arbeit mit suizidalen Älteren fokussiert und sich zum Teil kontrovers geäußert. Die DVSG hat in einem Positionspapier (30.11.2018) konkrete Maßnahmen formuliert, die der sozialarbeiterischen Suizidprävention im Alter dienen. Hierzu zählen die Förderung sozialer Kontakte, alternativer Wohnformen im Alter, ortsnaher niedrigschwelliger Beratungs- und Begleitungsangebote, aber auch die gezielte Diagnostik und konsequente Weiterführung der Krisenintervention, Angebote von Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Stärkung des sozialen Netzwerkes und Vermittlung in Selbsthilfegruppen. Gerade im Hinblick auf

<sup>7</sup> [www.abda.de/themen/apotheke/fortweiterbildung/weiterbildung/spezialisierungsrichtungen/spezialisierungsbereiche/geriatriische-pharmazie/](http://www.abda.de/themen/apotheke/fortweiterbildung/weiterbildung/spezialisierungsrichtungen/spezialisierungsbereiche/geriatriische-pharmazie/)

die „hard-to-reach“-Klienten im Alter wird aufsuchender Sozialer Arbeit ein hoher Stellenwert eingeräumt und festgestellt, dass die Ausbildung in diesen Bereichen noch unzureichend ist.

Der bundesweite Verein *Angehörige um Suizid (AGUS)* richtet sich an Menschen, die eine nahe Person durch Suizid verloren haben (s.o.). Da diese Personengruppe einem besonderen Suizidrisiko unterliegt, ist die Arbeit von AGUS, besonders im Rahmen der regional organisierten Selbsthilfegruppen, als wichtiger Faktor der deutschen Suizidprävention einzuschätzen. Alte Menschen finden nach Angaben von AGUS zunehmend den Weg auch in dieses Hilfsangebot.

Die *Telefonseelsorge* ist eine niedrigschwellige Einrichtung, die sich im Wesentlichen durch die bundesweit regionale Organisation telefonischer Krisenhilfe an der Suizidprävention in Deutschland sehr aktiv beteiligt. Geschulte ehrenamtliche Helfende bieten u.a. suizidalen Menschen eine Möglichkeit der Aussprache. Anonymität und Unverbindlichkeit bei gleichzeitiger unvoreingenommener Zuwendung fördern Aussprache und Entlastung gerade bei Personen, die aufgrund von Scham und anderen Hemmnissen keinen direkten professionellen Kontakt aufnehmen können (weitere statistische Angaben zu älteren suizidalen Anrufern siehe Anhang – 5.5.3). Alte Menschen sind auch bei Anrufen wegen des Suizids einer anderen Person unterrepräsentiert. Personen, die dieses Thema ansprechen, sind nur zu 6% über 70 Jahre alt. Auch dieser Befund zeigt, dass alte Menschen noch mehr Hilfe und Unterstützung bei eigener und bei Suizidalität einer nahen Person finden sollten.

Die Deutsche Depressionshilfe stellt eine Vielzahl von Angeboten im Rahmen verschiedener Projekte zur Verfügung. Ein Teil der älteren Menschen wird jedoch wegen dieser Fokussierung auf Depression von den Angeboten nicht erreicht, da Suizidalität im Alter auch außerhalb des Kontextes von Depression erscheint (siehe Anhang – Unterstützungsangebote).

### 5.1.3.1.3 Was fehlt? „Lücken im Netz“

Die Befragung der Institutionen der Altenhilfe ergab einige Hinweise auf Lücken im Netz der Suizidprävention: So war allein schon am Rücklauf der Antworten abzulesen, dass zum einen im Gesundheitsbereich die psychiatrischen Dienste gut erreichbar waren und Resonanz zeigten, während andere gesellschaftliche Bereiche wie z.B. ambulante Altenhilfe, Kirchen, Vereine, regionale Dienste und Träger bei den Befragungsteilnehmenden unterrepräsentiert blieben. Eine umfassende Bestandsaufnahme scheint in diesem Sektor, trotz der hier durchgeführten intensiven Recherche, gegenwärtig nicht möglich zu sein.

Die eingegangenen Angaben der Befragten enthielten Hinweise auf weitere notwendige suizidpräventive Anstrengungen. Hierzu gehören Gatekeeperschulungen im gesamten Altenhilfebereich. Zudem lässt sich erkennen, dass Suizidalität im Alter offensichtlich sehr häufig als ein Problem der Depression angesehen wird. Nur ein Teil der suizidalen alten Menschen kann jedoch mit diesem Fokus erkannt, angesprochen und behandelt werden. Die Ausrichtung einiger größerer Institutionen wie die Deutsche Bahn, die GKV und das IQWiG auf Depressionserkennung und -behandlung hemmt eine zielgenaue Suizidprävention gerade im Alter. Das Thema „Suizidalität im Alter“ scheint hinter anderen Themen (Depression, Suizidprävention allgemein) verborgen zu sein, seine Spezifität und seine Dringlichkeit bildet sich in den bisherigen Antworten nicht ab.

### 5.1.3.2 Weitere Projekte mit spezifischer Ausrichtung auf ältere Menschen

#### 5.1.3.2.1 Projekt Lebenslinien – Krisenbewältigung im Alter

In dem dreijährigen Modellprojekt wurden in den Jahren 2011–2014 Empfehlungen und Strategien gegen den Suizid im Alter entwickelt und an drei Standorten Bie-

lefeld, Hilden und Gelsenkirchen erprobt. Das Projekt wurde von der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V. koordiniert und von der Stiftung Wohlfahrtspflege gefördert, wissenschaftlich wurde es von dem Gerontologen und Suizidologen Prof. em. Dr. phil. Norbert Erlemeier begleitet. Einen gerafften Überblick gibt Schubert-Buick (2019). In Bielefeld standen Qualifizierungs- und Informationsveranstaltungen im Vordergrund, dazu wurden Vorträge, Lesungen und eine Ausstellung mit Begleitprogramm durchgeführt und es fanden zugehende Beratungen Hochbetagter (Hausbesuch, Besuch im Pflegeheim) statt. In Hilden wurde ein Netzwerk bestehender Anbieter gebildet, in dem das Thema der Alterssuizidalität aufgegriffen wurde. Ein Curriculum zur Mitarbeiterqualifizierung in Altenheimen wurde erarbeitet und erprobt. In Gelsenkirchen stand die Integration von Beratungsangeboten in die Gemeindefarbeit im Zentrum, in denen das Thema des Alterssuizids ausdrücklich thematisiert wurde. In einem theaterpädagogischen Projekt „Freiraum und Leere“ konnten betroffene ältere Menschen ihre Krisen aufarbeiten. Schubert-Buick weist auf den Nachhaltigkeitsaspekt hin, dass nach Projektende die Angebote an allen Standorten in die bestehende Arbeit eingebunden wurden. Das Projekt wurde in einem ausführlicheren Handbuch (Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V., 2014) dokumentiert, das auch Hinweise auf zusätzliche Materialien für Nachahmer und die Inhalte des Curriculums auf CD enthält.

#### 5.1.3.2.2 Projekt „Was ich im Herzen trage“ – Psychologische Beratung für alte Menschen und ihre Angehörigen an Orten der Altenhilfe

Das Projekt wurde in den Jahren 2017–2019 in Freiburg und Lörrach durchgeführt. Bereits drei Monate nach Projektbeginn wurde psychologische Beratung für Menschen ab 65 Jahren und ihre Angehörigen angeboten. Um die Zielgruppe zu erreichen, war die enge Kooperation mit diakonischen Altenhilfeeinrichtungen, Diakoniestationen, kommunalen Angeboten und Ver-

einen der Altenhilfe entscheidend. So konnten auch wenig mobile ältere Menschen eine Beratung in Wohnortnähe in Anspruch nehmen. Das Projekt konnte den Bedarf und die Wirksamkeit psychologischer Beratung für die Zielgruppe nachweisen und Anstöße für eine bessere Versorgung zu geben (Evangelische Landeskirche in Baden, 2020). In diesem Projekt wurde das Thema der Suizidalität und Lebensmüdigkeit zwar nicht eigens adressiert und auch nicht im Abschlussbericht<sup>8</sup> erwähnt. Es stellt jedoch von der Konzeption her ein gutes Beispielprojekt für aufsuchende therapeutische Arbeit auch mit suizidalen Menschen im Alter dar.

#### 5.1.3.2.3 Kampagne „aufi – Auswege finden bei psychischen Krisen im Alter“

Dieses Kooperationsprojekt des Sozialreferats der Landeshauptstadt München und des Münchner Bündnisses gegen Depression e.V. wurde 2012/2013 durchgeführt. Sie setzte dabei an, älteren Menschen Wege und Perspektiven aufzuzeigen, die aus seelischen und suizidalen Krisen herausführen können. Es informierte aber auch Angehörige über konkrete Beratungs- und Unterstützungsangebote und sensibilisierte die Öffentlichkeit für das Thema durch Aufklärungsarbeit, Präventions- und Schulungsveranstaltungen.

#### 5.1.3.3 Weitere aktuelle Aktivitäten im Feld der Altenhilfe

##### 5.1.3.3.1 Suizidprävention im Alter: Aktivitäten des NaSPro und seiner AG „Alte Menschen“

Das NaSPro hat in den letzten Jahren vielfältige Aktivitäten und Initiativen zur Suizidprävention im Alter durchgeführt. Exemplarisch seien dabei die thematisch auf Ältere ausgerichteten Tagungen, z.B. auf Schloss Reisenburg 2008 und die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention in Hamburg 2017, genannt. Der vom NaSPro deutschlandweit

8 [www.ekiba.de/html/media/dl.html?i=290756](http://www.ekiba.de/html/media/dl.html?i=290756)

koordinierte jährliche „Welttag der Suizidprävention“ stand mehrfach unter spezifischen Themen des Alters. Zudem führt das NaSPro seit seiner Gründung im Jahr 2000 eine intensive Medien- und Öffentlichkeitsarbeit durch, die sich besonders auch auf Themen des Alters und des assistierten Suizids fokussiert.

Die Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro) wurde in diesem Bericht bislang nicht explizit erwähnt. Ihre Mitglieder tragen einen großen Teil der Arbeit der Teilprojektgruppe „Suizidprävention für alte Menschen“ des vorliegenden Projekts. Diese Arbeitsgruppe ist im NaSPro schon seit seiner Gründung 2002 aktiv auf dem Feld der Suizidforschung und -prävention engagiert.

Sie verfolgt auf mehreren Handlungsebenen das Ziel, Suizidprävention im Alter zu optimieren. Folgende Bausteine sieht die Arbeitsgruppe dafür als besonders wichtig an (Erlemeier et al., 2004; Lindner & Sperling, 2016: 25 ff.):

- Verbesserung von Information, Aufklärung und Bildungsarbeit zu Themen des Umgangs mit Altern, Lebenskrisen und suizidaler Gefährdung bei betroffenen Berufsgruppen, Angehörigen und alten Menschen.
- Engagement in der Sozial- und Altenhilfepolitik, um auf möglichst frühzeitig ansetzende präventive Strategien zur Krisenbewältigung im Alter hinzuwirken.
- Thematisierung existenzieller Fragen am Lebensende, die jeden betreffen. In unterschiedlichen Begegnungsformen mit Älteren und ihren Helfenden sollen diese Fragen angestoßen werden.
- Erarbeitung von Stellungnahmen im Zusammenhang mit der Planung von Gesetzesmaßnahmen.

- Zusammenarbeit mit Medien und die Nutzung von Medien, um die Akzeptanz und Erreichung von Zielen der Suizidprävention im Alter zu befördern. Ein weiteres Anliegen ist der Abbau von Vorurteilen.
- Initiierung von Forschungsprojekten und die Beteiligung daran.

Weitere Informationen zu Aktivitäten der AG „Alte Menschen“ siehe Anhang – 5.5.4.

### 5.1.3.3.2 Suizidprävention in der Gerontopsychiatrie: Befragungsergebnisse

Im Oktober 2018 führten zwei Mitglieder der TPG „Suizidprävention für alte Menschen“ für den vorliegenden Bericht eine Befragung von 20 Teilnehmern einer Sitzung der Bundesdirektorenkonferenz gerontopsychiatrischer Abteilungen in Deutschland durch. Bei einem Respons von zwölf Teilnehmern bejahten vier die Frage nach selbst organisierten Suizidpräventionsveranstaltungen. Genannt wurden eine Weiterbildung von Fachkräften sowie je einmal eine Öffentlichkeitskampagne, die Organisation einer Informationsveranstaltung und die Mitarbeit in einem Arbeitskreis „Depression“. Darüber hinaus wurden Vorträge, Seminare in der Volkshochschule und therapeutische Angebote in der Klinik aufgeführt. Zusammenfassend lässt sich daraus folgern, dass Suizidprävention in der Gerontopsychiatrie besonders als Aufgabe der Öffentlichkeitsarbeit, der Vernetzung und der praktischen klinischen Tätigkeit verstanden wird. Die Befragten sahen einen Bedarf an weiteren Schulungen von Professionellen und Gatekeepern wie auch eine bessere Vernetzung mit Stakeholdern der Altenhilfe.

### Projekt Telefon- und Onlinebasierte Nachsorge nach Suizidversuch bei älteren Menschen (SUVENA)

Am LVR-Klinikum Düsseldorf läuft aktuell ein Projekt zur Nachsorge nach Suizidversuchen älterer Menschen. Ältere Menschen, die einen Suizidversuch (SV) überlebt haben, weisen ein erheblich erhöhtes Risiko für weitere Suizidhandlungen auf. Im Projekt werden ältere Personen (> 65 Jahre), die nach einem SV stationär in einer gerontopsychiatrischen Fachabteilung behandelt worden sind, über einen Zeitraum von zwölf Monaten einmal monatlich telefonisch durch eine konstante Bezugsperson kontaktiert. Im Zuge der Kontaktaufnahme wird der Patient Health Questionnaire (PHQ-9) erhoben und es werden Fragen zur aktuellen Lebenssituation gestellt. Ziel ist einerseits, die psychische Befindlichkeit nach Entlassung aus stationärer Behandlung systematisch zu erfassen, und andererseits, bei erneuten suizidalen Krisen rasch intervenieren zu können. Bei der laufenden Untersuchung wurden bereits einige methodische Probleme identifiziert: Die Erfassung von Suiziden gelingt nicht immer, die Befragten haben Kommunikationsprobleme aufgrund von Schwerhörigkeit und ein größerer Anteil von Patientinnen und Patienten „verschwindet“ durch Umzüge aus dem Fokus der Untersucher.

#### 5.1.3.3 Suizidprävention in der Geriatrie: Ergebnisse einer Online-Befragung

Eine für diesen Bericht durchgeführte Online-Befragung (Gruber, 2019) deckt den Bereich der Suizidalität in der Geriatrie ab.

Die Antworten zeigen: Suizidalität ist keine Randerscheinung im geriatrischen Kontext, sondern ein Phänomen, das weit häufiger auftritt, als das öffentliche Bewusstsein und der gesundheitspolitische Umgang damit vermuten lassen. Die überwiegende Mehrheit der befragten Geriaterinnen und Geriater kannten suizidale Patienten aus dem klinischen Alltag. Einen Suizidversuch hatten mindestens die Hälfte der Befragten bereits erlebt. Mit der konkreten Bitte um Sterbehilfe wurden 35,2% der Befragten ein- bis fünfmal in den letzten zwölf Monaten konfrontiert. Ein Bedürfnis nach mehr Kompetenz und Fortbildung formulierten besonders die Ärztinnen und Ärzte (weitere Daten siehe Anhang – 5.5.5).

#### 5.1.4 Übersicht aktueller Richtlinien, Guidelines, Behandlungsempfehlungen und -strategien, einschließlich Literaturrecherche und -review der in Deutschland relevanten Veröffentlichungen

Für diesen Bericht wurde eine systematische Literaturrecherche (Stand 8/2018) auf den Internationalen Datenbanken MEDLINE und PSYINDEX durchgeführt. Demnach betrifft Suizidalität vor allem ältere Menschen und stellt ein globales Thema in der Gesundheitsversorgung dar. Eine übergeordnete Rolle spielen dabei Vereinsamung und Rückzug im Alter allerdings eher in den westlichen Industrienationen (Mellqvist Fässberg et al., 2012).

Internationale Studien, welche sich mit der Untersuchung verschiedenster Interventionen bezüglich der Suizidprävention bei Älteren befasst haben, kommen zu dem Schluss, dass es einer besseren und niedrig-

schwelligen Präventionsarbeit in der medizinischen Grundversorgung bedarf. So müsse sämtliches Haupt- und ehrenamtliches Personal in der Arbeit mit alten Menschen Frühwarnzeichen erkennen können und über entsprechende Hilfemöglichkeiten informiert sein. Dies betrifft vor allem Hausärztinnen und Hausärzte. Ebenso bedarf es einer umfassenderen und intensiveren Aufklärung innerhalb der Gesellschaft (Enttabuisierung und Abbau von Altersdiskriminierung).

Ein internationales Expertenpanel (Erlangsen et al., 2011) identifizierte entsprechend Inhalte der Suizidprävention, die auch Grundlage der suizidpräventiven Aktivitäten in Deutschland auf diesem Gebiet sind. Hierzu zählen: die gesellschaftliche Diskussion über das Altwerden und die Erfahrung zunehmender Abhängigkeit, die Förderung des Wissens über gesundes Altern sowie die Entwicklung spezifischer Medienguidelines zur Berichterstattung über Suizide alter Menschen. Neben der Verbesserung der Versorgungseinrichtungen spielt das Gatekeepertraining eine entscheidende Rolle. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf dem Bezug zu Angehörigen und deren Unterstützung. Im psychotherapeutischen Kontext sind aufsuchende Psychotherapie, telefonische und Online-Beratung und -Therapie besonders auszubauen.

Der Stellenwert von Telefonseelsorge und Krisendiensten wird in der Literatur zwar betont, jedoch konnten keine verlässlichen Aussagen über Wirksamkeit und Effektivität hergestellt werden. Es erscheint notwendig, hier mehr spezifische Angebote speziell für ältere Menschen zu schaffen (Okolie et al., 2017).

Es wird gefordert, mehr Angebote in der aufsuchenden und zugehenden Präventionsarbeit zu schaffen sowie Maßnahmen gegen Vereinsamung im Alter zu ergreifen (ähnliche wie bei der kommunalen Gruppenarbeit). Spezielle Angebote (z. B. psychotherapeutische und seelsorgerische Begleitung) in Alten- und Pflegeheimen sind ebenfalls wünschenswert (Linnemann & Leyhe, 2015).

Zwei systematische Reviews untersuchten die Effektivität von Suizidpräventionsmaßnahmen bei älteren Menschen ( $\geq 60$  Jahre) (Lapierre et al., 2011; Okolie et al., 2017). Lapierre et al. (2011) identifizierten Programme, die sich mit den Bedürfnissen risikoreicher älterer Personen befassen. Bei einigen methodischen Ungenauigkeiten plädierten die Autoren besonders für Suizidpräventionsprogramme für Ältere, die Telekommunikationsdienste und Gatekeeper der Altenhilfe mit einbeziehen.

### **Okolie et al. (2017). A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. In: International Psychogeriatrics 29 (11). S. 1801-1824.**

Systematisches Review zur Effektivität von Interventionen zur Suizidprävention und zur Reduktion von Suizidalität bei Älteren

**Ergebnis:** Die meisten Interventionsprogramme fokussieren auf die Entdeckung einer Depression. Effektiv sind multimethodische Interventionen auf Hausärztinnen- bzw. Hausarztbasis mit Depressions-Screenings und Depressions-Managementprogrammen, Behandlungsmaßnahmen (wie Pharmakotherapie und Psychotherapie), telefonische Beratung für gefährdete ältere Menschen und psychoedukative Programme,

Trainings von „Gatekeepern“ (wie z. B. Hausärztinnen und Hausärzten), Gruppenaktivitäten und die gezielte Überweisung zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung.

Die deutsche Literatur empfiehlt vor allem frühe Interventionsmaßnahmen und Aufklärung (Seemüller et al., 2010). Auch hier wird betont, wie wichtig es ist, der Al-

terseinsamkeit frühzeitig durch gesamtgesellschaftliche Maßnahmen der Gemeinwesenarbeit zu begegnen und ausreichend Hilfeleistungen zur Unterstützung der älte-

ren Menschen in ihrem Wohnumfeld bereit zu stellen. Im Bereich der klinischen Versorgung sollen die verschiedenen Fachgebiete stärker zusammenarbeiten. Hier bedarf es einer engeren Koordination, um ältere Menschen geriatrisch bestmöglich versorgen zu können. Dies impliziert ein erweitertes Netz an Beratungs- und Betreuungsstellen in den Kreisen und Stadtbezirken, um der „prophylaktischen Tätigkeit“ mehr Aufmerksamkeit zu schenken (Böhm, 1988). Zudem hat eine Beschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln die am besten nachgewiesene wissenschaftliche Evidenz, siehe Bericht der TPG „Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln“.

Erlemeier et al. (2014) geben einen praxisnahen bis heute aktuellen Maßnahmenkatalog vor:

- Früherkennung und Behandlung depressiv und suicidal Gefährdeter durch Haus- und Fachärztinnen bzw. Haus- und Fachärzte
- Aufbau eines Verbundsystems (Aktionsbündnisses) der mit der Suizidthematik befassten Personen und Dienste in der Kommune/Region (Altenhilfe/-pflege und Krisenhilfe)
- Wohnfeld- und lebensnahe Beratung und Krisenhilfe, einschließlich freiwilliger (älterer) Krisenhelfer; niedrigschwellige Angebote und Hilfen
- Darstellung der Suizidgefährdung in der Bevölkerung als gesundheitspolitisches Thema (insbesondere auch der Gesundheitspolitik für alte Menschen)
- Information über Ausmaß und Risikofaktoren sowie Hilfsangebote, verstärkt durch Nutzung neuer Medien
- Korrektur negativer Altersbilder durch Öffentlichkeitsarbeit und Medien
- Kritik und Abbau „falscher Toleranz“ gegenüber dem Alterssuizid, die Prävention und Krisenhilfe im Alter überflüssig oder schädlich erscheinen lässt
- Intensivierung der Forschung: Untersuchung zentraler offener Fragen

## 5.2 Hemmnisse, die einer Verbesserung der Suizidprävention bei älteren Menschen entgegenstehen

### 5.2.1 Analyse hemmender Faktoren, einschränkender Strukturen und Abläufe, die einer effizienten Suizidprävention bei älteren Menschen entgegenstehen

Faktoren, die einer effizienten Suizidprävention im höheren Lebensalter entgegenstehen, finden sich viele. In einzelnen Bereichen, wie z.B. dem Gesundheitswesen, sind suizidpräventive Aktivitäten auf den drei Ebenen universeller, selektiver und indizierter Prävention zwar relativ weit verbreitet und zum Teil sogar mit beispielhaften Ergebnissen, aber auch Projekten und konkreten Versorgungsangeboten gut eingeführt. Dies trifft aber nicht auf alle Felder der Altenhilfe zu, besonders nicht deutschlandweit, und nicht flächendeckend. Zudem führt eine einseitige Fokussierung auf die Depression als alleiniger Ursache von Suizidalität

zu Verzerrungen. Eine Fokussierung auf die Prävention von Depressionen im Alter berücksichtigt all diejenigen nicht, die zwar suicidal, jedoch nicht depressiv sind. Große Institutionen, wie die Deutsche Bahn, die Gesetzlichen Krankenversicherungen oder das Institut für Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG), fokussieren anstelle der Suizidalität die Depressionserkennung und -behandlung, z.T. mit erheblichem finanziellen Investment. Interessanterweise ist es gerade die Deutsche Depressionshilfe, ein großer Player der Entstigmatisierung der Depression, die ihrerseits in ihrer Angebotspalette das Alterssuizidthema deutlich anspricht.

Drinkmann & Würfflein (2014: 115 ff.) haben mittels Experteninterviews eine strukturierte Analyse von hemmenden Faktoren in verschiedenen Bereichen der Altenhilfe vorgelegt, die in Tabelle 5.3 vorgestellt werden:

Systemebene	Defizite
<b>A. Krisenintervention, Beratung, Psychotherapie</b>	1. Erreichungsgrad zu gering 2. Es gibt bislang keine spezifischen Hilfeinrichtungen für suizidale alte Menschen
<b>B. Psychosoziale Einrichtungen und Hilfen</b>	3. Selbst gerontopsychiatrische Dienste gibt es bundesweit nur vereinzelt 4. Weitgehender Ausfall der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
<b>C. Ärztliche und seelsorgliche Hilfen</b>	5. Zu geringe Detektionswahrscheinlichkeit 6. Mangel an psychosozialer Betreuung 7. Mangelnde Bekanntheit der vorhandenen Hilfsangebote 8. Mangel an Überleitung und nachhaltiger Versorgung 9. Hausärztinnen und Hausärzte (und andere Fachärztinnen und Fachärzte) haben zu wenig Zeit für Gespräche und Hausbesuche
<b>D. Sonstige Hilfeinrichtungen</b>	10. Mangel an psychosozialer Betreuung 11. Mangel an Überleitung und nachhaltiger Versorgung 12. Pflegedienste haben zu wenig Zeit für Gespräche 13. Bedeutung von ambulanten Pflegediensten wird zu wenig erkannt
<b>E. Subprofessionelle Ebene</b>	14. Gemisch aus gesellschaftlicher Tabuisierung des Themas und falsch verstandener Toleranz des Alterssuizids 15. Nachbarschaftshilfen, informelle Netze etc. werden nicht ausreichend gewürdigt
<b>Gesamtsystem</b>	16. Mangelnde Vernetzung der Akteurinnen und Akteure und einzelnen Hilfsangebote 17. Aufsuchende Arbeit kommt generell zu kurz

Tabelle 5.3: Defizite in Bezug auf die Ebenen des Versorgungssystems.

Die Tabelle verdeutlicht eine Vielzahl von hemmenden Faktoren, die je nach Zielgruppe/Akteurinnen bzw. Akteuren folgendermaßen zusammengefasst werden können: (1) Für Betroffene steht die mangelnde Bekanntheit und Erreichbarkeit von helfenden Diensten (Lindner & Sandner, 2015; Lindner, 2017) im Vordergrund. (2) Bei den Institutionen fehlen ausreichende personelle und zeitliche Kapazitäten und es fehlt an guten Ausbildungen. Dies führt zu einer unzureichenden Detektion von Personen mit Suizidrisiko. Zudem mangelt es an spezialisierten therapeutischen und suizidpräventiv arbeitenden Institutionen, die gerade bei besonders schwierigen Fällen erfolgreich intervenieren können. Schon lange ist bekannt, dass die Überleitung einer Patientin bzw eines Patienten von einer Institution zur anderen gerade bei Suizidalen ein kritischer Punkt ist – diese gelingt immer noch nicht ausreichend. (3) In Bezug auf die Gesellschaft als Ganzes ist besonders auf die falsch verstandene Toleranz für den Alterssuizid zu verweisen, auf eine Tendenz zur Betonung von Autonomie vor Bindung und Solidarität, wie auch auf die

weiterhin vorhandene Tabuisierung des Suizids, auch im Alter.

## 5.2.2 Hemmnisse in weiteren spezifischen Bereichen der Altenhilfe

### 5.2.2.1 Hemmnisse in der Geriatrie

In der bereits erwähnten Online-Studie zum Umgang mit Suizidalität in der Geriatrie (siehe Kapitel 5.1.3.3.3 und Anhang – 5.5.5) sahen Teilnehmerinnen und Teilnehmer die größten Hindernisse für die institutionelle Implementierung von Maßnahmen zur Suizidprävention im Fehlen von zeitlichen (58,6%), personellen (51,7%) und finanziellen Ressourcen (34,5%) sowie Anleitung und Beratung (32,8%).

Ein integratives Modell, in dem diese Trennung aufgehoben ist, würde vor allem eine infrastrukturelle Veränderung brauchen. Bisher tragen zu dieser Tren-

nung die unterschiedlichen Finanzierungssysteme der stationären Krankenhausbehandlung bei, die eine Kollaboration auf gemeinsamen geriatrisch-gerontopsychiatrischen oder geriatrisch-gerontopsychosomatischen Stationen verhindern.

### 5.2.2.2 Hemmnisse bei der Selbsthilfe

Eine qualitative Interviewstudie im Feld von Selbsthilfe und Beratung nach Suizid eines nahestehenden Menschen, die für diesen Bericht angefertigt wurde, erbrachte den diskreten Hinweis, dass alte Menschen die bestehenden Angebote der Selbsthilfe in bestimmten Lebenslagen (Immobilität) noch besser nutzen könnten. Nachmittägliche Meetings und aufsuchende Angehörigenarbeit könnten hier eine Verbesserung darstellen.

### 5.2.2.3 Hemmnisse, entstehend aus gesellschaftlich verbreiteten Präferenzen für den assistierten Suizid

In der seit mehreren Jahren in Deutschland hochkontrovers geführten Diskussion um den assistierten Suizid sind Argumente und Haltungen enthalten, die einer Weiterentwicklung der Suizidprävention gerade im Alter entgegenstehen. Immer mehr wird das Recht auf Bestimmung des eigenen Lebensendes als ein basales Grundrecht postuliert, das auch durch unsere Verfassung geschützt werden sollte. Dies hat, aus Sicht der Suizidprävention erhebliche Folgen für das

Erleben alter Menschen. Wenn der assistierte Suizid eine selbstverständliche Option wird, so wird damit auch ein gesellschaftlicher Druck befördert, durch den mancher sich genötigt sehen könnte, diese Form des Sterbens für sich zu wählen. Der Suizid gewinnt damit eine Selbstverständlichkeit. Dem steht die dezidierte Position des Deutschen Ethikrates gegenüber, der anstelle des assistierten Suizids explizit die Förderung der Palliativmedizin wie auch der Suizidprävention im Sinne des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland fordert.

### 5.2.2.4 Weitere Hemmnisse

Neben den genannten Hemmnissen in der Suizidprävention bei älteren Menschen sind weitere strukturelle Faktoren zu nennen:

- Eine spezifische Forschungsförderung zur Suizidprävention im Alter steht derzeit noch aus. Im Rahmen der Förderung von Projekten zur Suizidprävention durch das Bundesministerium für Gesundheit (2017–2020) über 3 Millionen Euro wurde kein Projekt mit einem Altersschwerpunkt gefördert.
- In der bisherigen Forschungsförderung verwandter altersspezifischer Themen imponieren Studien, die Depressionen im Alter betreffen, wobei gerade Suizidalität und Suizidprävention mit der Begründung methodischer Einschränkungen außer Acht gelassen werden.

## 5.3 Vorschläge für konkrete Maßnahmen

Die Vorschläge der TPG „Suizidprävention für alte Menschen“ für konkrete Maßnahmen sind nach einem übergeordneten Maßnahmenranking priorisiert. Suizidprävention im Alter ist dabei in die in Deutschland bestehenden und zu schaffenden Möglichkeiten der Suizidprävention im Allgemeinen einzubetten. Wirkungsvolle Suizidprävention für Menschen im höheren Lebens-

alter erfordert eine flächendeckende Infrastruktur und die aktive Zusammenarbeit aller in der Suizidprävention engagierten Institutionen, Gruppen und Personen. Dazu gehören aber auch suizidpräventive Aktivitäten über die gesamte Lebensspanne hinweg sowie in weiteren Bereichen, in denen ältere Menschen verstärkt anzutreffen sind, wie beispielsweise dem Gesundheitssystem.

### 5.3.1 Zentrale Maßnahme: kontinuierliche finanzielle Förderung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro)

Die Suizidprävention in Deutschland sollte eine bundesweite, der gesellschafts- und gesundheitspolitischen Relevanz des Themas angemessene und auch den Vergleich mit anderen Ländern nicht scheuende finanzielle Förderung erfahren. Gerade vor dem Hintergrund der diversifizierten Strukturen der Altenhilfe in Deutschland sollten dabei bewährte Strukturen wie das aktive Netzwerk gefördert werden, das sich aus dem Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro), der Deutschen Akademie für Suizidprävention (DASP) und der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) als relevante Fachorganisation zusammensetzt. Die Organisation des NaSPro innerhalb des genannten Netzwerks, seiner Arbeitsgemeinschaften und der im NaSPro bestehenden „Allianz für Suizidprävention“, in der über 80 Institutionen und Organisationen zusammenarbeiten, erfordert eine zentrale, vermittelnde, koordinierende und moderierende Funktion. Dafür sollten die organisatorischen, personellen, funktionellen und finanziellen Rahmenbedingungen geschaffen und langfristig erhalten werden. Als konkrete erste Schritte dorthin schlagen wir vor:

- Förderung des NaSPro, u. a. für die Einrichtung einer dauerhaft besetzten Geschäftsstelle sowie
- Finanzielle Förderung der kooperativen Aktivitäten der NaSPro-Institutionen (Leitung, Allianz für Suizidprävention, Steuerungsgruppe, Arbeitsgruppen, wiss. Beirat).

Die Förderung des NaSPro dient dabei der Konzeption, Organisation und Vernetzung vielfältiger Präventionsstrategien. Alle, auch die im Weiteren vorgeschlagenen Maßnahmen, sollen die folgenden drei Aspekte enthalten:

1. Förderung als Modellprojekte mit dem eindeutigen Ziel der Implementierung suizidpräventiver Maßnahmen in das System der Hilfen für Ältere,
2. Definition von Qualitätsstandards der jeweiligen suizidpräventiven Maßnahme,
3. Forschungsförderung im Sinne der wissenschaftlichen Evaluation.

### 5.3.2 Vorrangige Empfehlungen

Als zentrales Instrument der Suizidprävention gerade für ältere Menschen ist vorrangig die Einrichtung einer nachhaltig finanzierten deutschlandweiten **Infotelefonnummer Suizidprävention** zu empfehlen.

#### 5.3.2.1 Verbesserung der Erreichbarkeit von Krisendiensten, Beratung und Psychotherapie

Suizidale Personen sollen im Sinne der Krisenintervention kurze Beratungen mit dem Ziel der akuten Diagnostik und Verweisung auf erreichbare Hilfemöglichkeiten erhalten. Im Unterschied zur Telefonseelsorge, an die sich jeder Mensch in jeglicher Lebenssituation wenden kann, soll dieses Infotelefon gezielt auch professionelle Helfer und betroffene Angehörige als Adressatinnen- bzw. Adressatengruppen ansprechen und dafür qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufweisen.<sup>9</sup> Professionelle sollen entsprechend situationsnahe Beratung und Supervision mit dem Ziel erhalten, die nachhaltige Verbesserung der Arbeit mit suizidalen Personen anzustoßen. Angehörige sind ebenfalls entsprechend lösungsorientiert und einer nachhaltigen Verbesserung ihrer Situation gemäß zu beraten. Aus der Perspektive der Suizidprävention im Alter sind dabei die Problematiken der Immobilität, Multimorbidität und langanhaltender konflikthafter Beziehungen besonderes zu beachten. Die Mitarbeitenden müssen in den drei Feldern Beratung Suizidgefährdeter, Supervi-

<sup>9</sup> Als Beispiel seien die Telefonnummern der Vergiftungszentralen in Deutschland genannt, die Informationen bei Intoxikationen an Professionelle, aber auch Betroffene geben.

sion von Professionellen und Beratung von Angehörigen qualifiziert sein.

### 5.3.2.2 Gatekeepertrainings und Förderung der Kompetenz der Professionellen im Feld der Hilfen für Ältere

Hier wird als vorrangiges Projekt die Schulung von Professionellen vorgeschlagen. Aus dem breiten Feld möglicher Gatekeeper sollen im ersten Schritt vorrangig die Professionellen der Altenhilfe geschult werden. Dabei sollen bereits entwickelte und vorliegende Schulungskonzepte der jeweiligen professionellen Realität gemäß angepasst und flächendeckend verbreitet werden. Dieser Prozess soll selbstverständlich durch wissenschaftliche Evaluationen (s. o.) begleitet werden. Gerade in der Altenhilfe ist dabei zu beachten, dass die Schulung im professionellen Umgang mit suizidalen und lebensmüden alten Personen sowohl in der Ausbildung der betreffenden Berufe als auch in den anschließenden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen verpflichtend gemacht und an die qualitätssichernden gesetzlichen Vorgaben geknüpft werden. Die entsprechenden Entgelte der Kostenträger müssen an diese Schulungsverpflichtungen angepasst werden.

### 5.3.2.3 Förderung der ambulanten und stationären Psychotherapie für alte suizidale Menschen

Signifikante Hinweise liegen dafür vor, dass suizidale Menschen im höheren Lebensalter wirksam durch Psychotherapie behandelt werden können. Aber noch immer sind sie im Bereich psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung unterrepräsentiert. Die Vorbehalte älterer Menschen gegenüber der Psychotherapie nehmen gegenwärtig erkennbar ab. Deshalb sollen schnell Bedingungen geschaffen werden, damit gerade im ambulanten Bereich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten häufiger multimorbide und immobile Patientinnen und Patienten, erst recht im Falle von Suizidalität, behandeln, sowohl in ihren Praxen als auch im aufsuchenden Setting. Dafür müssen **in den**

**Gebührenordnungen entsprechende Ziffern geschaffen** werden, die die unverzügliche und auch aufwendigere Behandlung bei Suizidalität, Immobilität und Multimorbidität ausgleichen. Hierzu gehört auch eine entsprechende Bezahlung bei Stundenausfällen aufgrund akuter körperlicher Erkrankungen der Patientinnen und Patienten.

### 5.3.3 Weitere Empfehlungen

Auch die im Folgenden genannten weiteren Empfehlungen stellen notwendige Schritte zu einer verbesserten Suizidprävention im höheren Lebensalter dar. Sie werden hier, entsprechend der Einteilung in universelle, selektive und indizierte Suizidprävention gegliedert, präsentiert.

#### 5.3.3.1 Universelle Suizidprävention

##### *Den öffentlichen Diskurs zur Suizidalität im Alter progressiv führen*

Universelle Suizidprävention basiert auf gesellschaftlichen Strategien für ein gutes Altern. Hierzu zählt die aktive Auseinandersetzung mit defizitorientierten Altersbildern und Gerontophobie, auch mit subtilen Tendenzen, die den Suizid im Alter als altruistische Tat befürworten.

Im öffentlichen Diskurs muss das Bewusstsein der Bevölkerung für die Suizidgefährdung bei alten Menschen geschärft werden. Psychiatrie und Psychotherapie müssen dabei als gesellschaftliche Institutionen entstigmatisiert werden. Enttabuisierung muss dabei in Zeitungen, Journalen und durch ausliegende Informationsblätter bei Hausärztinnen und Hausärzten und Apotheken konkret gefördert werden. Die modernen medialen Formen der Kommunikation sind auch für das Thema der Suizidprävention im Alter zu nutzen. Damit wird die defizitorientierte Sicht auf das Alter problematisiert wie auch die Kenntnis über und Hilfsmöglichkeiten für Risikogruppen erhöht.

Ein wichtiges Feld der universellen Prävention stellt der Kampf gegen Vereinsamung dar, wie dies im inter-

nationalen Vergleich, z. B. in Großbritannien, bereits geschieht: Dazu müssen unterschiedliche Angebote stärker gefördert werden, wie Seniorinnen- und Seniorenkreise der Gemeinde oder Bürgerhilfe, allgemein die Nachbarschaftshilfe oder auch alternative Wohnformen im Alter, wie betreute Wohngruppen oder Mehrgenerationenwohnen als Teil einer effizienten Versorgungsstruktur für alte Menschen. Gerade angesichts abnehmender familiärer Pflege und bei steigendem Pflegebedarf gewinnen soziale Anbindung und ein tragfähiges soziales Netzwerk nach Meinung der Experten an Bedeutung.

Ein barrierefreies Leben kann als pragmatische gesellschaftliche Strategie auch der Suizidprävention dienen. Der freie Zugang zum Wohnen, zu Gesundheitsdiensten, zu Kultur- und Sportveranstaltungen und die Förderung der Mobilität in der Öffentlichkeit spielen dabei eine zentrale Rolle.

### 5.3.3.2 Selektive Suizidprävention

#### *Bessere Erreichbarkeit von Krisendiensten, Beratung und Psychotherapie, medizinischer Versorgung und Altenhilfe*

Gerade in der Hilfe für gefährdete Gruppen und Personen ist die Vernetzung der Akteurinnen und Akteure der Altenhilfe ein bedeutsamer Faktor. Unter Wahrung des Datenschutzes und der individuellen Freiheit gilt es, die Zusammenarbeit der Akteurinnen und Akteure der Altenhilfe weiterzuentwickeln und zu stärken, Projekte mit bisher unnetzten Trägerschaften miteinander in Austausch zu bringen, Synergien, u. a. durch Austausch regional agierender Projekte, zu fördern und auch Kommunikationsbarrieren innerhalb von Institutionen (z. B. Krankenhäusern) zu mindern. Patientenzentrierte gemeinsame Aktivitäten der Suizidprävention i. S. von Konsil /Liaisondiensten und gemeinsamen Fortbildungen, die dem entgegenwirken können, müssen nachhaltig etabliert werden. Gerade Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Psychosomatik müssen in berufs- und hierarchiebezogenen Ebenen enger zusammenarbeiten, wollen sie suizidale ältere Patientinnen und Patienten wirklich erreichen. Dafür werden gemeinsame Finanzierungs- und Behandlungskonzepte, gemeinsame Fall-

besprechungen, Informations- und Wissensaustausch über die medizinische, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung, gemeinsame Fortbildungen und fluide Strukturen benötigt.

**Gerontopsychiatrien:** Gerontopsychiatrische Dienste und gerontopsychiatrische Tageskliniken und -stätten müssen verstärkt angeboten werden. Hierzu zählt auch die Verbesserung der Fachkompetenz bezüglich Alterssuizidalität sowie der Erreichbarkeit in Krisensituationen. Gerade für die Behandlung suizidaler älterer Menschen gilt: Supervision, Intervision und Konsil /Liaisondienste sind nachgewiesen effektive Strategien einer Qualitätssicherung. Diese müssen etabliert werden.

**Psychotherapie im Alter:** Auch hier spielt die Psychotherapie für Menschen im höheren Lebensalter eine wichtige Rolle: Sie muss generell mehr Verbreitung finden, mehr Akzeptanz, aber auch (s. o.) eine bessere Erreichbarkeit. Dafür sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu schulen, damit sie entsprechende Verfahren für ältere Personen anwenden können, besonders bei Suizidalität. Die Verfahren sind wissenschaftlich zu evaluieren und weiterzuentwickeln, wofür Forschungsförderung unabdingbar ist.

**Medizinisch-psychologisch-sozialarbeiterisches Fachpersonal in der Primärversorgung:** Hierzu ist die Sensibilisierung des Fachpersonals durch Fortbildung zum Thema Risiko-Screening, gegebenenfalls unter Einsatz von einschlägigen Checklisten oder Fragebögen, eine relevante Zielvorstellung für Veränderung. Strukturell ist dies durch den Ausbau von Sozialdiensten, psychologisch-psychotherapeutischen und psychiatrischen Konsiliardiensten für Kliniken und Praxis-Netzwerke zu fördern. Als Best-Practice-Beispiel sei der Wegweiser des Krisendienstes der Psychiatrie München genannt ([www.krisendienst-psychiatrie.de](http://www.krisendienst-psychiatrie.de)).

**Pflegeheime:** In betreuten Wohnanlagen, Senioren- und Pflegeheimen sollen sich psychosoziale Dienste für alte Menschen besser bekannt machen und z. B. Sprechstunden abhalten. Noch wirkungsvoller ist es, eigene Stellen für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und/oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, eventuell auch als Konsiliar- oder Liaison-

dienste im Verbundsystem mehrerer Einrichtungen, zu entwickeln und zu implementieren. Ein besonderes Augenmerk soll auf die Aufnahmesituation im Heim gelegt werden.

**Ambulante Pflegedienste:** Bei entsprechender Sensibilisierung und Kompetenzerweiterung der dort Tätigen sowie der notwendigen Verbesserung ihrer strukturellen Arbeitsbedingungen (s.o.) bietet diese Berufsgruppe ein erhebliches Potenzial für eine frühe und breitflächige Reaktion auf suizidale Entwicklungen.

**Selbsthilfe:** Selbsthilfeangebote, besonders nach Suizid, sind aktuell noch zu wenig altengerecht. Aufsuchende Angebote und Selbsthilfegruppen, die tagsüber stattfinden, können hier die Gruppe der älteren Menschen besser erreichen.

### 5.3.3.3 Indizierte Suizidprävention

#### *Suizidale Ältere darin unterstützen, wirksame Hilfe zu suchen und zu finden*

Die für die selektive Suizidprävention, also gefährdete Gruppen, genannten Verbesserungsvorschläge betreffen genauso die aktuell suizidalen Personen. Zur Förderung der indizierten Suizidprävention gilt es, besonders die professionellen Hilfen wie Beratung und Psychotherapie auf ambulanter und stationärer Ebene zu verstärken. Formen der aufsuchenden Psychotherapie und Beratung bieten hier vielversprechende Ansätze und sollen deshalb flächendeckend eingerichtet werden. Erste empirische und kasuistische Studien haben gezeigt, dass gerade suizidale Hochbetagte von auf-

suchenden therapeutischen Angeboten gut profitieren. Somit gilt es nicht nur unter den Älteren und ihren Angehörigen die Kenntnis und die Bereitschaft zu fördern, aufsuchende Therapien und Beratungen anzunehmen, sondern auch unter den Professionellen immer noch bestehende Hemmnisse zu überwinden, diese Klientel in Behandlung zu nehmen. Hier ist somit Öffentlichkeitsarbeit, Fachinformation und gezielte Förderung von Forschung und Krankenversorgung notwendig.

### 5.3.4 Notwendigkeit von Grundlagenforschung und Evaluation

Die wissenschaftliche Evaluation der vorgeschlagenen Maßnahmen stellt eine unabdingbare Notwendigkeit dar. Damit erst erfüllen sie die internationalen Standards erfolgreicher Suizidprävention.

Dabei sind die evidenzbasierten Methoden der Evaluation suizidpräventiver Maßnahmen anzuwenden. Diese beziehen sich nicht allein auf die Endpunkte einer Senkung der Suizidraten und des dokumentierten suizidalen Verhaltens i.S. von Suizidversuchen, sondern auch auf eine Veränderung intrapsychischer Parameter. Die Finanzierung aller Maßnahmen muss demnach immer auch die Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitforschung beinhalten.

Über diese Evaluationsaspekte hinaus besteht nach wie vor erheblicher Bedarf an evidenzbasiertem Wissen im Bereich der Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Dieser Bedarf muss durch entsprechende Forschungsförderung in Deutschland gedeckt werden.

## 5.4 Danksagung

An dieser Stelle ist weiteren Personen zu danken, die an der Entstehung dieses Projektberichts der TPG „Suizidprävention für alte Menschen“ mitgewirkt haben: Michaela Allgeier, Daniela Bussick, Annika Freier, Sina Gruber, Fabian Lutz, Friedrich Maus, Friederike C. Menzel, Christine Schöps, Anne Schornberg.

## 5.5 Anhang

### 5.5.1 Ergebnisse einer Befragung von Professionellen der ambulanten Altenpflege zu Stand, Problemen und Perspektiven der Suizidprävention in ihrem Feld

In einem Theorie-Praxis-Seminar des BA-Studienganges „Soziale Arbeit“ des Instituts für Sozialwesen der Universität Kassel (Prof. Dr. R. Lindner) führten 20 Studierende im Semester 2019 eine Befragung von vier ambulanten Altenpflegediensten in der Stadt Kassel durch. Die Mitarbeitenden der Pflegedienste wurden mittels eines semi-strukturierten Fragenkatalogs nach ihren Erfahrungen im Umgang mit suizidalen und lebensmüden alten Patientinnen und Patienten befragt, nach Problemen in der pflegerischen Versorgung und nach eigenen Lösungs- und Umgangspraktiken sowie nach Vorschlägen zum Umgang mit

Suizidalität und Lebensmüdigkeit im Alter. Die qualitative Analyse der vier Interviews mittels eines Gruppendiskussionsprozesses ergab drei Empfehlungen:

1. Einrichtung einer 24/7-Beratungshotline „Suizidprävention“ (resp. Online-Anlaufstelle) für Betroffene, Angehörige und Professionelle, die gerade auch Professionellen einen schnellen Zugang zu Beratung, Supervision und Behandlungsplanung ermöglicht. Zudem sollte diese Hotline in der Lage sein, im Rahmen eines freiwilligen Angebots suizidale und lebensmüde (alte) Personen eigenständig, regelmäßig und über einen längeren Zeitraum zu einem beratenden Kontakt anzurufen.
2. Gewünscht wurde ein „Notfallblatt für die Kitteltasche“ mit Kurzinformationen zu Fakten über den Sui-

**Fakten & Vorurteile**

**Lebensmüdigkeit**  
Wunsch zu sterben ohne eigenen Handlungsdruck (2,5%-15% aller alten Menschen)

**Suizidalität**  
Alle Gedanken die auf Selbsttötung hinweisen

**Risikogruppen**  
Alte Männer > Frauen, einsam, mit Beziehungsschwierigkeiten, suchtfähig, nach Verlusten, multimorbide, immobil

**Vorurteile**  
Wer drüber redet tut es nicht! **FALSCH**  
Das Thema ansprechen bringt den Kunden erst auf die Idee? **FALSCH**

**Anzeichen für Suizidalität**

Person fühlt sich

- perspektivlos
- hoffnungslos
- verzweifelt
- wertlos

Person hat

- konkrete Ideen zur Umsetzung des Suizides

Rückzug von Familie, Freunden, Betreuern, Wünschen, Aktivitäten

Im Gespräch über „Suizid“: Vermeidung von (Augen-)Kontakt

Regelung der „letzten Dinge“

Selbststopferungs-ideen (will keinem zur Last fallen)

**Einschätzung der Suizidalität**

Jede suizidale und lebensmüde Äußerung hat einen Hintergrund

Sprechen Sie die Kunden direkt auf lebensmüde und suizidale Gedanken an

Sprechen Sie im Team über die Situation vermitteln Sie Hilfe

**Wichtige Kommunikationshilfen:**

Erkennen Sie das „aktuelle Problem“ an, vermitteln Sie Verständnis und suchen Sie **gemeinsam** nach Lösungen.

**Grundaussage: Hilfe ist möglich!**

**mögliche Fragen & Hilfe für Angehörige**

Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, nicht mehr leben zu wollen?

Haben Sie sich direkte Gedanken der Umsetzung des Suizides gemacht?

Sind die Gedanken beiseitegeschoben? Haben Sie Vorbereitungen bzgl. eines Todes getroffen?

Und umgekehrt: Gibt es etwas was Sie vom Suizid abhält?

**Hilfe für Angehörige**

**KISS - Selbsthilfegruppe für Angehörige nach Suizid Kassel**  
Kontakt und Anmeldung - Telefon: 0561/81644-222  
Gosppestr. 14, 34117 Kassel (20 Uhr)  
KISS Selbsthilfepunkt, Treppenstr. 4, 34117 Kassel

**Bundesverbander Angehöriger von Suizid "AGUS"**  
www.agus.de

**Hilfe für Profis**

Gerontopsychiatrisches Zentrum im Klinikum Kassel  
Münchebergstr. 41 - 43, 34125 Kassel  
Institutionsnummern: 0561/980-2213 - Beratung: 0561/980-28 65

Klinikum KS Kamille - a. Kassenamt für Psychiatrie und Psychoanalyse  
Montag - Freitag 8:00 - 14:00 Uhr, Telefon: 0561/980-2212

Gerontopsychiatrisches Zentrum der Vitos Klinik für Psychiatrie-Psychotherapie Bad Endorf (Merchhausen)  
Landgraf Philip-Strasse 9, 34308 Bad Endorf - Telefon: 056249-600

Vitos psychiatrische Ambulanz und Tagesklinik Kassel  
Kathänerstraße 3, 34117 Kassel - Telefon: 0561-30070

Dialovir Kassel - psychologische Beratung  
Wilhelmstrasse 14, 34117 Kassel - Telefon: 0561/709 74 - 250  
Office Beratung: Montag 10:00 - 11:30 & Mittwoch 16:00 - 17:30

Telefonseelsorge Nordhessen: 0800 - 111 0 111 und 0800 - 111 0 222

Sozialpsychiatrischer Dienst Kassel  
Telefon: 0561/787 - 5390

Hospizverein Kassel e.V./ Ambulantes Hospiz/Palliativberatungsdienst  
Die Freiheit 2, 34117 Kassel - Tel: 0561/7034-162  
Geschäftszeiten: Mo. bis Do. 9 - 15 Uhr, Fr. 10-16:30

**Ich will nicht mehr!**  
Hilfe im Umgang mit lebensmüden und suizidalen Menschen im Alter

**Fakten**

**Anzeichen**

**Hilfe beim Umgang**

**Fragen an Kunden**

**Hilfe für Angehörige**

**Hilfe für Profis**

ein Projekt von Studierenden der Uni Kassel & Prof. Dr. Lindner

„Notfallblatt für die Kitteltasche“ für Professionelle der ambulanten Altenpflege in Kassel

zid im Alter, zu diagnostischen Fragen („Erkennen“), zum Abschätzen der Suizidalität, zum Handeln (Beratung, therapeutischen Strategien und Haltungen) und zu konkreten Hilfsangeboten für alte Menschen.

3. Hilfen für Angehörige sollten verstärkt werden: einerseits durch Schulungen von professionellen Pflegepersonen im Umgang mit Trauerprozessen körperlich kranker oder am Lebensende stehender Patientinnen und Patienten, andererseits aber auch durch direkte Hilfen für Angehörige alter suizidaler Menschen.

Es wurde ein „Notfallblatt für die Kitteltasche“ entwickelt und den Institutionen vorgestellt, das in einer ersten Evaluation von den Professionellen der ambulanten Altenpflege positiv aufgenommen wurde.

## 5.5.2 Suizidpräventive Aktivitäten der Deutschen Depressionshilfe mit besonderem Fokus auf Ältere

Einzelne regionale „Bündnisse gegen Depression“ richten als erste und niederschwellige Anlaufstellen Angebote durch Beratungsstellen zu Depression im Alter für Betroffene und Angehörige aus. Hinzu kommen verschiedene Selbsthilfe-/Gruppenangebote (siehe Infokasten „Unterstützungsangebote für Ältere“). Das Bündnis gegen Depression ist im universellen Präventionsbereich sehr engagiert. So teilte das Saarländische Bündnis mit, Diskussionen zu „Selbstbestimmung im Alter“, zu „Depression und Alter“ und zur „Akzeptanz suizidalen Verhaltens im Alter“ in der Gesellschaft zu führen.

### Unterstützungsangebote für Ältere am Beispiel der Deutschen Depressionshilfe

**Deutsche Depressionshilfe ([www.deutsche-depressionshilfe.de/start](http://www.deutsche-depressionshilfe.de/start))**

**Gründung:** 2008

**Zielsetzung:** Die gesundheitliche Situation depressiver Menschen verbessern.

**Tochterorganisation:** „Deutsches Bündnis gegen Depression“

**Zielsetzung:** Entwicklung und Förderung regionaler „Bündnisse gegen Depression“ im gesamten Bundesgebiet mit begleitender Öffentlichkeitsarbeit.

**Projekte:** Online-Diskussionsforum Depression, das Aktionsnetz Depression am Arbeitsplatz, das Psychiatriekonsil, das Infotelefon Depression, das psychosoziale Coaching von Langzeitarbeitslosen.

In den einzelnen regionalen Bündnissen gegen Depression gibt es z. T. Beratungsstellen zu Depression im Alter für Betroffene und Angehörige als erste und niederschwellige Anlaufstelle sowie verschiedene Selbsthilfe-/Gruppenangebote (Gesprächskreise, Chor für Menschen mit Depression, Demenz und alle Interessierten, z. B. Erlangen [www.dreycedern.de/depression-im-alter/veranstaltungen-depression-im-alter](http://www.dreycedern.de/depression-im-alter/veranstaltungen-depression-im-alter)).

**Einschränkung:** Ein Teil der älteren Menschen wird wegen dieser Fokussierung auf Depression von den Angeboten jedoch nicht erreicht, da Suizidalität im Alter auch außerhalb des Kontextes von Depression erscheint.

### 5.5.3 Statistische Angaben der Telefonseelsorge zur Nutzung ihres Dienstes durch Ältere im Kontext der Suizidalität

Die Bundesstatistik aller Telefonseelsorgestellen dokumentierte für den Zeitraum 01.01.–10.10.2018 altersspezifische Angaben zur Suizidalität ihrer Anrufer: Demnach waren 9 % der Anrufer über 70 Jahre alt. Dies entspricht nicht dem Anteil dieser Altersgruppe in der Gesamtbevölkerung und zeigt, dass die Telefonseelsorge insgesamt seltener von alten Menschen kontaktiert wird. Dieser Trend zeigt sich besonders hinsichtlich der Suizidalität der Anrufer. Von den Personen, die über Suizidgedanken sprachen, waren nur 9 % über 70 Jahre alt (Suizidabsichten: 6 %, frühere Suizidversuche: 7 %).

Dagegen macht die Gruppe der 50–59-Jährigen einen wesentlich größeren Anteil der suizidalen Anrufer aus.

### 5.5.4 Aktivitäten der AG „Alte Menschen“ des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland

Die Arbeitsgruppe ist ein deutschlandweit agierendes Forum, das mit Vertretern anderer Institutionen, Verbänden und Arbeitsgruppen im Austausch ist. Eine Vielfalt von Themen, Initiativen und Perspektiven wurde in den Arbeitstreffen der AG vorgestellt und diskutiert. Gäste waren in den letzten Jahren (siehe Anhang – Tabelle A5.1)

Datum	Organisation/Thema	Name
2020	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie DGGG	Prof. Dr. Eva-Marie Kessler
2020	Ev. Arbeitsgemeinschaft für Altenarbeit (EAfA) der EKD: „Hochaltrigkeit und Suizidalität in der Gemeindegarbeit“	Christine Schöps, Pfrin.
2019	BundesseniorenInnenvertreter des Deutschen Berufsverbands für soziale Arbeit e.V.	Friedrich Maus
2018	Arbeitsgemeinschaft deutscher Apothekenkammern und Bundesapothekerkammer	Dr. Daniela Bussick
2015	Frankfurter Netzwerk zur Suizidprävention (FRANS)	Dr. Thomas Götz
2013	Diakonie-Projekt „Lebenslinien – Krisenbewältigung im Alter“, Münster	Dr. Claudia Wernik-Hübner
2013	Stadtverwaltung München Projekt „Aufi – Auswege finden bei psychischen Krisen im Alter“	Katja Schlüter
2010	„Umgang mit dem Thema Suizid in Einrichtungen zur stationären Altenhilfe“	Dr. Gisela Bockenheimer-Lucius
2008	„Der begleitete Übergang in den Ruhestand als Präventionsmaßnahme in der ambulanten sozialen Altenhilfe unter dem Aspekt Isolation und Desolation im Alter“	Tanja Schmelter
2008	Bildungshaus Diakonie, Karlsruhe Integration von Angeboten der Suizidprävention in Fort- und Weiterbildungsprogramme der Altenhilfe	Cornelia Grünkorn

Anhang – Tabelle A5.1: Netzwerkarbeit AG „Alte Menschen“ NaSPro.

### Veröffentlichungen der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“:

- Die Broschüre und das Faltblatt „Wenn das Altwerden zur Last wird“<sup>10</sup> in deutscher, englischer und französischer Sprache. Diese Informationsschrift wendet sich an Personen, die das Thema des Suizids und der Suizidprävention nicht unbeteiligt lässt und die sich informieren wollen, an Menschen, die sich mit Gedanken an Selbsttötung tragen oder sich in einer Lebenskrise befinden, an Angehörige und an Personen, die haupt- oder ehrenamtlich mit alten Menschen arbeiten.
- Die Materialien „Suizidprävention im Alter. Folien und Erläuterungen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung“ (Schneider et al. 2011) vermitteln in einer Zusammenstellung von Folien Kenntnisse über die Häufigkeit und die Ursachen des Alterssuizids, über die Möglichkeiten rechtzeitiger Gefährdungserkennung, der Prävention und der konkreten Hilfe. Informationen über ethische, religiöse und juristische Aspekte der Suizidalität sowie Adressen, wie und wo man Hilfe findet, sind angefügt. Einen 2015 aktualisierten Foliensatz hält der Mabuse-Verlag online für die Käuferinnen und Käufer der Materialien bereit.
- In dem Buch „Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen“ (Lindner et al. 2014) werden die aktuellen Forschungsergebnisse und klinischen Erfahrungen rund um das Thema Suizidgefährdung und -prävention im Alter ausführlich dargestellt und analysiert. Das Buch richtet sich an Pflegenden, Therapeutinnen und Therapeuten, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Psychiaterinnen und Psychiater, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, andere Professionelle und an Ehrenamtliche, die mit älteren Menschen arbeiten.
- In Zusammenarbeit mit der ABDA entstand zum Weltsuizidpräventionstag 2020 ein Gesprächsleitfaden zum Umgang mit suizidalen Patientinnen und

Patienten in der Apotheke. Unter dem Titel „Suizidale Menschen in der Apotheke – Warnzeichen erkennen und reagieren“ soll er Apothekenmitarbeiterinnen und Apothekenmitarbeiter für mögliche Hinweise auf suizidale Absichten ihrer Patienten sensibilisieren, Möglichkeiten der Gesprächsführung aufzeigen und Hinweise zum weiteren Umgang mit betroffenen Patientinnen und Patienten geben.<sup>11,12</sup>

Das Engagement der AG „Alte Menschen“ in den Bereichen der Gesundheits-, Sozial- und Altenhilfepolitik findet auf verschiedenen Feldern statt, besonders in Zusammenarbeit mit regionalen, landes- und bundesweiten Aktivitäten zur Suizidprävention im Alter. Angesichts der öffentlichen Debatte um den assistierten Suizid setzte sich die AG „Alte Menschen“ in einem intensiven Diskussionsprozess mit einem breiten Kanon an Positionen intensiv auseinander, verfasste und beteiligte sich an Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention und des NaSPro und führte im Rahmen der Bundestagsdebatten zum Thema 2015 in Kooperation eine intensive Pressearbeit durch. Dabei lag der Schwerpunkt der Tätigkeit in der wissenschaftlichen Information der Entscheidungsträger, unter anderem durch das Memorandum „Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen. Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter“ (AG „Alte Menschen“ 2015).<sup>13</sup>

### 5.5.5 Online-Befragung „Suizidalität bei älteren Menschen im geriatrischen Kontext. Eine empirische Untersuchung“<sup>14</sup>

#### Ziel:

Befragung von Geriaterinnen und Geriatern zur Suizidalität in der Geriatrie, zu Problemen in ihrer Diagnostik und Therapie und zu Verbesserungsvorschlägen zur Suizidprävention.

10 Die Broschüre ist in der aktualisierten 6. Auflage von 2019 abrufbar unter: [www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/wenn-das-altwerden-zur-last-wird/96012](http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/wenn-das-altwerden-zur-last-wird/96012) (16.09.2020)

11 [www.abda.de/fuer-apotheker/qualitaetssicherung/leitlinien/leitlinien-und-arbeitshilfen](http://www.abda.de/fuer-apotheker/qualitaetssicherung/leitlinien/leitlinien-und-arbeitshilfen) (Stichwort „Weitere Arbeitshilfen“)

12 [www.naspro.de/dl/2020-09-09-Leitfaden-Suizidale-Menschen-in-der-Apotheke.pdf](http://www.naspro.de/dl/2020-09-09-Leitfaden-Suizidale-Menschen-in-der-Apotheke.pdf)

13 [www.naspro.de/dl/memorandum2015.pdf](http://www.naspro.de/dl/memorandum2015.pdf) (16.09.2020)

14 Gruber 2019

**Methodik und Stichprobe:**

Ein ca. 20-minütiger Online-Fragebogen wurde über den Newsletter der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. an professionelle Mitarbeitende in geriatrischen Einrichtungen verschickt. An der Umfrage nahmen 55 Personen, 34 Frauen und 21 Männer, teil. 39,2% von ihnen arbeiteten in leitenden Positionen als Chef- und Oberärztinnen bzw. Chef- und Oberärzte und 60,8% waren Assistentenärztinnen und Assistenzärzte, Psychologinnen und Psychologen oder gehörten weiteren therapeutisch arbeitenden Berufsgruppen an.

**Ergebnisse:**

Knapp die Hälfte der befragten Mitarbeitenden in der Geriatrie wird mindestens ein- bis zweimal im Monat mit der Lebensmüdigkeit von Patientinnen und Patienten konfrontiert, 30% von ihnen ebenso häufig mit latenter Suizidalität, knapp 15% mit akuter Suizidalität. Mit der konkreten Bitte um Sterbehilfe wurden 35,2% der Befragten ein- bis fünfmal in den letzten 12 Monaten konfrontiert. Während ihrer Zeit in der Geriatrie wurden 17% der Befragten über fünfzehnmal mit Suizidversu-

chen konfrontiert und über die Hälfte (54,8%) zwischen ein- und fünfzehnmal. Einen vollendeten Suizid (ein- bis dreimal) erlebten 43% der Befragten.

Obwohl sich 64% von der Suizidalität ihrer Patientinnen und Patienten belastet fühlen, nehmen nur wenige Professionelle die kollegiale Hilfe von anderen Professionellen an, die mehr Kontakt mit Suizidalen und mehr Expertise in der Handhabung der Suizidalität haben. Supervision wird zwar als ein hilfreiches Instrument zur Arbeit mit suizidalen Patientinnen und Patienten angesehen, jedoch nur von 25,9% der Befragten genutzt. In der eigenen Einschätzung des Wissensstandes sehen Ärztinnen und Ärzte sich deutlich schlechter informiert als Psychologinnen und Psychologen. Gründe dafür lassen sich schon im Ausbildungs-(Studien-)Curriculum der einzelnen Berufsgruppen finden: Der gefundene Unterschied verdeutlicht die Wichtigkeit psychologischer und psychosomatischer Inhalte in Bezug auf (Alters-)Suizidalität vor allem für Ärztinnen und Ärzte, aber auch für alle anderen geriatrischen Berufsgruppen, bereits im Studium und in der Ausbildung.