

Wenn das Altwerden zur Last wird



Suizidprävention im Alter



Herausgegeben von der Arbeitsgruppe Alte Menschen
im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Die Lebenssituation des Menschen im hohen Alter und am Lebensende	5
Vorboten und Signale einer Suizidgefährdung	7
Entstehung von Suizidalität im Alter	8
● Kränkungen und Krisen	8
● Psychische Krankheiten im Alter	11
● Körperliche Erkrankungen und ihre Folgen für Selbständigkeit und Erleben	12
● Verlust des Partners	13
● Verlust von Selbständigkeit	14
● „Hat das Leben im Alter noch Sinn?“	15
● Religion und Glaube	16
Suizidprävention, Krisenhilfe und längerfristige therapeutische Angebote	17
● Vorbereitung auf das Alter	17
● Annahme von Hilfen bei Krankheit und Behinderung	19
● Gespräche mit suizidalen alten Menschen	20
● Hilfsmöglichkeiten in der Krise	20
● Hilfen am Lebensende	21
● Hilfen für Angehörige	22
Juristische Hilfen und Regeln	23
● Betreuung, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung	23
● Juristische Regeln zur Suizidprävention und Sterbehilfe	24
Kontaktadressen, Ansprechpartner	25
Informationsquellen, Literaturhinweise, Impressum	27



Niemand redet gerne darüber. Das Problem bleibt trotzdem bestehen: Alle Tatsachen sprechen für ein verstärktes Suizidrisiko im hohen Alter. Von den mehr als 10.000 Menschen, die sich jährlich in Deutschland das Leben nehmen, sind über 40 Prozent 60 Jahre und älter. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung beträgt dagegen nur 26 Prozent. Fast alle zwei Stunden stirbt ein Mensch über 60 Jahre in Deutschland durch eigene Hand. Häufig ist es ein stiller Tod, der von Anderen kaum wahrgenommen wird. Hinter der Absicht sich zu töten und dem

Entschluss zu einer Suizidhandlung verbirgt sich oft eine verengte, ausweglos erscheinende Lebenssituation. Probleme werden als nicht mehr lösbar erlebt. Sie verdichten sich zu einer schweren Krise, die sich entweder schon länger angebahnt hat oder durch aktuelle kritische Lebensereignisse ausgelöst wurde. Hoffnung auf Veränderung besteht subjektiv nicht mehr. Ein Weiterleben unter solchen Umständen scheint nicht mehr sinnvoll. Schwere Einbußen an Lebensqualität, zum Beispiel durch physische oder psychische Krankheiten, Verluste, Erfahrungen und soziale Isolierung, können zu einer unerträglichen Situation anwachsen. Suizidhandlungen im Alter sind oft weniger als Hilfeappell an Andere zu verstehen, sondern häufiger als letzter Akt in einer hoffnungslos erscheinenden Lebenslage.

Bei alten Menschen wird als Folge eines oft negativen Altersbildes eine Suizidhandlung eher gebilligt als bei jungen Menschen. „Freitod“ und „Bilanzsuizid“ suggerieren eine frei gewählte Entscheidung zur Selbsttötung. Sie werden besonders bei alten Menschen angewendet, weil sich viele das hohe Alter als persönliche und gesellschaftliche Last vorstellen. Die Selbsttötung am

Ende eines „verbrauchten“ Lebens scheint vielen plausibler und akzeptabler zu sein als die Selbsttötung von jüngeren Menschen, deren Leben sich scheinbar eher zum Positiven ändern kann.

Es ist deshalb nicht erstaunlich, dass trotz des erhöhten Suizidrisikos im Alter nur wenige Anstrengungen unternommen wurden, den Ursachen für suizidale Krisen und Handlungen im Alter vorzubeugen. Hinzu kommt, dass Investitionen in die Suizidverhütung – wenn überhaupt – eher bei jüngeren Menschen lohnend erscheinen als bei alten Menschen. Es gibt zu wenig Hilfsangebote für alte Menschen in Krisen, und die vorhandenen werden zu selten angenommen.

Diese Informationsschrift will mit den Entstehungsbedingungen für Suizidalität bei alten Menschen vertraut machen und Möglichkeiten der Suizidprävention und Krisenhilfe aufzeigen. Das Nachdenken über sinnvolle Lebensgestaltung und die Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen am Lebensende soll angeregt werden. Suizidprävention im und für das Alter beginnt bereits sehr früh; im Kern setzt sie eine bewusste Vorbereitung auf das Alter voraus.

Diese Informationsschrift wendet sich an

- Personen, die das Thema des Suizids und der Suizidprävention nicht unbeteiligt lässt und die sich informieren wollen
- Menschen, die sich mit dem Gedanken an Selbsttötung tragen oder die sich in einer Lebenskrise befinden

- Angehörige und andere Vertrauenspersonen, die suizidgefährdete alte Menschen in ihrer Nähe wissen
- Personen, die hauptberuflich oder ehrenamtlich mit alten Menschen arbeiten

Drei wichtige Fragen stehen hierbei im Vordergrund:

1. Wie lässt sich Suizidgefährdung bei alten Menschen erkennen?
2. Wie kann man ihr vorbeugen?
3. Welche Hilfsmöglichkeiten gibt es?

Suizidprävention ist möglich. Was sie bewirken kann, hat Reiner Kunze in einem Gedicht sehr einführend zum Ausdruck gebracht.

SELBSTMORD

Die letzte aller Türen

Doch nie hat man
an alle schon geklopft

Reiner Kunze (1984)

Die Verfasserinnen und Verfasser dieser Informationsschrift sind Mitglieder einer Arbeitsgruppe, die sich im Rahmen des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland mit Suizidalität und Suizidprävention bei alten Menschen befasst und an der Verbesserung der Versorgungssituation mitwirkt.

Gefördert wurde diese Informationsschrift durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Die Lebenssituation des Menschen im hohen Alter und am Lebensende

Alte Menschen hat es schon immer gegeben. Eine völlig neue Entwicklung der letzten Jahrzehnte aber ist, dass große Teile der Bevölkerung ein hohes Alter erreichen können. Heute nimmt die Gruppe der Hochaltrigen in der Bevölkerung am stärksten zu. Die Menschen in den Industrieländern kommen damit der Erfüllung des uralten Wunsches nach einem langen Leben immer näher. Auf der anderen Seite gibt es viele ungelöste Fragen und Ängste, denn die Menschheit hat noch keine Erfahrung mit dieser neuen Situation. Wird das Alter eher gute oder schlechte Jahre bringen? Wie wird die gesundheitliche Situation sein? Welche sozialen Veränderungen werden auf die Älteren und auf die Gesellschaft insgesamt zukommen?

Bis in die Gegenwart sind die Vorstellungen vom Altern oft noch negativ geprägt, obwohl die Annahme eines allgemeinen „Altersabbaus“ widerlegt wurde. Das Bild vom Alter ist farbiger geworden. Man sieht die Möglichkeiten dieser Lebensphase deutlicher und nutzt sie. Es ist aber auch richtig, dass besonders im sehr hohen Alter die Wahrscheinlichkeit, zu erkranken oder Pflege in Anspruch nehmen zu müssen, steigt.

Verbunden damit stellt sich die schwierige Aufgabe, zunehmend Einschnitte in die selbständige Lebensführung zu akzeptieren, die das Selbstwertgefühl gefährden und kränken können.

Dennoch ist festzuhalten, dass gut die Hälfte der über 90jährigen ihr Leben selbständig führt und 70 Prozent von keinerlei gravierenden Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit betroffen sind. Viele alte Menschen leben im eigenen Haushalt, können auf eigene Ressourcen zurückgreifen oder sind in der Lage, bei Bedarf Fremdhilfe zu organisieren. Andere, unter ihnen viele Pflegebedürftige in Heimen, können ihr Leben nicht mehr so selbständig gestalten, wie sie es gerne täten.

Die Menschen setzen im Alter teilweise Gewohntes aus früheren Jahren fort. Daneben erhalten sie neue Möglichkeiten und Aufgaben. Haben Kinder und/oder Beruf bisher viel Zeit und Energie beansprucht, gilt es nun, die gewonnene Freiheit zu gestalten. Der Tag will neu strukturiert werden, für die verbleibende Lebenszeit muss eine Perspektive entwickelt werden. Ziele und Pläne tragen zum Wohlbefinden des Menschen bei. In der Auseinander-



setzung mit den veränderten Bedingungen gilt es, die persönlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten auszuschöpfen, die in früheren Aufgaben und Krisen gewonnene Lebenserfahrung zu nutzen. Die Annahme des Alterns und der Endlichkeit des Lebens sind Aufgaben, die den Menschen bis ins höchste Alter fordern. Entwicklung im Alter bedeutet anzuerkennen, dass sich die eigene Lebenssituation auch weiterhin verändert.

Jeder Mensch hat seine ganz persönliche Lebensgeschichte. Es gibt keine Normen für zufriedenes Altern. Gerade im hohen Alter stellt die individuelle Situation das Maß der Dinge dar. Überforderung, aber auch Unterforderung

können Gesundheit und Wohlbefinden beeinträchtigen.

Mit den Gedanken an das Lebensende sind oft existenzielle Fragen nach dem Sinn des bisherigen Lebens und der immer begrenzter werdenden Zukunftsperspektive verbunden. Viele Menschen finden darauf ihre eigenen Antworten und Lebenshilfen. Es gibt jedoch auch Menschen, die ihre Lebenssituation und Zukunft als so belastend erleben, dass sie für ihre Probleme keine Lösung sehen und auf existenzielle Fragen ihres Lebens keine sinnstiftende Antwort mehr finden. Diese existenzielle Not kann zusammen mit weiteren Belastungen zu Erwägungen führen, dem Leben ein Ende zu setzen.

Vorboten und Signale einer Suizidgefährdung

Eine beginnende suizidale Verstimmung kündigt sich häufig durch ein Gefühl der „Einengung“ an: Betroffene berichten, dass sie keine Interessen mehr haben, auch nicht an ihren Hobbys, ihrem Lieblingssport oder an kulturellen Veranstaltungen. Sie ziehen sich aus zwischenmenschlichen Beziehungen zurück. Sie fühlen sich in ihrem Denken eingeeengt „wie in einem Schraubstock“ und neigen zum Grübeln. Auch äußern Betroffene im Frühstadium der suizidalen Krise häufig indirekte Suizidgedanken wie: „Es hat alles keinen Sinn mehr ...“; „das Beste wäre, wenn ich nicht mehr leben würde ...“.

Überaus ernst zu nehmen sind direkte Suizidankündigungen („Ich will aus dem Leben scheiden“) oder das sich aufdrängende Gefühl, sich töten zu müssen: „Morgen früh machst du es ...“.

Aber auch die „Ruhe vor dem Sturm“ kann ein gefährliches Warnsignal für eine Suizidgefährdung sein. Wenn nämlich ein Mensch, der zuvor Suizidgedanken oder konkrete Suizidabsichten geäußert hatte, plötzlich entspannter wirkt und nicht mehr von Suizid spricht, dann kann dies bedeuten, dass der Betroffene sich zu diesem Zeitpunkt bereits zum Suizid entschlossen hat. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte er sich in einem quälenden Zustand befunden, in dem er zwischen „ich will mich töten“ und „vielleicht wird mir ja doch geholfen“ hin und her schwankte. Die Entscheidung zum Suizid lässt solche Menschen dann plötzlich wie entspannt wirken. Um so mehr erschüttert dann, wenn sie sich wenig später das Leben nehmen.

Vorboten und Signale einer Suizidgefährdung:

- Gefühl der Einengung
- 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“)

Entstehung von Suizidalität im Alter

Kränkungen und Krisen

Mit dem Älterwerden gehen soziale und körperliche Veränderungen einher, von denen viele als Einschränkungen,

Verluste oder Kränkungen erlebt werden können. Eigene Möglichkeiten werden in vielen Lebensbereichen zunehmend begrenzt. In der Regel können die Anfor-

Beispiel:

Gedanken, sich das Leben zu nehmen, sind dem 70jährigen Angestellten bis zur Erkrankung seiner Ehefrau nie in den Sinn gekommen. Vor etwa 1 1/2 Jahren wurde bei ihr Brustkrebs festgestellt. Damals erfolgte eine Operation mit anschließender Bestrahlung. Die Vorstellung, seine Frau würde sterben und er würde alleine zurückbleiben, erschien ihm damals unerträglich.

Nach der Operation und der Bestrahlung sah es zunächst so aus, als sei seine Frau geheilt. Gemeinsam machten sie neue Pläne, denn sie hatten noch so viel vor. Zwar war auch er gesundheitlich durch eine Nierenoperation ziemlich angeschlagen. Aber gemeinsam würden sie es wie früher schon schaffen, ihre mehr- oder minder schweren Krankheiten zu bewältigen. Als bei einer Nachsorgeuntersuchung erneut ein krebserdächtiger Lungenbefund bei seiner

Frau erhoben wurde, der einen sofortigen Krankenhausaufenthalt erforderlich machte, dachte er erneut daran, sich das Leben zu nehmen. Seitdem, so sagt er seinem Hausarzt, gehe ihm dieser Gedanke nicht mehr aus dem Kopf. Er könne einfach nicht allein bleiben. Der Gedanke, seinem Leben ein Ende zu setzen, wenn seine Frau sterben würde, ist seither immer stärker geworden, ja zur Gewissheit gewachsen. Er habe sich bereits überlegt, wie und wo er es machen würde. Er habe niemanden, sagt er weinend. Allein könne er das nicht durchstehen. Bisher habe er sich nur deshalb nicht umgebracht, weil er es seiner Frau nicht zumuten wollte. Er müsse eben warten, bis sie selbst tot sei, dann würde er „todsicher“ handeln. Warum solle er denn weiterleben, für wen und für was? „Wir haben doch alles zusammen gemacht. Ohne meine Frau hat das Leben keinen Sinn mehr für mich“.



derungen, die sich daraus ergeben, mit Hilfe der Lebenserfahrung gut bewältigt werden. Selbstvertrauen und innere Sicherheit können zunehmende äußere Einschränkungen und Abhängigkeit ausgleichen.

Die Lebenssituation kann aber unerträglich werden, wenn nicht ausreichend gute und verlässliche Ausgleichsmöglichkeiten und Erinnerungen verfügbar sind. Wenn Gleichaltrige sterben oder sich das Leben in der Partnerschaft belastend verändert, kann ein Gefühl des Allein-Übrig-Bleibens oder der inneren Entfremdung entstehen. Wenn Aufgaben wegfallen oder nicht mehr in der gewohnten Weise erfüllt werden können, wächst bisweilen ein Gefühl, nicht mehr gebraucht zu wer-

den. Gesundheitsprobleme können die Lebensqualität in zentralen Bereichen beeinträchtigen. Es besteht die Sorge, in Zukunft auf die Hilfe der Familie und professioneller Helfer angewiesen zu sein. Ängste, das Gefühl, nicht mehr ernst genommen zu werden, und Ohnmachtsgefühle können als unerträglich erlebt werden. In der Verzweiflung entsteht dann der Wunsch, eine letzte Entscheidung selbst in die Hand zu nehmen und seinem Leben ein Ende zu setzen. Oft ist damit die Vorstellung verbunden, endlich Ruhe und Frieden zu finden. Der eigene Tod erscheint dann als einzige Lösung, sich aus dieser quälenden Situation zu befreien. Maßgeblich ist dabei weniger die Schwere des äußeren Ereignisses als der Gedan-



ke, eine solche Konfliktsituation nicht mehr bewältigen zu können. Manche ältere Menschen empfinden einen solchen Konflikt als nicht überwindbar. Gleichwohl äußern sie Hoffnung auf eine Änderung ihrer Situation, auch wenn damit keine konkreten Vorstellungen verbunden sind.

So kommt es für Außenstehende manchmal zu der widersprüchlich anmutenden Situation, dass verzweifelte Menschen einerseits Hilfe erhoffen, andererseits aber auch vermitteln, dass sie nur in Ruhe gelassen werden wollen.

Kann dieses zwiespältige Erleben und Verhalten besser verstanden werden, ist vielfach Hilfe möglich. Ein Verständnis, warum ein Mensch in einer belastenden Lebenssituation daran

denkt, sich das Leben zu nehmen, ergibt sich letztlich nur aus der persönlichen Situation. Angefangen in der Kindheit kommt es oftmals zu einer Wiederkehr belastender Erlebnisse (z. B. Trennungen, Verluste, Kränkungen, Abwertungen, Abhängigkeit und Hilflosigkeit), mit denen je nach Vorerfahrungen und Möglichkeiten unterschiedlich umgegangen wird. Insbesondere im Alter, wenn man sich um den Erhalt der eigenen Unabhängigkeit sorgt, kann der Erlebens- und Handlungsspielraum bedrohlich eng erscheinen. Aus diesem Blickwinkel fällt es älteren Menschen nicht leicht, Unterstützung und Hilfen in Anspruch zu nehmen, die dazu beitragen könnten, ihre aktuelle Lebenssituation erträglicher zu machen.

Psychische Krankheiten im Alter

Etwa jeder vierte Mensch über 65 Jahre leidet an einer psychischen Erkrankung. Am häufigsten handelt es sich dabei um Depressionen. An weiteren psychischen Erkrankungen finden sich Hirnleistungsstörungen (Demenzen),

Zeichen der Depression bei alten Menschen:

- Gedrückte Stimmung, besonders morgens
- Freudlosigkeit, Gefühllosigkeit
- Verminderung von Antrieb und Interessen (*Typisch ist, dass geliebte Dinge und Aktivitäten gleichgültig werden*)
- Rückzug aus sozialen Beziehungen
- Verminderte Konzentrationsfähigkeit
- Ermüdbarkeit und schnelle Erschöpfung
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühl der Wertlosigkeit und irrationale Schuldgefühle
- Negative Zukunftserwartungen
- Ungewohnte Ängstlichkeit
- Schlafstörungen
- Appetitlosigkeit
- Gewichtsabnahme
- Verdauungsstörungen
- Ängstliche Körperwahrnehmung
- Schmerzen ohne organische Ursache
- Suizidgedanken

Angststörungen, Wahnerkrankungen und Süchte bei Älteren. Dabei treten die Demenzen mit dem Alter eindeutig häufiger auf.

Alle psychischen Erkrankungen gehen mit erhöhter Suizidgefahr einher. Dies trifft insbesondere auf Depressionen zu. Hierfür verantwortlich scheint zu sein, dass Depressionen typischer Weise mit dem Gefühl einhergehen, nichts wert zu sein, nichts Produktives mehr zu schaffen, lebensbedrohlich an einer körperlichen Krankheit zu leiden, sich schuldig gemacht zu haben. Solche Gedanken können in die Enge führen. Eine Hoffnung auf Hilfe durch Behandlung wird nicht gesehen. Die Selbsttötung scheint die einzige Konsequenz zu sein, diesen quälenden Gedanken und Gefühlen zu entkommen.

In gleicher Weise wird beobachtet, dass Menschen, die am Beginn einer Demenzerkrankung stehen und den Verlust des Gedächtnisses und der Selbständigkeit ohnmächtig an sich beobachten, in suizidale Krisen geraten. Dagegen kommen nur selten Suizidhandlungen bei Menschen vor, die bereits an einer fortgeschrittenen Demenz leiden. Dies liegt wahrscheinlich daran, dass Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz nicht mehr in der Lage sind, sich ihres Krankheitszustandes bewusst zu sein. Sie können daraus keine suizidale Handlung mehr ableiten.

Daher ist es wichtig, psychische Erkrankungen im Alter und insbesondere Depressionen zu erkennen und den Betroffenen zu vermitteln, dass es sich um eine Erkrankung handelt und dass eine Therapie helfen kann. Die sach-



Folgende Beschwerden beeinträchtigen nach Erfahrung der Altersmediziner das Leben des älteren Menschen besonders nachhaltig:

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

Durch diese werden in besonderem Maß zunächst die Mobilität des betroffenen Menschen, später auch ein-

gerechte Behandlung einer psychischen Erkrankung kann die Suizidgefährdung zum Abklingen bringen.

Körperliche Erkrankungen im Alter und ihre Folgen für Selbständigkeit und Erleben

Wohlbefinden und Selbständigkeit sind in hohem Maße abhängig vom Erhalt körperlicher und geistiger Funktionen. Einschränkungen oder Verluste werden meist als schwerer Einschnitt erlebt. Körperlichen Erkrankungen kommt eine besondere Bedeutung zu.

Im Alter nehmen insbesondere die chronischen körperlichen Erkrankungen deutlich zu. Diese bestimmen schließlich durch ihre Folgen in großem Ausmaß die Lebensqualität und Selbständigkeit der betroffenen Menschen.





fachere Alltagsfunktionen wie Ankleiden und Körperpflege betroffen sein. Ein sich daraus ergebender Verlust der sozialen Kontakte kann zu Vereinsamung und Depression führen.

Blindheit trennt von den Dingen, Taubheit von den Mitmenschen

Oft ist das vorweggenommene Erkennen einer drohenden aber noch nicht erfolgten Einschränkung in der Aktivität bereits eine Quelle für Angst, vermindertes Selbstwertgefühl und Hilflosigkeit. Dieser Verarbeitungsprozess erfordert besondere Anstrengungen, um die neue Situation wenn nicht auszugleichen, so doch akzeptieren zu lernen.

Verlust des Partners

Der Verlust des Partners durch Trennung oder Tod ist ein Ereignis, das Lebensführung und Wohlbefinden tief erschüttern kann. Das gilt besonders, wenn die Aussicht auf Neubeginn oder Veränderung immer geringer wird. Folgen des Partnerverlusts im Alter sind oft das Alleinsein mit der Gefahr der Vereinsamung und die Aufgabe, das Leben unter den Bedingungen des fortgeschrittenen Alters neu ordnen und organisieren zu müssen. Dabei stehen in der praktischen Lebensführung Männer oft vor größeren Problemen als Frauen.

Die Neuorganisation ist dann besonders schwierig, wenn der Partner die einzige emotionale Stütze war. Diese lebenswichtige Abhängigkeit macht es dann sehr schwer, im Verlauf der Zeit

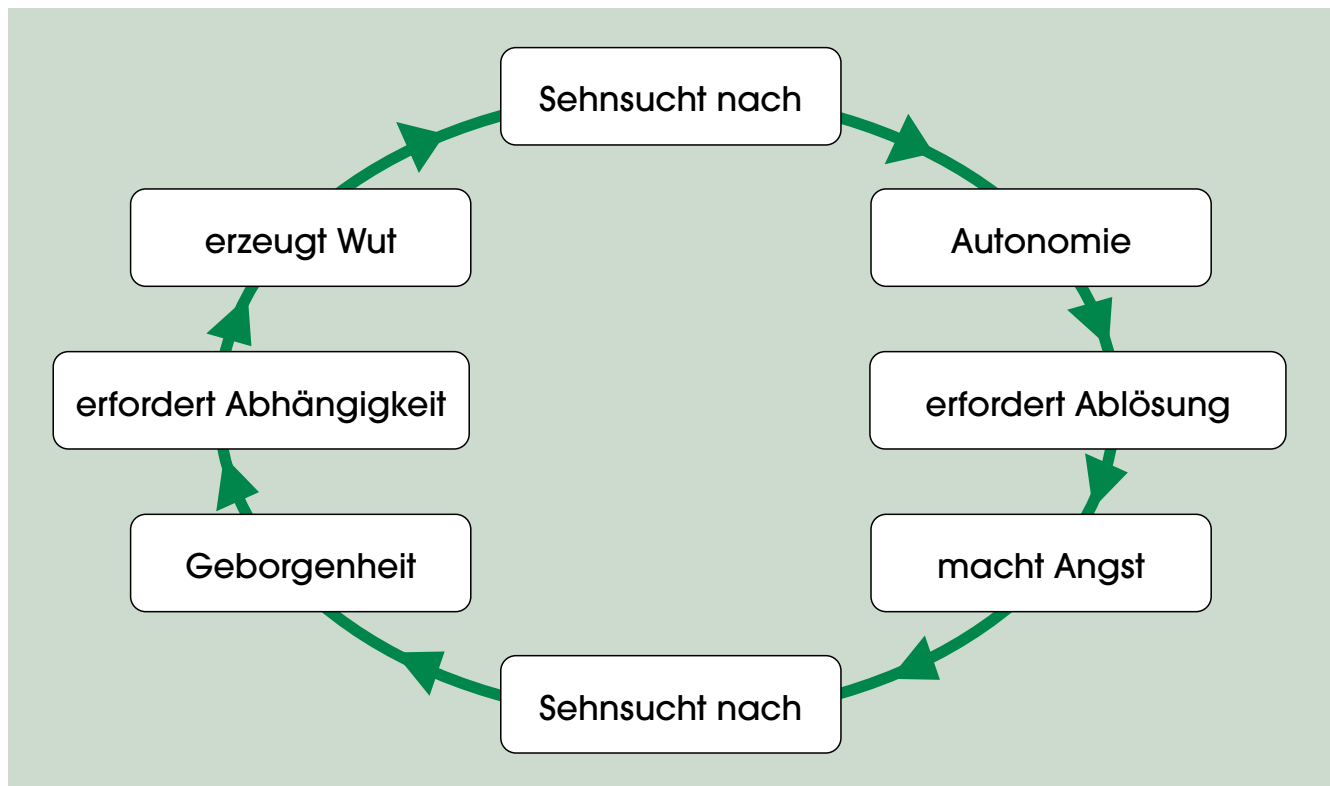


Abbildung 1: Spannungsfeld zwischen Autonomie- und Abhängigkeitsbedürfnis (Wedler, 2001, S. 169)

Abstand zu gewinnen, sich zu stabilisieren und neu zu organisieren. Deshalb ist es so wichtig, auch andere soziale Kontakte bis ins hohe Alter zu pflegen.

Verlust von Selbständigkeit

Ein vorrangiges Motiv für die Entstehung von Suizid- und Sterbewünschen im Alter ist der befürchtete oder tatsächliche Verlust von Selbstständigkeit (Autonomie).

In der Regel ist damit gemeint:

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

Bei der Furcht vor Autonomieverlust in unserer heutigen Gesellschaft wird

meist nicht berücksichtigt, dass es niemals im Leben absolute Selbstständigkeit gibt: Wünsche nach Autonomie und solche nach Geborgenheit sind sich ergänzende Pole in einem alle Lebensphasen überdauernden Spannungsfeld. Jeder einzelne Mensch muss darin seine Position finden, zudem notwendigerweise angepasst an die sich wandelnden Lebensphasen. Niemand kann andauernd in völliger Autonomie oder in absoluter Abhängigkeit leben. Stets ist als Gegengewicht ein gewisses Maß an gemeinschaftlicher Zugehörigkeit bzw. an selbstständigem Entscheidungsspielraum erforderlich, selbst wenn – im äußersten Fall – das eine oder das andere nur noch in der Phantasie gelebt werden kann. Autonomie bedeutet – gerade im Alter – oft auch ein Auf-sich-selbst-zurückgeworfen-Sein, Geborgenheit

bedeutet fast immer auch unerwünschte Abhängigkeit. Das Bemühen um Ausgeglichenheit und Balance von Autonomie- und Abhängigkeitsbedürfnissen ist hilfreich, um den Anforderungen des Alterns zu begegnen.

„Hat das Leben im Alter noch Sinn?“

Je weiter das Leben auf sein Ende zusteuert, umso mehr wird jedem Einzelnen deutlich, dass sich Lebenssinn nicht aus dem Erwerb oder der Bewahrung von „Gütern“ ergibt, denn diese sind im Tode sämtlich hinfällig. Den Lebenssinn auf ein „Vermächtnis“ zu gründen, kann zu herben Enttäuschungen führen.

Zur Erfahrung von Lebenssinn gehören

- Nachdenken über sich und sein Leben
- Aktivität (und eigener Wille)
- Anpassungsbereitschaft (an eigene Einschränkungen, Behinderung, Krankheit, an soziale Gegebenheiten, an Lebensbedingungen, an die Mitmenschen)

Lebenssinn ergibt sich stattdessen in jeder Lebensphase, so auch im Alter,



aus der selbstständigen Gestaltung des eigenen Lebens innerhalb einer sozialen Gemeinschaft, d.h. im Kontakt und im Austausch mit dieser Gemeinschaft.

Lebenssinn verliert, wer sich selbst aufgibt, wer nur auf andere wartet, wer im Fühlen und Denken die Gegenwart verlässt. Die Frage des Lebenssinns ist also unabhängig vom Alter. Das fortgeschrittene Alter kann aber dazu beitragen, trügerische Lebensziele ohne Bestand aufzugeben und damit Kräfte für selbstständige Lebensgestaltung freizumachen.

Religion und Glaube

Religiosität und Spiritualität können im Zusammenhang mit der Suizidprävention sowohl eine Erschwernis als auch eine Hilfe bedeuten. Insbesondere dann, wenn durch religiöse oder spirituelle Erlebnisse eine Verengung der persönlichen Anschauung unterstützt wurde, gilt es, diese wieder zu öffnen. Andererseits können gerade die mit dem Glauben gegebenen Möglichkeiten dazu beitragen, die Enge der gegenwärtigen Situation aufzubrechen.



Suizidprävention, Krisenhilfe und längerfristige therapeutische Angebote

Vorbereitung auf das Alter

Stets ist es besser, einer Lebenskrise vorzubeugen als sie – einmal hineingeraten – bewältigen zu müssen. Im Sinne einer primären Suizidprävention ist es entscheidend, sich vom Altern und seinen Folgen nicht überraschen zu lassen. Auch wenn niemand weiß, wie es einmal kommt, ist es gut, auf das, was kommen könnte, vorbereitet zu sein. Dazu bedarf es einiger Anstrengungen.

1. Frühzeitige Auseinandersetzung mit der zweiten Lebenshälfte

Jeder Mensch sollte sich spätestens in seinen mittleren Lebensjahren bewusst werden, dass auch er einmal alt werden wird. Noch bevor die Berentung eintritt und damit der Verlust der beruflichen Alltagstätigkeiten ist es wichtig, sich hinreichend erfüllende Aufgaben für die Zeit nach der Berentung zu stellen. Es hat sich als vorteilhaft erwiesen, schon während des Berufslebens nicht nur auf „einem Bein“ (Beruf) zu stehen, sondern ein „zweites Bein“ zu entwickeln: eine Aufgabe, die ausfüllt.

Im Rentenalter ist es wichtig, für eine anhaltende geistige Beschäftigung und körperliche Aktivität zu sorgen, solange es irgend geht.

Auch die Paarbeziehung bedarf im höheren Lebensalter, wenn die Kinder aus dem Haus sind, einer Neudefinition. Rollen und Aufgaben in der Familie unterliegen einem Wandel.

Kommunikation und Unterstützung suchen die meisten Menschen vor allem in der Gruppe der Gleichaltrigen. Das gilt auch im Alter. Es ist jedoch zu empfehlen, auch den Kontakt zu anderen Altersgruppen zu pflegen. Erwartungen ausschließlich an die Unterstützung durch Kinder und deren Familien erweisen sich nicht selten als Quelle anhaltender Konflikte und Enttäuschungen.

2. Akzeptanz von Altern und Sterblichkeit

Die Gesundheit von Körper und Geist bedarf der Pflege und Vorsorge. Diese sollte jedoch auf die jeweils altersspezifischen Bedürfnisse gerichtet sein und nicht dem Wahn folgen, ewig jung zu bleiben.

Die meisten alten Menschen können eher als jüngere gelassen und neutral anerkennen, dass sie sterben müssen. Andere akzeptieren diese Tatsache, vermeiden aber die Auseinandersetzung damit, insbesondere wenn die eigenen Lebensumstände schwer erträglich erscheinen. Wieder andere können die



Tatsache sterben zu müssen relativ gut annehmen. Sie glauben an ein glückliches Jenseits.

Die meisten alten Menschen haben allerdings große Angst vor einem langwierigen und leidvollen Sterbeprozess mit Schmerzen und der Abhängigkeit von Apparaten.

Damit die Zukunft mit wachsender Einschränkung der körperlichen, geistigen und sozialen Lebensbedingungen den älter werdenden Menschen nicht plötzlich überrumpelt, sind vorbereitende Planungen erforderlich. Dazu gehört die Vorbereitung eines altersgerechten Wohnens unter Berücksichtigung denkbarer Zeiten des Krankseins und der Behinderung. Auch der mögliche Verlust des Partners durch Tod mit nachfolgendem Alleinleben muss hier bedacht werden.

Für den akuten Krankheitsfall, der im Alter stets auch der Vorbote des Sterbens sein kann, ist die Verfügbarkeit eines vertrauten, verlässlichen Hausarztes von unschätzbarem Wert. Mit ihm gemeinsam soll rechtzeitig der Umfang

medizinischer Maßnahmen am Lebensende in einer Patientenverfügung besprochen werden.

Schließlich sind Regelungen für den eigenen Todesfall (Begräbnis, Versicherungsangelegenheiten, Verfügbarkeit über Bankkonten, Erbschaft) erforderlich. Sie sind ein Teil der sozialen Vorsorge, die ohnehin frühzeitig für die Zeit des Alters zu treffen ist.

3. Erhaltung von Kommunikation und sozialer Teilnahme

Der Mensch braucht Ansprache und den Austausch mit anderen. Das gilt auch für den alternden Menschen, der nicht nur – wie der Volksmund sagt – der Ruhe, sondern auch der Kommunikation bedarf. Diese sollte gepflegt und nach Möglichkeit bis zum Lebensende aufrechterhalten werden. Dazu gehören insbesondere die Kontakte innerhalb der Nachbarschaft und zu Freunden wie auch die Teilnahme an Gemeindeaktivitäten. Die Kommunikation mit Kindern und anderen Verwandten sollte nicht so ablaufen, dass daraus ein

Anspruch auf Unterstützung abgeleitet wird. Nur dann kann sie, wenn sie stattfindet, das wunderbare und beglückende Geschenk sein, das jeder Mensch im Stillen von ihr erwartet.

Annahme von Hilfen bei Krankheit und Behinderung

Krankheitsvorboten sollten weder ignoriert noch immerfort ängstlich erwartet werden. Keine Lebenssituation des alten Menschen sollte Anlass zu bleibendem Rückzug und Selbstbetäubung sein. Wichtig sind deshalb ein sorgsamer Umgang mit Medikamenten und Alkohol, die Einhaltung eines Tagesrhythmus, ausgewogene Ernährung und die Sorge um guten, natürlichen Schlaf.

Zum Ausgleich von Behinderungen stehen vielfältige Hilfen zur Verfügung, die von der Wohnungseinrichtung über die Mobilität des Bettes bis zu Hörhilfen reichen. Wer behindert ist, sollte sich in besonderem Maße um kompetente Informationen kümmern. Schon bevor eine Behinderung eintritt, sollte die Bedeutung ideeller und materieller Besitzstände und der mögliche Verzicht auf sie gründlich überdacht werden. Die Hilfe durch soziale Einrichtungen (z. B. ambulante Dienste oder Heime) sollte im Bedarfsfall in angemessener Form zugelassen werden.

Sind Krankheit oder Behinderung einmal eingetreten, empfiehlt es sich, Hilfsangebote und Ressourcen zur Entla-



stung zu nutzen. Überforderungen, die zu einer weiteren Gesundheitsverschlechterung führen könnten, sollten dabei vermieden werden. Es gilt, sich an das Mögliche anzupassen und nicht den Helden spielen zu wollen. Vielen Menschen fällt es schwer, Hilfebedürftigkeit zu akzeptieren und Hilfen anzunehmen. Im Verlauf des Lebens gibt es aber immer wieder Situationen, diese Fähigkeit zu erlernen.

Gespräche mit suizidalen alten Menschen

Es ist nicht leicht, mit einem alten Menschen, der die Absicht hat, sich das Leben zu nehmen, Kontakt aufzunehmen und ein Gespräch zu führen. Der Suizid ist immer noch ein Tabuthema, über das nicht gesprochen wird. Es erweckt Ängste und Unsicherheiten, etwas falsch zu machen und etwa die Suizidgefährdung des Anderen noch zu verstärken. Außerdem kann das

Gespräch an krisenhafte Ereignisse im eigenen Leben des Helfers rühren, die bis heute nicht ganz verarbeitet wurden.

Hilfsmöglichkeiten in Krisen

Entsteht eine Krisensituation, beispielsweise durch Verlust, Trauer, soziale Einschränkung, ist der Kontakt mit Familienangehörigen, Freunden und weiteren Vertrauenspersonen, insbesondere auch mit dem vertrauten Hausarzt zu suchen. In manchen Fällen ist psychotherapeutische Hilfe angebracht. Tritt der Krisenfall sehr akut ein, stehen als erste Anlaufstellen die Telefonseelsorge und örtliche spezialisierte Krisendienste zur Verfügung.

Überregionale und regionale/lokale Kontaktadressen und Ansprechpartner finden Sie am Ende dieser Informationsschrift.

Ist bereits eine Suizidhandlung erfolgt, muss der Notarzt gerufen und eine Krankenhauseinweisung eingeleitet werden.

Was im Gespräch mit suizidalen alten Menschen zu beachten ist:

- 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)

Nach überstandener Akutphase im Anschluss an eine Suizidhandlung umfasst die Krisenintervention

- eine Klärung der aktuellen (psychosozialen) Situation,
- eine Weichenstellung: wie geht es jetzt weiter?
- die Motivation zur Annahme weiterführender Hilfen
- und die Unterstützung bei der Neuorientierung in der nach der Krise veränderten Situation.

Psychische Störungen erfordern eine sachgerechte Behandlung (mit Psychotherapie und gegebenenfalls Psychopharmaka). Anschließend bietet das psychosoziale Versorgungsnetz viele Hilfsmöglichkeiten.

In der Krisensituation bedürfen auch Angehörige und Betreuungspersonen oft der Aussprache und Unterstützung (z.B. zur Entlastung von Schuldgefühlen).

Hilfen am Lebensende

Viele Menschen fürchten sich vor einem langwierigen und leidvollen Sterbeprozess, besonders dann, wenn er mit Schmerzen und Hilflosigkeit verbunden ist. Vielfach ist nicht bekannt, dass es Hilfen bei auswegloser Krankheit und in der Sterbephase gibt.

Die Begleitung von Menschen am Ende des Lebens betrifft nicht nur eine kurze Spanne von wenigen Stunden bis zu einem Tag vor Eintritt des Todes, sondern kann sich auf einen vergleichsweise langen Zeitraum von Monaten oder gar Jahren erstrecken. Im Rahmen von Hospizarbeit und Leid lindernder (palliativmedizinischer) Betreuung wird auf die körperlichen, psychischen/seelischen, sozialen, spirituellen und säch-

Fachbegriffe:

Palliativmedizin: Die palliative Medizin unterscheidet sich von der heilenden (kurativen) Medizin durch ihre Zielsetzung. Nicht Heilung und Lebensverlängerung sind länger das Ziel, sondern die Linderung von Beschwerden und der Erhalt von Lebensqualität. Palliative Medizin kann im häuslichen Bereich wie im Krankenhaus und in speziellen Einrichtungen realisiert werden.

Hospizarbeit: Betreuung am unmittelbaren Lebensende findet entweder im häuslichen Rahmen (Begleitung durch vorwiegend ehrenamtliche, geschulte Fachkräfte) oder in spezialisierten stationären Einrichtungen (Hospiz) statt.

Sterbebegleitung: Sie umfasst einerseits medizinische Hilfe zur Leidensminderung, Schmerztherapie und Pflege, andererseits psychosoziale Hilfe zur Sicherstellung der Versorgung, zur Mobilisation vorhandener Ressourcen und zur Gesprächsbegleitung.

Sterbehilfe: Unterlassen bzw. Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen, soweit diese palliativmedizinischen Zielen widersprechen (passive Sterbehilfe). Medizinische und pflegerische Beschwerdelinderung auch unter Inkaufnahme einer dadurch bedingten Lebensverkürzung (indirekte Sterbehilfe).



lichen Bedürfnisse und Wünsche der unheilbar Kranken eingegangen. Das Ziel dieser Betreuung besteht darin, dem Sterbenden durch die Linderung körperlich-seelischen Leidens ein Leben zu ermöglichen, das seinen ganz persönlichen Bedürfnissen und seiner besonderen Art der Auseinandersetzung mit der Aussicht des bevorstehenden eigenen Todes entspricht. In der ambulanten Arbeit wird versucht, dem Wunsch von mehr als zwei Drittel der Bevölkerung, zu Hause sterben zu können, Rechnung zu tragen. Sterbebegleitung schließt auch die Betreuung von Angehörigen bzw. Hinterbliebenen ein.

Die Bundesärztekammer hat (zuletzt am 18.02.2011) Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung verfasst, in denen die Handlungsmöglichkeiten des Arztes eingehend beschrieben werden. Danach ist der Patientenwille – nach Möglichkeit vorher festgelegt in einer Patientenverfügung – stets für alle medizinischen Maßnahmen entscheidend und maßgebend. Angehörige können hilfreich sein, um bei nicht mehr ent-

scheidungsfähigen Patienten den Arzt bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens zu unterstützen.

Hilfen für Angehörige

Der Verlust eines Menschen, insbesondere durch Suizid, ist ein körperlich und seelisch sehr belastendes Ereignis für Angehörige. Als Folge des Todesfalles können Hinterbliebene seelisch und in ihren sozialen Bezügen aus dem Gleichgewicht geraten. Es besteht oft eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit und – insbesondere in den ersten Monaten – eine erhöhte Suizidgefahr. Hinterbliebene benötigen deshalb eine eigene Unterstützung und Begleitung, die ihnen über diese schwierige Zeit hinweg hilft.

Am Ende dieser Informationsschrift finden Sie Kontaktadressen und Ansprechpartner, die sich besonders der Probleme von Hinterbliebenen annehmen. Hilfreich ist es, sich einer Gruppe anzuschließen, deren Teilnehmer einen ähnlichen Verlust zu beklagen haben.

Juristische Hilfen und Regeln

Aus juristischer Sicht gibt es mehrere Möglichkeiten, Vorsorge für das Lebensende zu treffen, besonders für den Fall, dass man in der Bekundung des eigenen Willens eingeschränkt ist.

Betreuung, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung kann jeder Bürger zu jeder Zeit schriftlich seinen Willen festlegen, welche ärztlichen Maßnahmen er wünscht bzw. nicht wünscht für den Fall, dass seine Selbstbestimmungsfähigkeit vermindert ist. Patientenverfügungen sind seit dem 01.09.2009 unabhängig von ihrem Ausstellungsdatum in Deutschland verbindlich, es sei denn, es gibt konkrete Hinweise, dass der Betreffende seine Meinung geändert hat. Patientenverfügungen müssen sich auf konkrete Krankheits- und Behandlungssituationen beziehen. Sie müssen dem behandelnden Arzt vorgelegt werden.

Um diesen Kriterien zu entsprechen, empfiehlt es sich, sich zur Abfassung einer Patientenverfügung eingehend vom Arzt des Vertrauens oder von spezialisierten Beratungsstellen beraten zu lassen. Ethische, juristische und medizinische Fragen, die die Abfassung einer

Patientenverfügung betreffen, werden gründlich und praxisnah in einer Broschüre behandelt, die vom Bundesministerium der Justiz herausgegeben wurde (www.bmj.de).

Angehörige oder andere Vertrauenspersonen brauchen eine Vorsorgevollmacht, um im Namen des Betroffenen tätig zu werden, wenn dieser nicht mehr in der Lage ist, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen und seine Angelegenheiten selbst zu regeln. Die Vollmacht kann sich vor allem auf die Wohnsituation, die ärztliche Versorgung und auch Vermögensangelegenheiten beziehen. Behörden und Banken erkennen in der Regel Vorsorgevollmachten nur dann an, wenn sie notariell beglaubigt wurden.

Falls ein Mensch nicht mehr in der Lage ist, eigenverantwortlich zu handeln bzw. seine Angelegenheiten zu regeln, kann auf Antrag des Betroffenen oder nach Anregung durch andere Personen ein Betreuer vom Amtsgericht (Betreuungsgericht) eingesetzt werden, der die Regelung der Angelegenheiten für den Betroffenen übernimmt. In einer Betreuungsverfügung kann jeder Bürger im Vorgriff bestimmen, wer gegebenenfalls seine Betreuung übernehmen soll.



Das Gericht ist verpflichtet, den Wunsch des Betreuten zu beachten.

Juristische Regeln zur Suizidprävention und Sterbehilfe

Als hochrangige ethische, im Grundgesetz verankerte Grundprinzipien unserer Gesellschaft gelten einerseits der Lebensschutz, andererseits die freie Selbstbestimmung. Mit zunehmendem Lebensalter und vor allem nahe am Lebensende können diese beiden Prinzipien dann in Kollision geraten, wenn sich für den alten Menschen mit zunehmender, unumkehrbarer Einschränkung der Freiheitsgrade im wachsenden Maße die Sinnfrage des Weiterlebens stellt. Für die rechtliche Wertung dieser Situation gibt es zurzeit in unserer Gesellschaft noch keine einheitliche ethische Position. Es bestehen einige rechtsfreie bzw. juristisch nicht eindeutig geregelte Räume und eine nicht ganz einheitliche Rechtsprechung. (Der Deutsche Juristentag hat 2006 sowohl Vorschläge für das Strafrecht wie Anregungen für das

Zivilrecht erarbeitet mit dem Ziel der Wahrung der Patientenautonomie am Lebensende und einer größeren Rechtssicherheit für behandelnde Ärzte). In einigen europäischen Ländern existiert eine abweichende juristische Regelung. So ist z. B. in den Niederlanden, Belgien, Luxemburg und der Schweiz ärztliche Suizidbeihilfe unter definierten Umständen bei Beachtung entsprechender Bestimmungen erlaubt.

Der derzeit in Deutschland gültige juristische Rahmen ist der folgende:

- Aktive Sterbehilfe (d. h. mit dem Ziel oder der Absicht der Tötung) ist verboten und strafbar.
- Unterlassen bzw. Beendigung lebenserhaltender Therapiemaßnahmen ist unter gegebenen Umständen zulässig. Ziel ist die Leidensminderung.
- Die Gabe leidensmindernder Medikamente ist in der Endphase des Lebens gerechtfertigt, auch wenn dadurch eine mögliche Lebensverkürzung in Kauf genommen wird. Ziel ist auch in diesem Fall ausschließlich die Leidensminderung.
- Suizid und Suizidversuch sind nicht strafbar.
- Beihilfe zum Suizid ist gleichfalls nicht strafbar, soweit der Helfer nicht eine besondere Fürsorgepflicht für den Patienten hat („Garantenstellung“). Garanten sind z. B. Angehörige, Ärzte, Pflegepersonal und Sozialarbeiter.
- Eine Suizidhandlung wird in der deutschen Rechtsprechung als „Unglücksfall“ interpretiert. Jeder Bürger ist im Falle eines Unglücks verpflichtet, Hilfe zu leisten. Das gilt in besonderem Maße für „Garanten“.

Kontaktadressen/Ansprechpartner

Im Falle akuter Lebenskrisen, zu denen in Zuspitzung auch Suizidneigungen gehören können, gibt es ein breites Spektrum überregionaler, regionaler wie lokaler Ansprechpartner und Kontaktadressen, an die Sie sich wenden können. Es hängt vom jeweiligen Krisen Anlass, seiner Dringlichkeit sowie der Versorgungsstruktur und Verfügbarkeit von Hilfeeinrichtungen vor Ort ab, welche Einrichtungen und Berufsgruppen (z. B. Ärzte, psychologische Psychotherapeuten, Seelsorger) angesprochen werden können.

Überregional

- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfen in Lebenskrisen
www.suizidprophylaxe.de
DGS-Geschäftsstelle: neuhland e.V
Nikolsburger Platz 6, 10717 Berlin
Tel. 030/417283960
Unter „Hilfsangebote“ finden Sie nach Postleitzahlen geordnet die Kontaktadressen der Krisenhilfeeinrichtungen in Ihrer Nähe. Die Leistungen der Krisendienste sind kostenfrei.
- Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro)
[land.de Informationen über Ziele, Basisdaten, Struktur, Organisation, Arbeitsgruppen und Kontaktmöglichkeiten.](http://www.suizidpraevention-deutsch-</div><div data-bbox=)

- Telefonseelsorge
www.telefonseelsorge.de
Telefon bundesweit (gebührenfrei)
0800-1110111 und 0800-1110222
- Arbeitskreis Leben – Hilfe bei Selbsttötungsgefahr und Lebenskrisen (In Baden-Württemberg)
www.ak-leben.de
Unter „regional“ finden Sie die Kontaktadressen der AKL in Baden-Württemberg. Die Leistungen des AKL sind kostenfrei.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz
www.hospiz.net
Unter „Hospizadressen“ finden Sie alphabetisch geordnet die Kontaktadressen der Hospize
- Deutsche Stiftung Patientenschutz für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende www.hospize.de
Beratung, Prüfung und Registrierung von Vorsorgedokumenten/Patientenverfügungen. Telefonische Beratung unter:
0231/738073-0
030/2844484-0
089/202081-0



Regional und lokal

Erste Ansprechpartner vor Ort:

- Telefonseelsorge (s. oben)
- Krisenhilfeeinrichtungen (s. oben)
- Arbeitskreis Leben – Hilfe bei Selbsttötungsgefahr und Lebenskrisen (AKL) (Baden Württemberg) (s. oben)

Über das örtliche Telefonbuch, Broschüren, Internetadressen (z. B. „Wegweiser für ältere Menschen und ihre Angehörigen“ der Kommunen und Kreise)

Psychosoziale Einrichtungen

- Gerontopsychiatrische Beratungsstellen
- Ambulante Hospizdienste (s. oben)
- Altenberatungsstellen/Seniorenbüros
- Beratungsstellen (Ehe, Familie, Lebensfragen, Sucht)
- Sozialpsychiatrische Dienste

Ärztliche, therapeutische und seelsorgliche Hilfen

- Hausärzte
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Psychologische Psychotherapeuten
- Seelsorger (unter „Kirchen“ im örtlichen Telefonbuch)

Im Notfall

- Notarzt/Rettungsdienst (Tel. 112)
- Feuerwehr (Tel. 112)
- Polizei (Tel. 110)
- Ambulanzen an Kliniken (örtliches Telefonbuch)

Hilfen für Angehörige

- AGUS e.V. – Angehörige um Suizid
Tel. 0921/1500380
www.agus-selbsthilfe.de
- Anlaufstelle für Hinterbliebene nach Suizid
www.suizidprophylaxe.de
Unter „Hilfsangebote“ finden Sie nach Bundesländern geordnet solche Anlaufstellen.

Bayrisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.). (2012). Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung. München: Beck.

Erlemeier, N. (2011). Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter. Stuttgart: Kohlhammer.

Hirsch, R. D., Bruder, J. & Radebold, H. (Hrsg.). (2002). Suizidalität im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Bd. 4. Stuttgart: Kohlhammer.

Kunze, R. (1984). SELBSTMORD. In R. Kunze. Gespräch mit der amsel. Frankfurt a. M.: S. Fischer Verlag (Abdruck mit Genehmigung des S. Fischer Verlags).

May, A., Kreß, H., Verrel, T. & Wagner, T. (Hrsg.). (2014). Patientenverfügungen. Handbuch für Berater, Ärzte und Betreuer. Berlin – Heidelberg – New York: Springer.

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

Teising, M. (1992). Alt und lebensmüde. München: Reinhardt.

Wedler, H. (2001). Umgang mit Suizidalität und Sterbewünschen im Alter. Suizidprophylaxe, Jahrgang 28, Heft 4, S. 165-171.

Wolfersdorf, M., Bronisch, T & Wedler, H. (Hrsg.). (2008). Suizidalität: Verstehen – Vorbeugen – Behandeln. Regensburg: Roderer.

Darin insbesondere die Kapitel:

a) Alte Menschen und Suizidalität (Wächtler C., Erlemeier, N. & Teising, M.)

b) Ethische Aspekte der Suizidprävention (Wedler, H.), besonders Abschnitt: Suizidalität und Suizidprävention am Lebensende (S. 322 ff).

Zeitschrift „Suizidprophylaxe“, Themenhefte „Alterssuizid“, 2004 Jahrgang 31, Heft 2., „Suizidprävention“, 2005, Jahrgang 32, Heft 3/4., „Suizidalität im höheren Lebensalter“, 2009, Jahrgang 36, Heft 1/2.

„Alte Menschen“, 2011, Jahrgang 38, Heft 1.

Download der Zeitschrift „Suizidprophylaxe“ (www.suizidprophylaxe-online.de)

Faltblatt: Nationales Suizidpräventionsprogramm „Wenn das Altwerden zur Last wird – Hilfen bei Lebenskrisen und Selbsttötungsgefahr älterer Menschen. (Download über: www.suizidpraevention-deutschland.de)

Impressum

Herausgeber:
Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (www.suizidpraevention-deutschland.de)

Alle Rechte vorbehalten

Prof. Dr. phil. Norbert Erlemeier,
Daniela Hery
Prof. Dr. med. Dr. phil. Rolf D. Hirsch,
PD Dr. med. Reinhard Lindner, Dr. phil. Sylvia Schaller,
Prof. Dr. med. Barbara Schneider,
Dr. theol. Uwe Sperling, Prof. Dr. phil. Martin Teising,
Dr. med. Claus Wächtler, Prof. Dr. med. Hans Wedler

Frühere Mitarbeiter:
Monika Bauer, Dr. med. Heinrich Burkhardt,
Kristjan Diehl, Dr. soz. wiss. Peter Klostermann,
Prof. Dr. phil. Joachim Wittkowski

Journalistische Beratung:
Manfred Otzelberger, Bayreuth

Gestaltung: Günther Schöbel, Hamburg

Druck: Asmuth, Köln

Fotos: S. 3 Presse- und Informationsamt der Bundesregierung/Julia Faßbender.

Umschlagfotos, S. 6, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 22, 24 und 26 Werner Krüper.

5. Auflage November 2013

gefördert vom:



Bestelladresse:

Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock
Telefon 0 18 05 / 77 80 90*
Fax 0 18 05 / 77 80 94*
E-Mail publikationen@bundesregierung.de
Internet www.bmfsfj.de

*jeder Anruf kostet 14 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz, abweichende Preise aus dem Mobilfunknetzen möglich

Wenn das Altwerden zur Last wird

Suizidprävention im Alter

Selbsttötungen (Suizide) stellen ein großes gesundheitspolitisches und individuelles Problem dar. Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen (DGS) ergriff 2002 die Initiative für ein Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Beteiligt sind das Europäische Netzwerk für Suizidforschung und Prävention der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Dieser Initiative haben sich bisher mehr als 80 Organisationen, Verbände und Institutionen in Deutschland angeschlossen.

Alte Menschen sind besonders suizidgefährdet. Ihre Lebenssituation kann sich durch körperliche und seelische Belastungen so verschlechtern, dass sie nicht mehr weiterleben wollen. Die Öffentlichkeit nimmt wenig Notiz davon. Es wird leicht übersehen, dass auch im Alter Prävention, Krisenhilfe, Therapie und Leidensminderung möglich sind. Die Arbeitsgruppe Alte Menschen setzt sich zum Ziel, mit dieser Informationsschrift über Gründe und Anzeichen der Suizidgefährdung im Alter aufzuklären. Sie zeigt Wege auf, die helfen suizidalen Entwicklungen vorzubeugen.



Eine Initiative der



Herausgegeben von der Arbeitsgruppe Alte Menschen
im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland