

Koordinationsstelle für psychische Gesundheit im Alter
Gerontopsychiatrische Fachkoordination Oberfranken (GeFa OFR)

merk!würdig

Infoblatt Gerontopsychiatrie – Ausgabe März 2022

Thema: „Suizidalität im Alter“



Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich, Ihnen heute die fünfte Ausgabe des **merk!würdig** zukommen lassen zu können. Das Infoblatt **merk!würdig** ist ein Angebot an alle Kolleg*innen aus dem Fachbereich Gerontopsychiatrie sowie alle an dem Thema Interessierten. Selbstverständlich können Sie das Infoblatt jederzeit wieder abbestellen, indem Sie mit einer kurzen Nachricht auf diese Mail antworten.

Das Infoblatt **merk!würdig** informiert mehrmals im Jahr über:

- jeweils ein bestimmtes Thema aus dem Bereich Gerontopsychiatrie
- interessante Termine, Fachtage, Literatur- und Filmtipps, u.ä.
- Aktivitäten der Gerontopsychiatrischen Fachkoordination Oberfranken

Was ist das Ziel?

Ziel dieses Infoblattes ist es, für die älteren Menschen mit psychischen Problemen eine verbesserte Versorgung zu erreichen, sowie Vorurteile und Ängste in der Bevölkerung abzubauen. Dies soll u.a. dadurch bewirkt werden, indem wir uns als Fachleute der verschiedenen Berufsgruppen miteinander vernetzen, weiterbilden, austauschen und zusammenarbeiten.

1. Thema „Suizidalität im Alter“

Warum dieses Thema?

- In Deutschland versterben jährlich ca. 9.200 Menschen durch Suizid. Zwei von drei Suiziden werden von Männern verübt. Insbesondere ältere Männer haben ein erhöhtes Risiko.¹ vgl. Deutsche Depressionshilfe
- Trotzdem ist die Versorgungssituation älterer Menschen in suizidalen Krisen nach wie vor schlecht.² vgl. Lindner et al. 2014, Vorwort



- Auf der einen Seite finden Betroffene viel zu selten professionelle Angebote, die auf ihre Situation eingehen, auf der anderen Seite ist die Konfrontation mit suizidalen Älteren für Professionelle oft besonders belastend und überfordernd.³ vgl. Lindner et al. 2014, Vorwort
- Suizidalität im Alter ist ein komplexes Thema, da es viele verschiedene Themen und Ebenen berührt. Im Folgenden kann deshalb nur versucht werden, die wichtigsten Faktoren darzustellen und erste Ansatzpunkte und Handlungsweisen im Umgang mit Betroffenen aufzuzeigen.

Merk!würdige Fakten

Häufigkeit

Die Suizidziffer (Anzahl Suizide/100.000 Einwohner) in Deutschland der über 60-Jährigen lag 2011 für Männer bei 34,61 und für Frauen bei 10,40.

Die Gesamtsuizidziffer über alle Altersgruppen lag bei 20,09 bei Männern und 6,24 bei Frauen.

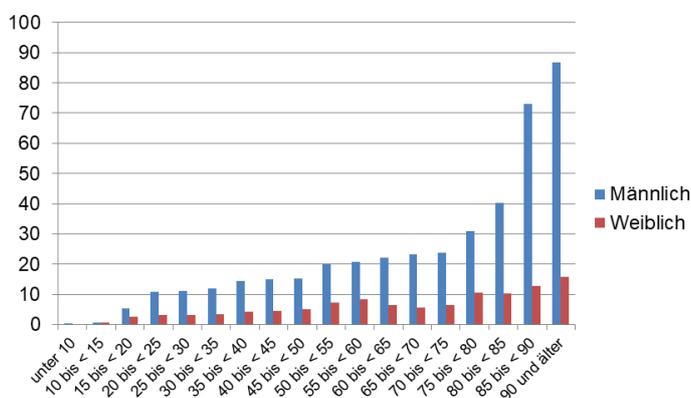
Die Suizidgefährdung nimmt mit dem Alter für Männer wie auch für Frauen also deutlich zu.⁴ vgl. Lindner et al. 2014, S. 22

Besonderheiten der Erfassung suizidaler Handlungen alter Menschen

Indirekte suizidale Handlungen (wie z.B. Risikoverhalten, Unterlassungshandlungen, Nichtbefolgen ärztl. Ratschläge, Über- oder Unterdosierung von Medikamenten, Einstellen der Nahrungszufuhr oder des Trinkens) sind schwer zu erfassen.

Oft werden als Todesursache nicht die suizidale Handlung, sondern z.B. prämorbidie Erkrankungen erfasst.⁶ vgl. Lindner et al. 2014, S. 22

Suizidraten in Deutschland 2020 (je 100.000 Einwohner)



Suizidversuchen zugrundeliegende Depressionen oft nicht erkannt

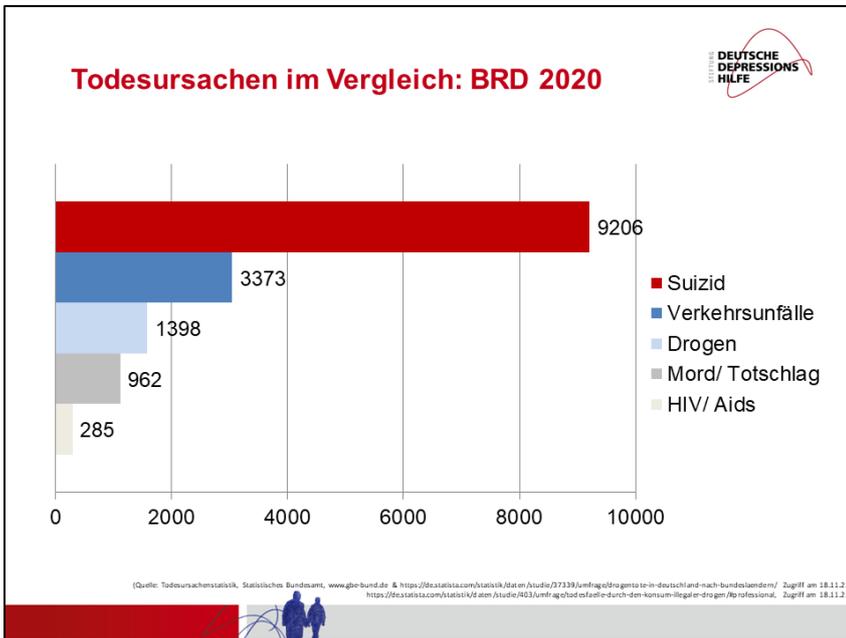
„(...) Suizidenten suchen in den Tagen vor dem Suizidversuch signifikant häufiger als sonst ihren Hausarzt auf, wobei meist körperliche Symptome angesprochen werden, die suizidale Tendenz aber nicht erkannt wird.“⁹ Harwood et al. 2000 in Lindner et al. 2014, S. 25

Lebensumstände und Motive

Ältere Suizidenten und Personen mit Suizidversuchen leben häufig allein, sind verwitwet oder geschieden. Besonders bei Männern ändert sich oft kurz vor dem Suizidversuch die Lebenssituation (z.B. Umzug in ein Heim). Auch finanzielle Belastungen werden relativ häufig als Motiv genannt (bis 5%).⁷ vgl. Lindner et al. 2014, S.25

Doppelsuizide

Häufiger als in anderen Altersgruppen kommt es zu sog. Doppelsuiziden oder Mitnahmesuiziden, v.a. bei kranken und sozial isolierten Menschen im Sinne einer Tötung aus Mitleid oder weil man den Partner nach dem eigenen Suizid nicht weiterleben lassen will. ⁸ vgl. Haenel u. Elsässer 2000 in Lindner et al., S. 23



„Besondere“ Tage und Orte

Suizide im Alter werden oft durch „besondere“ Tage und Orte ausgelöst. So finden Suizide im Alter oft an Tagen und Orten statt, die mit Erinnerungen an geliebte Menschen oder Momente verknüpft sind. ⁵ vgl. Wohner et al. 2005 in Lindner 2014, S. 23

Fehleinschätzungen

Bei Männern werden Depressionen auch oft als aggressives Verhalten und Persönlichkeitsstörung verkannt. ¹⁰ vgl. Lindner et al. 2014, S. 25

Grundsätzliches ¹¹ vgl. naspro 2019, S. 8ff

Entstehung von Suizidalität im Alter

Folgende Faktoren können zur Suizidalität älterer Menschen führen:

- **Kränkungen und Krisen**

Die sozialen und körperlichen Veränderungen, die mit dem Älterwerden stattfinden, werden von den meisten Menschen aufgrund ihrer Lebenserfahrung, innerer Sicherheit und Selbstvertrauen gut ausgeglichen. Stehen diese Ausgleichsmöglichkeiten einer Person aber nicht zur Verfügung, bspw. aufgrund schlechter Erfahrungen, so kann die Lebenssituation bspw. durch den Verlust des Partners, unerträglich werden: Gefühle des „Allein-übrig-bleibens“, der „inneren Entfremdung“, des „Nicht-mehr-gebraucht-werdens“, usw., können dazu führen, dass der eigene Tod, als einziger Ausweg erscheint.

- **Psychische Krankheiten im Alter**

Etwa jeder vierte Mensch über 65 Jahren leidet an einer psychischen Erkrankung. Am häufigsten sind Depressionen verbreitet. Weitere psychische Erkrankungen, die auftreten sind Hirnleistungsstörungen (Demenzen), Angststörungen, Wahnerkrankungen und Süchte bei Älteren. Eine erhöhte Suizidgefahr geht mit allen psychischen Erkrankungen einher, insbesondere aber mit den Depressionen.

- **Körperliche Erkrankungen im Alter**

Der Verlust von Selbständigkeit und Lebensqualität aufgrund körperlicher Erkrankungen können das Leben älterer Menschen schwer beeinträchtigen. Besonders folgende Beschwerden sind dabei anzuführen:

- Chronischer Schmerz
- Atemnot
- Bewegungseinschränkungen, Lähmungen
- Verlust der Ausscheidungskontrolle (Inkontinenz)
- Minderung oder Verlust der Sehschärfe
- Minderung oder Verlust des Gehörs
- Sturz und Sturzangst

Blindheit trennt von den Dingen,
Taubheit von den Mitmenschen.
Helen Keller

- **Verlust des Partners**

Trennung vom, oder Tod des Partners kann – vor allem wenn es wenig Hoffnung für Neubeginn gibt – ältere Menschen stark erschüttern. Folgen sind oft das Alleinsein mit der Gefahr der Vereinsamung und die Aufgabe das Leben neu zu organisieren. Letzteres ist insbesondere dann schwierig, wenn der Partner oder die Partnerin die einzige emotionale Stütze war. Deshalb ist es enorm wichtig, bis ins hohe Alter auch andere soziale Kontakte zu pflegen.

- **Verlust von Selbständigkeit**

Der befürchtete oder tatsächliche Verlust von Selbständigkeit ist häufig Motiv die Entstehung von Suizid- und Sterbewünschen im Alter. Vor allem gemeint ist damit:

- der Verlust der Möglichkeit, den Alltag und menschliche Beziehungen selbständig zu gestalten
- der Verlust der Fähigkeit, Körperfunktionen zu kontrollieren
- das Gefühl, abhängig und anderen ausgeliefert zu sein

Dabei übersehen wir häufig, dass wir niemals im Leben völlig autonom sind, sondern uns in allen Lebensphasen in einem Spannungsfeld zwischen Wünschen nach Autonomie und nach Geborgenheit befinden.

- **Verlust des Lebenssinns**

Die Frage nach dem Lebenssinn ist zwar unabhängig vom Alter, allerdings wird vielen Menschen in höherem Alter erst wirklich bewusst, dass ein Anhäufen von Materiellem oder der Aufbau auf einem „Vermächtnis“ nicht immer zielführend ist. Lebenssinn verliert wer

- sich selbst aufgibt
- nur auf andere wartet
- im Fühlen und Denken die Gegenwart verlässt

Vorboten und Signale einer Suizidgefährdung

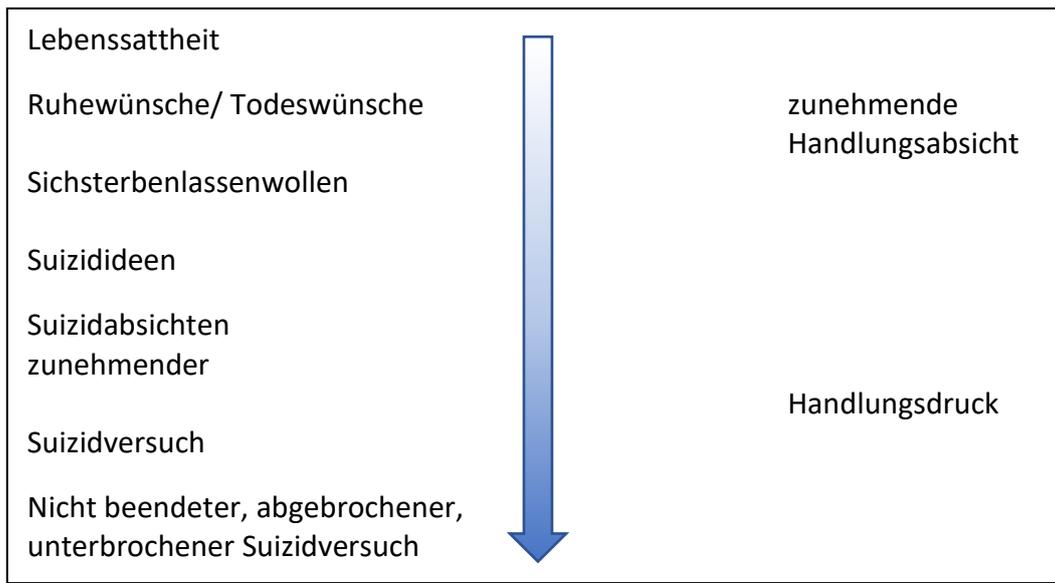
Die folgend geschilderten Punkte können Signale einer erhöhten Suizidgefährdung darstellen:

- Gefühl der Einengung (z.B. kein Interesse mehr an Hobbys)
- Grübeln, Suizidgedanken
- Aufgeben gewohnter Interessen und Aktivitäten

- Rückzug aus zwischenmenschlichen Beziehungen
- Ankündigung des Suizids (direkt oder indirekt)
- Unerwartet auftretende Ruhe nach Suizidäußerungen („Ruhe vor dem Sturm“)

Formen von Suizidalität

Eine Unterscheidung verschiedener Phasen von Suizidalität ist wichtig, um die Akuität richtig einschätzen zu können und um angemessen zu reagieren. Wolfersdorf und Etzersdorfer (2011, S. 32) haben folgende Formen der Suizidalität im Alter dargestellt:



Vorbeugung suizidaler Krisen

Die nachfolgend geschilderten Punkte sind wichtig, wenn suizidalen Krisen vorgebeugt werden soll. Dies trifft auf uns alle zu und in den meisten Fällen gelingt der konstruktive Umgang mit diesen Themen. Da wo erkennbar wird, dass diese Themen verdrängt werden oder Menschen Probleme bereiten, kann eine Auseinandersetzung äußerst hilfreich sein.

Vorbereitung auf das Alter

1. Frühzeitige Auseinandersetzung mit der zweiten Lebenshälfte:
 - Möglichst schon vor Eintritt der Berentung Aufgaben neben dem Beruf suchen, die einen ausfüllen.
 - Im Rentenalter für anhaltende geistige Beschäftigung und körperliche Aktivität sorgen.
 - Die Paarbeziehung wieder neu definieren und gestalten.
 - Austausch in der Gruppe der Gleichaltrigen.
 - Kontakt zu anderen Altersgruppen pflegen.
2. Akzeptanz von Altern und Sterblichkeit:
 - Die Gesundheitspflege und -vorsorge ist wichtig, sollte aber den altersspezifischen Bedürfnissen gerecht werden (Problem des „Ewig-jung-sein-Wollens“).
 - Die meisten Menschen können mit der Tatsache sterben zu müssen gut umgehen, viele haben aber Angst vor einem langen und leidvollen Sterbeprozess. Deshalb sind vorbereitende

Planungen diesbezüglich wichtig (z.B. Vorbereitungen auf altersgerechtes Wohnen, Patientenverfügung, Regelungen für den eigenen Todesfall).

3. Erhalt von Kommunikation und sozialer Teilhabe:

- Als soziale Wesen benötigen wir bis ins hohe Alter die Ansprache und den Austausch mit anderen. Kommunikationsmöglichkeiten sollten deshalb immer aufrechterhalten werden (bspw. durch Kontakte in der Nachbarschaft, zu Freunden, durch Teilnahme an Gemeindeaktivitäten, zu Familie und Verwandten).
- Die Kommunikation in der Familie sollte möglichst nicht mit Ansprüchen auf Unterstützung verknüpft sein.

2. Aus dem Methodenkoffer...

Im Folgenden werden hilfreiche Handlungsweisen und Wissenswertes für den Umgang mit Betroffenen und Angehörigen aufgeführt.

Populationen mit erhöhtem Suizidrisiko

Es ist wichtig zu wissen, dass bestimmte Gruppen ein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen. Dazu zählen nach Wolfersdorf, Wedler und Welz ¹² in Erlemeier et al. 1992, S. 29f



- depressive Menschen
- suchtkranke Menschen
- alte und vereinsamte Menschen
- Personen mit Suizidankündigungen
- Personen mit Suizidversuchen in ihrer Lebensgeschichte.

Umgang mit Betroffenen - Gespräche mit suizidalen alten Menschen

In der Suizidalität eines Menschen liegt immer eine **Ambivalenz** zwischen Leben und Tod, sowie zwischen Hilfebedarf und -ablehnung. Beispielsweise formulieren Betroffene: „Eigentlich möchte ich nicht tot sein, aber so möchte ich auch nicht mehr weiterleben.“, oder „Ich brauche Hilfe, aber Sie können mir auch nicht weiterhelfen.“

Folgende Haltungen und Interventionen im Umgang mit Betroffenen können in solchen Situationen helfen ¹³ vgl. naspro, S.20.

- Nicht wertendes Gesprächsverhalten, bei dem Offenheit und Vertrauen vorherrschen und sich der suizidale alte Mensch in seiner Not angenommen fühlt
- Todeswünsche, suizidale Gedanken und Absichten offen ansprechen
- Suizidalität ernst nehmen, nicht verharmlosen, aber auch nicht dramatisieren*
- Gründe, Begleitumstände und akute Auslöser besprechen
- Lebensgeschichtliche Zusammenhänge verstehen und einbeziehen
- Möglichkeiten der Unterstützung im sozialen Umfeld erkunden (z.B. Bezugspersonen, soziale Dienste, medizinische Hilfen)
- Angebot zur Fortsetzung des Gesprächskontakts machen (Ängste ansprechen; weitere Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten aufzeigen)

SELBSTMORD

Die letzte aller Türen
Doch nie hat man
an alle schon geklopft
Reiner Kunze (1984)

* Schon das Aussprechen suizidaler Gedanken kann einen entlastenden Charakter für Betroffene haben. Das heißt, der Sinn des Thematisierens kann als Hinweis auf einen bestehenden, dringenden Hilfebedarf verstanden werden.

Einschätzung suizidaler Absichten

Oftmals ist eine Einschätzung suizidaler Absichten nicht ganz einfach, weil lediglich Andeutungen gemacht werden oder der Verdacht auf der Beobachtung veränderter Verhaltensweisen beruht. Wenn der Eindruck entsteht, ein Mensch könnte suizidale Absichten haben, ist es wichtig, diesen Verdacht durch direktes Ansprechen zu überprüfen. Pöldinger¹⁴ hat einen **Fragenkatalog** dafür zusammengestellt.

An dieser Stelle soll zunächst aber noch angemerkt werden, dass der unten dargestellte Fragenkatalog lediglich eine Orientierung für Helfer:innen, Angehörige oder das soziale Umfeld darstellen soll. Es muss darauf geachtet werden, dass den Betroffenen ernsthaft Interesse und Hilfsbereitschaft signalisiert wird und nicht Fragen in Form einer Art „Checkliste“ abgehakt und die schwierige Situation dadurch verdinglicht wird!



1. Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen? (Ja)
2. Häufig? (Ja)
3. Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen? Haben sich Suizidgedanken aufgedrängt? (Ja)
4. Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es machen wollen? (Ja)
5. Haben Sie Vorbereitungen getroffen? (Ja)
6. Haben Sie schon zu jemanden über Ihre Suizidgedanken gesprochen? (Ja)
7. Haben Sie einmal eine Suizidversuch unternommen? (Ja)
8. Hat sich in Ihrer Familie oder in ihrem Freundes- und Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen? (Ja)
9. Halten Sie Ihre Situation für aussichts- und hoffnungslos? (Ja)
10. Fällt es Ihnen schwer, an etwas anderes als an Ihre Probleme zu denken? (Ja)
11. Haben Sie in letzter Zeit weniger Kontakte zu Ihren Verwandten, Bekannten und Freunden? (Ja)
12. Haben Sie noch Interesse daran, was in Ihrem Beruf und in Ihrer Umgebung vorgeht? Interessieren Sie sich noch für Ihre Hobbies? (Nein)
13. Haben Sie jemanden, mit dem Sie offen und vertraulich über Ihre Probleme sprechen können? (Nein)
14. Wohnen Sie zusammen mit Familienmitgliedern oder Bekannten? (Nein)
15. Fühlen Sie sich unter starken familiären und beruflichen Verpflichtungen stehend? (Nein)
16. Fühlen Sie sich in einer religiösen bzw. weltanschaulichen Gemeinschaft verwurzelt? (Nein)

Je mehr Fragen im Sinne der angegebenen Antwort beantwortet werden, umso höher muss das Suizidrisiko eingeschätzt werden.

Sollte auch nach einem Gespräch noch Unklarheit bezüglich der Einschätzung des Grades bzw. der Akuität der Suizidalität bestehen, kann ggf. ein Telefonat mit der Leitstelle des Krisendienstes hilfreich sein (Krisendienst Oberfranken, Tel.: 0800 / 655 3000).

Hilfsmöglichkeiten in Krisen

Entsteht eine akute Krisensituation sollte - mit Einwilligung der Betroffenen - Kontakt mit Familienangehörigen, Freunden und anderen Vertrauenspersonen, insbesondere auch mit dem Hausarzt, gesucht werden. Manchmal ist psychotherapeutische Hilfe angebracht oder das Gesprächsangebot der gerontopsychiatrischen Beratung der Sozialpsychiatrischen Dienste.

Stimmt der/ die Betroffene dem nicht zu - distanziert sich aber auch nicht von den Suizidabsichten bzw. ist nicht „bündnisfähig“ - so muss ihm/ ihr ruhig, aber deutlich mitgeteilt werden, dass man verpflichtet ist, weitere Schritte wegen bestehender Selbstgefährdung einzuleiten (Anruf Notarzt/ Rettungsdienst, Tel.: 112, Polizei, Tel.: 110, Feuerwehr, Tel.: 112, werktags Zuständigkeit der Ordnungsämter).

Hilfen für Betroffene:

- Krisendienst Oberfranken
Tel.: 0800 / 655 3000
- Telefonseelsorge
Tel.: 0800 / 111 0 111 und 0800 – 111 0 222
- Gerontopsychiatrische Beratung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Oberfranken



Hier geht's zur Homepage...



Zur Internetseite...



Hier geht es zur Übersicht der Dienste...

Hilfen für Angehörige:

- AGUS e.V. – Angehörige um Suizid
Tel.: 0921 / 1500380



Zur Homepage...

Fazit:

1. Die Konfrontation mit dem Thema Suizidalität älterer Menschen stellt eine große Herausforderung und oft Überforderung für Angehörige und Helfer:innen dar, dennoch ist es enorm wichtig, dem Thema nicht auszuweichen, sondern das direkte Gespräch mit Betroffenen zu suchen.
2. Bei akuter Gefährdung und fehlender Distanzierung von Suizisabsichten, ist es erforderlich - notfalls auch gegen den Willen der Betroffenen - Hilfen einzuleiten.
3. Als Krisenhelfer sollte man sich dennoch stets bewusst sein, dass eine absolute Verhinderung suizidaler Absichten nicht möglich ist.

Literatur:

Deutsche Depressionshilfe: online abgerufen am 21.02.2022 unter: <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/suizidalitaet#H%C3%A4ufigkeit>

Erlemeier, N.2002: Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Hrsg.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer.

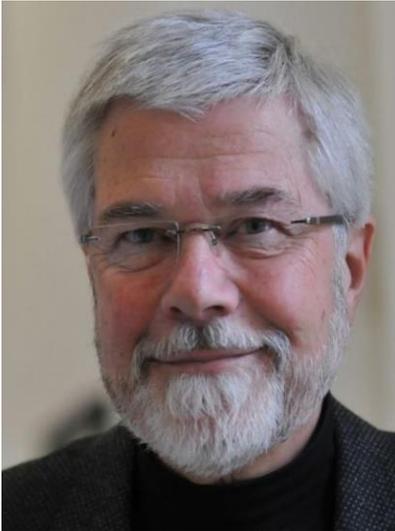
Lindner, R., Hery, D., Schaller, S., Schneider, B., Sperling, U. 2014: Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Berlin, Heidelberg: Springer.

Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (naspro), Arbeitsgruppe alte Menschen 2019: Wenn das Altwerden zur Last wird. Köln. Gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Pöldinger, W. 1982: Erkennung und Beurteilung der Suizidalität. In: Reimer, C. (Hrsg.): Suizid: Ergebnisse und Therapie. Berlin: Springer-Verlag.

Wolfersdorf, M., Etzersdorfer, E. 2011: Suizid und Suizidprävention. Stuttgart: Kohlhammer.

3. Im Gespräch mit...



... Dr. med. Michael Schüler,

... ehemaliger Chefarzt Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Bezirkskrankenhaus Bayreuth,

... Dr. Schüler arbeitete 35 Jahre lang am Bezirkskrankenhaus in Bayreuth, davon 16 Jahre als stellvertretender Chefarzt,

... 2016 übernahm er den Posten als Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.

Frau Pape: Herr Dr. Schüler, Sie haben insgesamt 35 Jahre am Bezirkskrankenhaus in Bayreuth gearbeitet. Ihr Schwerpunkt war dabei die Gerontopsychiatrie, also die Behandlung von Senior:innen mit psychischen Krankheiten und sie haben die Gerontopsychiatrie in Bayreuth auf- und ausgebaut. Wurden Sie in Ihrer langjährigen Berufslaufbahn öfter mit dem Thema „Suizidalität im Alter“ konfrontiert?

Herr Dr. Schüler: Ja, da die Tendenz älterer und alter Menschen, die eigene Existenz im Sinne einer Selbsttötung in Frage zu stellen seit vielen Jahrzehnten beständig zunimmt, war das Thema für mich sowohl in ambulanter Beratung und natürlich insbesondere in der Klinik ein ständiger sehr ernster Begleiter. Und hierbei ging es stets in erster Linie um die Krisenabwendung, dann anschließend um die therapeutische Suche nach künftigen individuellen (Über-)Lebenswegen gemeinsam mit den Betroffenen, sofern vorhanden um die Beratung und Einbeziehung Angehöriger, wobei hier häufig das Nehmen von Angst und Schuldgefühlen eine wichtige Rolle spielt, das Behandeln der meist zugrundeliegenden Depression, dann das Klären des künftigen sozialen Umfeldes und natürlich im Verbund mit Fachgesellschaften die Suche nach suizidpräventiven Maßnahmen ganz allgemein bezogen auf alte Menschen.

Frau Pape: Die Suizidrate steigt insbesondere bei Männern im Alter über 75 Jahren enorm an. Woran liegt es, dass die Zahl der Suizide bei den Männern so stark ansteigt im Vergleich zu den Frauen?

Herr Dr. Schüler: In dem Verhältnis Frauen zu Männern überwiegen bei der Suizidrate die Männer über die gesamte Lebensspanne immer, obwohl ja die häufigste Krankheit, die zur Suizidalität führt, also die Depression, bei Frauen deutlich häufiger auftritt als bei Männern. Dieses nahezu weltweite Phänomen wird begründet mit einer wesentlich höheren sozialen Kompetenz beim weiblichen Geschlecht, also u.a. der Fähigkeit, Sorgen eher mitzuteilen und Hilfe früher zu suchen. Hinzu kommt bei heute alten Männern eine Sozialisierung, bei der die Fähigkeit, z.B. nach Verwitwung selbständig eine Haushaltsführung zu gestalten, kaum ausgebildet ist und damit Gefühle verzweifelter Hilflosigkeit viel größer sind. Hier wäre also bei kommenden Generationen alter Männer eine Abflachung der Kurve zu erhoffen.

Frau Pape: Bei akuter Suizidalität bzw. suizidalen Äußerungen eines Menschen muss reagiert werden und ggf. muss der/ die Betroffene auch gegen seinen/ ihren Willen aufgrund der drohenden Selbstgefährdung in eine psychiatrische Klinik gebracht werden. Wie kann ihm/ ihr dort dann geholfen werden?

Herr Dr. Schüler: Das geschilderte Szenario ist glücklicherweise seltener als erwartet. Viele Menschen, gerade depressiv Erkrankte, können sich oft nicht vorstellen, unter bestimmten Bedingungen weiterzuleben,

erhoffen sich aber doch irgendwie Hilfe. Insofern gelingt es meist im Vorfeld, die Patienten für eine freiwillige stationäre Behandlung zu gewinnen. Die Herausnahme aus einem schwierigen Umfeld bringt oft schon deutliche Entlastung, dann die multiprofessionelle Zuwendung in der Klinik von empathischen Gesprächen bis hin, falls notwendig, zu einer 1:1 Betreuung in der Krise sowie die Behandlung der zugrundeliegenden Erkrankung sind wichtige Schritte.

Frau Pape: Der Umgang mit dem Thema Selbsttötung ist oft überfordernd, kann Angst machen oder Ohnmacht auslösen. Was raten Sie Helfer:innen und Angehörigen, wenn sie im Kontakt mit einem älteren Menschen suizidale Tendenzen wahrnehmen?

Herr Dr. Schüler: Ruhig bleiben, sich Zeit nehmen und ein ernst nehmendes, angstfreies Gespräch anbieten. Keinesfalls werten oder ausreden wollen. Wichtig ist, das Thema Suizid offen anzusprechen. Es hat sich noch nie jemand umgebracht, weil ein anderer ihn danach gefragt hat. Viele Suizide erfolgten aber, weil niemand Interesse an den Problemen hatte oder die Suizidenden sofort tabuisiert wurden. Wir wissen das u.a. aus Abschiedsbriefen. Dann Klärung der Dringlichkeit des Sterbewunsches; liegt ein Lebensüberdruß vor, eine Erwägung, sich evtl. töten zu wollen oder bereits ein sehr hoher Handlungsdruck? Weiterhin wichtig ist, die Absprachefähigkeit zu klären, ob der Mensch in der Lage ist, die Suizidneigung bei ernsthaftem Hilfsangebot aufzuschieben, also bündnisbereit ist, bis hin zu einem sog. „Non-Suizid-Vertrag“. Nach diesem Gespräch weitere Hilfe hinzuziehen, die Verantwortung längerfristig nicht allein tragen.

Frau Pape: Was gilt es aus Ihrer Sicht in der Gesellschaft zu verändern, um Suizidalität im Alter vorzubeugen?

Herr Dr. Schüler: Es erscheint notwendig, die Altersbilder in der Gesellschaft zu überdenken. Weg von der ängstlichen Überbetonung des Ewig-jung-sein-wollens und der Anti-Aging-Mode hin zu einem ressourcenorientierten Bild vom Altern, stärkere soziale Wertschätzung und Einbeziehung alternder Menschen in die jeweiligen Gemeinschaften. Förderung frühzeitiger Beschäftigung mit dem eigenen Älterwerden („erfolgreiches Altern beginnt in der Jugend!“), Förderung der persönlichen zwischenmenschlichen Kommunikationen entgegen der Tendenz zur Vereinzelung durch digitale Kontakte. Und weiterhin intensive Aufklärung der Menschen über die wichtigsten Krankheiten, die zum Suizid führen können, über Früherkennung und Behandlungsmöglichkeiten, damit suizidale Krisen gar nicht erst auftreten müssen.

Frau Pape: Herr Dr. Schüler, ich danke Ihnen vielmals für die fundierten Informationen und Ihr hohes Engagement zu diesem Thema!

4. Literatur, Filme, etc. zum Thema

Filme:

- Wie frage ich richtig nach Suizidalität?
YouTube, PsychCast vom 18.12.2019
Dauer: 7:08 Minuten
- Depressionen: Wenn Senioren sich zurückziehen und alles schwarz sehen
YouTube, tagesschau vom 26.11.2019
Dauer: 6:43 Minuten

Sehr zu
empfehlen!



Zum Film...

Hier geht es
zum Film...

Bücher:

- **Professionelle Pflege bei Suizidalität**
Bernd Kozel, Psychiatrie Verlag, Köln 2015,
Umfang: 141 Seiten, Preis: 25,00 €
- **Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen**
Lindner et al., Springer Verlag, Berlin Heidelberg 2014, Umfang: 204 Seiten,
Preis: 44,99 €



Kostenloses Faltblatt:



„Wenn das Altwerden zur Last wird“ - Hilfe bei Lebenskrisen und Selbsttötungsgefahr älterer Menschen
Nationales Suizidpräventionsprogramm (naspro)

Zum Download der
Flyer...

Kostenfreie Broschüre:



„Wenn das Altwerden zur Last wird“ – Suizidprävention im Alter
Herausgegeben von der Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland, gefördert vom Bundesministerium für Familie, Frauen, Jugend und Senioren

Hier kostenlos zu
bestellen...



5. Termine

- **Webinar „Suizidalität in der Beratung“** der Fachstelle für Demenz und Pflege Bayern
Referent:innen: Ralf Bohnert, Leiter des Krisendienstes Mittelfranken und
Dominice Blome, Mitarbeiterin der Fachstelle für Demenz
und Pflege Bayern
Termin: Dienstag, 29.03.2022, von 10.00 bis 12.00 Uhr,
Anmeldeschluss: 22.03.2022
- **Fachtag Gerontopsychiatrie Mittelfranken „Sucht im Alter - Krisen und Kränkungen“**
Termin: Mittwoch, 22.06.2022, von 8:45 Uhr bis 16:45 Uhr
Veranstaltungsort: Caritas-Pirckheimer-Haus Königstr. 64, 90402 Nürnberg

Link zur
Anmeldung...

Zur
Anmeldung...

6. Verfügbare Vorträge der Gerontopsychiatrischen Fachkoordination Oberfranken:

Folgende Vorträge können oberfrankenweit und kostenlos unter Absprache mit Frau Pape gebucht werden. Fragen Sie auch gerne bei speziellen Themenwünschen rund um das Thema Gerontopsychiatrie nach:

1. Depression im Alter	3. Angststörungen im Alter	5. Psychische Gesundheit im Alter
2. Einsamkeit im Alter	4. Psychotische Störungen im Alter	6. Suizidalität im Alter

7. Aktuelle Projekte der Gerontopsychiatrischen Fachkoordination Oberfranken

An folgenden Aufgaben und Projekten wird derzeit u.a. gearbeitet:

- Ausbau eines oberfrankenweiten Netzwerkes verschiedener Institutionen für zukünftige gemeinsame Kooperationen und Projekte zum Thema „Psychische Gesundheit im Alter“ (z.B. zu den „Wochen der seelischen Gesundheit“ im Oktober 2022)
- Erarbeitung und Vermittlung themenspezifischer Fachinformationen für Mitarbeitende in Gerontopsychiatrie, Altenhilfe und allen, die mit älteren Menschen zu tun haben (z.B. Infoblatt merk!würdig, Vorträge und Schulungen)
- Fachliche Begleitung der gerontopsychiatrischen Berater:innen der Sozialpsychiatrischen Dienste in Oberfranken

Kommen Sie bei Fragen, Wünschen oder Anmerkungen gerne auf mich zu, ich freue mich über eine gute und konstruktive Zusammenarbeit!

Ich hoffe, dass ich Ihnen mit dieser fünften Ausgabe des Infoblattes Gerontopsychiatrie „merk!würdig“ zu dem schwierigen Thema „Suizidalität im Alter“ wieder ein paar hilfreiche Anregungen für Ihre Arbeit mit Senior:innen geben konnte.

Mit freundlichen Grüßen,

Alexandra Pape

Alexandra Pape
Dipl.-Sozialpädagogin (FH)
Systemische Therapeutin (DGSP)
Fachtherapeutin Gerontopsychiatrie (GGSD)

Koordinationsstelle für psychische Gesundheit im Alter
Gerontopsychiatrische Fachkoordination Oberfranken
(GeFa OFR)

Biengässchen 5
95028 Hof
Tel.: 09281 / 140 12 11

Zur Internetseite
bitte hier
entlang...



Die Gerontopsychiatrische Fachkoordination Oberfranken (GeFa OFR) richtet sich an alle in der Gerontopsychiatrie Tätigen, an Betroffene und Angehörige. Ziele sind die Verbesserung der Versorgungsstruktur älterer Menschen mit psychischen Belastungen, die Stärkung präventiver Maßnahmen zur Vermeidung oder Verzögerung intensiverer Behandlungsformen, sowie die Zusammenführung und Vermittlung gerontopsychiatrischer Kompetenzen auf verschiedenen Ebenen.