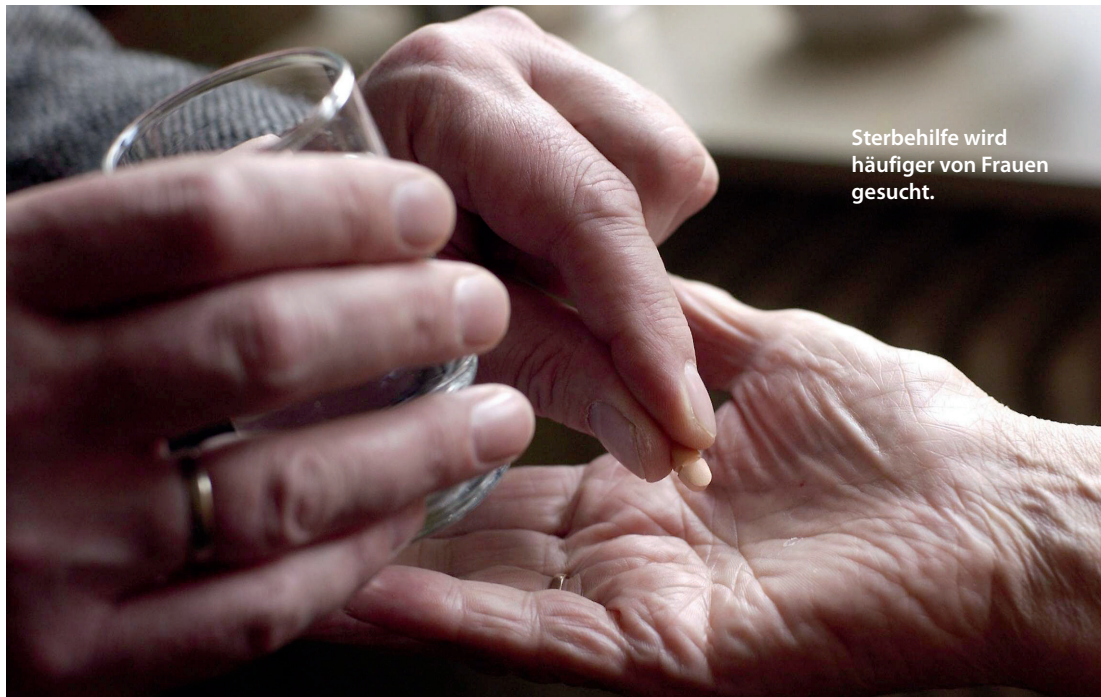


## Strategien zur Suizidprävention im Alter

# Risikopatienten aktiv ansprechen

GABRIELA STOPPE, BASEL



Sterbehilfe wird häufiger von Frauen gesucht.

© imago/Becker&Bredel

Für die hohe Suizidrate älterer Menschen werden neben Persönlichkeitsvariablen vor allem Risiken durch psychische und körperliche Erkrankungen verantwortlich gemacht. Moderne Präventionsstrategien bestehen daher aus interdisziplinären und integrativen Behandlungskonzepten, die gezielt auf gefährdete Personen zugehen.

**A**uch wenn der Anteil von Suiziden an den Todesfällen mit zunehmendem Lebensalter abnimmt, stellen ältere Menschen einen überproportionalen großen Anteil an der Gesamtzahl. Im Jahr 2007 entfielen bei den Männern 39,8% und bei den Frauen 50,3% auf die Altersgruppe über 60 Jahre. Bei der Art und Weise der Ausführung finden sich vorwiegend harte Methoden wie Erhängen, Stürze, Ertränken und Intoxikationen. Vor allen Dingen bei Vergiftungen (Frauen mehr als Männer) sowie bei dem Einsatz von Waffen (Männer mehr als Frauen) finden sich Geschlechtsunterschiede. Das Verhältnis von Männer zu Frauen liegt bei den Suiziden im Alter bei bis zu 4:1 [1].

Wahrscheinlich sind die Suizidraten älterer Menschen sogar höher, weil vor allem indirekte Suizide quantitativ unterschätzt werden. Hierunter versteht man zum Beispiel einen Todesfall in

Folge einer Unterlassung von Nahrungsaufnahme oder Medikamenteneinnahme oder eine (vermeintlich) akzidentelle Überdosierung. Diese fällt bei den häufig poly- und fehlmedizierten älteren Menschen möglicherweise nicht auf.

Ältere Menschen töten sich meistens in der eigenen Wohnung. Sie suchen aber auch Orte auf, die mit biografisch besonders wichtigen (auch schönen) Erinnerungen verknüpft sind [2].

Suiziden im Alter gehen in den meisten Fällen keine Suizidversuche voraus. Es finden sich auch weniger Abschiedsbriefe als bei den Jüngeren. Dies korrespondiert mit einem wahrscheinlich selteneren „Appellcharakter“. Auch Doppel- und Mitnahmesuizide sowie eine häufigere zeitliche Korrelation zu wichtigen biografischen Daten (z. B. Tod des Partners) legen den Gedanken nahe, in höherem Lebensalter könnte der Suizid rationaler und bilanzierender sein [2].

### Viele Erklärungsmodelle unzureichend

Im Alter sind Lebensüberdrussgedanken häufiger und betreffen wohl fast 15% der über 70-Jährigen, besonders oft Hochaltrige und Pflegeheimbewohner (bis zu 30%). Bei wenigen Personen ist jedoch auch ein Wunsch zu sterben vorhanden und bei noch weniger von diesen der aktive Wunsch, dem Leben ein Ende zu setzen [3–6].

Dies legt die Annahme nahe, die erhöhte Suizidalität sei eine Folge der Lebensumstände im Alter und der Erfahrung von Verlusten, sowohl der körperlichen Intaktheit als auch im sozialen Bereich. Dagegen spricht jedoch, dass die mit dem zunehmendem Alter häufigeren negativen Erfahrungen wie Verlust, körperliche Krankheit, Schmerzen oder auch Beeinträchtigung von Sinnesorganen keineswegs mit einer Zunahme von psychischen Erkrankungen wie zum Beispiel der Depression verbunden sind [7]. Vielmehr sind gerade im Alter Faktoren wie (proaktives) Coping und Resilienz von besonderer Bedeutung und spielen möglicherweise auch bei der Entstehung von Suizidalität im Alter eine noch nicht ausreichend untersuchte Rolle [8–10].

Es muss gefragt werden, ob auch die Betrachtungsweise der Wissenschaft bisher dem Defizitmodell des Alters gefolgt ist. Zumindest lässt sich festhalten, dass die angeführten Erklärungsmodelle keineswegs ausreichen, die besondere Häufigkeit von Suizid im Alter zu erklären [2, 11].

### Angst vor Verlust und Würde

Eine besondere Form des Suizids im Alter ist der assistierte Suizid, für den es insbesondere aus der Schweiz und den Niederlanden auch empirische Daten gibt. In der Schweiz macht der einer Sterbehilfe zuzuordnende Anteil an den Suiziden einen zunehmend grösseren Anteil aus. Statistisch wird diese Methode häufiger von Frauen gesucht. Interessant ist, dass bei einem erheblichen Anteil der Personen vor allen Dingen die Angst vor Kontroll- und Autonomieverlust sowie ein befürchteter Verlust von Würde genannt wurden [12].

Dies korrespondiert mit der öffentlichen Darstellung des Themas Suizid. Die Mediendarstellung bei älteren Menschen zeigt häufig einen Kontext von Angst vor dem Altwerden oder vor Alzheimer-Demenz, wie bei den prominenten Fällen des Schlagersängers Rex Gildo oder zuletzt des Industriellen Gunther Sachs. In Anbetracht der alternden Gesellschaft, der ansteigenden Anzahl von Alzheimerkranken und der zunehmenden Zahl allein lebender und wohl auch oft einsamer Menschen ist hier ein Szenario steigender Suizidraten zu befürchten.

### Altersbild reformbedürftig

Gesellschaftliche und kulturelle Faktoren spielen denn auch eine wahrscheinlich bis heute unterschätzte Rolle. So wird zunehmend der Lebenswert alter Menschen vor dem Hintergrund als begrenzt erlebter beziehungsweise kommunizierter Ressourcen in Frage gestellt. Begriffe wie „Überalterung“ stehen aus meiner Sicht dafür. Ein altruistisches Abtreten im Sinne eines Opfers für die jüngere Generation wurde von jedem Fünften die Sterbehilfe suchenden älteren Menschen genannt. Daraus folgt auch ein verändertes Hilfesuchverhalten. Wenn Betroffene das Gefühl haben, eine Behandlung sei bei Ihnen nicht

mehr erfolgversprechend oder es sein eine nutzlose Investition, werden sie diese auch nicht suchen. Dies steht im Gegensatz dazu, dass gerade psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung im höheren Lebensalter mindestens gleich gut wirksam sind wie bei Jüngeren [7]. Es scheint dringend notwendig, dieses Altersbild in der Gesellschaft zu reformieren und die Bevölkerung für den Umgang mit Krankheit zu sensibilisieren [13].

### Ursachen

Ein Erklärungsmodell umfasst Faktoren die in der betroffenen Person, ihrem Verhalten sowie in den Umgebungsfaktoren zu suchen sind. Bei den jeweiligen Personen spielt neben Persönlichkeitsvariablen vor allen Dingen das Vorhandensein von psychischen und körperlichen Erkrankungen eine wesentliche Rolle. Die **Tabelle 1** fasst die wichtigen bis heute untersuchten Problemkreise zusammen.

In bis zu 90% der Suizide im höheren Lebensalter besteht eine (mehrheitlich nicht erkannte und behandelte) Depression. Anders als in jüngeren Jahren spielen Suchterkrankungen beziehungsweise schizophrene Störungen eine geringere Rolle, unter anderem weil diese das höhere Lebensalter oft gar nicht

Suizidrisiko bei alten Menschen		Tabelle 1
Bereich	Themen/Fragen	
Psychische Erkrankungen und Komorbidität	Depression Bipolare Störung Wahnhafte Störung Beginnende Demenz Substanzabhängigkeit (auch anamnestisch) Schlafstörungen	
Suizidales Verhalten	Vorgeschichte von Suizidversuchen Familienanamnese Suizide im Umfeld Zeitraum nach Entlassung	
Körperliche Erkrankung und Beeinträchtigung	Krebs Neurologische Erkrankungen Chronische Lungenerkrankung Sensorische Defizite Einschränkung der Aktivitäten des täglichen Lebens Subjektive Krankheit	
Soziale Situation/Isolierung	Soziales Netz/Kontaktdichte Allein leben/Zufriedenheit damit Vertrauensvolle Beziehung Ökonomisch schlechte Lage	
Belastende Lebensereignisse	Verwitwung/Scheidung Pflegebelastrung Familiäre Konflikte	
Zugang zu Tötungsmitteln	Waffen Medikamente Pestizide	

erreichen [14–17]. Erst in den letzten Jahren kamen Schlafstörungen und beginnende Demenzen als fördernde Faktoren in die Diskussion [18–20].

Risikofaktoren sowohl für Depressionen als auch eine erhöhte Suizidalität im höheren Lebensalter sind körperliche Erkrankungen, insbesondere wenn diese den Alltag sehr beeinträchtigen, zum Beispiel mit Schmerzen einhergehen, und so die Bewältigungsressourcen eventuell nicht nur belasten, sondern vielleicht auch überfordern. Dies scheint besonders für Krebs- und neurologische Erkrankungen zu gelten [7, 17, 21].

Persönlichkeitsvariablen wie Hoffnungslosigkeit, Feindseligkeit und geringe Offenheit für neue Erfahrungen erhöhen ebenso das Risiko wie das Fehlen von Angehörigen oder Vertrauenspersonen, wobei hier Männer besonders betroffen sind [15, 22]. Umgekehrt sind eine gute soziale Vernetzung und gesellschaftliche Beteiligung ein schützender Faktor. Dies könnte der Grund sein, warum geringe Bildung und auch schlechte sozioökonomische Verhältnisse beziehungsweise soziale Benachteiligung mit einem erhöhten Suizidrisiko im Alter einhergehen. Speziell das geringere Wissen um Krankheiten und die höhere Schwelle vor allem zu psychotherapeutischen Angeboten sind als Mediatoren zu vermuten [23, 24].

Ein besonderes Risiko stellt typischerweise auch der Partnerverlust dar [25]. Verwitwung ist besonders in den ersten Wochen nach dem Ereignis mit einem erhöhten Suizidrisiko des überlebenden Partners verbunden.

Bisher erst wenig untersucht ist die Rolle der Resilienz beziehungsweise protektiver Faktoren (s. o.). Zu erwähnen ist hier neben der Spiritualität auch die Auseinandersetzung mit Gründen, sich nicht zu töten [26–28]. Untersuchungen an weißen US-Amerikanern ergaben, dass diese mehr als bei jüngeren auf Familie, Freunde, religiöse und weltanschaulichen Vorstellungen

fußten. In der **Tabelle 2** ist beispielhaft der von Edelstein et al. [27] entwickelte Fragebogen dargestellt.

### Strategien zur Prävention

Generell wird heute betont, dass Suizidprävention am wirksamsten ist, wenn sie auf mehreren Ebenen – abgestimmt aufeinander – durchgeführt wird. Zudem sollte sie nachhaltig etabliert werden. Dies konnte in Deutschland beispielhaft am Nürnberger Bündnis gegen Depression gezeigt werden, dass auch Erfolge in der Reduktion der Alterssuizide erzielte [29, 30].

### Erkennung und Behandlung psychischer Erkrankungen

Besonders die Erkennung und Behandlung von Depressionen stellen hierbei eine Hauptaufgabe dar. Eine wichtige Rolle sollte auch spielen, dass alte Menschen einen Zugang zu allen bei Ihnen wirksamen und verfügbaren Behandlungsmethoden bekommen. Dies ist vor allem im Bereich der Psychotherapie bis heute nicht der Fall [31, 32].

Auf der Seite der Öffentlichkeit muss das Wissen über das sogenannte „normale Alter“ verbessert werden. Dazu gehört in diesem Kontext insbesondere, dass Hoffnungslosigkeit und Depressivität eben „nicht normal“ für das höhere Lebensalter sind [7].

### Die Verfügbarkeit von Methoden

Empirisch ist gesichert, dass die Verfügbarkeit von Suizidmethoden mit ihrem Einsatz zusammenhängt. Es ist außerdem ein Irrtum, anzunehmen, dass grundsätzlich auf andere Methoden ausgewichen wird. In den letzten Jahren hat sich besonders die Sicherung von Brücken und anderen „Hot Spots“ angeboten. Zudem ist die Kontrolle der Verfügbarkeit von Waffen wichtig, und gerade bei älteren Menschen spielt die Verfügbarkeit von Medikamenten eine Rolle. Die regelmäßige Überprüfung der im Haushalt vorhandenen Medikamente beziehungsweise auch die Überprüfung der tatsächlich eingenommenen Medikamente ist eine Aufgabe, die Ärzteschaft und Apotheken vielleicht gemeinsam übernehmen könnten.

### Besondere Aufmerksamkeit für Risikogruppen

Die bekannten Risikogruppen sollten aufsuchend betreut werden. Hierzu gehören Personen, die sozial isoliert sind, solche mit chronischen körperlichen Erkrankungen, Bewohner von Pflegeheimen, Personen nach einer Verwitwung und solche in schwierigen Situationen. Natürlich sind auch im Alter die bekannten Risikokonstellationen bedeutsam, wie etwa die Suizidversuche in der Vorgeschichte.

Besondere Aufmerksamkeit sollten auch alte Patienten erhalten, die aus der stationären psychiatrischen Behandlung entlassen wurden. Dies gilt besonders für alte Menschen, bei denen der stationäre Aufenthalt eine besonders suizidpräventive Wirkung hat, die bei Entlassung oft abrupt wegfällt [33–35].

### Verbesserung der Behandlungskonzepte

Für die alten Menschen ist vor allem eine Verbesserung der aufsuchenden sowie der interdisziplinären und integrativen Behandlungskonzepte zu fordern. Dies reicht von regelmäßigem Screening der Risikogruppen bis hin zu aufsuchender Betreuung

## Gründe alter Menschen zu leben [27]

Tabelle 2

In einer Situation, in der ich daran denken würde, mir das Leben zu nehmen, würde ich es nicht tun, weil....

- es meine Familie zu sehr verletzen würde.
- meine Religion es mir verbietet.
- es mir morgen schon besser gehen könnte.
- ich meine Enkel aufwachsen sehen möchte.
- ich meine Familie zu sehr liebe und Freude an ihr habe. Ich kann sie nicht verlassen.
- ich die Hoffnung habe, dass es besser werden kann und ich glücklicher werden kann.
- ich noch viel zu erledigen habe.
- ich glaube, dass nur Gott das Recht hat, das Leben zu beenden.
- ich Angst habe, in die Hölle zu kommen.
- meine Familie mich braucht und sich auf mich verlässt.
- das Leben zu wertvoll und zu schön ist, um es zu beenden.
- mir immer noch jemand einfällt, der oder dem es schlechter geht als mir.
- ich mir Sorgen machen würde, wie andere über mich denken.
- ich nicht sterben will.
- ich es für falsch halte.

von Witwen und intensiver Nachsorge nach stationärer Behandlung. Einige Modellprojekte zeigen hier bereits gute Resultate [35–40].

Eine besondere Rolle kommt auch der primärärztlichen Versorgung zu. Verschiedene Untersuchungen konnten zeigen, dass etwa 70% der Suizidopfer im Monat vorher ihren Hausarzt aufgesucht haben, allerdings dort nicht zwangsläufig über Suizidalität gesprochen haben. Gerade das Gespräch über Sterbewünsche und Suizidalität wird wohl bei alten Menschen als sehr schwierig angesehen. In jedem Fall liegt bei sich weiter verbessernder Depressionserkennung das Ansprechen von Suizidalität weiter deutlich im Argen [41–43].

### Beteiligung aller an der Prävention

In einer interdisziplinären Arbeitsgruppe haben wir in den letzten Jahren Überlegungen angestellt, welche Personengruppen vielleicht einen besonders guten Zugang zu Risikopersonen haben. Einige Beispiele sollen hier genannt werden:

- Ambulante Pflegedienste, die alleinstehende ältere Menschen betreuen.
- Angehörige der Kirchen und auch die Bestatter, die Personen nach Partnerverlust betreuen und informieren können.
- Personen, die in der Erwachsenenbildung zuständig sind und zum Beispiel Angebote für Senioren entwickeln. So werden etwa in den jetzt betrieblich oft angebotenen Kursen und Informationen vor der Pensionierung zwar Informationen zur wirtschaftlichen Lage gebracht, jedoch selten zu den Risiken bezüglich seelischer oder körperlicher Erkrankungen.

### Beachtung der eigenen Position

Ärzte haben selber eine erhöhte Suizidrate im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung [44]. Es kann vermutet werden, dass sie eine besonders akzeptierende Haltung gegenüber Suiziden im höheren Lebensalter haben, zumal repräsentative Untersuchungen zeigen konnten, dass eine „liberale“ Einstellung zum Suizid mit erhöhtem Risiko der betreffenden Person korrelierte [45]. Diese Konstellation ist in der Beziehung zum alten suizidalen Patienten nicht förderlich.

Zudem teilen Ärzte die Stereotype zum Alter mit der Bevölkerung, wohl auch noch akzentuierter [46].

Es wäre wünschenswert, dass alle Ärzte, zumindest aber auch die aus den Bereichen Neurologie und Psychiatrie, sich ihre eigenen Positionen zum Suizid, zur Sterbehilfe, zur Abhängigkeit, zur Hilflosigkeit, zur Würde und zur Akzeptanz von Sterbewünschen sowie deren Hintergründen klar werden.

### Fazit für die Praxis

Suizid betrifft alte Menschen überproportional. Es gibt keinen Beleg dafür, dass der Bilanzsuizid häufiger ist, wohl aber dafür, dass ein negatives „Bilanzieren“ durch altersfeindliches gesellschaftliches Klima gefördert wird. Risikokonstellationen sind das Vorhandensein psychischer Erkrankungen, Isolation und Vereinsamung, körperliche Erkrankungen, die die Lebensführung stark beeinträchtigen und der Verlust von zwischenmenschlichen Beziehungen zum Beispiel bei der Verwitwung. Die Strategien sollten gezielt und auf die Betroffenen zugehend sein. Insbesondere empfiehlt es sich, Personen in der entspre-



© Monkey Business / fotolia.com

**Abb. 1:** Die aufsuchende Betreuung kann das Suizidrisiko älterer Menschen reduzieren.

chenden Lebenssituation regelmäßig aktiv anzusprechen. Ideal wäre es, wenn dies nicht nur Hausärzte und andere Professionelle täten, sondern zum Beispiel auch mit alten Menschen häufig befasste Personen in Kirche, Apotheken, ambulanter Pflege und ähnlichen Organisationen. Es gibt bereits heute empirische Belege für die Wirksamkeit dieser Maßnahmen. Dennoch wird es sicherlich nicht gelingen, jeden einzelnen Suizid zu verhindern, insbesondere nicht im Alter. Es kann aber gelingen, über eine andere Kultur des Umgangs mit alten Menschen auch die Suizidraten zu verringern.

Literatur unter [springermedizin.de/dnp](http://springermedizin.de/dnp)



**Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe**

Universitäre Psychiatrische Kliniken UPK  
Wilhelm Klein-Strasse 27, CH-4012 Basel  
E-Mail: [gabriela.stoppe@upkbs.ch](mailto:gabriela.stoppe@upkbs.ch)

#### Erklärung zu Interessenkonflikten

Die Autorin erklärt, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ. Potenzieller Interessenkonflikt:

XXXXXX XXXXX xxxxxxxx

Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

**Sammeln Sie CME-Punkte ...**

... mit unserer von der Bayerischen Landesärztekammer anerkannten zertifizierten Fortbildung. Wenn Sie sieben oder mehr der Fragen korrekt beantworten, erhalten Sie **2 CME-Punkte**. Beantworten Sie sogar alle Fragen richtig, dann werden **3 CME-Punkte** vergeben. Weitere Informationen finden Sie unter [www.cme-punkt.de/faq.html](http://www.cme-punkt.de/faq.html).

Bitte beachten Sie, dass jeweils die für Sie zuständige Landesärztekammer über die volle Anerkennung der im Rahmen dieses Fortbildungsmoduls erworbenen CME-Punkte entscheidet. Nähere Informationen dazu finden Sie unter [www.cme-punkt.de/kammern.html](http://www.cme-punkt.de/kammern.html).

**So nehmen Sie teil**

Füllen Sie unter [www.cme-punkt.de](http://www.cme-punkt.de) den Online-Fragebogen aus. Unmittelbar nach der Teilnahme erfahren Sie, ob Sie bestanden haben, und können die Bescheinigung für Ihre Ärztekammer sofort ausdrucken. Zudem finden Sie hier sämtliche CME-Module des Verlags Urban & Vogel.

Die Fragen beziehen sich auf den Fortbildungsbeitrag auf den vorangegangenen Seiten. Die Antworten ergeben sich zum Teil aus dem Text, zum Teil beruhen sie auf medizinischem Basiswissen.

## CME-Fragebogen

# Suizidprävention im Alter

Es ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit (Richtig- oder Falschaussage) zutreffend.

**1. Welche der Angaben zur Häufigkeit des Suizids im Alter trifft zu?**

- A Frauen begehen häufiger Suizid als Männer.
- B Die Häufigkeit von Suizid wird eher überschätzt.
- C Vergiftung ist die häufigste Methode.
- D Männer und Frauen unterscheiden sich bezüglich der Methoden nicht.
- E Waffensuizide werden vor allen Dingen von Männern verübt.

**2. Eine 90-jährige Bewohnerin eines Pflegeheims klagt seit einigen Wochen über Lebensüberdruß. Bitte markieren Sie, welches therapeutische Vorgehen nicht angemessen ist.**

- A Überprüfung, ob der Lebensüberdruß auch mit Sterbewünschen verbunden ist.
- B Überprüfung auf das Vorliegen einer Depression.
- C Alleinige Äusserung von Verständnis für den fehlenden Lebensmut.
- D Gespräch über den subjektiven Lebenssinn.
- E Verordnung von mehr Bewegung.

**3. Welche Angabe zur Verfügbarkeit von Suizidmethoden trifft zu?**

- A Wenn eine Methode verringert wird, wird auf eine andere ausgewichen.
- B Hinweise auf Kriseninterventionsstellen an Suizidorten sind nicht wirksam.
- C Die Höhe des Geländers auf hohen Brücken spielt für die Sturzgefahr keine Rolle.
- D Die Reduktion des Zugangs zu Waffen führt zu einem Rückgang der Suizide.
- E Auch in ländlichen Regionen werden Pestizide nicht häufiger eingesetzt.

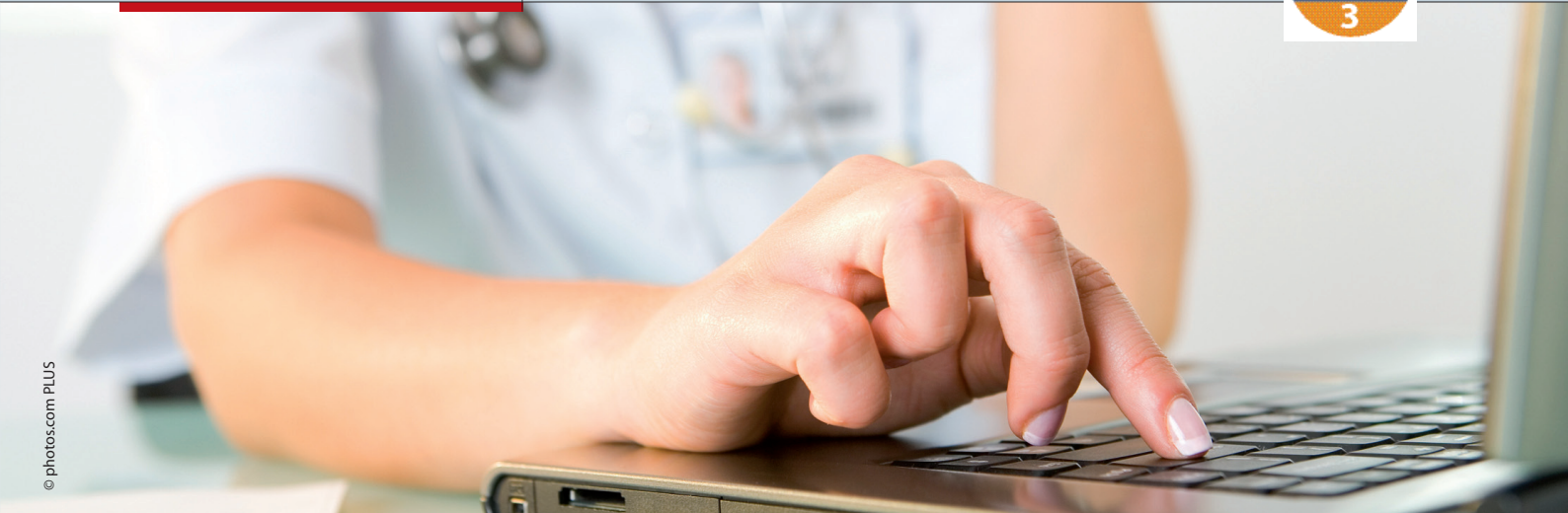
**4. Welche der folgenden Faktoren ist nicht mit einer höheren Suizidalität im Alter verbunden?**

- A Eine gute soziale Einbindung.
- B Chronische Schlafstörungen.
- C Verwitwung vor wenigen Wochen.
- D Liberale Einstellung zum Suizid als „letzte Option“.
- E Auseinandersetzung mit dem Sinn des Lebens.

Richtige Antwort:

- 1. E
- 2. C
- 3. D
- 4. A
- 5. B
- 6. D
- 7. E
- 8. C
- 9. B
- 10. D

Online punkten!  
[www.cme-punkt.de](http://www.cme-punkt.de)



**5. Welcher der aufgeführten Punkte ist *kein* Risikofaktor für eine Depression im Alter?**

- A Der plötzliche Verlust einer wichtigen Bezugsperson (z. B. Lebenspartner).
- B Eine gute Bildung.
- C Eine geringe Bildung.
- D Depressionen in der Vorgeschichte.
- E Länger anhaltende Schlafstörungen.

**6. In der Betreuung depressiver alter Menschen sind viele Aspekte wichtig. Welche der folgenden Faktoren gehört *nicht* dazu?**

- A Beachten und Ansprechen von Äusserungen der Lebensmüdigkeit und Suizidwünschen.
- B Regelmässigkeit der Medikamenteneinnahme beachten.
- C Kontakt mit den anderen Behandlern aufnehmen.
- D Den negativen Äusserungen der Patienten widersprechen und sie aufmuntern.
- E Förderung der körperlichen Gesundheit (Ernährung, Bewegung).

**7. Welche Persönlichkeitseigenschaft ist mit einem höheren Suizidrisiko verbunden?**

- A Kontaktfreude
- B Neugier
- C Impulskontrolle
- D Pflichtbewusstsein
- E Misstrauen

**8. Welche Aussage zur Suizidprävention im Alter trifft zu?**

- A Hausärzte spielen keine wesentliche Rolle.
- B Es reicht, wenn alte Menschen ein Angebot kennen, zu dem sie Kontakt aufnehmen können.
- C Mehrebeneninterventionen sind in allen Altersgruppen zu bevorzugen.
- D Die akzeptierende gesellschaftliche Einstellung zur Suizidalität hat keinen Einfluss.
- E Nahrungsverweigerung hat nichts mit Suizidalität zu tun.

**9. Welcher der folgenden Faktoren kann vor Suizid im Alter schützen?**

- A Suizidversuche in der Vergangenheit
- B Ökonomisches Wohlergehen
- C Partnerverlust
- D Beginnende Demenz
- E Krebserkrankung

**10. Welche Aussage zur Rolle der Ärzte(innen) stimmt *nicht*?**

- A Gerade alte Menschen besuchen häufig den Hausarzt.
- B Das Gespräch über Suizidalität ist schwierig.
- C Selbst Ärzte stigmatisieren alte und psychisch kranke Menschen.
- D Ärzte haben eine geringere eigene Suizidalität.
- E Suizidalität wird immer besser erkannt.



Teilnahme nur im Internet  
unter [www.cme-punkt.de](http://www.cme-punkt.de)

Literatur

- [1] Schmidtke A, Sell R, Gajewska A & Schaller S (2009) Epidemiologie und Demographie des Alterssuizids. *Suizidprophylaxe* 36 (1 = Heft136): 12-20
- [2] Schaller A & Schmidtke S (2011) Suizidalität: Epidemiologische Befunde, Probleme und Schlussfolgerungen für die Prävention. In: Stoppe G (Hrsg.): *Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Herausforderungen für die Versorgungsforschung*. 3. Report Versorgungsforschung. Deutscher Ärzteverlag, Köln, S. 39-48
- [3] Barnow S & Linden M (2000) Epidemiology and psychiatric morbidity of suicidal ideation among the elderly. *Crisis* 21: 171-180
- [4] Scocco P & De Leo D (2002) One-year prevalence of death thoughts, suicide ideation and behaviours in an elderly population. *Int J Geriatr Psych* 17(9): 842-846
- [5] Raue PJ, Meyers BS, Rowe JL, Heo M & Bruce ML (2006) Suicidal ideation among elderly homecare patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 22: 32-37
- [6] Scocco P, Fantoni G, Rapattoni M, de Girolamo G & Pavan L (2009) Death ideas, suicidal thoughts, and plans among nursing home residents. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 22(2): 141-148
- [7] Stoppe G (2008) Depression im Alter. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 51: 406-410
- [8] Heisel MJ & Flett GL (2008) Psychological resilience to suicide ideation among older adults. *Clin Gerontologist* 31: 51-70
- [9] Range LM & Stringer TA (1996) Reasons for living and coping abilities among older adults. *Int J Aging & Hum Develop* 43: 1-5
- [10] Ouwehand C, de Ridder DT & Bensing J M (2007) A review of successful aging models: proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clin Psychol Rev* 27(8): 873-884
- [11] Schaller S (2008) Multimodales Erklärungsmodell der Suizidalität im Alter. *Z Gerontol Geriatr* 41: 14-21
- [12] Fischer S, Huber CA, Furter M, Imhof L, Mahrer Imhof R, Schwarzenegger C, Ziegler SJ & Bosshard G (2009) Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians. *Swiss Med Wkly* 139 (23-24): 333-338
- [13] Knox KL, Conwell Y & Caine ED (2004) If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it? *Am J Public Health* 94: 37-45
- [14] Waern M, Runeson BS, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I & Wilhelmsson K (2002) Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry* 159(3):450-455
- [15] Chiu HF, Yip PS, Chi I, Chan S, Tsoh J, Kwan CW, Li SF, Conwell Y & Caine E (2004) Elderly suicide in Hong Kong—a case-controlled psychological autopsy study. *Acta Psychiatr Scand* 109(4):299-305
- [16] Harwood D, Hawton K, Hope T & Jacoby R (2001) Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Int J Geriatr Psychiatry* 16(2):155-165
- [17] Conwell Y, Duberstein PR, Hirsch JK, Conner KR, Eberly S & Caine ED (2010) Health status and suicide in the second half of life. *Int J Geriatr Psychiatry* 25(4): 371-379
- [18] Lapiere S, Boyer R, Desjardins S, Dubé M, Lorrain D, Prévile M & Brassard J (2011) Daily hassles, physical illness, and sleep problems in older adults with wishes to die. *Int Psychogeriatr* 16:1-10 [Epub ahead of print]
- [19] Lim WS, Rubin EH, Coats M & Morris JC (2005) Early-stage Alzheimer disease represents increased suicidal risk in relation to later stages. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 19: 214-219
- [20] Haw C, Harwood D & Hawton K (2009) Dementia and suicidal behavior: a review of the literature. *Int Psychogeriatr* 21(3): 440-453
- [21] Waern M, Rubenowitz E, Runeson B, Skoog I, Wilhelmsson K & Allebeck P (2002) Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. *BMJ* 324(7350): 1355
- [22] Conwell Y, Duberstein PR & Caine ED (2002) Risk factors for suicide in later life. *Biol Psychiatry* 52: 193-204
- [23] Cohen A, Chapman BP, Gilman SE, Delmerico AM, Wiczorek W, Duberstein PR & Lyness JM (2010) Social inequalities in the occurrence of suicidal ideation among older primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 18(12): 1146-1154
- [24] Duberstein PR, Conwell Y, Conner KR, Eberly S, Evinger JS & Caine ED (2004) Poor social integration and suicide: fact or artifact? A case-control study. *Psychol Med*. 34(7):1331-1337
- [25] Luoma JB & Pearson JL (2002) Suicide and marital status in the United States, 1991-1996: is widowhood a risk factor? *Am J Public Health* 92(9):1518-1522
- [26] Mellqvist M, Wiktorsson S, Joas E, Ostling S, Skoog I & Waern M (2011) Sense of coherence in elderly suicide attempters: the impact of social and health-related factors. *Int Psychogeriatr* 1:1-8
- [27] Edelstein BA, Heisel MJ, McKee DR, Martin RR, Koven LP, Duberstein PR & Britton PC (2009) Development and psychometric evaluation of the reasons for living—older adults scale: a suicide risk assessment inventory. *Gerontologist* 49(6):736-745.
- [28] Miller JS, Segal DL & Coolidge FL (2001) A comparison of suicidal thinking and reasons for living among younger and older adults. *Death Stud* 25(4):357-365
- [29] Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P & Hendin H (2005) Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 294(16):2064-2074
- [30] Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A & Hegerl U (2007) Veränderung der Häufigkeit suizidaler Handlungen nach zwei Jahren „Bündnis gegen Depression“. *Nervenarzt* 78: 272-282
- [31] Maercker A, Enzler A, Grimm G, Helfenstein E & Ehlerl U (2005) Inanspruchnahme und Psychotherapiemotivation in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe über 65jähriger – Ergebnisse der Zürcher Altersstudie. *Psychotherap Psychosom Med Psychol* 55: 177-182
- [32] Heuft G, Telger K, Wolter D & Imai T (2011) Versorgungssituation Älterer bezüglich ambulanter Richtlinienpsychotherapie. In: Stoppe G (Hrsg.): *Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Herausforderungen für die Versorgungsforschung*. 3. Report Versorgungsforschung. Deutscher Ärzteverlag, Köln, S. 55-68
- [33] Erlangsen A, Mortensen PB, Vach W & Jeune B (2005) Psychiatric hospitalisation and suicide among the very old in Denmark: population-based register study. *Br J Psychiatry* 187: 43-48
- [34] Hawton K & Harris L (2006) Deliberate self-harm in people aged 60 years and over: characteristics and outcome of a 20-year cohort. *Int J Geriatr Psychiatry* 21(6): 572-581
- [35] Tew JD Jr. (2005) Post-hospitalization transitional care needs of depressed elderly patients: models for improvement. *Curr Opin Psychiatry* 18(6): 673-677
- [36] Sichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, Von Korff M & Ormel J (2006) Casemanagement to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychol Med* 36(1): 7-14
- [37] Alexopoulos GS, Reynolds CF 3rd, Bruce ML, Katz IR, Raue PJ, Mulsant BH, Oslin DW, Ten Have T & PROSPECT Group (2009) Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study. *Am J Psychiatry* 166(8): 882-890
- [38] Eil K, Aranda MP, Xie B, Lee PJ & Chou CP (2010) Collaborative depression treatment in older and younger adults with physical illness: pooled comparative analysis of three randomized clinical trials. *Am J Geriatr Psychiatry* 18(6): 520-530
- [39] Chan SS, Leung VP, Tsoh J, Li SW, Yu CS, Yu GK, Poon TK, Pan PC, Chan WF, Conwell Y, Lam LC & Chiu HF (2011) Outcomes of a two-tiered multifaceted elderly suicide prevention program in a Hong Kong Chinese community. *Am J Geriatr Psychiatry* 19(2): 185-196
- [40] De Leo D, Carollo G & Dello Buono M (1995) Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *Am J Psychiatry* 152(4): 632-634
- [41] Luoma JB, Martin CE & Pearson JL (2002) Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 159(6):909-916
- [42] Stoppe G, Sandholzer H, Huppertz C, Duwe H & Staedt J (1999) Family Physicians and the Risk of Suicide in the Depressed Elderly. *J Affect Disord* 54: 193-198
- [43] Vannoy SD, Tai-Seale M, Duberstein P, Eaton LJ & Cook MA (2011) Now what should I do? Primary care physicians' responses to older adults expressing thoughts of suicide. *J Gen Intern Med* 26(9):1005-1011.
- [44] Schernhammer ES & Colditz GA (2004) Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry* 161(12): 2295-2302
- [45] Seidlitz L, Duberstein P, Cox C & Conwell Y (1995) Attitudes of older people toward suicide and assisted suicide: An analysis of Gallup poll findings. *J Am Geriatr Soc* 43: 993-998
- [46] Flick U, Walter U, Fischer C, Neuber A & Schwartz FW (2004) Gesundheit als Leitidee? Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Ärzten und Pflegekräften. Basel Bern: Huber