

Epidemiologie

Sylvia Schaller, Norbert Erlemeier

2.1 Allgemeine Daten – 22

2.1.1 Besonderheiten der Erfassung suizidaler Handlungen alter Menschen – 22

2.1.2 Häufigkeit suizidaler Handlungen – 22

2.2 Soziale Bedingungen – 26

2.2.1 Auswirkungen des sozialen Wandels – 26

2.2.2 Soziale Bedingungen im Alter – 27

2.2.3 Zusammenfassung und Fazit – 32

Literatur – 32

2.1 Allgemeine Daten

In vielen Ländern wird ein hoher Prozentsatz der Suizide von alten Menschen begangen. Das Alter wird daher auch zu den Risikofaktoren für suizidales Verhalten gezählt.

2.1.1 Besonderheiten der Erfassung suizidaler Handlungen alter Menschen

Bei der Erfassung und Bewertung der Suizidalität alter Menschen sind jedoch einige Besonderheiten zu beachten. Schwer zu erfassen sind z. B. **indirekte suizidale Handlungen**, beispielsweise Risikoverhalten oder Unterlassungshandlungen wie das Nichtbefolgen ärztlicher Maßnahmen, Über- oder Unterdosierungen von Medikamenten und das Einstellen der Nahrungszufuhr oder des Trinkens mit der Absicht zu sterben (Wedler et al. 1995). Solche indirekten Suizidhandlungen sollen relativ häufig in stationären Altenhilfeeinrichtungen vorkommen (Erlemeier 2006); dadurch wird aber die Häufigkeit und Bedeutung von Suiziden im Alter unterschätzt. Die Suizidraten im Alter werden auch durch Besonderheiten der Dokumentation der Todesursache unterschätzt, da häufig nicht die suizidale Handlung selbst als Todesursache angegeben wird, sondern z. B. prämorbidie Erkrankungen oder durch den Suizidversuch verursachte nachfolgende Krankheiten.

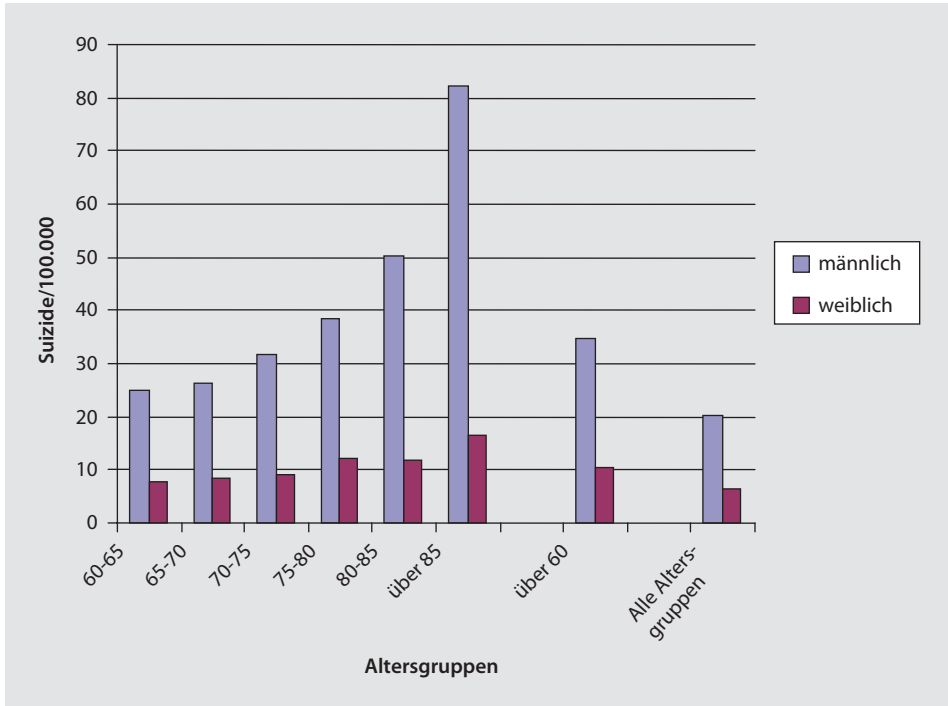
Auch die Bestimmung der Häufigkeit von **Suizidgedanken** im Alter ist schwierig. Zwar sehnen manche alten Menschen das Lebensende herbei, da das Leben als Last oder als nicht mehr lebenswert erachtet wird (Scocco u. DeLeo 2002). Diese passiven Todeswünsche beinhalten aber, im Gegensatz zu Suizidgedanken, in der Regel keine konkreten Ideen, dieses Ende aktiv herbeizuführen.

2.1.2 Häufigkeit suizidaler Handlungen

Suizide

In Deutschland beträgt die **Suizidziffer** (Anzahl der Suizide/100.000 Einwohner) der über 60-Jährigen im Jahr 2011 für Männer 34,61/100.000 und für Frauen 10,40/100.000. Die Gesamtsuizidziffer über alle Altersgruppen beträgt 20,09 für Männer und 6,24 für Frauen. Die Suizidgefährdung nimmt mit dem Alter sowohl für Männer als auch für Frauen deutlich zu (■ Abb. 2.1). Dies wird auch als »ungarisches Muster« bezeichnet, weil dieses Phänomen in Ungarn zum ersten Mal beschrieben wurde. Dieses Muster findet sich in nahezu allen Ländern, Ausnahmen bilden Japan und Australien. In Japan haben die 45- bis 64-Jährigen die höchsten Suizidziffern. Auch in Australien haben die mittleren Altersgruppen leicht höhere Suizidziffern als die alten Menschen.

Aufgrund der höheren Suizidgefährdung im Alter zusammen mit der Veränderung der Alterspyramide hat sich der Anteil alter Menschen an den Suiziden insgesamt in den letzten Jahren überproportional erhöht und zwar bei Frauen deutlicher als bei den Männern. So beträgt der Anteil der Männer über 60 an der Gesamtbevölkerung 24,47 %, an den Suiziden aber 42,16 %, der Anteil der Frauen an der Gesamtbevölkerung 30,13 %, an den Suiziden sogar 50,23 %. Jeder zweite Suizid einer Frau wird daher heute von einer Frau über 60 Jahre begangen.



■ **Abb. 2.1** Alter und Suizidziffern in Deutschland 2011. (Datenquelle: Statistisches Bundesamt 2012, Stand August 2013, Berechnungen Schaller)

In Deutschland lebende ältere Menschen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit haben eine deutlich niedrigere Suizidrate (11,69 für Männer, 6,3 für Frauen über 60 Jahre).

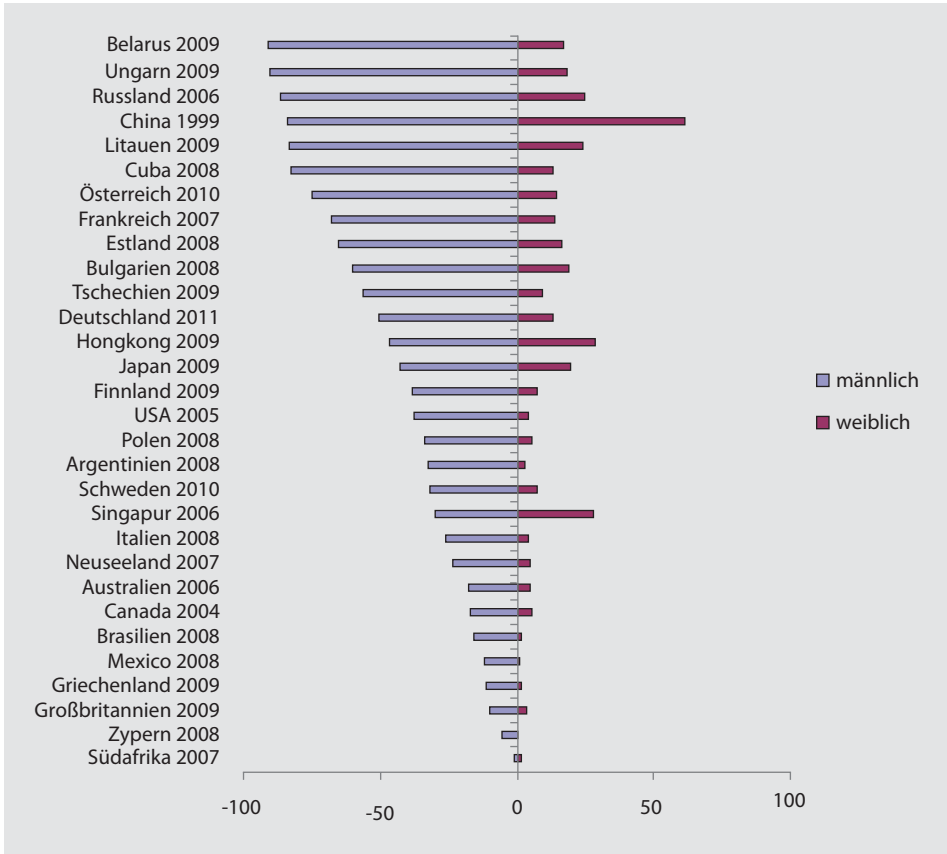
Da alte Menschen wegen ihrer Multimorbidität jedoch an sich bereits ein erhöhtes Suizidrisiko haben, ist der prozentuale Anteil der Suizide an den Gesamttodesursachen bei alten Menschen geringer als bei jungen.

Im internationalen Vergleich liegt Deutschland im Mittelbereich (■ Abb. 2.2).

Bei den angewandten **Suizidmethoden** überwiegen die sog. »harten« Methoden. Erhängen liegt bei Männern und Frauen an der Spitze, gefolgt von Feuerwaffen, Vergiftung und Sturz aus der Höhe bei Männern, Vergiftung, Sturz aus der Höhe und Ertrinken bei Frauen.

Suizide im Alter werden häufig durch »besondere« Tage (Hagenbuchner [1967] sprach bereits von »Gedenktagssuiziden«) und besondere Orte (wo man früher schöne Zeiten erlebt hat [Wohner et al. 2005]) angeregt. Im Alter, v. a. bei kranken und sozial isolierten Menschen, kommen auch häufiger als in anderen Altersgruppen sog. **Doppelsuizide** oder **Mitnahme-suizide** vor, i. S. einer Tötung aus Mitleid oder weil man den Partner nach dem eigenen Suizid nicht weiterleben lassen will (Haenel u. Elsässer 2000).

- Bei Alterssuiziden werden weniger Abschiedsbriefe gefunden, was auf einen geringeren Appellcharakter suizidaler Handlungen schließen lassen könnte.



■ **Abb. 2.2** Suizidraten älterer Menschen im internationalen Vergleich (letztes verfügbares Jahr; über 75-Jährige). (Quelle: WHO-Datenbank, Stand August 2013)

Suizidversuche

Zu Suizidversuchsrate existieren keine offiziellen Statistiken. In Deutschland liegen neben Daten aus Inanspruchnahmepopulationen nur Daten aus dem deutschen Erfassungsgebiet der WHO/EURO-Multicentre-Study of Suicidal Behaviour (Monitoring Teil) vor, die zur Erhebung möglichst wahrer Suizidversuchsrate in Europa durchgeführt wird. Die folgenden Zahlen entstammen dem Datenmaterial der WHO-Arbeitsgruppe Würzburg (Schmidtke et al. 2009)

Im Durchschnitt wurden von der Erfassungstichprobe in Würzburg etwa 7 % der Suizidversuche von Personen über 60 Jahre (40 % Männer) durchgeführt.

Die auf der Basis der WHO-Erhebung geschätzten Suizidversuchsziffern für Deutschland (für die Bevölkerung 60 Jahre und älter) betragen für das Jahr 2006 für Männer 53,7/100.000 und für Frauen 32,4/100.000. Das deutsche Erfassungsgebiet liegt damit im europäischen Vergleich im unteren Drittel.

Das Verhältnis Suizid : Suizidversuch für die Altersgruppe der über 60-Jährigen beträgt in Deutschland für Männer 1 : 1,7 und für Frauen 1 : 3,2. Es ist damit niedriger als das Verhältnis von 1 : 2,1 für Männer und 1 : 11,3 für Frauen, das über alle Altersgruppen errechnet werden

kann. Ältere Menschen berichten auch weniger Suizidversuche als jüngere Altersgruppen. Bei den Männern haben 78 % vorher keinen Suizidversuch begangen, bei den Frauen 68 % (dagegen finden sich bei jüngeren Männern bis zu 30 %, bei Frauen bis zu 49 % frühere Suizidversuche). Suizidversuche werden von älteren Menschen auch weniger oft wiederholt. Nur 42 % der älteren Frauen (52 % bei jüngeren) wiederholen den Suizidversuch. Bei den Männern sind die Unterschiede geringer.

Suizidversuche älterer Menschen werden deutlich häufiger als ernsthaft beurteilt als die jüngerer Menschen, v. a. älteren Männern wird eine ernstere Intention unterstellt. Bei alten Menschen mit Suizidversuch wird daher auch sehr häufig eine stationäre Weiterbehandlung vorgeschlagen (Männer 79 %, Frauen 71 %).

Die hauptsächlich angewandten **Suizidversuchsmethoden** sind bei den älteren Männern Schneiden (37 %), Vergiftungen (33 %) und Hängen (7 %). Ältere Frauen wählen überwiegend Vergiftungen (66 %), gefolgt von Schneiden (17 %) und Hängen (4 %).

Ältere Männer mit Suizidversuch erhielten als häufigste Diagnose »Anpassungsstörungen« (32 %), gefolgt von der Diagnose »sonstige Psychosen«, die auch hirnorganische Psychosyndrome umfasst (27 %) sowie affektive Psychosen (27 %). Bei den älteren Frauen überwiegen affektive Psychosen (44 %). Schizophrenie wird bei älteren Menschen als Diagnose kaum vergeben. Es finden sich aber (komorbid) häufig Suchterkrankungen (21 %).

➤ **Ältere Suizidenten und Personen mit Suizidversuchen leben häufig allein, sind verwitwet oder geschieden.**

In der WHO Studie lebten viele alte Menschen mit Suizidversuch in Heimen oder einer anderen Institution (Männer 21 %, Frauen 15 %; Schmidtke et al 2004). Vor allem bei den Männern ändert sich die Lebenssituation kurz vor dem Suizidversuch: Doppelt so viele ältere Männer wechseln in ein Heim als wie in der gewohnten Umgebung bleiben. Suizidversuche alter Menschen in einer psychiatrischen Institution sind dagegen selten (weniger als 1 %).

Als relativ häufiges Motiv – v. a. bei Personen vor und nach der Pensionierung – werden **finanzielle Belastungen** (bis 5 %) genannt. Die Bedeutung dieses Motivs nimmt jedoch mit zunehmendem Alter wieder ab. Ältere Menschen mit Suizidversuch geben auch häufiger als jüngere Altersgruppen **körperliche Erkrankungen**, v. a. chronische Erkrankungen und Erkrankungen mit Schmerzen (bis zu 30 %) an. Allerdings werden diesen Motivnennungen zugrunde liegende **depressive Kognitionen**, v. a. bei Männern, oft nicht erkannt.

➤ **Dem Suizidversuch zugrundeliegende Depressionen werden häufig auch von ärztlicher Seite erkannt.**

Suizidenten suchen in den Tagen vor dem Suizidversuch signifikant häufiger als sonst ihren Hausarzt auf, wobei meist körperliche Symptome angesprochen werden, die suizidale Tendenz aber nicht erkannt wird (Harwood et al. 2000). 30–50 % der Suizidenten sollen in der Woche vor dem Suizid noch ihren Hausarzt aufgesucht haben, sogar bis 77 % in den letzten 4 Wochen (vgl. Harwood et al. 2000). Ähnliche Häufigkeiten gelten auch für Kontakte mit Psychiatern oder anderen psychosozialen Diensten (bis 70 % im Monat vor dem Suizid; z. B. Pirkis u. Burgess 1998). Bei Männern werden Depressionen auch oft als aggressives Verhalten und Persönlichkeitsstörung verkannt.

Suizidgedanken

Barnow u. Linden (2000) fanden zwar bei über 70-Jährigen in 15 % Lebensüberdrußgedanken und in 5 % »Gedanken sterben zu wollen«, aber nur bei 1 % direkte Suizidideen oder -gesten,

von über 90-Jährigen werden in 1,7 % Suizidgedanken berichtet. Einige ausländische Studien berichten höhere Raten von Suizidideen bei älteren Menschen (Scocco u. De Leo 2002: bei über 65-Jährigen: 9,5 %). Für Personen in Heimpflege geben ausländische Studien für 10,6 % »passive« und für 1,2 % »aktive« Suizidideen an (Raue et al. 2006).

2.2 Soziale Bedingungen

2.2.1 Auswirkungen des sozialen Wandels

Der demografische und gesellschaftliche Wandel bringt auf Dauer auch einen Wandel in den sozialen Strukturen und Lebensformen mit sich. Er führt zu epochalen Veränderungen, die sich nicht nur heute, sondern noch stärker in Zukunft auf das Zusammenleben und die Verkehrsformen der Generationen auswirken. Ins Blickfeld zu nehmen sind nicht nur die heutigen Altersgenerationen, sondern v. a. die mittleren Altersgruppen, bei denen sich der soziale Wandel nachhaltig auswirken wird.

Noch funktioniert der informelle Unterstützungsaustausch innerhalb der Familie im Bedarfsfall recht gut. Kognitive (Rat- und Entscheidungshilfen), emotionale (Trost und Aufmunterung) und instrumentelle Unterstützung (Hilfen im Haushalt, bei Krankheit etc.) werden in Befragungen genannt. Der soziale Wandel wird das ändern. Die **Pluralisierung der Lebensformen** ist bereits in vollem Gange. Nachweisbar ist der Zuwachs an partnerlosen Personen und nichtehelichen Partnerschaften bei der mittleren und älteren Generation. Der Anteil der Verheirateten nimmt ab, dafür wächst die Zahl der Ledigen und Geschiedenen. Der Anteil der Eingenerationenhaushalte in der 2. Lebenshälfte wächst, sowohl die Zahl der Singlehaushalte wie der Haushalte ohne Kinder. Es zeigen sich eine Verringerung der herkömmlichen Lebensformen und eine Zunahme seltenerer Lebensformen auf Kosten der klassischen Kernfamilie. »In Bezug auf Lebensformen und -verläufe wird das Alter voraussichtlich bunter, teilweise aber auch fragiler« (Motel-Klingebiet et al. 2010, S. 185). Dazu beitragen werden auch die zunehmenden Ehescheidungen. Betroffen davon sind auch langjährige Ehen. Häufiger aufgelöst werden ebenso nichteheliche Partnerschaften.

Aufgeworfen werden durch diese epochalen Veränderungen Unterstützungs- und Versorgungsfragen, die bisher weitgehend im Rahmen **familiärer Austauschbeziehungen** geregelt wurden. Hoffnungsvoll stimmt, dass Menschen nicht selten auch außerhalb der Familie Hilfe in Krisensituationen erhalten. Menschen, die ohne Partner und Kinder leben, können z. B. Rat und Trost von Freunden und Nachbarn erwarten. Es zeigt sich aber, dass diese Personengruppe verstärkt emotionale Unterstützung vermisst.

- **Es entstehen neue Unsicherheiten in der Lebensplanung und im Alltagsmanagement für künftige Altersgenerationen, die verstärkt auf die Unterstützung und Versorgung in belastenden Lebenssituationen durch außerfamiliäre Personen und Dienstleister angewiesen sind.**

Das Problem der sozialen Isolierung und mangelnden emotionalen Unterstützung wird sich für manche Menschen im Alter verstärkt stellen und damit auch das Risiko für Krisenerleben, Vereinsamung und suizidale Gefährdung. Sich auf diese Herausforderungen einzustellen, betrifft besonders die Lebensberatung, Krisenhilfe und Suizidprävention mit Blick auf heutige und künftige Altersgenerationen.

2.2.2 Soziale Bedingungen im Alter

Der Begriff der sozialen Bedingungen ist weiter zu fassen als der der sozialen Beziehungen, auf den später eingegangen wird. Zu den sozialen Bedingungen gehören im weiten Sinne die **ökonomischen** und **ökologischen** Lebensumstände, hier v. a. die Wohn- und Lebenswelt, deren kulturelle und soziale Infrastruktur sowie das **soziale Netzwerk**, das einem Menschen zur Verfügung steht und in das er integriert ist.

Ebenfalls dazu gehören **soziodemografische Indikatoren** wie z. B. der Familienstand und die Kontakthäufigkeit zu Personen des sozialen Netzwerks. Auf diese beiden Aspekte soll kurz eingegangen werden.

Familienverband

Bekannt ist die Tatsache, dass im höheren Lebensalter der Anteil der Verheirateten ab und damit der der Verwitweten zunimmt. Betroffen davon sind besonders die Frauen. Die Gewichtungen des Familienstands werden sich in Zukunft (bis 2030) erheblich ändern. Zunehmen wird bei den 65-Jährigen und Älteren die Zahl der Ledigen, Geschiedenen und nichtehelichen Lebensgemeinschaften, abnehmen dagegen die Zahl der Verheirateten. Relativ gleich bleiben wird die Zahl der Verwitweten (BMFSFJ 2006, S. 173 ff). Diese Entwicklung hat auch Auswirkungen auf die Haushaltsstrukturen, d. h. zu erwarten ist ein starkes Anwachsen der Einpersonenhaushalte der Älteren von derzeit 5,2 auf 9,2 Mio. in 2030. Das betrifft Männer wie Frauen, die in Zukunft vermehrt allein einen Haushalt führen müssen.

Der Familientypus heute ist vorherrschend der des **intergenerationalen Familienverbandes** (»multilokale Mehrgenerationenfamilie«), in dem die Generationen einer Familie nicht in einer Hausgemeinschaft zusammenleben, sondern eine in der Regel räumliche Nähe zwischen den Haushalten der Generationen besteht und ein reger Austausch in der Familie gepflegt wird. Mindestens ein erwachsenes Kind wohnt nicht weit entfernt von den betagten Eltern bzw. einem Elternteil. Auch ist im Allgemeinen die Kontakthäufigkeit zwischen alten Eltern und erwachsenen Kindern hoch. Ebenfalls bemerkenswert sind die wechselseitigen Unterstützungsleistungen. Die meisten in Alterssurveys Befragten schätzen die Familienbeziehungen als gut bis sehr gut ein, hier besonders die Frauen. Die Nennung von innerfamiliären Konflikten war dagegen eher gering ausgeprägt (Hoff 2006). Die **innerfamiliären Austauschbeziehungen** werden sich – wie Berechnungen des Deutschen Alterssurveys zeigen – in Zukunft verändern. Es ist mit einer Vielfalt von familialen und partnerschaftlichen Lebensformen zu rechnen, bei denen Kinder als Unterstützungspartner eine geringere Rolle spielen (Engstler u. Tesch-Römer 2010).

Bedeutung sozialer Netzwerke

Zu den Netzwerkpartnern Älterer gehören auch Freunde, Bekannte und Nachbarn, deren Bedeutung als Ersatz für familiäre Unterstützung in Zukunft anwachsen wird.

- **Die Berücksichtigung und der Aufbau nichtfamiliärer privater Netzwerke im Alter stellen in Zukunft einen wichtigen Aspekt der primären Suizidprävention dar. Ambulante hauswirtschaftliche und pflegerische Dienste werden dabei eine besondere Funktion erhalten.**

Von noch größerer Bedeutung als heute werden auch informelle Formen der Begegnung und Hilfe im Alter werden.

Soziale Beziehungen sind ein zentraler Aspekt sozialer Bedingungen im Alter. Wir alle leben nicht als Einzelwesen in einem sozialen Vakuum, sondern lebenslang eng verwoben mit sozialen Beziehungen, die wir mitgestalten und von denen wir in unserer Entwicklung beeinflusst werden. Diese Beziehungen und Personen, mit denen wir interagieren, wandeln sich im Verlauf des Lebens.

Nach dem **Modell des sozialen Konvois** von Antonucci (Antonucci u. Akiyama 1987) begleitet ein Netzwerk von Personen und sozialen Beziehungen einen Menschen im Lebenslauf wie die Begleitschiffe eines Konvois, die Unterstützungsleistungen bereithalten. Dieses soziale Netzwerk verändert sich mit der Zeit, im Alter in besonderer Weise. Um im Bilde zu bleiben: Es gibt immer weniger Begleitschiffe im Konvoi. Dies wird besonders durch das **Modell der sozioemotionalen Selektivität** von Carstensen (Carstensen u. Lang 2007) verdeutlicht. Sie geht von folgenden Prämissen aus:

Die Gestaltung sozialer Beziehungen steht im engen Zusammenhang mit dem Erhalt des subjektiven Wohlbefindens. Dabei stehen **2 soziale Motive der Beziehungsgestaltung** im Vordergrund:

- die Suche nach Informationen,
- die Regulierung von Emotionen.

Die Gewichtung sozialer Motive verschiebt sich über die Lebensspanne. Jüngere Menschen richten ihre Sozialkontakte schwerpunktmäßig an längerfristigen Zielen der Lebensplanung und Zukunftsgestaltung aus, zu denen v. a. zweckdienliche Informationen gehören. Ihr soziales Netz und ihre Kontaktkreise sind in der Regel größer und variabler. Bei alten Menschen verringern sich die Kontaktkreise durch Verluste und körperliche Einschränkungen im Lebensraum. Für sie steht nicht so sehr der informative Gehalt von Kontakten im Vordergrund, sondern der emotionale Gewinn, der mit dem enger gewordenen sozialen Netzwerk verbunden ist.

- **Alte Menschen pflegen und intensivieren nach Möglichkeit jene Kontakte, die mit positiven Emotionen wie Erlebnisfreude, Unterstützung und Wertschätzung verbunden sind. Formelhaft verkürzt lautet das Motto: »Weniger Quantität, mehr Qualität in sozialen Beziehungen«.**

Die freiwillige oder unfreiwillige Verkleinerung des sozialen Netzwerks mit weniger Kontaktpersonen muss also nicht zur Isolation und Vereinsamung führen, sondern kann Ausgangspunkt einer aktiven Beziehungsgestaltung sein, die mehr Wert legt auf Befriedigung, Unterstützung und emotionalen Austausch. Gelingt diese Neuorientierung in sozialen Beziehungen als Quelle der Emotionsregulierung nicht oder fehlen nahestehende Kontaktpersonen, droht in der Tat soziale Isolation und Vereinsamung.

Soziale Isolation und Einsamkeit

- **Isolation und Einsamkeit gelten als ein Risikofaktor für Sinnkrisen, geschwächten Lebenswillen und suizidale Gefährdung im Alter, v. a. dann, wenn sie mit mangelnder sozialer und emotionaler Unterstützung einhergehen.**

Isolation steht für einen Mangel an sozialen Kontakten und Beziehungen innerhalb eines bestimmten Zeitraums. Um diesen Mangel genauer zu bestimmen, bedarf es eines pragmatischen Richtwerts, der festlegt, ab wann die Kontakthäufigkeit unter ein bestimmtes Minimum sinkt. Von **sozialer Isolation** wird z. B. gesprochen, wenn ein alter Mensch weniger als einmal pro Woche Besuch von Personen empfängt oder Personen außerhalb des Haushalts trifft. Diese

Eingrenzung ist problematisch, weil es heute auch alternative technische Wege der Kontaktpflege gibt. Zudem ist zwischen sozialer und emotionaler Isolation zu unterscheiden. Emotionale Isolation ist engstens verwandt mit dem Begriff **Einsamkeit**. Darunter ist der erlebte Mangel an sozial-emotionaler Unterstützung und menschlicher Anteilnahme zu verstehen. Es geht um die schmerzliche Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit tragender Beziehungen, um das Erleben emotionaler Bedürftigkeit, die nicht aufgewogen werden kann. Einsamkeitsgefühle können das körperliche und seelische Wohlbefinden stark beeinflussen.

Über das Ausmaß von Isolierung und Einsamkeit alter Menschen gibt es einige empirische Anhaltspunkte. Faktum ist, dass das Alleinleben in Einpersonenhaushalten, das in Zukunft zunehmen wird, nicht mit Isolation gleichgesetzt werden darf. Die Befunde zum Ausmaß von Isolation und Einsamkeit im Alter ergeben kein einheitliches Bild. Daten des Deutschen Alterssurveys sprechen dafür, dass ein starker Anstieg von Isolation und Einsamkeitsgefühlen zwischen mittleren und hohen Altersgruppen in Privathaushalten nicht nachzuweisen ist. Andere Studien belegen dagegen einen Anstieg von solchen Gefühlen v. a. im sehr hohen Alter. Gründe für diese Divergenz liegen v. a. in der Stichprobenauswahl und dem Erfassungsmodus dieser Variablen. Fasst man verschiedene Studien zusammen, so zeigt sich, dass etwa 10 % älterer Menschen stark unter Einsamkeit leiden. Dieser Prozentsatz ist über die Zeit relativ konstant geblieben (Tesch-Römer 2010, S. 211).

Von Einfluss auf das Erleben von Einsamkeit sind

- Mangel an vertrauensvollen Beziehungen,
- Verlust nahestehender Personen und
- Gesundheitszustand, insbesondere Einschränkungen der Mobilität und Selbsthilfefähigkeit (Autonomie).

Soziale Beziehungen und Suizidalität

Neben den sozial-strukturellen Veränderungen und Herausforderungen, die sich v. a. in Zukunft auf die Bewältigung von Altersproblemen und -krisen auswirken werden, spielt die Qualität sozialer Beziehungen im Bedingungsgeflecht suizidaler Gefährdung im Alter eine nicht zu unterschätzende Rolle. Die Beachtung und Stärkung der Qualität von Beziehungen im eingeschränkten sozialen Netzwerk alter Menschen ist ein wichtiges Element der Krisenhilfe und Suizidprävention im Alter. Soziale Beziehungen wirken v. a. durch ihr wechselseitiges Unterstützungspotenzial, aber auch durch die Verursachung von Konflikten und Belastungen, die dazu führen können, dass Beziehungen zerbrechen und beendet werden, manchmal sogar durch Selbsttötung. Scheidungen und andere Formen der Trennung sprechen jeweils ihre eigene Sprache. Welche Rolle spielen soziale Bedingungen, hier v. a. Ausmaß und Qualität sozialer Beziehungen bei der Entstehung von Krisenerleben und suizidaler Gefährdung im Alter?

- **Der Einfluss sozialer Beziehungen auf die Suizidalität im Alter konnte mehrfach nachgewiesen werden. Männer scheinen im Vergleich zu Frauen davon stärker betroffen zu sein, z. B. kurz nach dem Tod ihrer Partnerin. Sie litten stärker und anhaltender unter dem Verlust (Dombrovski et al. 2005).**

Im Bedingungsgefüge der Suizidalität im Alter spielen zusätzlich zu den Risikofaktoren der körperlichen und psychischen Erkrankungen Kontakt- und Kommunikationsprobleme eine große Rolle. Diese stehen einerseits mit altersbedingten Veränderungen im sozialen Netzwerk sowie mit deren Unterstützungsressourcen in Verbindung, andererseits treten sie als begleitende Bedingungen körperlicher und psychischer Erkrankungen oder auch als eigene Bedingung für Suizidalität im Alter auf.

Mit zunehmendem Alter reduziert sich insgesamt die Anzahl der Personen im sozialen Netzwerk, was jedoch nicht heißt, dass Intensität und Qualität der Kontakte dadurch immer gemindert werden müssen. Ein wichtiger Unterschied ist in der Netzwerkforschung zwischen quantitativen und qualitativen Parametern sozialer Netzwerke zu machen. Zum Beispiel werden Einsamkeitsgefühle nicht so sehr durch quantitative Netzwerkmerkmale wie Anzahl der Kontaktpartner ausgelöst, sondern durch qualitative Eigenschaften wie Mangel an vertraulichen Gesprächen und emotionalem Austausch. Der Kreis der wichtigsten Vertrauenspersonen rekrutierte sich zu über 90 % aus dem innerfamiliären und nur zu knapp 10 % aus dem außerfamiliären Beziehungsbereich. Zum außerfamiliären Vertrautenkreis gehörten vor allen Freunde und Bekannte. Dazu kommen Seelsorger und Ärzte (Ferring u. Filipp 1999). Fehlen diese vertrauensvollen Beziehungen oder sind sie brüchig oder konfliktlastig geworden, tritt zu anderen suizidalen Risiken ein weiterer Risikofaktor hinzu. Für die Suizidprävention im Alter ist von Bedeutung, dass alte Menschen in Krisen, wenn möglich, auf Hilfen aus dem innerfamiliären Netzwerk vertrauen und erst dann andere Ressourcen in Anspruch nehmen, wenn familiäre Hilfen nicht greifen, nicht erwartet werden können oder nicht gewünscht werden (Erlemeier 2011).

Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Frage nach dem Unterstützungspotenzial, das alten Menschen in ihrem sozialen Netzwerk als **Schutzfaktor** zur Verfügung steht. Nach dem Alterssurvey haben 13 % der über 70-Jährigen niemanden, den sie um Rat fragen können. Bei Männern bleibt das im Umfang kleinere **kognitive Unterstützungspotenzial** unabhängig vom Alter relativ stabil, während es bei Frauen, von einem höheren Niveau ausgehend, im Alter schrumpft. Ähnlich sieht es beim **emotionalen Unterstützungspotenzial** aus. 14 % der über 70-Jährigen können niemanden nennen, an den sie sich wenden können, wenn sie Trost oder Aufmunterung brauchen. Frauen sind davon häufiger betroffen als Männer, wenngleich Frauen insgesamt mehr Personen nennen, die emotionale Unterstützung gewähren können. Auch die instrumentelle Unterstützung, z. B. im Haushalt, beim Einkaufen etc. geht im hohen Alter wegen der, z. B. durch Tod verursachten, Reduzierung der Personen im Haushalt zurück, bei den Frauen stärker als bei den Männern. Potenzielle Unterstützungspersonen rekrutieren sich an erster Stelle aus der Familie und der Verwandtschaft. Dann erst folgen Freunde, Nachbarn oder bezahlte Helfer als Unterstützungspersonen (Künemund u. Hollstein 2000).

Es ist wichtig festzuhalten, dass Alter nicht mit Kontaktmangel, sozialer Isolierung und Vereinsamung gleichzusetzen ist. Es gibt aber bei den über 65-Jährigen, besonders bei den Hochbetagten, einen nicht zu unterschätzenden Anteil, der als sozial isoliert gilt. Rund 10 % fühlen sich nach eigenem Bekunden einsam. Unter diesen sind bei Erschwerung durch andere Belastungen erwartungsgemäß auch suizidgefährdete alten Menschen zu finden.

- **Übereinstimmung besteht unter den Suizidforschern darin, dass sich unter den Personen mit Suiziden oder Suizidversuchen häufiger Geschiedene, getrennt Lebende, Verwitwete oder Alleinstehende befinden.**

Es gibt Belege dafür, dass auch unter alten Menschen, die Suizid begehen, mehr Verwitwete, Alleinstehende und Geschiedene sind. Männer, die ihre Lebenspartnerin im hohen Alter verloren haben, stehen unter einem höheren Suizidrisiko als verwitwete Frauen, weil sie offenbar mit der Situation des Alleinlebens und den Komplikationen im Alltagsmanagement weniger vertraut sind als Frauen (Canetto 1992).

Cattel u. Jolley (1995) konnten nachweisen, dass bei älteren Männern, die einen Suizid ausführten, der Anteil der Alleinlebenden und Verwitweten im Vergleich zu den Frauen besonders hoch war. Vorausgesetzt werden muss allerdings, dass die Ehebeziehungen selbst nicht zu

Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren
Menschen

Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im
Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland

Lindner, R.; Hery, D.; Schaller, S.; Schneider, B.;

Sperling, U. (Hrsg.)

2014, XV, 185 S. 8 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-662-44011-7