

„Ich will nicht mehr“: Warum ein Warnsignal im Alter noch zu oft erklärt statt abgeklärt wird

Die Arbeitsgruppe Suizidforschung der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie an der Universitätsmedizin Frankfurt lenkt zum Welttag der Suizidprävention am 10. September den Blick auf einen blinden Fleck der Versorgung: Todeswünsche und Suizidalität im höheren Lebensalter dürfen nicht als nachvollziehbare Folge von Krankheit, Verlust, Einsamkeit oder Pflegebedürftigkeit hingenommen werden.

„In meinem Alter ist das doch verständlich.“ „Nach allem, was sie erlebt hat, kann man das nachvollziehen.“ „Er hat ja auch nur noch Schmerzen.“ Solche Sätze sind oft gut gemeint und bergen doch ein Risiko: Dass Todeswünsche älterer Menschen eingeordnet werden, bevor überhaupt genauer nach ihnen gefragt wurde.

Genau hier sieht die Arbeitsgruppe Suizidforschung der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie an der Universitätsmedizin Frankfurt einen bislang zu wenig beachteten Ansatzpunkt der Suizidprävention. „Alter darf nicht zur Erklärung für Suizidalität werden und Äußerungen wie ‚Ich will nicht mehr‘ oder ‚Es wäre besser, wenn ich nicht mehr da wäre‘ sollten auch im hohen Lebensalter Anlass sein, nachzufragen, Belastungen zu erfassen und gemeinsam zu klären, welche Unterstützung notwendig ist“, sagt Prof. Dr. Ute Lewitzka, Leiterin der Arbeitsgruppe.

„Lebensmüdigkeit ist kein normales Symptom des Alters. Entscheidend ist, dass Todeswünsche nicht vorschnell erklärt werden, sondern dass wir verstehen, was sich dahinter verbirgt“, erklärt Klinikdirektor Prof. Dr. Andreas Reif.

Zahlen, die aufhorchen lassen

Wie relevant das Thema ist, zeigen aktuelle Zahlen: 2024 starben in Deutschland 10.372 Menschen durch Suizid. Mehr als die Hälfte von ihnen – 5.953 Menschen – war 60 Jahre oder älter, fast jeder zweite Suizidtote mindestens 65 Jahre. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes entfielen 2024 von den 4.952 Suiziden bei Menschen ab 65 Jahren 3.341 auf Männer. Die Zahlen machen zugleich deutlich, warum absolute Fallzahlen und altersbezogene Suizidraten unterschieden werden müssen. Absolute Zahlen zeigen, wie viele Menschen einer Altersgruppe durch Suizid sterben, während altersbezogene Raten diese Fälle ins Verhältnis zur Größe der jeweiligen Bevölkerungsgruppe setzen. Für die Einordnung von Suizidalität im höheren Lebensalter sind beide Perspektiven wichtig.

Alter darf nicht zur Diagnose werden

Chronischer Schmerz, Multimorbidität, der Verlust der Partnerin oder des Partners, Einsamkeit, Pflegebedürftigkeit oder der Verlust von Autonomie können im höheren Lebensalter erhebliche Belastungen darstellen. Doch keine dieser Erfahrungen macht einen Todeswunsch automatisch zu einer „normalen“ Reaktion auf das Alter.

Gerade darin liegt eine Herausforderung für die Versorgung: Beschwerden älterer Menschen werden häufig zunächst in Hausarztpraxen, geriatrischen Einrichtungen, Kliniken oder Pflegestrukturen sichtbar. Schlafprobleme, Schmerzen, Appetitverlust, Rückzug oder wiederholte

Äußerungen von Hoffnungslosigkeit können unterschiedliche Ursachen haben. Wo Todeswünsche anklingen, braucht es vor allem eines: die Bereitschaft, konkret nachzufragen.

Nachfragen, abklären, weiterhelfen

Drei Dinge sind dabei entscheidend:

- Nachfragen: „Ich will nicht mehr“ ist auch im hohen Alter keine Aussage, die sich von selbst erklärt.
- Abklären: Depression, Schmerz, Verlusterfahrungen, Isolation und andere Belastungen müssen differenziert betrachtet werden.
- Weiterhelfen: Ein Screening allein reicht nicht. Es braucht einen verlässlichen Weg von der Wahrnehmung über die Einschätzung bis zu Krisenintervention und Nachsorge.

Ältere Männer besonders im Blick

Besondere Aufmerksamkeit verdienen ältere Männer. Bei ihnen können mehrere Belastungen und Barrieren zusammentreffen: männliche Rollenvorstellungen, eine geringere Bereitschaft, psychische Belastungen anzusprechen, oder ein vorwiegend somatischer Anlass für Arztkontakte – all das kann den Zugang zu Hilfe erschweren.

Diese Zusammenhänge dürfen jedoch nicht pauschalisiert werden. Entscheidend bleiben die individuelle Lebenssituation, körperliche und psychische Gesundheit, soziale Beziehungen und die vorhandenen Unterstützungsangebote.

Was die Versorgung jetzt braucht

Für die Universitätsmedizin Frankfurt ergibt sich daraus eine konkrete Versorgungsbotschaft: Geriatrische, hausärztliche und pflegerische Teams brauchen nicht nur Informationen über Suizidalität, sondern auch Sprache, Zeit und sichere Weiterleitungswege.

Ein möglicher Versorgungspfad beginnt deshalb nicht erst bei einer psychiatrischen Diagnose, sondern kann schon bei alltäglichen Kontaktanlässen ansetzen: Schmerz, Schlafstörungen, Multimorbidität, Verlust oder zunehmender Rückzug. Entscheidend ist, dass an der richtigen Stelle eine zusätzliche Frage möglich wird: „Haben Sie manchmal das Gefühl, nicht mehr leben zu wollen?“

Nicht erklären - nachfragen

Darauf müssen sichere nächste Schritte folgen können: fachliche Abklärung, erreichbare Krisenhilfe und verbindliche Nachsorge. „Ein blinder Fleck wird nicht kleiner, indem man ihn erklärt“, sagt Prof. Dr. Ute Lewitzka. „Suizidprävention im Alter bedeutet nicht, Belastungen des Älterwerdens kleinzureden. Krankheit, Verlust, Einsamkeit und Abhängigkeit können tiefgreifende Erfahrungen sein. Gerade deshalb sollte ein Todeswunsch nicht vorschnell als verständliche Konsequenz daraus betrachtet werden.“

Die entscheidende Frage lautet nicht: Ist ein Suizidwunsch in diesem Alter nachvollziehbar?, sondern: Was steckt dahinter – und welche Hilfe ist jetzt möglich?

Am 25./26. September 2026 findet in Frankfurt auch die 54. *Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention e.V. - DGS* statt. Weitere Informationen dazu finden Sie unter: https://www.unimedizin-ffm.de/fileadmin/redakteure/Presse/Veranstaltungen/2026/260817_Programmheft_DGS-Herbsttagung.pdf