

Suizid und Suizidalität des alten Menschen

Hans Wedler

Suizide 2015 Deutschland

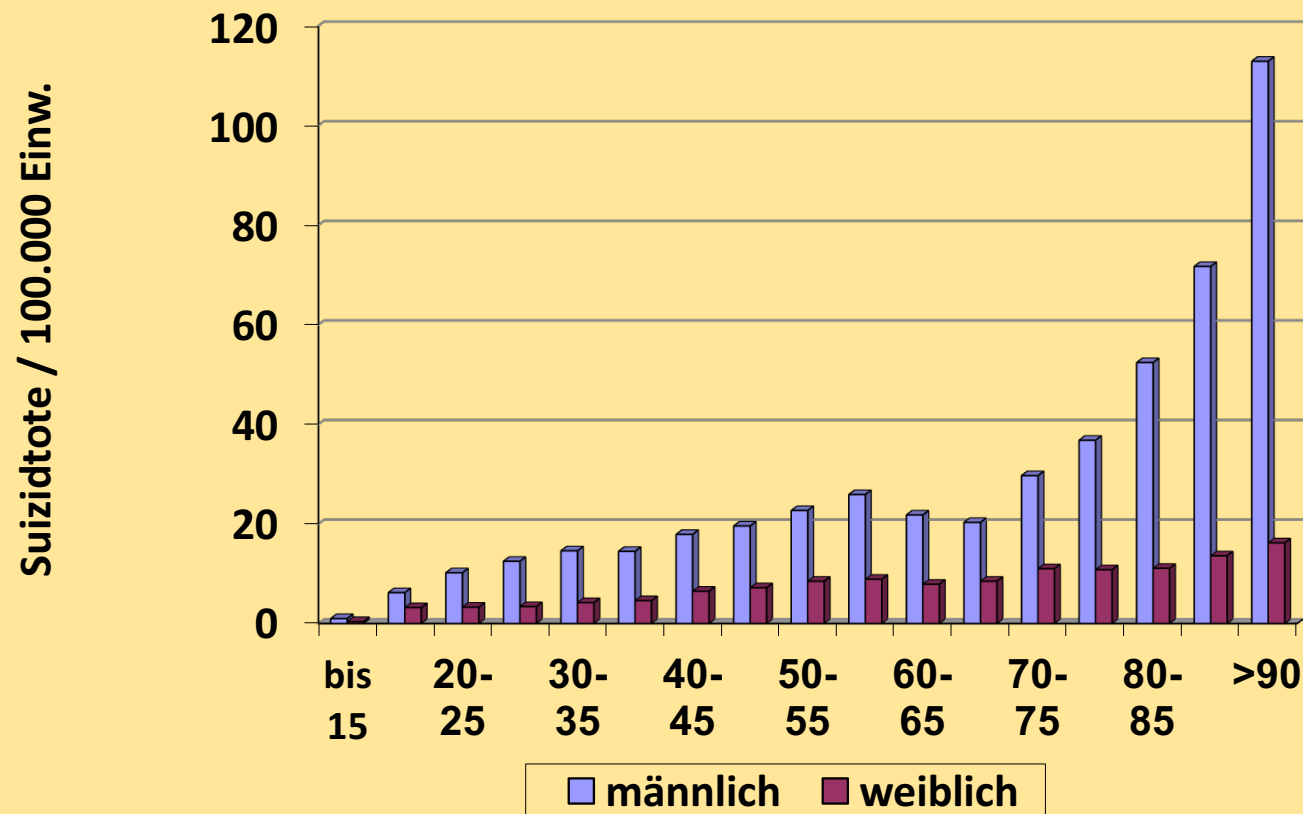
	Absolute Zahlen		Suizidrate (pro 100.000 Lebende)	
	Bevölkerung	60+Jährige	Bevölkerung	60+Jährige
Insgesamt	10.080	4.537 = 45,0 %	12,3	20,3
Männer	7.398 (73,4%)	3.263 = 44,1 % (71,9%)	18,4	32,8
Frauen	2.682 (26,6%)	1.274 = 47,5 % (28.1%)	6,5	10,3

Alterssuizid in Deutschland 2015

	Alle Altersgruppen	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	85-90	90+
gesamt	10.078	757	590	827	934	680	486	263
männlich	7.397	584	406	580	681	717	353	178
weiblich	2.681	209	184	247	253	163	133	85

Suizidraten nach Alter und Geschlecht 2015 Deutschland

Suizide pro 100.000 Lebende



Suizidendenzen der älteren Allgemeinbevölkerung

U. Sperling et al. (2009) Suizidalität in einer geriatrischen Population

- | | |
|--------------------------------|------------|
| • Suizidversuche | 0,2 – 0,6% |
| • Suizidgedanken/ -pläne | 1 – 2,8% |
| • Todeswünsche: | 2,8 – 6% |
| • Leben nicht mehr lebenswert: | 2,5 – 15% |

Martin Luther: Aus einer Tischrede nahe Luthers Lebensende

Nach: Waltraut Lewin in *DIE ZEIT* 45/2016, S. 55

„... in tausend Jahren keiner gewesen, dem die Welt so feind war wie mir. Ich bin ihr auch feind und weiß im ganzen Leben nichts mehr, wozu ich Lust hätte, und bin gar müde zu leben.“

Studies of completed suicide in long-term care settings

Briana Mezuk, Andrew Rock, Matthew C. Lohman and Moon Choi (2014)
 International Journal of Geriatric Psychiatry [29 \(12\)](#) 1198–1211

		Suizide	Suizidrate Langzeitpflegeheime	Suizidrate allgemein alte Menschen
1988	Abrams USA	632	19,74/ 100.000	98,56/ 100.000
1990	Osgood USA	463	94,9/ 100.000	
2000	Menghini USA	79	35/ 100.000	
2003	Suominen Finnland	1.397	Jährliche Inzidenz: 1%	
2006	Scocco Italien	289	18,6/ 100.000	8,9/ 100.000
2008	Mezuk USA	47	1990-2005 konstant	1990-2005: deutlich rückläufig
2011	Seyfried USA		Jährliche Inzidenz: 0,09%	

Methods of suicide in LTC settings

Briana Mezuk, Andrew Rock, Matthew C. Lohman and Moon Choi (2014)
International Journal of Geriatric Psychiatry [29 \(12\)](#) 1198–1211

- Erhängen
- Sprung aus der Höhe
- Überdosierung von Medikamenten
- Erschießen
- Handgelenksschnitt
- Selbsterstickung
- Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit
- Verweigerung von Medikamenteneinnahme
- Ertrinken
- Vergiftung

Suicide risk in long-term care facilities: a systematic review

Briana Mezuk, Andrew Rock, Matthew C. Lohman and Moon Choi (2014)

International Journal of Geriatric Psychiatry [29 \(12\)](#) 1198–1211

Auswertung von 36 wissenschaftlichen Artikeln 1985-2013:

- Suizidgedanken (aktive und passive) unter Bewohnern von Langzeitversorgungseinrichtungen häufig (5-33% im letzten Monat)
- Komplet durchgeführter Suizid selten
- Häufige Korrelate: Depression, soziale Isolation, Einsamkeit, Nachlassen funktioneller Fähigkeiten
- Deutliche Hinweise, dass Organisationsstrukturen im Heim relevant für suizidales Verhalten (z. B. Bettengröße, Personalausstattung)
- **Conclusions:** Forschungsergebnisse über das Suizidrisiko in Langzeit-Pflegeeinrichtungen bislang spärlich. Sie zeigen jedoch, dass es für Kliniker und medizinische Leiter bedeutsam ist, diese Gefährdung wahrzunehmen und sich damit zu befassen. Weitere Erforschung des Suizidrisikos im betreuten Wohnen und in anderen stationären Pflegeeinrichtungen ist erforderlich, ebenso der Einfluss der Organisationsstrukturen auf das Wohlbefinden der Bewohner.

N. Erlemeier (2006) Direkte und indirekte Suizidneigungen bei Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen (Befragung in 225 Altenpflegeheimen in NRW)

Direkte Suizidneigungen bei Heimbewohnern in letzten 12 Monaten

	Häufigkeit	%
Fast nie	196	87,1
Manchmal	17	7,6
Häufig	0,0	0,0
Keine Angabe	12	5,3
Gesamt	225	100,0

N. Erlemeier (2006) Direkte und indirekte Suizidneigungen bei Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen (Befragung in 225 Altenpflegeheimen in NRW)

Indirekte Suizidneigungen bei Heimbewohnern in letzten 12 Monaten

	Häufigkeit	%
Fast nie	76	33,8
Manchmal	128	56,9
Häufig	11	4,9
Keine Angabe	10	4,4
Gesamt	225	100,0

N. Erlemeier (2006) Direkte und indirekte Suizidneigungen bei Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen (Befragung in 225 Altenpflegeheimen in NRW)

Bewährte Reaktionsformen im Umgang mit Suizidneigungen:

- *Direkter Umgang mit Bewohnern* (25,5 %): Gespräche, Zuhören, Zeit
- *Einbezug des sozialen Umfeldes* (17,8 %): Angehörige, Betreuer
- *Einschaltung fachlicher Hilfen* (15,6 %): Hausarzt, psychiatrische Klinik
- *Reduzierung von Gefahrenquellen* (6,0 %): z. B. Medikamentenkontrolle
- *Strukturelle Maßnahmen* (4,7 %): Teamgespräche, Tagesstrukturierung
- *Einzelbetreuung / Psychosoziale Betreuung* (4,1 %)
- *Krisenmanagement* (unspezifiziert) (3,2 %)
- *Fortbildung* (0,2 %)

Ursachen für Suizidalität

■ Generelle Risikofaktoren:

Geschlecht, Alter, Ethnizität, sexuelle Orientierung, frühere Suizidversuche

■ Zusätzliche Einflussfaktoren:

- Zugang zu Suizidmethoden
- psychische/körperliche Erkrankung
- soziale Integration/Isolierung
- Familienstand, beruflicher Status
- Emotionen: Wut, Angst, Hoffnungslosigkeit
- Erschöpfung am Lebensende

Suizidmotive

- Ehrverlust
 - Angst
 - Verzweiflung
 - Einsamkeit
 - Rache
 - Folgen psychischer Krankheit
 - Lebenssattheit
 - Entlastung Angehöriger
 - politischer Protest
 - Märtyreraktion
- u.v.a.m.

Ethische Argumente pro und contra Suizid

Pro moralische Erlaubtheit

des Suizids:

- Freie Selbstbestimmung
- Menschliche Würde
- Glücksstreben
- Gelassenheit gegenüber dem Tod

Contra moralische Erlaubtheit

des Suizids:

- Unnatürlich, widerspricht dem Selbsterhaltungsprinzip
- Leben steht in der Verfügung Gottes
- Christliches Tötungsverbot
- **Sozialethische Verpflichtung**

Suizid: individuelle oder soziale Angelegenheit?

Suizid weitgehend individuelle Angelegenheit:

- z.B. Seneca: “Jederman sollte sein Leben für die anderen angenehm gestalten, den Tod aber allein für sich selbst”

Suizid weitgehend soziale Angelegenheit:

- familienstrukturierte Gesellschaften: Suizidtod eines Familienmitglieds im jungen oder mittleren Alter für andere schwer traumatisierend, weniger jedoch beim Suizidtod eines alten Menschen

Suizidprävention: Anmaßung oder Verpflichtung?

- Suizidprävention immer unter allen Umständen geboten, somit allgemeine Verpflichtung?
- Suizidprävention erlaubt, jedoch dem jeweiligen persönlichen Engagement und individuellen Überzeugungen anheimgestellt?
- Suizidprävention in bestimmten Fällen unangebracht, Anmaßung gegenüber der autonomen Entscheidung des Individuums?

Besonderheit: Suizidprävention und Sterbehilfe im Alter

Im Alter Kollision der ethische Grundprinzipien unserer Gesellschaft:

Lebensschutz vs. freie Selbstbestimmung

wenn sich (meist nahe dem Lebensende) mit zunehmender, unumkehrbarer Einschränkung der Freiheitsgrade im wachsenden Maße die Sinnfrage des Weiterlebens stellt.

Die rechtliche und ethische Wertung dieser Situation zurzeit in unserer Gesellschaft (noch) umstritten.

Karl Jaspers: Philosophie Band II Existenzerhellung: Die Unerträglichkeit des Lebens 1932

„Gepeinigt in der Welt, ohnmächtig, den Kampf mit sich und der Welt fortzuführen, in Krankheit oder Alter dem Versinken in Kümmerlichkeit ausgesetzt, von dem Herabgleiten unter das Niveau des eigenen Wesens bedroht, wird es ein tröstender Gedanke, sich das Leben nehmen zu können, weil der Tod wie eine Rettung erscheint. Wo unheilbare körperliche Erkrankung, Mangel aller Mittel und völlige Isolierung in der Welt zusammenkommen, kann in höchster Klarheit ohne Nihilismus das eigene Dasein nicht überhaupt, sondern das, welches jetzt noch bleiben könnte, negiert werden. Es ist eine Grenze, wo Fortleben keine Pflicht mehr sein kann ...“

„... Der Selbstmord wird die letzte Freiheit des Lebens.“

Margaret Pabst Battin (gemeinsam mit Timothy Quill)

ProCon.org 2008

Wir sind der festen Überzeugung, dass der vom Arzt assistierte Tod eine – nicht die einzige, aber doch eine – der dem Patienten verfügbaren ultimativen Möglichkeiten angesichts eines schweren Sterbens sein sollte. Wir stimmen zu, dass diese Optionen auch eine hochdosierte Schmerztherapie, wenn erforderlich, umfassen sollte, ebenso die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen, der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und die terminale Sedierung. Wir sind jedoch auch der Meinung, dass die ärztliche Assistenz zum Sterben, ob man sie als ärztlich begleiteten Tod, ärztliche Hilfe beim Sterben oder ärztlich assistierten Suizid bezeichnet, unter den dem Patienten verfügbaren Optionen am Lebensende sein sollte.

§ 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.

Assistierter Suizid legal

Belgien, Luxemburg, Niederlande

Schweiz (außer bei selbstsüchtigen Motiven)

Schweden (falls Helfer Privatperson), Estland

Deutschland (falls als Angehöriger oder Nahestehender und nicht geschäftsmäßig)

USA-Staaten: Oregon, Washington, Vermont, Montana, Kalifornien, Colorado, District of Columbia

Kanada, Kolumbien

(Japan)

Liberalisierungsbemühungen zum assistierten Suizid

- 24 weitere US-Staaten
- Großbritannien
- Irland
- Frankreich
- Australien
- Südafrika
- Peru

Resümee:

- Suizid = möglicher, aber kein gebräuchlicher Weg zur Lebensbeendigung
- Suizidalität in Langzeitpflegeeinrichtungen durchaus präsent; vollzogene Suizide jedoch selten
- Zunahme der Lebensmüdigkeit im Alter
- Ethische Wertung indifferent: freie Selbstbestimmung vs. soziale Verpflichtung
- Jeder Mensch hat irgendwann im Leben an Suizid gedacht, aber nur wenige sind am Ende soweit, diesen Weg aus dem Leben für sich zu nutzen