PRESSEMAPPE

Die Förderung der Suizidprävention im Alter benötigt mehr Aufmerksamkeit.

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) und die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) stellen das Memorandum

Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen

Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter

der Öffentlichkeit vor.

Pressekonferenz am 11. März 2015
im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz
in Berlin

Inhalt:

1 Teilnehmer
2 Pressemitteilung
3 Redebeiträge
4 Präsentationsfolien
5 Memorandum
6 Stellungnahme von DGS und NaSPro zur Diskussion gesetzlicher Änderungen bezüglich eines Verbots der gewerbsmäßigen und geschäftsmäßigen Sterbehilfe

Teilnehmer

Moderation

Ass. jur. Daniela Hery, LL.M. (MedR)
Stiftung „Stark fürs Leben“

Referenten

PD Dr. Reinhard Lindner
NaSPro – AG Alte Menschen, Nationales Suizidpräventionsprogramm (NaSPro)
E-Mail: lindner@uke.de

Dr. Uwe Sperling
NaSPro – AG Alte Menschen, Nationales Suizidpräventionsprogramm (NaSPro)
E-Mail: uwe.sperling@umm.de

Prof. Dr. Barbara Schneider M.Sc.
Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)
E-Mail: B.Schneider@em.uni-frankfurt.de

Für weitere Gespräche steht zur Verfügung:

Prof. Dr. Martin Teising
Präsident der Internationalen Psychoanalytischen Universität (IPU), Berlin
E-Mail: teising@t-online.de

Pressemitteilung

11. März 2015

Experten fordern mehr Aufmerksamkeit für suizidgefährdete alte Menschen

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) und die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) stellten heute das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) geförderte **Memorandum „Wenn alte Menschen nicht mehr Leben wollen - Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter“** vor**.** Das Memorandum fasst Informationen über Belastungen des Alters, über Risiko- und Schutzfaktoren, Möglichkeiten der Suizidprävention, ethische und rechtliche Fragen und über Hilfen am Lebensende zusammen.

Die Experten senden ein Alarmsignal aus. *„Durch den demographischen Wandel und das hohe Suizidrisiko im Alter werden wir vermehrt mit suizidgefährdeten alten Menschen konfrontiert werden*“ führte die DGS-Vorsitzende Professorin Schneider aus: *„Dem wird sich die Gesellschaft verantwortungsvoll stellen müssen!“*. Um hilfreich sein zu können, muss man verstehen lernen, dass Suizidgedanken ambivalent sind und nicht zwingend den Wunsch ausdrücken, durch Suizid zu sterben. Darüber müsse man in ein Gespräch mit den Betroffenen kommen *„Entgegen vieler Vorurteile kann eine Suizidgefährdung auch im hohen Alter noch erfolgreich behandelt werden“* stellte der Experte für die Suizidalität alter Menschen, Dr. Lindner, fest. „Man müsse es nur wollen“. Er forderte deutliche Anstrengungen für die Suizidprävention suizidalen Verhaltens z. B. in der Früherkennung und in der Fortbildung sozialer und medizinischer Berufe. „Psychotherapie, Beratung, Krisenintervention und Seelsorge können suizidalen alten Menschen helfen, auch bei Belastungen am Lebensende“, so Dr. Lindner.

Mit Bezug auf die aktuelle Diskussion über den assistierten Suizid wies der Gerontologe Dr. Sperling darauf hin, das Möglichkeiten der Suizidprävention am Lebensende oft nicht bekannt seien: *„Dazu gehören z. B. das jetzt schon bestehende Recht, eine lebensverlängernder Behandlung abzulehnen und die vielseitigen Möglichkeiten palliativer Versorgung“.* Alle anwesenden Experten waren sich darin einig, dass die palliativmedizinische Versorgung und suizidpräventive Maßnahmen Vorrang vor der Suizidassistenz haben müssen. Die Arbeitsgruppe hat sich mit dem Memorandum bewusst dazu entschieden, *keinen* konkreten Vorschlag in die aktuelle Sterbehilfediskussion einzubringen. Sie erwartet jedoch, dass die im Memorandum dargestellten wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Suizidalität alter Menschen in die Diskussion der unterschiedlichen Positionen eingehen und in dem Gesetzgebungsprozess berücksichtigt werden.

In der „Arbeitsgruppe Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm haben sich auf dem Gebiet der Alterssuizidalität aktive Forscher und Experten aus der Praxis organisiert.

Das Memorandum kann unter

www.naspro.de/dl/memorandum2015

herunter geladen werden.

Beitrag Daniela Hery

Die Stiftung „Stark fürs Leben“

Der Stiftungszweck der Stiftung Stark fürs Leben ist die Förderung von Suizidprävention und Krisenintervention. Es handelt sich um eine rechtsfähige öffentliche Stiftung des bürgerlichen Rechts.

Die Stiftung ist Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention und beteiligt sich am nationalen Suizidpräventionsprogramm.

Ein zentraler Punkt der Stiftungstätigkeit ist dabei die Aufklärung und Wissensvermittlung im Bereich der Ressourcenstärkung und Präventionsarbeit, indem Veranstaltungen wie die heutige unterstützt werden. Sie wirkt auf diesem Wege der Tabuisierung des Suizides und der Suizidalität entgegen.

Ein Arbeitsschwerpunkt, der sich in den letzten Jahren herauskristallisiert hat, ist die Suizidprävention bei alten Menschen. Gerade suizidgefährdete alte Menschen haben keine Lobby.

Dabei ist der Suizid im Alter kein unausweichliches Schicksal. Suizidalität ist auch im Alter behandelbar. Das Memorandum möchte über entsprechende Präventionsansätze und mögliche Hilfeleistungen informieren.

Gerade die Kenntnis des Forschungsstandes wird von Seiten der Stiftung in der gegenwärtig öffentlich geführten Debatte hinsichtlich der Begrenzungen des assistierten Suizids vermisst.

Wissen schafft Vertrauen und daraus resultierend Handlungssicherheit.

http://www.stark-fuers-leben.de/images/stories/logo_start.jpgStark für‘s Leben
Stiftung des Bürgerlichen Rechts
Hof im Fallgarten
67125 Dannstadt- Schauernheim

Beitrag Barbara Schneider

Suizide in Deutschland – Demographie und Epidemiologie

Seit den 80-er Jahren sind die Suizidzahlen sowohl bei Männern als auch bei Frauen in Deutschland zunächst rückläufig und erreichten mit einer Gesamtzahl von 9.402 im Jahr 2007 einen Tiefpunkt. Seit 2008 steigt die Zahl der Suizide in Deutschland tendenziell wieder an. Im Jahr 2013 nahmen sich 10.076 Menschen das Leben, 7449 Männer und 2627 Frauen.

Seit Jahren nimmt der Anteil älterer Menschen in der Gesamtbevölkerung zu. Aktuell ist etwas mehr als ein Fünftel aller Bundesdeutschen älter als 65 Jahre; es wird nach Schätzungen des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung davon ausgegangen, dass im Jahr 2040 bereits mehr als 30% aller Menschen über 65 Jahre alt könnten.

Seit Beginn der Aufzeichnungen, also seit mehr als 100 Jahren, zeigen die Statistiken, dass in Deutschland mit zunehmendem Lebensalter das Suizidrisiko ansteigt. Im Jahr 2013 betrug die Suizidrate in der Altersgruppe der 90 Jahre alten und älteren Menschen bei den Männern 89,7 und bei den Frauen 17,4 pro 100000 Einwohner, was wesentlich höher ist als die Suizidrate für alle Altersgruppen (Männer: 18,9 /100000, Frauen 6,4/100000).

Wenn man berücksichtigt, dass der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung steigt und dass ältere Menschen ein höheres Suizidrisiko haben kann man daraus schließen, das die Wahrscheinlichkeit einer größeren Anzahl größeren absoluten Anzahl von Suiziden älterer Menschen steigt, wenn nicht gegengesteuert wird.

Ein Ausdruck dieser Entwicklung ist vermutlich, dass in den letzten 20 Jahren eine Rückläufigkeit der bei den Suiziden in jüngeren Altersgruppen gab, die Zahl der Suizide bei den 65 Jahr und älteren alten Menschen eher konstant geblieben ist bzw. wieder eine Tendenz zur Steigerung zeigt.

Das dies Bild ein Ausdruck der demographischen Entwicklung sein dürfte können Sie daran erkennen, dass sich das Suizidrisiko in den verschiedenen Altersgruppen sich über die Jahre nicht bedeutsam verändert hat.

Der beschriebene Trend zeigt sich auch bei der Entwicklung des durchschnittlichen Sterbealters der durch Suizid Verstorbenen. Dieses ist von 53,2 im Jahre 1998 auf 57,4 im Jahre 2013 kontinuierlich angestiegen. Interessant ist, dass der Anstieg des Sterbealter vor allem auf die Entwicklung bei den Männern zurückzuführen ist.

Diese Tendenz findet sich auch, wenn man den Anteil der Altersgruppe 60+ an der Gesamtzahl der Suizide des jeweiligen Geschlechts betrachtet. Der Anteil der älteren Männer an der Gesamtzahl der Suizide steigt.

Zum Schluss möchte ich noch auf die verwendeten Suizidmethoden im Altersvergleich hinweisen. Es fällt auf, dass Erhängen die dominante Suizidmethode in allen Altersgruppen ist. Ältere Menschen sterben bei einem Suizid jedoch deutlich seltener auf Bahngleisen, dafür häufiger durch Schusswaffen (fast nur Männer), Gase und Ertrinken. Die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmethoden ist ein wirksames Mittel ein der Suizidprävention.

Beitrag Reinhard Lindner

Wenn alte Menschen nicht mehr Leben wollen. Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland und die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention informieren mit dem Memorandum „**Wenn alte Menschen nicht mehr Leben wollen. Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter“** über Suizidalität im Alter und ihre Behandlungsmöglichkeiten. Sie informieren damit über mögliche und notwendige, jedoch derzeit noch nicht ausreichend umgesetzte Strategien der Suizidprävention, gerade im Alter, bei schwerer körperlicher Erkrankung und nahendem Sterben. Damit leisten sie einen Beitrag zur aktuellen gesellschaftspolitischen Diskussion, unter anderem im Deutschen Bundestag, zum assistierten Suizid.

Der Suizid trägt die Handschrift des Alters. Während die Suizidraten in der Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten rückläufig sind steigt der Anteil an Älteren kontinuierlich an. Der Anstieg geht besonders auf den Anteil alter Männer zurück, Trotzdem ist jede zweite Frau, die sich in Deutschland das Leben nimmt über 60 Jahre alt.

Gerade wenn das Altwerden mit gesundheitlichen Belastungen und sozialen Beziehungsproblemen verbunden ist befassen sich nicht wenige Personen mit dem Gedanken, ihrem Leben selbst ein Ende zu setzen. Viele Menschen haben aber innere und soziale Ressourcen, um Lebensmüdigkeit und Suizidalität zu bewältigen.

Als **Schutzfaktoren** gelten die Fähigkeiten, Belastungen ertragen zu können, eine optimistische Lebenshaltung, aber auch eine positive Einstellung zu religiösen und spirituellen Inhalten. Wer in den Veränderungen des Alterns eine Chance zu Zugewinn und realistischer Erkenntnis sehen kann und sich selbstbewusst mit seiner Endlichkeit und möglicher Autonomieeinbuße auseinandersetzen kann, ist vor suizidalem Erleben geschützter. Schutz bieten auch stabile familiäre, partnerschaftliche und freundschaftliche Bindungen , ein lebendiges Familienklima mit klaren Regeln und Strukturen, Gefühlsoffenheit, gegenseitigem Respekt und relativer Autonomie. Hinzu kommen eine ausreichend gute Wohn- und Umgebungssituation, die Möglichkeit, öffentlichen Verkehr zu nutzen und eine ausreichende finanzielle Basis; sie können vor Rückzug, Isolation und Vereinsamung im Alter schützen.

Psychische und körperliche Erkrankungen, besonders Depressionen, eine beginnende Demenz, oder aber Schmerzen stellen hingegen Risikofaktoren für einen Suizid im Alter dar. Dabei sind es nicht die Krankheiten selbst sondern die aus ihnen folgenden Einschränkungen und Verlusterfahrungen im sozialen und psychischen Erleben, die die Gefahr eines Suizids steigern.

Suizidalität ist auch im Alter behandelbar. Zunächst ist die Wahrnehmung von Lebensmüdigkeit und Suizidalität gerade durch diejenigen zu fördern, die in häufigem Kontakt mit Älteren sind. Hier kommt Hausärzten, Pflegenden, Professionellen der Altenhilfe, aber auch Angehörigen eine wichtige Rolle zu. Die Behandlung der Suizidalität erfolgt in erster Linie durch Psychotherapie, Beratung oder Seelsorge und eventuell durch psychopharmakologische Therapie.
Die Psychotherapie bietet besonders als psychodynamische Psychotherapie oder als Verhaltenstherapie Möglichkeiten, Suizidalität auch im Alter und bei schweren Krankheiten zu verstehen und zu entschärfen. Es gilt, die Auslöser und Hintergründe der Suizidalität zu erkennen und Verständnis, Klärung und psychische Entwicklung auch in diesem Lebensabschnitt zu fördern.

Entgegen weit verbreiteter Vorurteile ist die Therapie der Suizidalität auch im Alter effektiv.

Die Arbeitsgruppe „Ältere Menschen“ des Nationalen Suizidprogramms für Deutschland empfiehlt

1. Die erhöhte Suizidgefährdung alter Menschen als ein gesundheits- und versorgungspolitisches Problem zu erkennen und zu behandeln,

2. Diejenigen Älteren, die unter ihrem Alter so stark leiden, dass sie nicht mehr leben wollen zu erreichen, ihre Not zu erkennen und Entlastung zu schaffen,

3. Im gesellschaftlichen Diskurs die Suizidprävention bei Älteren zu befördern,

4. Präventiven und therapeutischen Bemühungen immer den Vorrang vor jeglicher Form der Suizidbeihilfe zu geben,

5. Für alte Menschen in Krisen leicht erreichbare Angebote von Fachdiensten und Einrichtungen vorzuhalten,

6. Die Erforschung der Suizidalität im Alter und effektiver Versorgungseinrichtungen der Altenhilfe, wie auch der Vorbeugung suizidaler Gefährdung alter Menschen zu fördern,

7. Die Wahrnehmung der grundsätzlichen Begrenztheit der eigenen Lebenszeit als Leitlinie für soziales Handeln auf allen gesellschaftlichen Ebenen zu fördern.

Beitrag Uwe Sperling

Aussagen des Memorandums zur aktuellen Debatte zum assistierten Suizid

Das Memorandum befasst sich u.a. mit den in der aktuellen politischen Debatte aufgeworfenen Fragen zum assistierten Suizid. Ausgangspunkt ist die Tatsache, dass in Deutschland weder der Suizid noch die diesbezügliche Beihilfe unter Strafe stehen. Eine Verpflichtung zur Hilfeleistung entsteht jedoch beim Verlust der Selbstbestimmungsfähigkeit. Vom assistierten Suizid, bei dem die Tatherrschaft bis zuletzt beim Suizidenten liegt, muss die Tötung auf Verlangen, die unter Strafe steht und im Memorandum nicht diskutiert wird, klar abgegrenzt werden.

Nachdem in den Benelux-Staaten, in der Schweiz und in fünf US-Staaten entsprechende gesetzliche oder höchstgerichtliche Regelungen getroffen wurden, haben sich, unter Nutzung der unscharfen Rechtssituation, auch in Deutschland diverse Angebote zur Suizidhilfe ohne einheitliche Kriterien und ohne staatliche Aufsicht etabliert. Repräsentative Befragungen der Bevölkerung weisen aus, dass sich eine Mehrheit die Möglichkeit einer ärztlichen Sterbehilfe wünscht, zugleich jedoch auch eine bessere Aufklärung über bestehende Optionen. Sie möchten für den Fall einer mit schwerem Leiden verbundenen terminalen Krankheit sichergehen, dass sie nicht unerwünschten lebensverlängernden Maßnahmen ausgesetzt werden. Noch immer kennen und nutzen zu wenige Menschen ihr Recht, solche medizinischen Behandlungen abzulehnen, zu beenden und durch leidensmindernde Maßnahmen zu ersetzen.

Ein konkreter Ansatz der Suizidprävention am Lebensende besteht deshalb in der Aufklärung über die mittlerweile fortgeschrittenen Möglichkeiten der Palliativmedizin und –pflege und in der Vermittlung angemessener Behandlungsangebote. Das erste und wichtigste Mittel der Suizidprävention ist und bleibt jedoch das Gespräch, in dem unvoreingenommen zugehört wird. Ängste, Sorgen und Wünsche können darin zur Sprache kommen. Die Sicherstellung einer belastbaren Beziehung zu einem Arzt, zu einem Pflegenden oder einer anderen Vertrauensperson ist eine weitere suizidpräventive Maßnahme. Krisenintervention, psychosoziale Beratung und Seelsorge, besonders aber verschiedene Formen psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung können auch in Situationen schwerer körperlicher Erkrankung und Einschränkung hilfreich sein. Wenn die Mobilität der Betroffenen sehr eingeschränkt ist, sollten sie als aufsuchende Psychotherapie möglich sein. Direkt suizidpräventiv wirkt auch die aktive Begleitung Sterbender durch Professionelle oder Laien wie z.B. in Hospiz- und Palliativvereinen. Sie können zu einer Veränderung der Perspektive und des Erlebens der eigenen Situation beitragen. Suizidprävention geschieht jedoch auch, wenn in der öffentlichen Diskussion die grundsätzliche Begrenztheit der Lebenszeit angesprochen und das soziale Handeln davon mit beeinflusst wird.

Auf politischer Ebene werden derzeit parteiübergreifend Gesetzesvorschläge erarbeitet, wie auf die beschriebenen existenziellen Sorgen und Nöte eingegangen werden soll. Für den Kreis der schwer kranken und leidenden Menschen am Lebensende wird diskutiert, ob Entscheidungen über lebensverkürzende Maßnahmen ohne weitere gesetzliche Regelung weiterhin in der vertrauensvollen Beziehung zwischen Arzt und Patient verbleiben sollen oder ob der (ärztlich) assistierte Suizid unter bestimmten transparenten und zu überprüfenden Bedingungen gesetzlich geregelt wird.

Aus suizidpräventiver Perspektive ist zu sagen, dass ein vollständiges Verbot sicher auf vielfältige Weise umgangen, die völlige Freigabe jedoch eine wirksame Suizidprävention künftig in gravierender Weise behindern würde. Individuelle Suizidprävention findet in einem Beziehungsraum statt, der die weitgehende Freiheit des Suizidalen akzeptiert und zugleich helfend und schützend Alternativen zum Suizid anbietet. Die freie Verfügbarkeit von Suizidmitteln steigert die Wahrscheinlichkeit, dass Suizide

auch vollzogen werden. Andererseits gibt es Menschen am Lebensende, die allein aufgrund der Vorstellung, im Falle zu großen Leidens mit ärztlicher Hilfe Suizid begehen zu können, stabilisiert sind und nicht nach diesem Ausweg greifen. Die Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm hat sich deshalb nicht auf einen bestimmten Vorschlag für eine Regelung dieser Fragen festgelegt. Sie betont jedoch nachdrücklich, dass eine künftige Regelung den Vorrang von Palliation und Suizidprävention vor einer Suizidassistenz bei schwerstem Leiden am Lebensende garantieren muss. Suizidprävention kann auch in Situationen nahe dem Lebensende einen wesentlichen Beitrag leisten, dass Menschen nochmals Lebenswillen finden.

Die Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm (NaSPro)

Die Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ ist seit 2002 ein fester Bestandteil des Gesamtprogramms des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland NaSPro. Auf folgenden Handlungsebenen verfolgt sie das Ziel, Bausteine für die Optimierung der Suizidprävention im Alter bereitzustellen.

- Verbesserung von Information und Aufklärung sowie Bildungsarbeit
- Engagement in Bereichen der Sozial- und Altenhilfepolitik
- Thematisierung existenzieller Fragen am Lebensende
- Zusammenarbeit mit und Nutzung von Medien
- Initiierung von und Beteiligung an Forschungsprojekten

Unter den aktuellen Arbeitsthemen sollen hier genannt werden

- Eine Bestandsaufnahme der Versorgungssituation suizidaler alter Menschen in stationären Einrichtungen
- Die Evaluation und Aktualisierung bestehender Veröffentlichungen der Arbeitsgruppe
- Die Publikation des hier vorgestellten Memorandums zur Suizidprävention im Alter
- Beteiligung bei der Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention DGS zum Thema „Suizid und Recht“ vom 12.-14.03.2015

Mitglieder
Prof. Dr. phil. Arno Drinkmann
Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Norbert Erlemeier
Daniela Hery LL.M.
Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Rolf D. Hirsch
PD Dr. med. Reinhard Lindner (Sprecher)
Dr. phil. Dipl.-Psych. Sylvia Schaller
Prof. Dr. med. Barbara Schneider
Dr. theol. Dipl.-Gerontologe Uwe Sperling (Sprecher)
Prof. Dr. phil. Martin Teising
Dr. med. Claus Wächtler
Prof. Dr. med. Hans Wedler

Kontaktadresse: alte-menschen[at]naspro.de

Publikationen der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“

Broschüre **„Wenn das Altwerden zur Last wird Suizidprävention im Alter“** (2013, 5. Auflage,)
Bestelladresse: publikationen@bundesregierung.de
Internet: www.bmfsfj.de
Download deutsche Ausgabe
http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/wenn-das-altwerden-zur-last-wird,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf

Broschüre **„When growing old becomes a burden – Preventing suicide in old age“** (2014)
Download englische Ausgabe
http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Wenn-das-Altwerden-zur-Last-wird-englisch,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf

Faltblatt**: „Wenn das Altwerden zur Last wird – Hilfen bei Lebenskrisen und Selbsttötungsgefahr älterer Menschen.“**
Download
http://www.suizidpraevention-deutschland.de/fileadmin/user_upload/Flyer/pdf-dateien/NASPRO-Altwerden-2012.pdf

Schneider, B., Sperling, U. & Wedler, H. (2011). **Suizidprävention im Alter. Folien und Erläuterungen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung**. Frankfurt am Main, Mabuse Verlag.

Arbeitsgruppe Alte Menschen (2009). **Suizidprävention und Sterbehilfe. Stellungnahme der Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm**. Suizidprophylaxe 36:96-98
http://www.suizidprophylaxe-online.de/pdf/07_heft137_2009.pdf

Arbeitsgruppe Alte Menschen (2005). **Suizidalität und Suizidprävention im Alter**. Suizidprophylaxe 32:124-138
http://www.suizidprophylaxe-online.de/pdf/10_heft123_2005.pdf

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)**. Berlin, Springer.

Außerdem publizieren Mitglieder der Arbeitsgruppe regelmäßig aus ihrer fachlichen Perspektive in angesehenen Fachorganen (z. B. Suizidprophylaxe, Deutsches Ärzteblatt) zu Aspekten der Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Publikationen gehen oft auf Fachtagungen und Kongresse mit dem Schwerpunkt der Alterssuizidalität zurück.

Präsentationsfolien

Die Förderung der Suizidprävention im Alter benötigt mehr Aufmerksamkeit

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) und die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) stellen das Memorandum
„Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen:
Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter“
der Öffentlichkeit vor

PRESSEKONFERENZ
am 11. März 2015
in Berlin

Nationales Suizid Präventions Programm

www.suizidpraevention-deutschland.de
www.suizidprophylaxe.de

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Suizidprävention im Alter

- **Presse-konferenz**
- Demographie Epidemiologie
- Memorandum
- Empfehlungen
- Hilfen am Lebensende

Die Förderung der Suizidprävention im Alter benötigt mehr Aufmerksamkeit
Pressekonferenz am 11. März 2015 in Berlin

Moderation
Ass. jur. Daniela Hery, LL.M. (MedR)
Stiftung „Stark fürs Leben“

Referenten

Prof. Dr. Barbara Schneider, M. Sc.
Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)
PD Dr. Reinhard Lindner
NaSPro – AG Alte Menschen, Nationales Suizidpräventionsprogramm (NaSPro)
Dr. Uwe Sperling
NaSPro – AG Alte Menschen, Nationales Suizidpräventionsprogramm (NaSPro)

Für weitere Gespräche steht zur Verfügung:

Prof. Dr. Martin Teising
Präsident der Internationalen Psychoanalytischen Universität (IPU) Berlin

Nationales Suizid Präventions Programm

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Suizidprävention im Alter

- **Presse-konferenz**
- Demographie Epidemiologie
- Memorandum
- Empfehlungen
- Hilfen am Lebensende

Nationales Suizid Präventions Programm

Die Stiftung „Stark fürs Leben“

- Der Stiftungszweck der Stiftung „Stark fürs Leben“ ist die Förderung von Suizidprävention und Krisenintervention.
- Die Stiftung ist Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention und beteiligt sich am Nationalen Suizidpräventionsprogramm.
- Ein zentraler Punkt der Stiftungstätigkeit ist dabei die Aufklärung und Wissensvermittlung im Bereich der Ressourcenstärkung und Präventionsarbeit.
- Ein Arbeitsschwerpunkt, der sich in den letzten Jahren herauskristallisiert hat, ist die Suizidprävention bei alten Menschen.
- Gerade die Kenntnis des Forschungsstandes wird von Seiten der Stiftung in der gegenwärtig öffentlich geführten Debatte hinsichtlich der Begrenzungen des assistierten Suizids vermisst.
- Wissen schafft Vertrauen und daraus resultierend Handlungssicherheit.

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.

Die Förderung der Suizidprävention im Alter benötigt mehr Aufmerksamkeit - Pressekonferenz am 11. März 2015 in Berlin

Suizidprävention im Alter

- **Presse-konferenz**
- Demographie Epidemiologie
- Memorandum
- Empfehlungen
- Hilfen am Lebensende

Nationales Suizid Präventions Programm

Die Arbeitsgruppe “Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm (NaSPro)

Die Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ ist seit 2002 ein fester Bestandteil des Gesamtprogramms des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland NaSPro. Auf folgenden Handlungsebenen verfolgt sie das Ziel, Bausteine für die Optimierung der Suizidprävention im Alter bereitzustellen.

- Verbesserung von Information und Aufklärung sowie Bildungsarbeit
- Engagement in Bereichen der Sozial- und Altenhilfepolitik
- Thematisierung existenzieller Fragen am Lebensende
- Zusammenarbeit mit und Nutzung von Medien
- Initiierung von und Beteiligung an Forschungsprojekten

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.

Suizidprävention im Alter

- **Presse-konferenz**
- Demographie Epidemiologie
- Memorandum
- Empfehlungen
- Hilfen am Lebensende

Die Arbeitsgruppe "Alte Menschen" im Nationalen Suizidpräventionsprogramm (NaSPro)

Mitglieder und Autoren des Memorandums:

- Prof. Dr. phil. **Arno Drinkmann**
- Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. **Norbert Erlemeier**
- **Daniela Hery** LL.M.
- Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. **Rolf D. Hirsch**
- PD Dr. med. **Reinhard Lindner** (Sprecher)
- Dr. phil. Dipl.-Psych. **Sylvia Schaller**
- Prof. Dr. med. **Barbara Schneider**
- Dr. theol. Dipl.-Gerontologe **Uwe Sperling** (Sprecher)
- Prof. Dr. phil. **Martin Teising**
- Dr. med. **Claus Wächtler**
- Prof. Dr. med. **Hans Wedler**

Kontaktadresse: alte-menschen@naspro.de

Eine Ausführliche Darstellung der Arbeitsgruppe und deren Publikationen finden Sie in der Pressemappe.

Nationales Suizid Präventions Programm

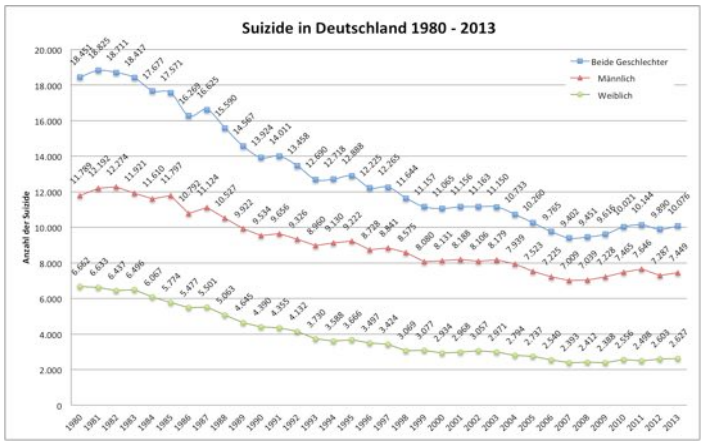
DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.

Die Förderung der Suizidprävention im Alter benötigt mehr Aufmerksamkeit - Pressekonferenz am 11. März 2015 in Berlin

Suizidprävention im Alter

- Presse-konferenz
- **Demographie Epidemiologie**
- Memorandum
- Empfehlungen
- Hilfen am Lebensende

Im Jahr 2013 nahmen sich in Deutschland 10.076 Menschen selbst das Leben, 7.449 davon waren Männer und 2.627 Männer.



Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 03.03.2015 • Darstellung und Berechnungen: Georg Fiedler, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2015

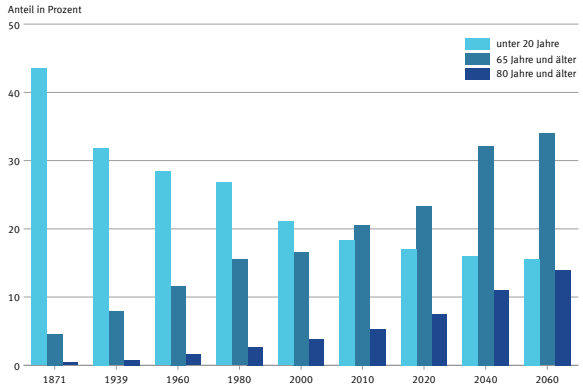
Nationales Suizid Präventions Programm

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.

Suizidprävention im Alter

- Presse-konferenz
- **Demographie Epidemiologie**
- Memorandum
- Empfehlungen
- Hilfen am Lebensende

Der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung steigt.



[1] ab 2012 Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Bundes und der Länder Variante 1W1; Untergrenze "mittlere" Bevölkerung (Wanderung 100.000)
Datenquelle: Statistisches Bundesamt

© BiB 2013

Aus: Grünheid, E., Fiedler, C. (Hrsg.) (2013); Bevölkerungentwicklung Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel - Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden, S. 12

Nationales Suizid Präventions Programm

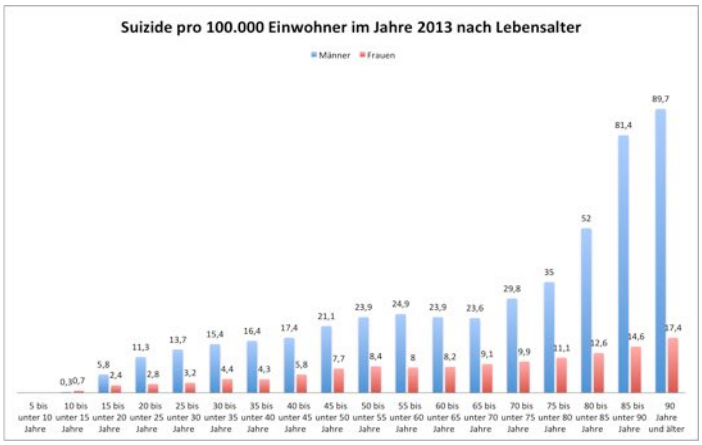
DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.

Die Förderung der Suizidprävention im Alter benötigt mehr Aufmerksamkeit - Pressekonferenz am 11. März 2015 in Berlin

Suizidprävention im Alter

- Presse-konferenz
- **Demographie Epidemiologie**
- Memorandum
- Empfehlungen
- Hilfen am Lebensende

In Deutschland steigt die Suizidziffer bzw. das Suizidrisiko mit dem Lebensalter.



Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 03.03.2015 • Darstellung und Berechnungen: Georg Fiedler, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2015

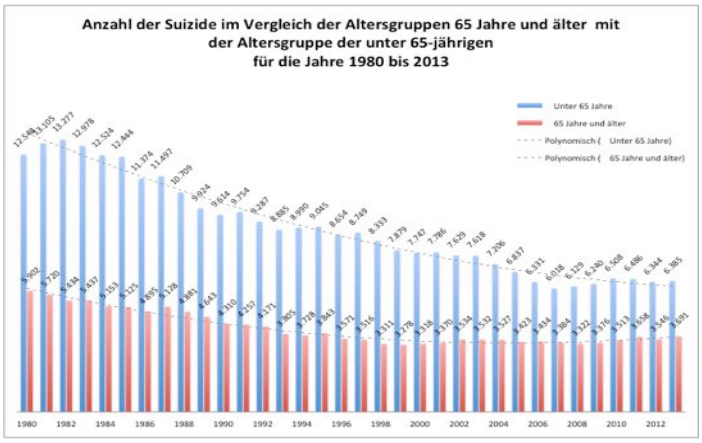
Nationales Suizid Präventions Programm

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.

Suizidprävention im Alter

- Presse-konferenz
- **Demographie Epidemiologie**
- Memorandum
- Empfehlungen
- Hilfen am Lebensende

Die Anzahl der Suizide der Menschen 65 und älter nähert sich zunehmend der Anzahl der Suizide der jüngeren Altersgruppe.



Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 03.03.2015 • Darstellung und Berechnungen: Georg Fiedler, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2015

Nationales Suizid Präventions Programm

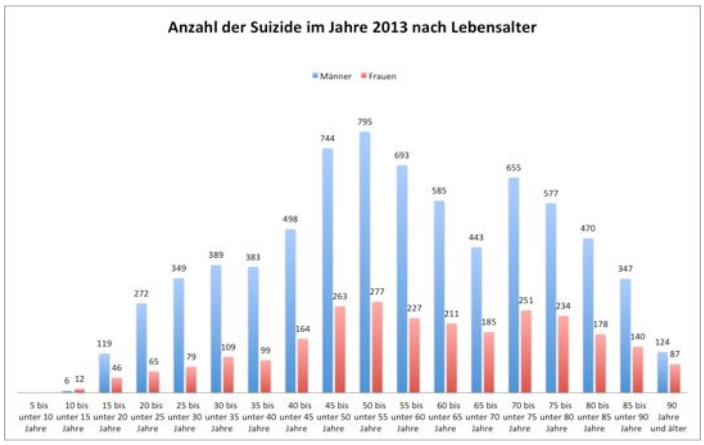
DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.

Die Förderung der Suizidprävention im Alter benötigt mehr Aufmerksamkeit - Pressekonferenz am 11. März 2015 in Berlin

Suizidprävention im Alter

- Presse-konferenz
- **Demographie Epidemiologie**
- Memorandum
- Empfehlungen
- Hilfen am Lebensende

Die absolute Anzahl der Suizide von Männern übersteigt in allen Altersgruppen die Suizidhäufigkeit von Frauen deutlich.



Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 03.03.2015 • Darstellung und Berechnungen: Georg Fiedler, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2015

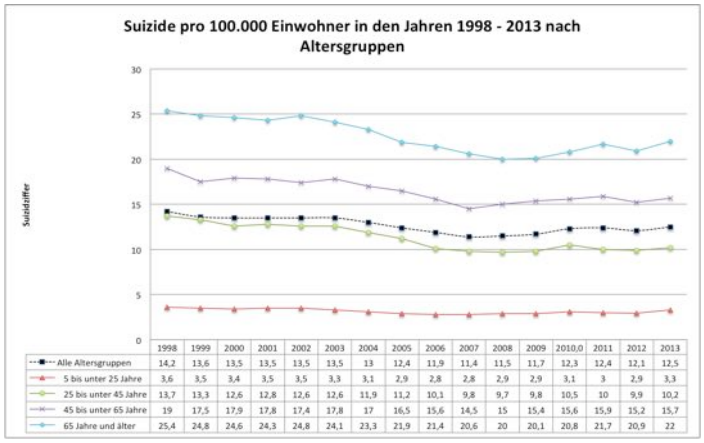
Nationales Suizid Präventions Programm

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.

Suizidprävention im Alter

- Presse-konferenz
- **Demographie Epidemiologie**
- Memorandum
- Empfehlungen
- Hilfen am Lebensende

Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen bleiben auch über die Zeit mit leichten Schwankungen erhalten.



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010,0	2011	2012	2013
Alle Altersgruppen	14,2	13,6	13,5	13,5	13,5	13,5	13	12,4	11,9	11,4	11,5	11,7	12,3	12,4	12,1	12,5
5 bis unter 25 Jahre	3,6	3,5	3,4	3,5	3,5	3,3	3,1	2,9	2,8	2,8	2,9	2,9	3,1	3	2,9	3,3
25 bis unter 45 Jahre	13,7	13,3	12,6	12,8	12,6	12,6	11,9	11,2	10,1	9,8	9,7	9,8	10,5	10	9,9	10,2
45 bis unter 65 Jahre	19	17,5	17,9	17,8	17,4	17,8	17	16,5	15,6	14,5	15	15,4	15,6	15,9	15,2	15,7
65 Jahre und älter	25,4	24,8	24,6	24,3	24,8	24,1	23,3	21,9	21,4	20,6	20	20,1	20,8	21,7	20,9	22

Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 03.03.2015 • Darstellung und Berechnungen: Georg Fiedler, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2015

Nationales Suizid Präventions Programm

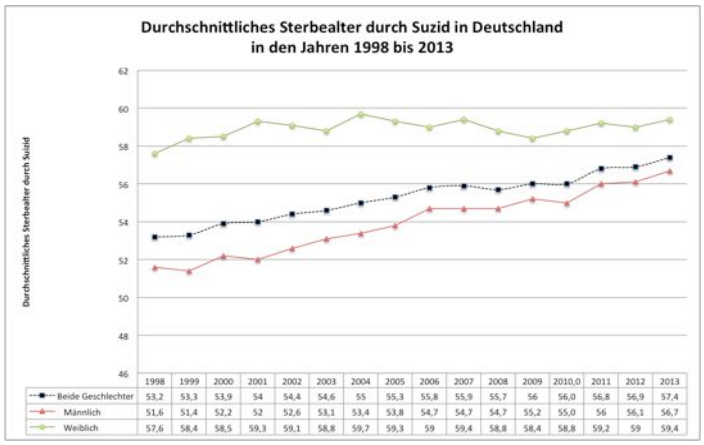
DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.

Die Förderung der Suizidprävention im Alter benötigt mehr Aufmerksamkeit - Pressekonferenz am 11. März 2015 in Berlin

Suizidprävention im Alter

- Presse-konferenz
- **Demographie Epidemiologie**
- Memorandum
- Empfehlungen
- Hilfen am Lebensende

Das Sterbealter der durch Suizid Verstorbenen steigt stetig an. Dies gilt besonders für Männer.



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010,0	2011	2012	2013
Beide Geschlechter	53,2	53,3	53,9	54	54,4	54,6	55	55,3	55,8	55,9	55,7	56	56,0	56,8	56,9	57,4
Männlich	51,6	51,4	52,2	52	52,6	53,1	53,4	53,8	54,7	54,7	54,7	55,2	55,0	56	56,1	56,7
Weiblich	57,6	58,4	58,5	59,3	59,1	58,8	59,7	59,3	59	59,4	58,8	58,4	58,8	59,2	59	59,4

Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 03.03.2015 • Darstellung und Berechnungen: Georg Fiedler, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2015

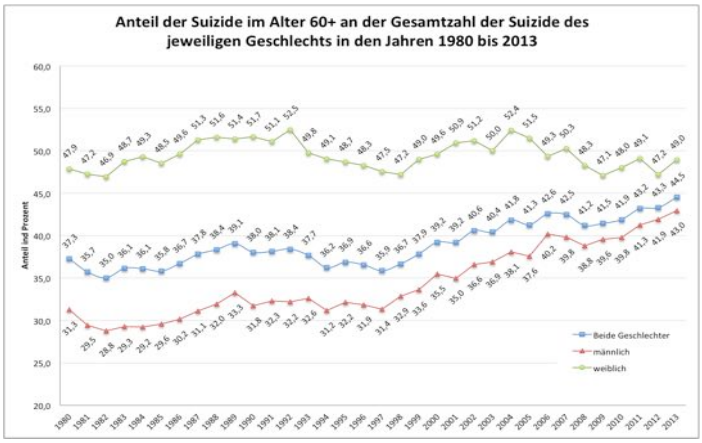
Nationales Suizid Präventions Programm

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.

Suizidprävention im Alter

- Presse-konferenz
- **Demographie Epidemiologie**
- Memorandum
- Empfehlungen
- Hilfen am Lebensende

Auch bei dem Anteil der Altersgruppe 60+ an der Gesamtzahl der Suizide des jeweiligen Geschlechts fällt auf, das sich besonders die Suizide von Männern in das höhere Lebensalter verschieben.



Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 03.03.2015 • Darstellung und Berechnungen: Georg Fiedler, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2015

Nationales Suizid Präventions Programm

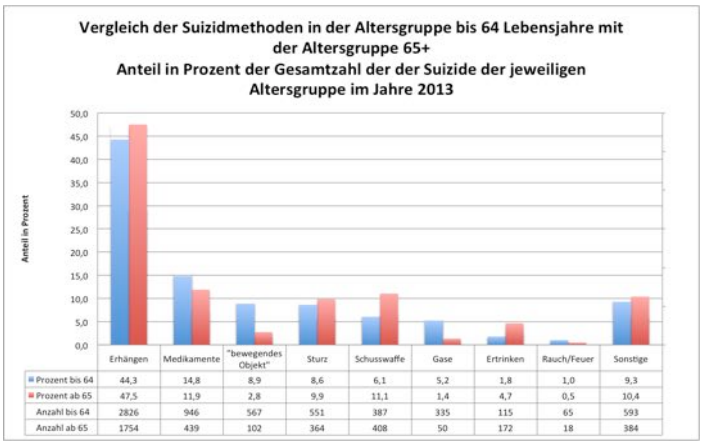
DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.

Die Förderung der Suizidprävention im Alter benötigt mehr Aufmerksamkeit - Pressekonferenz am 11. März 2015 in Berlin

Suizidprävention im Alter

- Presse-konferenz
- **Demographie Epidemiologie**
- Memorandum
- Empfehlungen
- Hilfen am Lebensende

Im Vergleich verwenden die Älteren häufiger Schusswaffen und begehen anscheinend deutlich weniger Suizide auf Bahngleisen und oder sterben durch „Gase“ oder Ertrinken.



	Erhängen	Medikamente	"bewegendes Objekt"	Sturz	Schusswaffe	Gase	Ertrinken	Rauch/Feuer	Sonstige
Prozent bis 64	44,3	14,8	8,9	8,6	6,1	5,2	1,8	1,0	9,3
Prozent ab 65	47,5	11,9	2,8	9,9	11,1	1,4	4,7	0,5	10,4
Anzahl bis 64	2826	946	567	551	387	335	115	65	593
Anzahl ab 65	1754	439	102	364	408	50	172	18	384

Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 03.03.2015 • Darstellung und Berechnungen: Georg Fiedler, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2015

Nationales Suizid Präventions Programm

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.

Suizidprävention im Alter

- Presse-konferenz
- Demographie Epidemiologie
- **Memorandum**
- Empfehlungen
- Hilfen am Lebensende

Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen
Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter

Nationales Suizid Präventions Programm

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Die Förderung der Suizidprävention im Alter benötigt mehr Aufmerksamkeit - Pressekonferenz am 11. März 2015 in Berlin

Suizidprävention im Alter

- Presse-konferenz
- Demographie Epidemiologie
- **Memorandum**
- Empfehlungen
- Hilfen am Lebensende

Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen
Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter

Gerade wenn das Altwerden mit gesundheitlichen Belastungen und sozialen Beziehungsproblemen verbunden ist befassen sich nicht wenige Personen mit dem Gedanken, ihrem Leben selbst ein Ende zu setzen

- Schutzfaktoren
  - Psychische Stärke
  - Optimistische Lebenshaltung
  - Positive Einstellung zu religiösen und spirituellen Inhalten
  - Selbstbewusste Haltung zur eigenen Endlichkeit und zu möglicher Autonomieeinbuße
  - Soziale Unterstützung
- Risikofaktoren
  - Psychische und körperliche Erkrankungen und ihre psychosozialen Folgen
- Suizidalität ist auch im Alter behandelbar
  - Psychotherapie, Beratung, Krisenintervention
  - Entgegen weit verbreiteter Vorurteile ist die Therapie der Suizidalität auch im Alter effektiv

Nationales Suizid Präventions Programm

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Suizidprävention im Alter

- Presse-konferenz
- Demographie Epidemiologie
- Memorandum
- **Empfehlungen**
- Hilfen am Lebensende

Empfehlungen

- Die erhöhte Suizidgefährdung alter Menschen muss als ein gesundheits- und versorgungspolitisches Problem erkannt und behandelt werden.
- Diejenigen Älteren, die unter ihrem Alter so stark leiden, dass sie nicht mehr leben wollen müssen erreicht, ihre Not erkannt und Entlastung geschaffen werden.
- Im gesellschaftlichen Diskurs ist die Suizidprävention bei Älteren zu befördern.
- Präventiven und therapeutischen Bemühungen ist immer der Vorrang vor jeglicher Form der Suizidbeihilfe zu geben.
- Für alte Menschen in Krisen sind leicht erreichbare Angebote von Fachdiensten und Einrichtungen vorzuhalten.

Nationales Suizid Präventions Programm

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.

Die Förderung der Suizidprävention im Alter benötigt mehr Aufmerksamkeit - Pressekonferenz am 11. März 2015 in Berlin

Suizidprävention im Alter

- Presse-konferenz
- Demographie Epidemiologie
- Memorandum
- **Empfehlungen**
- Hilfen am Lebensende

Empfehlungen

- Die Erforschung der Suizidalität im Alter und effektiver Versorgungseinrichtungen der Altenhilfe, wie auch der Vorbeugung suizidaler Gefährdung alter Menschen ist zu fördern.
- Die Wahrnehmung der grundsätzlichen Begrenztheit der eigenen Lebenszeit ist als Leitlinie für soziales Handeln auf allen gesellschaftlichen Ebenen zu fördern.

Nationales Suizid Präventions Programm

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.

Suizidprävention im Alter

- Presse-konferenz
- Demographie Epidemiologie
- Memorandum
- Empfehlungen
- **Hilfen am Lebensende**

Suizidprävention kann auch nahe am Lebensende einen wesentlichen Beitrag leisten, dass Menschen nochmals Lebenswillen finden.

Nationales Suizid Präventions Programm

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.

Die Förderung der Suizidprävention im Alter benötigt mehr Aufmerksamkeit - Pressekonferenz am 11. März 2015 in Berlin

Suizidprävention im Alter

- Presse-konferenz
- Demographie Epidemiologie
- Memorandum
- Empfehlungen
- **Hilfen am Lebensende**

Derzeit werden in Deutschland auch Möglichkeiten des assistierten Suizids in Deutschland diskutiert.

Zur gegenwärtigen Situation der Beihilfe zum Suizid in Deutschland

Rechtlich

Suizid, Beihilfe zum Suizid in Deutschland steht nicht unter Strafe, Verpflichtung zur Hilfe auch bei zweifellos freiverantwortlichem Suizid? Tötung auf Verlangen ist und bleibt Straftatbestand.

Praktisch

Diverse Angebote zur Suizidhilfe in Deutschland ohne einheitlichen Kriterien und ohne staatliche Kontrolle.

Stimmung in der Bevölkerung

Umfragen ergeben Mehrheiten für die Möglichkeit
- des assistierten Suizids
- der Ablehnung unerwünschten lebensverlängernden Maßnahmen
- der Aufklärung über bestehende Möglichkeiten

Nationales Suizid Präventions Programm

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.

Suizidprävention im Alter

- Presse-konferenz
- Demographie Epidemiologie
- Memorandum
- Empfehlungen
- **Hilfen am Lebensende**

Möglichkeiten der Suizidprävention am Lebensende

- Aufklärung über die Möglichkeit der Ablehnung einer lebensverlängernden Behandlung (z.B. auch der künstlichen Ernährung)
- Aufklärung über fortgeschrittene Möglichkeiten der Palliativmedizin und –pflege
- Vermittlung angemessener Behandlungsangebote
- Unvoreingenommenes Gespräch
- Sicherstellen einer belastbaren Beziehung
- Krisenintervention, psychosoziale Beratung, Seelsorge
- Psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung bei Bedarf als aufsuchende Psychotherapie
- Aktive Begleitung Sterbender (z.B. Hospiz- und Palliativvereine)
- Öffentliche Diskussion

Nationales Suizid Präventions Programm

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.

Die Förderung der Suizidprävention im Alter benötigt mehr Aufmerksamkeit - Pressekonferenz am 11. März 2015 in Berlin

Suizidprävention im Alter

- Presse-konferenz
- Demographie Epidemiologie
- Memorandum
- Empfehlungen
- **Hilfen am Lebensende**

Parteiübergreifende Erarbeitung von Gesetzesvorschlägen zum assistierten Suizid.

Die Spannweite reicht vom totalen Verbot bis zur völligen Freigabe. Die Vorstellungen über den betroffenen Personenkreis und die beihilfeberechtigten Personen differieren stark.

Nationales Suizid Präventions Programm

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.

Suizidprävention im Alter

- Presse-konferenz
- Demographie Epidemiologie
- Memorandum
- Empfehlungen
- **Hilfen am Lebensende**

Aus Perspektive der Suizidprävention ...

- kann ein vollständiges Verbot umgangen werden.
- Kann eine vollständige Freigabe die Suizidprävention gravierend behindern

... muss jede Regelung garantieren:

- Vorrang von Palliation und Suizidprävention
- Suizidassistenz kein allgemein übliches Alternativangebot
- Intensive und vertiefte Diskussion notwendig

Die Arbeitsgruppe „Alte Menschen" hat bewusst keine Festlegung auf einen konkreten Vorschlag getroffen.

Sie hofft jedoch, dass ihre Erkenntnisse über die Suizidalität älterer Menschen in die laufende Diskussion und den Gesetzgebungsprozess einfließen.

Nationales Suizid Präventions Programm

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Die Förderung der Suizidprävention im Alter benötigt mehr Aufmerksamkeit - Pressekonferenz am 11. März 2015 in Berlin

www.suizidpraevention-deutschland.de

info@naspro.de

www.suizidprophylaxe.de

Nationales Suizid Präventions Programm

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Informationsmaterialien (www.suizidprävention-deutschland.de)

Wenn ein Mensch sich getötet hat.
Hilfen für Angehörige in den ersten Tagen

Wenn das Altwerden zur Last wird.
Hilfe bei Lebenskrisen und Selbsttötungsgefahr älterer Menschen - Flyer

Nüchtern hätte ich das nicht gemacht.
Krisen bei Sucht- und Selbsttötungsgefahr: Hilfe für Betroffene und Angehörige

Darüber reden kann leben retten.
Hilfe bei Lebenskrisen und Selbsttötungsgefahr junger Menschen

Wenn die Zukunft dunkel scheint
Empfehlungen für Betroffene bei Erwerbslosigkeit

Suizide, Suizidversuche, Suizidalität,
Empfehlungen für die Berichterstattung in den Medien

Leistungssportler in der Krise ?
Hilfe bei Lebenskrisen und Selbsttötungsgefahr im Leistungssport

Niedergeschlagen? Schlecht drauf? Nicht zögern! Reden!
Informationen für Inhaftierte (in 14 Sprachen)

Hinsehen, zuhören, reden … Suizide und Suizidversuche im Justizvollzug
Informationen für Vollzugsbedienstete

Nationales Suizid Präventions Programm

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.

Die Förderung der Suizidprävention im Alter benötigt mehr Aufmerksamkeit - Pressekonferenz am 11. März 2015 in Berlin

Empfehlungen für die Berichterstattung in den Medien
http://www.suizidpraevention-deutschland.de/presse.html

Presseinformation
Empfehlungen für die Berichterstattung
nach dem Suizid einer bekannten Persönlichkeit

Nationales Suizid Präventions Programm

Der Suizid einer bekannten Persönlichkeit ist ein Ereignis, welches ein öffentliches Interesse erregt und über das zwangsläufig berichtet wird.

Besonders bei einem Suizid bekannter Persönlichkeiten besteht jedoch die Gefahr von Folgesuiziden durch Imitation (der sog. Werther-Effekt). Dies betrifft vor allem Menschen, die schon suizidgefährdet sind oder sich mit der durch Suizid verstorbenen Person verbunden fühlen. Die Nachfolgesuizide erfolgen nicht selten am gleichen Ort oder nach der gleichen Methode.

Wenn über den Suizid berichtet wird, sollte daher geprüft werden, für welche Details wirklich ein öffentliches Interesse besteht.

- **Prüfen Sie bitte, ob es wirklich eine Nachricht ist, die auf die Titelseite gebracht werden muss bzw. eine „TOP-News" ist?**
- **Vermeiden Sie es bitte, den Ort und die Methode des Suizides detailliert zu beschreiben oder durch Bildmaterial hervorzuheben.** Besonders diese Darstellungen können zu Nachfolgesuiziden an dem jeweiligen Ort oder nach der jeweiligen Methode führen. Im ungünstigen Fall könnte der Suizidort zu einer „Gedenkstätte" werden, die langfristig Nachfolgesuizide stimulieren kann. Beschreiben Sie bitte in keinem Fall eine Suizidmethode als „sicher" oder als „schönen Tod".
- **Berichten Sie bitte vom „Suizid" oder „Selbsttötung" und nicht von „Selbstmord" oder „Freitod".** Ein Suizid ist keine kriminelle Handlung, der Suizident „ermordet" sich nicht aus niedrigen Beweggründen, so wie der Begriff nahelegt. Ähnliches gilt für den Begriff „**Bilanzsuizid**". Der Suizid wird hier als das Ergebnis einer rationalen Abwägung der Lebensumstände begriffen. Es wird bezweifelt, dass diese Form des Suizides überhaupt vorkommt. Ein Suizid ist meist der Endpunkt einer psychischen Krise und großer innerer Not. Dieser psychische Zustand legt kaum die Möglichkeit einer "freien Entscheidung" nahe. Auch ist es ein Vorurteil, dass, **wer Suizidgedanken habe, unbedingt sterben wolle**. In der Regel kann der Todeswunsch als Ausdruck einer subjektiven erlebten Ausweglosigkeit verstanden werden, welche den Blick auf die Möglichkeiten des Weiterlebens blockiert.
- **Vermeiden Sie es bitte, Abschiedsbriefe zu veröffentlichen.** Abschiedsbriefe werden in einer besonderen

Den vollständigen Text finden Sie auf der Webseite

Nationales Suizid Präventions Programm

Suizide,
Suizidversuche und
Suizidalität

Empfehlungen
für die Berichterstattung
in den Medien

Nationales Suizid Präventions Programm

DGS Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.

Das Memorandum

Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen
Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter

Das Memorandum kann unter

www.naspro.de/dl/memorandum2015

herunter geladen werden.

**Stellungnahme von Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)
und dem Nationalen Suizidpräventionsprogramm (NaSPro)
zur Diskussion gesetzlicher Änderungen bezüglich eines
Verbots der gewerbsmäßigen und geschäftsmäßigen Sterbehilfe**

In Würde leben, in Würde sterben.
Suizidprävention und Palliativmedizin fördern.

Aufklären, Hilfen bereitstellen und Leiden wirksam behandeln
statt assistierter Suizid.

Stellungnahme des
Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro) und der
Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)

zur Diskussion gesetzlicher Änderungen bezüglich eines
Verbots der gewerbsmäßigen und geschäftsmäßigen Sterbehilfe

Juni 2014

Für das Nationale Suizidpräventionsprogramm
für Deutschland

Prof. Dr. Armin Schmidtke
Dipl. Psych. Georg Fiedler

Für die Deutsche Gesellschaft für
Suizidprävention

Univ. Prof. Dr. Elmar Etzersdorfer
Prof. Dr. Barbara Schneider

Koordination

Dipl. Psych. Georg Fiedler
PD Dr. Reinhard Lindner

Kontakt:
info@naspro.de
presse@naspro.de

Stellungnahme

Die gesellschaftliche Diskussion über ein Verbot der gewerbsmäßigen und geschäftsmäßigen Sterbehilfe in Deutschland hat zu öffentlichen Stellungnahmen und Forderungen geführt, die Grundprinzipien der Suizidprävention insgesamt in Frage stellen. Diese Forderungen erstrecken sich nicht nur auf die Situation terminal Erkrankter, sondern gehen so weit, tödlich wirkende Medikamente einem breiten Kreis von Personen zur Verfügung zu stellen, die Suizidwünsche äußern. Darüber hinaus ist ein Bestreben vorhanden, die Möglichkeit der Suizidassistenz -auch von Laien- geschäftsmäßig und organisiert ausgeübt zu legalisieren.

Vorab soll darauf hingewiesen werden, dass nur äußerst wenige der ungefähr 10.000 Suizide im Jahr in Deutschland von sterbenden Menschen verübt werden. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle geschehen Suizide vor dem Hintergrund einer psychischen Erkrankung. Suizidale Äußerungen und suizidale Handlungen hingegen dürfen nicht als Ausdruck des unbedingten Willen zum Sterben verstanden werden sondern als ein Ausdruck der Befindlichkeit, unter den derzeit gegebenen Umständen nicht mehr weiter Leben zu können. Der angemessene Umgang mit Suizidalität ist das individuelle Gespräch und ggf. eine angemessene medikamentöse Behandlung, aber in keinem Fall die Gabe eines tödlichen Medikaments.

Vor diesem Hintergrund setzen wir uns für eine gesetzliche Regelung ein, die keine legale gewerbsmäßig oder geschäftsmäßig ausgeübte Suizidbeihilfe in Deutschland ermöglicht und den Vorrang von Therapie, Prävention und Leidensminderung sowohl feststellt als auch aktiv befördert.

Aus unserer Sicht müssen bei einer gesetzlichen Regelung folgende Aspekte berücksichtigt werden

1. Die geschäftsmäßige, gewerbsmäßige und von Laien ausgeübte Beihilfe zum Suizid soll ausgeschlossen werden. Dies sollte jedwede Werbung für Angebote der Suizidbeihilfe und für Suizidmittel einschließen.

2. Die *qualifizierte* ärztliche leidensmindernde - und damit ggf. auch lebensverkürzende - Behandlung zur Erleichterung des Sterbeprozesses darf von dieser gesetzlichen Regelung nicht berührt und unter Strafe gestellt werden

3. Eine gesetzliche Regelung darf nicht zu einer Tabuisierung der Suizidproblematik führen. Die Thematisierung suizidaler Befindlichkeiten durch Betroffene, sowohl in therapeutischen als auch in öffentlichen Kontexten, darf nicht strafbewehrt sein.

Eine gesetzliche Regelung muss aus unserer Sicht zwingend von Maßnahmen begleitet werden, die einen Anspruch auf Hilfe und Beistand leidender Menschen begründen. Damit soll vermieden werden, dass in der Not Hilfe in der Illegalität gesucht werden muss.

4. Ambulante und stationäre palliativmedizinische Angebote für die Behandlung Sterbender und Schwerstkranker müssen qualifiziert und flächendeckend ausgebaut und zur Verfügung gestellt werden. Dies beinhaltet einen Anspruch auf palliativmedizinische Behandlung und die massive Förderung der Qualifikation der im Gesundheitswesen Tätigen.

5. Die Aufklärung über palliative Behandlung und über Patientenrechte muss gefördert werden. Dazu gehört auch die Information über das Recht, eine lebenserhaltende Behandlung zu verweigern bei gleichzeitigem Anspruch auf leidensmindernde, das Sterben erleichternde Maßnahmen.

6. Die Förderung und der Ausbau des breiten Spektrums suizidpräventiver Maßnahmen, die dem vielfältigen Charakter suizidaler Phänomene gerecht werden. Dazu gehört u.a. die Förderung und der Ausbau auch niedrigschwelliger Angebote für unterschiedliche spezifische Risikogruppen, insbesondere Ältere und körperlich Erkrankte, Aufklärung über das Phänomen „Suizid“ und die Hilfsmöglichkeiten sowie die massive Förderung der Qualifikation der im Gesundheitswesen Tätigen.

Erläuterung

Die Forderungen sollen wie folgt begründet werden. Der Fokus liegt aufgrund der gegenwärtigen Diskussion auf den aus der Suizidforschung bekannten Erkenntnissen zur Suizidalität und besonders auch auf der Situation sowohl alter als auch schwerstkranker und sterbender Menschen.

ad 1. In Deutschland sind derzeit mehrere Organisationen sowie weitere einzelne Personen an der Beihilfe zum Suizid beteiligt. Bei vielen der mit Hilfe dieser Organisationen zu Tode gekommenen Personen hätte es durchaus die Möglichkeit einer medizinischen Behandlung (z.B. einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung oder im Rahmen der Palliativmedizin) gegeben. Derartige Organisationen versprechen eine „schnelle Hilfe" durch Beihilfe zum Suizid, indem sie nicht professionelle Beratung, Behandlung und Hilfe, sondern die Suizidmittel direkt bereitstellen. In diesem Rahmen werden Maßnahmen der Sterbehilfe häufig nicht dokumentiert**.** *Sie unterliegen keinen definierten Qualitätskriterien. D.h., die Entscheidungen sind i.d.R. nicht überprüfbar und tödliche Medikamente werden auch von medizinischen Laien zur Verfügung gestellt.* Deshalb ist auch unbekannt, in welchem Umfang tödliche Medikamente - auch nicht sterbenden Menschen- zur Verfügung gestellt wurden und welche Komplikationen es gegeben hat.

Bei Suizidgedanken älterer und/oder schwer erkrankter Menschen sollte die Auseinander-setzung mit der Angst vor Abhängigkeit, den Erfahrungen von Einsamkeit, Isolation und mit Trauerprozessen im Vordergrund stehen. *Auch wenn die psychiatrische, psychotherapeutische, psychosomatische und palliativmedizinische Versorgung von schwer Erkrankten und Älteren Menschen bislang nicht ausreichend ist, so ist dies kein Grund, Menschen mit Problemen im Alter dem Suizid zu überlassen.* Vielmehr bedarf es gesundheits-politischer Anstrengungen, die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung Älterer zu verbessern. Hierzu gehört auch die gesellschaftliche Förderung der Suizidprävention und der Palliativmedizin.

ad 2. *Eine gesetzliche Regelung darf qualifizierte palliativmedizinische Maßnahmen hinsichtlich einer leidensmindernden Behandlung nicht einschränken.* Dies gilt auch, wenn dadurch gleichzeitig in seltenen Fällen das Leben verkürzt wird. In sehr seltenen Fällen, in denen palliative Symptom-linderung nicht ausreichend möglich ist kann die Behandlung unter strenger Beachtung des Patientenwillens das Leben beenden (z.B. durch terminale Sedierung, terminales Wheening oder eine, das Sterben beschleunigende Medikation). Diese Entscheidung sollte reflektiert, qualifiziert kollegial supervidiert und mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen geklärt sein. *Sie sollte deshalb im Falle eines Sterbewunsches nicht i.S. einer „Beihilfe zum Suizid" gewertet und strafbewehrt werden.* Ärzte brauchen im Rahmen einer palliativ-medizinischen Behandlung die Rechtssicherheit, in diesem Fall Leiden mindernde Maßnahmen durchführen zu dürfen, auch wenn diese das Leben ihrer Patienten möglicherweise verkürzen.

ad 3. Eine gesetzliche Regelung sollte weiterhin ermöglichen, dass über Lebensmüdigkeit und über Suizidwünsche, sowohl im öffentlichen Diskurs als auch in Therapien, frei gesprochen werden kann, ohne in Gefahr zu geraten, an der Mitwirkung an einer Selbsttötung beteiligt zu sein. Professionelle Gespräche, nicht nur am Lebensende, bedürfen eines geschützten Raumes, in dem Verstehen vor sofortigem Handeln steht. Die ärztliche und psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung suizidgefährdeter Patienten kann es u.a. erforderlich machen, dass der Behandler in der Absicht, eine Behandlung überhaupt erst zustande kommen zu lassen, die suizidale Befindlichkeit des Patienten akzeptiert, sie nicht ausredet oder unmittelbar Zwangsmaßnahmen ergreift.

Auch die von Betroffenen oder von Hilfseinrichtungen organisierten Diskussionen zu suizidalen Befindlichkeiten, z.B. in Internetforen, sollten durch eine gesetzliche Regelung nicht kriminalisiert werden, sofern sie nicht dazu dienen, gewerblich oder nicht gewerblich Suizidmittel zur Verfügung zu stellen bzw. mittelbar oder unmittelbar Werbung für eine Sterbehilfeorganisation zu machen.

ad 4. Menschen, die sich einer unheilbaren Krankheit und dem nahen Lebensende gegenüber sehen, befürchten oftmals, ohne jede Hilfe erst nach einem langen Leidensprozess und bei unwürdiger Behandlung sterben zu müssen. Hierbei kann der Wunsch nach einem baldigen, selbst bestimmten und selbst herbeigeführten Ende sehr drängend werden. Es darf nicht verschwiegen werden, dass eine palliativmedizinische Unterstützung für diese Menschen bislang nicht in ausreichendem Maß flächendeckend zur Verfügung steht und es noch einen dringenden Qualifizierungsbedarf für im Gesundheitswesen Tätige gibt.

Diese unheilbar Kranken und Sterbenden sollten von daher einen Anspruch auf eine bedarfsgerechte Behandlung haben, die den Sterbeprozess insbesondere durch eine ausreichende Schmerzbekämpfung, Linderung von Atemnot und Übelkeit erleichtert und eine psychosoziale Begleitung ermöglicht.

Mehr Fortbildungen hinsichtlich der Möglichkeiten der palliativmedizinischen Versorgung, der Patientenrechte und in psychotherapeutisch orientierter Gesprächsführung sind dringend notwendig. Die gewonnene Kompetenz dient der Verbesserung der

medizinischen Versorgung schwerst kranker, sterbender, lebensmüder und suizidaler Patienten.

ad 5. Die in Umfragen erhobenen Mehrheiten für eine aktive Sterbehilfe können auch dahingehend interpretiert werden, dass die Möglichkeiten einer palliativmedizinisch leidensmindernden Sterbebegleitung nicht bekannt sind. Darüber hinaus herrscht aus unserer Sicht - auch bei Professionellen im Gesundheits- und Pflegebereich- eine Unkenntnis bezüglich des Rechtes der Patienten auf die Verweigerung einer - auch lebenserhaltenden und - verlängernden - Behandlung bei gleichzeitigem Anspruch auf leidensmindernde Maßnahmen. *Die Aufklärung über diese Sachverhalte und deren Kenntnis ist aus unserer Sicht ein absolut notwendiger Beitrag für eine qualifizierte Diskussion und Entscheidungsfindung zum würdigen Sterben.*

Ad 6. Besonders ausserhalb der Lebenssituation schwerst körperlich Kranker und Sterbender gilt: *Menschen mit Suizidgedanken wollen nicht unbedingt sterben.* Sie wissen meist nicht, wie sie in der Situation, in der sie sich erleben, weiterleben können. Ihre Stimmung ist geprägt von Gefühlen von Hoffnungslosigkeit, Aussichtlosigkeit, Scham und Wut auf sich und die Anderen. Häufig suchen sie mehr oder weniger Hilfe. Sie können diesen Wunsch jedoch in ihrer psychischen Befindlichkeit oft nicht adäquat artikulieren oder werden durch Ängste und Befürchtungen gehemmt. Suizidalität kann also als ein Zustand der Zuspitzung einer seelischen Krise verstanden werden, in denen die Betroffenen in ihrem Denken nicht selten so weit eingeengt sind, dass sie ohne Unterstützung keine Wege mehr sehen, die Krise mit anderen Mitteln als mit suizidalen Handlungen zu lösen. *Ungefähr 70% der Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben begehen keinen weiteren Suizidversuch und 90% der Menschen mit einem Suizidversuch sterben nicht durch Suizid.*

Auch wenn Einzelfälle dagegen sprechen mögen – es ist keinesfalls suizidpräventiv, wenn suizidgefährdete Menschen in einer akuten Krise legal Suizidmittel zur Verfügung gestellt würden. *Eine der wirksamsten Methoden der Suizidprävention ist die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln. Dies hilft Menschen oft über den Zeitraum akuter Krisen hinweg und ermöglicht psychosoziale Hilfe und Unterstützung.* Aus Studien ist bekannt, dass ein großer Teil derjenigen, die durch Suizid starben, in den vier Wochen vor dem Suizid einen Arzt aufgesucht haben. Allerdings haben sie ihre Selbstgefährdung oft nicht angesprochen.

Es gibt zu wenig spezielle Hilfsangebote für suizidgefährdete Menschen, welche ihre psychische Befindlichkeit berücksichtigen. Vorhandene Angebote werden deshalb viel zu selten angenommen. Die Wartezeiten bei Psychiatern und Psychotherapeuten sind zu lang, in Kliniken müssen erst Gespräche mit vielen Ärzten und Therapeuten geführt werden, bis es zu einer Behandlung kommt. Darüber hinaus erschweren Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen, als auch gegenüber suizidgefährdeten Personen die Suizidprävention. Hierzu zählen Vorstellungen, wie “durch Nachfragen bei gefährdeten Menschen kann man diese erst auf Suizidgedanken bringen”, “Wer darüber spricht tut es nicht” und “Man kann niemanden davon abhalten, wenn er es wirklich will”. Vorurteile und Unwissen verhindern auch nicht selten eine angemessene leidensmindernde Sterbebegleitung schwerkranker sterbender Menschen und können zu bei diesen den Wunsch nach einem assistierten Suizid fördern.

Eine Hamburger Studie ergab, dass es suizidgefährdete ältere Menschen gibt, die in ärztlicher oder psychiatrischer Behandlung sind, ihre Suizidgedanken aber nicht ansprechen. Sie befürchten, die Beziehung zu ihrem Arzt zu gefährden. Diese Gruppe von Suizidgefährdeten hat Angst, abgelehnt zu werden, in die geschlossene Psychiatrie eingeliefert und ihrer Autonomie beraubt zu werden oder als schwach und psychisch krank zu gelten. Suizidgedanken werden als ein Stigma empfunden, das besser nicht offenbart wird.

Es werden deshalb deutlich mehr wirkungsvolle, regional angepasste Strukturen für eine bessere Primärprävention (allgemeine suizidpräventive Maßnahmen), sekundäre (Erkennung und Behandlung suizidgefährdeter Menschen) und tertiäre Prävention (Versorgung von Personen nach einem Suizidversuch) benötigt. Jeder, der Hilfe sucht, sollte unkompliziert und schnell qualifizierte Hilfe finden können.

Anlage

Suizidalität

Jedes Jahr nehmen sich in Deutschland ungefähr 10.000 Menschen das Leben, davon sind etwa 70% Männer. Das Suizidrisiko steigt bei Frauen und Männern mit dem Lebensalter. Das durchschnittliche Lebensalter eines durch Suizid Verstorbenen liegt bei ca. 57 Jahren – mit steigender Tendenz. In Deutschland sterben ungefähr genau so viele Menschen durch Suizid wie durch Verkehrsunfälle, AIDS, illegale Drogen und Gewalttaten zusammen. (Informationen über die aktuellen Suizidzahlen finden sie hier: Suizide in Deutschland)

Die Anzahl der Suizidversuche kann auf mindestens 100.000 im Jahr geschätzt werden. Suizidversuche werden besonders häufig von Frauen und in jüngerem Lebensalter unternommen. Suizidversuche können oft als „Hilferufe“ interpretiert werden. Sie müssen immer ernst genommen werden, da sie einen Hinweis auf das Vorhandensein ernstzunehmender psychischer Probleme sind. Ungefähr jeder Dritte unternimmt nach dem ersten einen weiteren Suizidversuch und jeder Zehnte stirbt später durch Suizid. Eine Unterscheidung zwischen „ernsthaften“ und „nicht ernsthaften“ Suizidversuchen wird in der Suizidforschung mehrheitlich nicht mehr getroffen.

Das Suizidrisiko ist bei allen psychischen Erkrankungen erhöht. Dazu gehören besonders Psychosen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Depressionen. Der Anteil psychiatrischer Erkrankungen an Suiziden ist methodisch nur sehr schwierig zu erheben. Die vorliegenden Studienergebnisse unterscheiden sich erheblich: je nach Studie wurden 15% bis 95% der durch Suizid Verstorbenen als depressiv beurteilt. Auch ist zu berücksichtigen, dass aus Suizidgedanken nicht zwangsläufig auf eine psychische Erkrankung zu schließen ist. Das Suizidrisiko ist im Vergleich mit dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung erhöht bei: Männern, Menschen im höheren Lebensalter, Menschen mit gleichgeschlechtlicher sexueller Orientierung und jungen Frauen mit Migrationshintergrund. Traumatisch erlebte Ereignisse wie der Verlust wichtiger Bezugspersonen, schwerere Erkrankungen, Veränderungen von Lebensumständen, wie Verlust des Arbeitsplatzes oder Untersuchungshaft bzw. schon die Angst vor solchen Ereignissen können bei vulnerablen Menschen Suizidgedanken auslösen. Jedoch ist das Vorhandensein auch mehrerer Risikofaktoren kein Indikator für Suizidgefährdung und keiner dieser Faktoren erklärt einen Suizid alleine.

Bekannt sind auch lebensgeschichtliche Ereignisse, die zu erheblicher Suizidalität führen können, wie z.B. die Erfahrungen von Ablehnung oder physischer und sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend. Gerade die spätere Verarbeitung dieser frühen Beziehungserfahrungen scheint für das spätere Auftreten von Suizidalität bis hin in das hohe Lebensalter bedeutsam zu sein.

Zu berücksichtigen ist unbedingt, dass suizidale Äußerungen und auch suizidale Handlungen nicht unbedingt als ein Wunsch zu sterben zu interpretieren sind, sondern vielmehr als Ausdruck der Befindlichkeit, unter den bestehenden Umständen nicht mehr weiter leben zu können. Bis zu 70% der Menschen, die eine Suizid vollendeten, haben im Monat vor dem Suizid einen Arzt aufgesucht. ***Suizidalität ist vor diesem Hintergrund als Hilferuf zu verstehen, und nicht als Wunsch, getötet zu werden.*** Die bedeutet, das aus psychiatrischer Sicht Suizidwünsche im Gespräch qualifiziert exploriert und ggf. behandelt werden müssen.

Suizidalität ist ein tabuisiertes Thema. Betroffenen Menschen fällt es - nicht selten auch während der Behandlung einer Erkrankung, wie einer Depression - schwer über ihre Suizidgedanken mit ihrem Arzt oder Therapeuten zu sprechen. Aus Studien ist bekannt, dass Menschen vor einem vollendeten Suizid viel

häufiger als üblich einen Arzt aufgesucht haben, die Suizidgefährdung aber nicht erkannt wurde. Häufig besteht die Angst darin, nicht ernst genommen zu werden, soziale Kontakte zu verlieren, als psychisch krank bezeichnet zu werden und vor Autonomieverlust durch zwangsweise Behandlung. Außerdem haben nicht wenige die Vorstellung, dass sie niemand verstehen und niemand ihnen helfen könne. Diese Ängste und Vorstellungen ergeben sich aus der psychischen Befindlichkeit der Betroffenen.

Suizidprävention ist möglich. Suizidalität ist ein komplexes Phänomen und Suizidprävention deshalb auch eine vielschichtige Aufgabe. Das Nationale Suizidpräventionsprogramm begreift deshalb Suizidprävention als eine gesellschaftliche Aufgabe, die weit über den Bereich der Gesundheitspolitik hinausgeht. Eines der wirksamsten Mittel ist - soweit überhaupt möglich - die Einschränkung der Verfügbarkeit von Suizidmethoden (z.B. Waffen, Medikamente, Chemikalien, Absicherung von Bauwerken). Weitere Mittel der Suizidprävention sind u.a. die Verfügbarkeit niedrigschwelliger Behandlungsangebote, die Fortbildung in den medizinischen und psychosozialen Berufen sowie die Förderung der Früherkennung von Suizidgefährdung und von psychischen Erkrankungen und nicht zuletzt ein gesellschaftliches Klima, in welchem die Suizidproblematik wahr- und ernst genommen wird.

Suizidgefährdung ist behandelbar, wenn der oder die Betroffene sich auf eine Behandlung einlässt. Nicht

selten ist es allerdings eine große Herausforderung, Suizidgefährdete davon zu überzeugen, dass sie professionelle Hilfe benötigen. Je nach Problemlage und in Übereinkunft mit den Betroffenen kann die Behandlung ein breites ambulantes (und manchmal auch stationäres) Behandlungsangebot umfassen. Auch bei Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung und einer pharmakologischen Behandlung wird bei Suizidgefährdung immer das Angebot psychotherapeutischer Gespräche als bedeutsam angesehen.

Eine besondere Rolle spielen Medien in der Suizidprävention. Aus vielen Untersuchungen ist bekannt, dass die mediale Darstellung von Suiziden weitere Suizide zur Folge haben kann. Dies gilt besonders auch für die Verbreitung von evtl. bisher weitgehend unbekannten oder „exotischen" Suizidmethoden. In den Tagen nach dem Suizid von Robert Enke hat es einen deutlichen Anstieg von Suiziden nach dem gleichen Muster gegeben, nach Datenlage sogar auch noch einmal nach der Gedenkfeier. Das bedeutet nicht, dass über Suizide und die Suizidproblematik nicht berichtet werden sollte. Entscheidend ist die Art der Berichterstattung.

Ein Suizid betrifft viele Menschen. Von jedem Suizid sind nach Schätzungen der WHO durchschnittlich deutlich mehr als sechs Personen betroffen. Nicht nur Angehörige, auch Freunde, Kollegen, Mitschüler etc. können in einem Maße betroffen sein, dass sie auch selbst Unterstützung benötigen. Der Trauerprozess nach einem Suizid kann erschwert sein und mehrere Jahre dauern. Für Hinterbliebene ist es wichtig, dass über Suizide offen gesprochen werden kann, ohne dass sie befürchten müssen, ausgegrenzt zu werden. Nicht vergessen werden dürfen auch die Folgen für weitere nahestehende Menschen (z.B. Arbeitskollegen, Mitschüler), in Ausübung ihres Berufes mit Suiziden konfrontierte Menschen (z.B. Ärzte, Therapeuten, Angehörige von Pflegeberufen, Polizisten, Feuerwehrangehörige u.v.a.m.) sowie Zeugen suizidaler Handlungen. Auch diese Betroffenen benötigen Hilfe und Unterstützung.

Suzidalität im Alter und bei schweren Erkrankungen

Aktuelle körperliche Erkrankungen stehen unter den Faktoren die zu Suizidalität und letztlich zum Suizid führen i.d.R. nicht im Vordergrund. Die meisten Menschen, die sich das Leben nehmen, befinden sich nicht im finalen Stadium einer tödlich endenden Krankheit.

Gerade im Alter, einem Lebensabschnitt mit besonders hohen Suizidraten spielen körperliche Erkrankungen allerdings eine besonders Rolle. Hier finden sich unterschiedliche Situationen von Suizidalität und Lebensmüdigkeit:

- Ein dringender Sterbewunsch bei einer terminalen Erkrankung unmittelbar vor dem Tod
- Ein Sterbewunsch im Rahmen einer, letztlich zum Tode führenden Erkrankung, jedoch deutlich vor dem krankheitsbedingten Sterben
- Angst vor einer schweren Erkrankung, vor Siechtum und abhängiger Hilflosigkeit ohne das Vorliegen einer schweren Erkrankung
- Suizidwünsche vor dem Hintergrund einer schweren psychiatrischen Erkrankung
- Suizidalität im Rahmen von Erfahrungen des Verlusts, der Verletzung und Kränkung, sowie des intensiven, (oft jahrelangen) interpersonellen Konflikts.

Aus unserer Sicht sollte im Vordergrund der Auseinandersetzung mit den Suizidwünschen stehen:

- Die Exploration der Hintergründe des Suizidwunsches auch abseits des offensichtlichen körperlichen Zustandes.
- Die Aufklärung über palliativmedizinische Behandlungsmöglichkeiten und deren Anwendung.
- Die Aufklärung über das Recht, eine Behandlung der terminalen Erkrankung zu verweigern, bei gleichzeitigen Anspruch einer leidensmindernden Sterbebegleitung
- Die psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlung einer vorliegenden psychiatrischen Erkrankung bzw. psychosozialen Krise.