

**Zeitschrift:** Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie  
**Herausgeber:** Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ;  
Arbeitsgruppe für Kriminologie  
**Band:** - (1986)

**Artikel:** Zum Suizid älterer Menschen  
**Autor:** Trube-Becker, Elisabeth  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1051039>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 22.01.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Zum Suizid älterer Menschen

Elisabeth Trube-Becker

Die Literatur zum Suizid mit all ihren Forschungsergebnissen ist in den letzten Jahren fast unübersehbar geworden. Aber, wissen wir mehr, sind unsere Erkenntnisse gewachsen?

Die Zunahme des Suizids auch in unserer Zeit und Gesellschaft ist nach wie vor ein ungelöstes Problem geblieben.

Zum Suizid älterer Menschen aber sind die Angaben relativ spärlich, obwohl gerade in den höheren Lebensaltern die Selbsttötung besonders stark zugenommen hat (*Wächtler, 1984, McIntosh, 1985*). So könnte die Feststellung getroffen werden, daß auch im Hinblick auf den Suizid nichts weniger interessiert als der alt werdende Mensch, der zudem noch besonders suizidgefährdet ist.

Beide Tatsachen, die große Selbstmordhäufigkeit alter Menschen einerseits und die geringe Beachtung dieses Phänomens andererseits, spiegeln auch die Einstellung unserer Gesellschaft den Alten gegenüber wider, eine Einstellung, die man zumindest als ambivalent bezeichnen könnte.

Suizid gibt es als menschliches Problem in allen Teilen der Welt. Es hat ihn auch zu allen Zeiten der Menschheitsgeschichte gegeben und wird ihn, solange Menschen existieren, auch immer geben. Nur die Einstellung der Menschen zur Selbsttötung ist sehr unterschiedlich und hat sich im Verlaufe der Geschichte vielfach gewandelt. Sogar innerhalb einer Epoche, in den verschiedenen Gesellschaften, divergiert die Bewertung von Suizidhandlungen ganz erheblich.

Während in der Antike eine Selbsttötung nicht unbedingt als negativ angesehen wurde – man verwendet Formulierungen wie »freiwilliger Tod« oder »aus dem Leben herausgehen« – erhält der Suizid unter dem Einfluß des Christentums zunehmend Negativ-Bewertungen (*Schadewaldt, 1977*).

Selbstmord wird nunmehr als Verbrechen gewertet. Diese Ansicht resultiert einerseits aus dem Tötungsverbot, andererseits wird unter dem Aspekt des Lebens als Geschenk Gottes, der Selbstmord als schwere Unrechtstat scharf verurteilt.

Auch die Geschichte der Rechtsprechung, die als Wissenschaft die jeweiligen gesellschaftlichen Einstellungen widerspiegelt und von den

Moralvorstellungen der Kirche nicht unberührt bleibt, kodifiziert den Selbstmord als Verbrechen mit entsprechender Strafandrohung: Die Theresiana aus dem Jahre 1769 ordnet sogar die Bestrafung eines Selbstmordversuches an. Während in Deutschland seit ca. 100 Jahren der Suizid kein Strafbestand mehr ist, war er in England bis zum Jahre 1961 ebenso wie der Suizidversuch unter Strafe gestellt. Damit ist der Suizid mit seiner Problematik zunächst ein Spekulationsobjekt von Theologie und Rechtsprechung. Erst relativ spät setzt eine wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Suizidproblem außerhalb der Philosophie und der Theologie ein.

Soziologische Aspekte hat zuerst *Durkheim* (1897) berücksichtigt. Ohne im einzelnen auf die zahlreichen folgenden Arbeiten eingehen zu können, nur der Hinweis, daß sich in neuerer Zeit besonders Stengel (1969) mit statistischen Auswertungen von Selbstmordhandlungen befaßt und den vollendeten Selbstmord von den Selbstmordversuchen getrennt hat.

Aus psychologisch-psychiatrischer Sicht wird das Selbstmordproblem u.a. von *Ringel* (1967), *Pöldinger* (1968), *Wächtler* (1984) angegangen und so längere Zeit ausschließlich als Folge psychischer Erkrankung angesehen. Das von Pöldinger erarbeitete präsuizidale Syndrom umfaßt im wesentlichen drei Symptome, die für eine Gefährdung sprechen können:

1. Eine Einengung der Gefühlswelt, der sozialen Situation und der zwischenmenschlichen Beziehungen,
2. Aggressionen, die gegen die eigene Person gerichtet sind,
3. Destruktive Phantasien.

Ringel sieht im Selbstmordgeschehen ein Äquivalent einer Neurose, was sicher nicht immer zutreffen muß.

Grundsätzlich ist nochmals festzustellen, daß bei der Erforschung von Suizidhandlungen und der Abschätzung der Suizidgefährdung sich die meisten Arbeiten der neueren Zeit nur mit jüngeren Menschen beschäftigen, wohingegen die Suizidproblematik im Alter in den Hintergrund tritt. Erst in allerjüngster Zeit beginnt man – wahrscheinlich bedingt durch die Zunahme der Anzahl »älterer« Menschen in unserer Gesellschaft – sich mit der Suizid-Problematik alter Menschen zu befassen. Dabei tritt der psychiatrische Aspekt in den Vordergrund, während die soziale Situation der Suizidanten in höherem Lebensalter kaum Beachtung findet.

Die Tatsache aber, daß gerade ältere Suizidanten häufig in erheblich verwahrlostem Zustand oft erst nach Tagen oder sogar Wochen aufgefunden werden, zeigt die Notwendigkeit, sich mit der sozialen Situation der alten Menschen, insbesondere derer, die selbstmordgefährdet sind, zu beschäftigen.

Dabei ist die Definition, wann ein Mensch »alt« ist, sehr schwierig. Denn auch das Altern ist genetisch begründet und nicht unbedingt an die Jahreszahl gebunden. Nicht jeder 65jährige Mensch ist schon alt im biologischen Sinn. Trotzdem ist ein Parameter das 65. Lebensjahr, der Zeitpunkt

des Ausscheidens aus dem Berufsleben. Da aber in den letzten Jahren das Ausscheiden aus dem Berufsleben vor Erreichen des 65. Lebensjahres möglich ist und auch praktiziert wird, zum anderen aber auch viele Personen aus gesundheitlichen Gründen ihre Berufstätigkeit vorzeitig abbrechen oder sogar dazu veranlaßt werden, sollte als Begrenzung nach unten das 60. Lebensjahr gewählt werden. Es mag sich dabei um eine ziemlich willkürliche Festlegung handeln.

Zur Alters- und Geschlechtsverteilung der Suizidanten sind die Angaben in der Literatur ziemlich übereinstimmend (*Grüneberg, 1977; Böker, 1975; Klatt 1979*). Dabei ist bemerkenswert, daß im Düsseldorfer Kollektiv aus dem Jahre 1975 erstmals die Selbstmordziffer der Frauen die der Männer überstiegen hat.

Die Verteilung der älteren Suizidanten über die Jahre 1976–1984 zeigt auch für 1979 einen höherliegenden Anteil für das weibliche Geschlecht (Tab. 1), vor allem die Altersgruppen der 65–69jährigen und der 70–74jährigen betreffend (Tab. 2).

Nach den Angaben des Landesamtes für Statistik Nordrhein-Westfalen aber liegt die Suizidziffer für Frauen in allen Jahren bei allen Altersgruppen weit unter derjenigen der Männer (Tab. 5), obwohl in der Gruppe der 65–70jährigen ein geringer Anstieg zu verzeichnen ist. Die Suizidhäufigkeit steigt beim männlichen Geschlecht mit dem Älterwerden an und ist bei den über 80jährigen am größten (*Sainsbury 1965; Klatt 1979; Tab. 5*).

Zur jahreszeitlichen Verteilung der Suizide divergieren die Ergebnisse in der Literatur ganz beträchtlich. *Danneel (1975), Böker (1975) und Schaub (1955)* finden einen Häufigkeitsgipfel für den Monat März, *Klatt (1979)* stellt zwei etwa gleich hohe Gipfel im Januar und im Mai fest. Die eigenen Untersuchungen (Tab. 3) zeigen bis auf einen Höhepunkt im Januar beim männlichen Geschlecht eine fast gleichmäßige Verteilung.

Im Hinblick auf den Familienstand läßt sich ziemlich übereinstimmend die Feststellung treffen, daß alleinstehende ältere Menschen – verwitwete, ledige und geschiedene –, besonders suizidgefährdet sind (*Pöldinger, 1968; Sainsbury, 1965; Dotzauer, 1965; Klatt, 1979*). Dabei ist der Verlust eines langjährigen Partners besonders gravierend.

Zur Todesart wird stets behauptet, daß die Intoxikation z.B. durch Medikamente – eine sogenannte weiche Selbstmordart – die am häufigsten gewählte Methode der älteren Menschen sei. Dabei überwiegen nach fast allen Angaben die Frauen, während die Männer gleich häufig durch Tabletten-Einnahme und Erhängen Suizid begehen (*Klatt, 1979; Dotzauer, 1965; Rubinger, 1977*).

Nach unseren Untersuchungen sind nicht nur in den Jahren 1974–1975 am häufigsten sogar Männer an einer Intoxikation gestorben, sondern mehr Frauen als Männer haben sich durch Erhängen das Leben genommen (Tab. 4).

Überhaupt hat sich in den darauffolgenden Jahren (1976–1984) das Bild grundlegend geändert. Während im Kollektiv von Klatt (1979) noch 52,72 % der Frauen und 37,17 % der Männer durch eine Vergiftung ihr Leben beendet haben, sind es nunmehr nur noch 29,62 % der Frauen und 17,67 % der Männer. Der weitaus größere Anteil sowohl der Frauen (70,38 %) als auch der Männer (81,33 %) bevorzugt die sogenannten harten Methoden wie Erhängen, Sturz aus großer Höhe, Überfahrenlassen, Schußstich-Schnitt-Verletzungen (Tab. 4) und das in oft unvorstellbarer Grausamkeit sich selbst gegenüber. Diese Feststellungen lassen sich auch mit den Daten des Landesamtes für Daten und Verarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen in Einklang bringen (Tab. 5).

Relativ selten kommt es zu Kombinationen von verschiedenen Tötungsarten (Tab. 4).

Was aber bringt ältere Menschen, die im allgemeinen in ihrer Tatkraft und Entschlußfähigkeit reduziert und in ihrem Handeln nicht mehr so entschlossen sind wie junge Menschen dazu, sich oft auf recht grausame Art und Weise das Leben zu nehmen?

Vielleicht ist die Antwort viel weniger im medizinischen Bereich zu suchen – wenn auch eine unheilbare Krankheit den letzten Anstoß zur Selbsttötung geben kann – als im philosophischen.

Das Problem der Freiheit wird in Literatur und Philosophie ungemein häufig mit der Möglichkeit verknüpft, Selbstmord zu begehen. »...zu sterben wissen befreit von aller Unterdrückung und allem Zwang« heißt es bei Montaigne. Ähnliche Äußerungen sind auch bei Schopenhauer, Nietzsche und Balzac zu finden.

Die unmenschlichste Strafe, aus der Mythologie bekannt, ist das Nichtsterben-dürfen: Prometheus, Ahasver, der fliegende Holländer. Die Möglichkeit, Selbstmord zu begehen, stelle den Menschen erst wirklich über alle Geschöpfe.

Es gibt nur wenige differenzierte Menschen, die noch nie über den Freitod nachgedacht haben und sich selber die Frage stellten, ob es nicht Schicksalsschläge gäbe, bei denen auch sie den Freitod wählen würden.

Entsprechende Umfragen zeigen (Hagenbuchner, 1967), daß nur für eine kleine Gruppe (8 %) die Selbsttötung eine Unmöglichkeit schlechthin ist. Diese Gruppe würde nie und nimmer, unter keinen Umständen Hand an sich legen. Suizid wird von ihr als Feigheit, Verantwortungslosigkeit und als Todsünde abgelehnt. Der weitaus größere Anteil der Befragten hält zahlreiche Motive für verstehbar, ja sogar für zwingend zum Suizid.

Der Selbstmord gehört damit zu den Möglichkeiten, den Tod zu überwinden, ohne damit jedoch für das Leben einen Sinn zu gewinnen. Aber vielleicht liegt darin die eigentliche Motivation für den Suizid, wenn das Leben an sich keinen Sinn mehr hat.

Die gesamte Motivforschung bleibt fragmentarisch und wird es immer bleiben. Wir können feststellen, daß ältere Suizidanten häufig chronisch krank (Klatt, 1979; Stengel, 1969) – auch im eigenen Kollektiv nachweisbar – oder alleinstehend, vor allem einsam (Ringel, 1967; Pöldinger, 1968; Klatt, 1979; Gröschke-Bachmann, 1982) oder sogar süchtig sind (Hensel, 1972; Klatt, 1979; Trube-Becker, 1985). Statistische Angaben zu jedem Einzelaspekt sind in der Literatur zur Genüge zu finden. Sie helfen aber nicht weiter.

Die meisten Probleme zur Suizidalität, auch derjenigen im vorgerückten Alter, sind bis heute nicht gelöst.

Längst bekanntes Wissen wird bestätigt, Informationen werden angehäuft. Ihre Aussagekraft ist im Hinblick auf die Vielschichtigkeit der Motivbündel, die Individualität und verschiedenartigen Reaktionsweisen auch des älteren Menschen, der nicht mehr leben will, die Suizidproblematik als ein menschliches Anliegen, null und nichtig. Auch die Annahme schicksalsbestimmender Todesgene (Szondi) oder die einer Dysfunktion im Zwischenhirn vermögen ebenso wenig das Phänomen zu erklären wie die Vermutung Freuds, in jedem Selbstmordimpuls sei eine Selbstbestrafung für heimliche Mordwünsche zu erblicken, oder daß jeder Selbstmord ein Mord mit vertauschten Rollen (Menninger, 1974), jeder Freitod letzten Endes ein Hilferuf, ein Appell (Stengel, 1969) sei.

Es läßt sich kaum bestreiten, daß das Leben für ältere Menschen in der heutigen Gesellschaft viel schwieriger geworden ist als in den früheren Zeiten der Großfamilien. Die Einsamkeit alter Menschen in der Stadt, aber auch auf dem Lande, hat sich ganz besonders durch das Auseinandersplittern der Familien entwickelt. Die jüngeren Mitglieder der Familie streben in gehobene Berufe, verlassen relativ früh das Elternhaus, der ältere Familienangehörige steht schließlich allein da und ist sich selbst überlassen. Oftmals wird von den jüngeren Menschen noch der Vorwurf der »Unverständigkeit«, des »Unmodernseins« erhoben.

Der soziale Status, den die Alten in ihrer engeren Umgebung innehaben, verändert sich auch beim Überschreiten der Grenze zum Rentenalter, die immer weiter vorverlegt wird. Auf die Menschen warten keine neuen Aufgaben oder Verantwortungen. Sie müssen sich finanziell meist erheblich einschränken. Nicht nur sie selbst fühlen sich überflüssig, sie werden auch von den Jüngeren für entbehrlich gehalten. Kein Wunder, so die WHO-Experten, daß die Selbstmordquote bei Frauen über 55 und bei Männern über 65 Jahren rapide angestiegen ist. Dieser Trend läßt sich allerdings nur in Europa und den USA nachweisen, nicht aber in afrikanischen oder südpazifischen Gesellschaftsformen. Dort zollt man anscheinend den Alten eben aufgrund ihres Alters noch Respekt und sie haben ganz bestimmte soziale Aufgaben zu übernehmen, sind also vollständig integriert und nicht überflüssig.

Manche Stämme und Bevölkerungsgruppen aber setzen ihre Alten aus oder töten sie mit feierlichem Ritual, wenn sie schwach und »unnütz« geworden sind, sofern sie nicht selbst Hand an sich legen.

Der Gedanke, daß der alte Mensch abzutreten habe, daß er seine eigene Hilflosigkeit niemandem zur Bürde machen dürfe, ist auch bei uns noch vorhanden.

Ohne im einzelnen weiter darauf eingehen zu können oder zu wollen, zeigen diese Gedanken, daß sich zur eigentlichen Motivation nur selten genaue Angaben machen lassen.

Retrospektiv betrachtet wird die Suizidhandlung des alten Menschen von Hinterbliebenen, Freunden und Verwandten mit anderen Augen gesehen als vom Verstorbenen selbst. Angehörige sind fast nie von Schuldgefühlen frei. Fast alle, selbst behandelnde Ärzte, reagieren auf Befragungen zunächst so, als habe man ihnen einen Schuldvorwurf gemacht. Viele Angehörige neigen zudem dazu, die Tat als Unfall zu erklären, weil Selbsttötung ein für die Familie peinliches Ereignis ist.

Keine Statistik wird uns dazu ein richtiges Bild vermitteln. Wenn z.B. angegeben wird, daß eine unheilbare chronische Krankheit in den meisten Fällen ursächlich für die Selbsttötung gewesen sei (*Hagenbuchner, 1967; Klatt, 1979*), so handelt es sich dabei nur um einen einzigen Faktor des Motivbündels, der vielleicht auslösend gewesen sein mag. Das, was sich lange Zeit vorher im einzelnen abgespielt hat, die eigentliche Ursache, läßt sich nicht erkennen. Andererseits werden fast unerträgliche Schmerzen und Leiden über viele Jahre ertragen, ohne den Gedanken an eine Selbsttötung aufkommen zu lassen. Sicher spielt dabei eine wesentliche Rolle, ob der Kranke, Alternde allein sich selbst überlassen bleibt oder ob liebevolle Angehörige ihn betreuen.

So kann eine an Krebs leidende Frau mit Metastasen in der Wirbelsäule, fortschreitender Lähmung, letztlich nicht mehr in der Lage sich zu bewegen, selbst Stuhl und Urin zu entleeren, ihr Leben noch als lebenswert ansehen, wenn sie in die fürsorgliche Betreuung der Familie, insbesondere des Ehemannes, der auch während 10jähriger Leidenszeit seiner Frau die Geduld nie verloren hat, eingebettet ist. Die gleiche Frau hätte, alleingelassen möglicherweise ihrem Leben selbst ein Ende gesetzt. Oder der an den Rollstuhl gebundene 80jährige, der rührend von seiner Frau betreut, noch immer Mittelpunkt seiner Familie darstellt, den Enkeln bei Hausaufgaben hilft, wird kaum an Selbsttötung denken und eine solche wird auch nicht von ihm erwartet werden.

Jeder könnte über ähnliche Fälle berichten oder ist sogar als Betreuer eines kranken Ehepartners oder Elternteils nahe damit konfrontiert.

Die Geborgenheit, das Aufgehobensein in menschlichen Beziehungen jedenfalls oder das Alleingelassensein, die Vereinsamung sind wichtige

Kriterien für die Motivation zum Suizid. »Suizid ist das Geheimnis der Einsamen« (Jaspers).

In diesem Zusammenhang scheint die von *Bungard* (1975) getroffene Unterscheidung zwischen Einsamkeit und Isolation bei älteren Menschen bedeutsam. Isolation ist danach eine meßbare Größe, bestimmt durch die Häufigkeit der Kontakte mit der sozialen Umwelt, wohingegen die Einsamkeit nicht mit diesem Begriff der Isolation gleichzusetzen ist. Vielmehr kann ein alter Mensch, der etwa in einem Altenheim zahlreiche Sozialkontakte hat, durchaus einsam sein. Dabei ist aber festzustellen, daß nicht schon das Vorhandensein von Angehörigen als Schutz gegen Suizid ausreicht. Entscheidend ist die Qualität der Beziehungen. Das Zusammenleben mit Angehörigen kann durchaus eine Quelle von Konflikten sein, die dann wieder zum Selbstmord führen. Wie aber die Beziehungen zu den Angehörigen gewesen sind, läßt sich nach dem Tode kaum oder nur mit großen Schwierigkeiten klären.

Ein Parameter könnte die Häufigkeit der Kontakte sein, wobei man sich im klaren sein muß, daß eine gewisse Anzahl der Besuche Pflichtbesuche sind, die keine wesentliche Aussage im Hinblick auf den Kontakt zum alten Angehörigen zulassen. Außerdem sind protokollierte Aussagen der Angehörigen nach dem Tode des Suizidanten mit Vorsicht zu werten, schon wegen der Bestrebungen, nach dem Suizid eine Beziehung besser darzustellen, als sie gewesen ist.

Jedenfalls spielen Vereinsamung und Isolierung vieler betagter Menschen bei der Auseinandersetzung mit Erkrankungen eine Rolle, die sich in körperlichen und vielfach auch in seelisch-geistigen Grenzbereichen abspielen. Häufig wirken mehrere Faktoren zusammen und bedingen dann den Entschluß, sich selbst zu töten.

Cerebrale Durchblutungsstörungen belasten zudem oft die schwierigen zwischenmenschlichen Beziehungen. Es kommt zur Zuspitzung von Konfliktsituationen. Zu suizidalen Konsequenzen führen insbesondere Auseinandersetzungen mit den Kindern, wobei das Abhängigkeitsverhältnis sich oftmals umgekehrt hat und erschwerend wirkt.

Grundsätzlich darf jedenfalls davon ausgegangen werden, daß im Alter häufig ein Mißverhältnis zwischen Anpassungserfordernissen – Wechsel im Beruf, Familie und Wohngemeinschaft, Partnerverlust und Krankheit – und den alterseingeschränkten Anpassungsmöglichkeiten besteht. Daraus resultieren Konfliktsituationen, die bei Nichtbewältigung zu suizidaler Disposition führen können.

Von Bedeutung scheint in diesem Zusammenhang, daß es beim Suizid im Alter nicht so sehr auf die Tatbestände Armut, Einsamkeit, Krankheit u.a. ankommt, sondern auf den Abstand, den der Betroffene gegenüber früher einnehmen muß (*Hagenbuchner*, 1967). Nicht der Arme tötet sich,

sondern der arm gewordene, nicht der Einsame, sondern wenn die Einsamkeit durch soziale Umstände aufgezwungen wurde.

Der Tatsache, daß dem Altwerden und Altsein lebensgefährdende, suizidale Impulse innewohnen, ist bislang zu wenig Beachtung geschenkt worden. Nicht nur bei psychopathischen Persönlichkeiten sollte man Suizidgefahr sehen. Sie besteht auch beim alten Menschen, der alleingelassen in seinem Dasein keinen Sinn mehr erblicken kann und ihm auch keinen Sinn mehr zu verleihen vermag.

Daran sollten all diejenigen denken, die mit der Betreuung und Behandlung des älteren Menschen betraut sind, vor allem aber Arzt und Psychotherapeut. Dann erst wäre sinnvolle Therapie und Suizidprophylaxe möglich.

## Literatur

1. *Albert, E.*: Aufgaben des beratenden Psychiaters im Altersheim, *Z. Allg. Med.* 56, 327–334 (1980)
2. *Bigel, G.*: Zum Suizid im Alter, Diss. Düsseldorf, in Bearbeitung.
3. *Böcker, F.*: Suizidhandlungen alter Menschen, *Münch. med. Wschr.* 117, 201–204 (1975).
4. *Bron, B.*: Der suizidale Patient. Häufigkeit, spezielle suizidale Syndrome, therapeutische Möglichkeiten und Probleme. *Fortschr. Med.* 99, 648–653 (1981).
5. *Bungard, W.*: Isolation und Einsamkeit im Alter, Köln 1975.
6. *Danneel, R.*: Jahreszeitliche Unterschiede der Selbstmordhäufigkeit bei jungen und alten Menschen. *Arch. Psychiatr. Nervenkr.* 221 (1975).
7. *Dotzauer, G. u. Berghaus, G.*: Der Selbstmord – ein multifaktorielles Problem, *Dtsch. Ärzteblatt* 1077–1081, 1979.
8. *Durkheim, E.*: *Le suicide*, Alcan, Paris 1897.
9. *Gröschke-Bachmann, D.*: Der Altersselbstmord in der Bundesrepublik, *Akt. Gerontol.* 12, 60–63 (1982).
10. *Grüneberg, F.*: Zur Phänomenologie suicidalen Handlungen im höheren Lebensalter. *Akt. Geront.* 7, 1977.
11. *Hagenbuchner, K.*: Der Selbstmord des alten Menschen, *Wiss. Beibl. zur Materia Medica Nordmark* 1967.
12. *Hensel, W.*: Die alkoholische Beeinflussung beim Selbstmord, Diss. Düsseldorf, 1972.
13. *Klatt, F.*: Zum Suicid alter Menschen, Diss. Düsseldorf 1979.
14. *Mcintosh, J.L.*: Suicide among the Elderly: Levels and Trends, *Am. Orthopsychiatric Ass. Inc.* 288–293, 1985.
15. *Menninger, K.*: Selbstzerstörung, Frankfurt/M. 1974.
16. *Pöldinger, W.*: Die Abschätzung der Suicidalität, Bern 1968.
17. *Ringel, E.*: Sozialmedizinische Probleme beim Selbstmord, *Med. Sachverständiger* 63, 1967.
18. *Ringel, E.*: Das präsuicidale Syndrom – medizinische, soziale und psychohygienische Konsequenzen, *Hexagon Roche*; 13, 1–7 (1985).
19. *Rubinger, M.*: Der Selbstmord in Düsseldorf in den Jahren 1969–1973, Diss. Düsseldorf 1977.
20. *Sainsbury, P.*: Der Altersselbstmord, in: *Zwingmann* 1965.
21. *Sainsbury, P.*: Suicide and Attempted Suicide in: *Psychiatrie der Gegenwart*. Bd. 3 Berlin-Heidelberg-New York, Springer 1975.
22. *Schadewaldt, H.*: Historische Betrachtungen zum Alterssuicid, *Akt. Geront.* Nr. 2, Bd. 7, 1977.
23. *Schaub, H.*: Selbstmord und Selbstmordversuch im höheren Lebensalter, Diss. Basel 1955.

24. *Stengel, E.*: Selbstmord und Selbstmordversuch, Frankfurt 1969.
25. *Summa, J.D.*: Suizid und Alter, *Med. Welt* Bd. 22, 15, 566 (1982).
26. *Szondi*: zit. nach Hagenbuchner.
27. *Trube-Becker, E.*: Zum Alkoholismus der Frau, *Lebensversicherungs-med.* 18–23, 1985
28. *Wächter, C.*: Die Suizidalität älterer Menschen, *Psychiat. Prax.* 11, 14–19, 1984
29. *Zwingmann, Ch.*: Selbstvernichtung. Akad. Verlagsges. Frankfurt, 1965.
30. *Stat. Berichte*, Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik, Nordrhein-Westfalen 1980–1984.

## Résumé

Le suicide – la mort librement choisie – est un problème existant dans le monde entier. Ce problème est bien connu pendant tous les temps de l'histoire humaine, et il continuera à exister tant qu'il y a des êtres humains dans ce monde.

Avec les âges croissants, la fréquence du suicide s'augmente; c'est dire que la personne devenant plus âgée, résulte d'être mise en danger de manière toute particulière.

Bien que l'âge proprement dit ne soit pas relié à une certaine année – c'est dire que toute personne âgée de 60 ou 65 ans, ne doit pas être considérée d'être vieille dans le sens biologique – l'âge de 60 ans se détermine d'être la limite inférieure.

On analyse le mode de suicide et les motifs par rapport aux victimes de suicide examinés à l'Institut pour la Médecine Juridique moyennant dissection. Il s'agit ici de 321 victimes (156 personnes masculines et 165 personnes féminines) pendant la période 1970 à 1975 et de 341 victimes (187 personnes masculines, 162 personnes féminines) pendant la période de 1976 à 1984.

En ce qui concerne l'histoire et la distribution des âges, la situation de famille, l'occasion et la motivation, il n'y a pas de nouveaux points de vue.

Par contre, on a expérimenté un changement fondamental dans le mode de suicide. Les soi-disant méthodes sévères de pendaison, de linteau à partir d'une grande hauteur, les méthodes de lésion à cause de piqûres, d'incisions et de coups de feu – aussi bien avec les femmes qu'avec les hommes – ont augmenté assez considérablement par rapport aux modes d'intoxication.

De l'isolement et de l'abandon, des troubles dans les relations interhumaines, en premier lieu des conflits avec les membres de la famille, des maladies physiques et psychiques – tout cela contribue en supplément à la volonté de mourir et aboutit au suicide.

Dans tous ces cas, il appartiendra au médecin de faire tout, afin de pouvoir déceler, dans des symptômes de dépression de l'âme, surtout quant aux personnes plus âgées, le danger du suicide en intervenant au moment opportun de façon préventable.

Elisabeth Trube-Becker

Prof. Dr. med.

Institut für Rechtsmedizin der Universität Düsseldorf

Moorenstraße 5

D-4000 Düsseldorf 1

Tab.: 1 Anzahl der über 60jährigen Suizidanten in den Jahren

Geschlecht	Anz.	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Männer	187	17	23	21	19	19	22	19	19	28
Frauen	162	15	15	16	25	18	16	21	15	21
Gesamt	349	32	38	37	44	37	38	40	34	49

Tab.: 2 Altersverteilung

Altersgruppe	Anz.	60–64	65–69	70–74	75–79	80
Männer	187	56	34	34	33	30
Frauen	162	33	46	46	21	16
Gesamt	349	89	80	80	54	46

Tab.: 3

Sterbemonat	In den Jahren 1976 – 1984				1970 – 1975 Klatt 1979			
	Männer n = 187	Frauen n = 162	Gesamt n = 349		Männer n = 153	Frauen n = 165	Gesamt n = 321	
	abs.	abs.	abs.	%	abs.	abs.	abs.	%
Januar	23	17	40	11,5	20	18	38	11,8
Februar	8	10	18	5,1	12	12	24	7,5
März	18	11	29	8,3	14	11	25	7,7
April	17	7	24	6,9	8	13	21	6,5
Mai	21	13	34	9,7	16	20	36	11,2
Juni	9	15	24	6,9	11	11	22	6,8
Juli	20	16	35	10,3	14	13	27	8,5
August	14	19	33	9,5	11	16	27	8,5
September	14	13	27	7,7	9	16	25	7,7
Oktober	14	15	29	8,3	12	11	23	7,2
November	16	15	31	8,9	13	14	27	8,5
Dezember	13	11	24	6,9	16	10	26	8,1

Tab.: 4

Todesart	In den Jahren 1976 – 1984				In den Jahren 1970 – 1975 Klatt			
	Männer	Frauen	Gesamt		Männer	Frauen	Gesamt	
			abs.	%		abs.	%	
Intoxikation durch								
Tabletten	19	39	58	16,5	51	86	137	42,7
Erhängen	77	36	113	32,3	55	32	87	27,1
Ertränken	17	32	49	14,0	15	17	32	10,0
Erschießen	18	–	18	5,2	10	–	10	3,0
Pulsaderschnitt	7	5	12	3,4	2	4	6	1,9
Gas (CO)	5	–	5	1,5	2	–	2	0,6
Einwirkung von								
Giften (E 605)	2	3	5	1,5	5	1	6	1,9
Ersticken	1	1	2	0,6	–	4	4	1,2
Sturz aus gr. Höhe	18	30	48	13,8	9	20	29	9,1
Überfahrenlassen	14	6	20	5,8	6	–	6	1,9
Tötung durch								
elektrischen Strom	1	–	1	0,3	1	1	2	0,6
Selbstverbrennung	–	1	1	0,3				
<b>Kombinierte Arten</b>								
Gift u. Erschießen	1	–	1	0,3				
Ertränken u.								
Pulsaderschnitt	–	1	1	0,3				
Intoxikation u.								
Pulsaderschnitt	2	2	4	1,1				
Tabletten und								
andere Gifte	1	–	1	0,3				
Erhängen und								
Pulsaderschnitt	1	2	3	0,8				
Sturz und Tabletten	1	–	1	0,3				
<b>Gesamt</b>	<b>187</b>	<b>162</b>	<b>349</b>	<b>100</b>	<b>156</b>	<b>165</b>	<b>321</b>	<b>100</b>

Tab.: 5

## Angaben des Landesamtes für Statistik NW für 1980 – 1984

Altersgruppen		Vergiftung mit festen oder flüss. Stoffen	Vergiftung mit sonstigen Gasen	Erhängen Erdrosseln Erstickten	Ertrinken	Feuerwaffen	Schneidende und stechende Gegenstände	Sturz aus Höhe	Überfahrenlassen	Sonstige	Zusammen	auf 100.000 der gleichaltrig. Bevölkerung.
<b>1980</b>	m	16		46	3	7		5	3	2	82	31,20
60-65	w	27		33	6		3	4	3	8	84	21,58
65-70	m	31	2	58	2	5	4	4	5	6	117	35,95
	w	55		31	10	1	1	11	2	4	115	21,97
70	m	47	1	200	11	10	5	18	1	11	304	53,59
	w	74	1	81	15		5	21	4	13	214	19,75
<b>1981</b>	m	25	4	39	2	3		4	2	6	85	29,42
60-65	w	37		22	5		1	10	1	6	82	19,17
65-70	m	21	2	58	6	4	2	10	2	7	112	37,00
	w	33		40	11		3	8	2	8	105	21,39
70	m	60	6	169	13	22	5	11		11	297	51,93
	w	89	2	75	16		3	22	3	14	224	19,84
<b>1982</b>	m	8	2	51	1	8	3	4	4	2	83	25,66
60-65	w	38	1	34	5		1	8	2	9	96	20,49
65-70	m	22	2	52	4	2		7	3	7	99	36,33
	w	28		35	9		2	10	1	4	89	20,02
70	m	45	4	173	14	13	5	19	4	13	290	50,21
	w	66	1	84	20		4	21	2	10	208	77,99
<b>1983</b>	m	19	7	44	3	7	4	9	6	13	112	31,64
60-65	w	40	3	37	5		2	8	5	8	108	20,59
65-70	m	18	3	58	3	2	3	7	5	7	106	43,99
	w	28		31	7	1	2	10	7	8	94	25,82
70	m	49	8	172	12	19	9	13	2	13	297	50,94
	w	86	4	105	20		3	24	7	10	259	21,89
<b>1984</b>	m	13	3	64	2	10	1	7	10	10	120	32,16
60-65	w	20	1	33	10	1	2	9	7	12	95	17,14
65-70	m	15	1	44	4	8	1	6		8	87	39,34
	w	11		30	4		1	8	3	5	62	17,20
70	m	47	4	194	13	17	7	29	4	19	334	56,85
	w	58	1	87	21	1	5	37	4	27	241	19,92