



NATIONALES
SUIZIDPRÄVENTIONS
PROGRAMM

Vernetzen | Informieren | Aktivieren

Wenn das Altwerden zur Last wird

Suizidprävention im Alter

Inhaltsverzeichnis

Suizidprävention ist möglich	4
Die Lebenssituation des Menschen im höheren Alter und am Lebensende	6
Vorboten und Signale einer Suizidgefährdung	8
Entstehung von Suizidalität im Alter	9
• Kränkungen und Krisen	9
• Psychische Krankheiten im Alter	11
• Demenzerkrankungen und Suizid	12
• Körperliche Erkrankungen im Alter und ihre Folgen für Selbstständigkeit und Erleben	12
• Verlust des Partners oder der Partnerin	13
• Verlust von Selbstständigkeit	14
• „Hat das Leben im Alter noch Sinn?“	15
• Religiosität und Spiritualität	15
Suizidprävention, Krisenhilfe und längerfristige therapeutische Angebote	16
• Vorbereitung auf das Alter	16
• Annahme von Hilfen bei Krankheit und Behinderung	18
• Gespräche mit suizidalen alten Menschen	18
• Hilfsmöglichkeiten in Krisen	19
• Hilfen am Lebensende	20
• Hilfen für Angehörige	
Juristische Hilfen und Regeln	22
• Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, rechtliche Betreuung	22
• Juristische Regeln zur Suizidprävention und Sterbehilfe	23
Kontaktadressen/Ansprechpartner	24
Informationsquellen, Literaturhinweise	26
Impressum	27

Suizidprävention ist möglich

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 65 Jahre und älter. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung beträgt dagegen nur 22 Prozent. Alle zwei Stunden stirbt in Deutschland ein älterer Mensch ab 65 Jahren 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. Einbußen an Lebensqualität, zum Beispiel durch physische oder psychische Krankheiten, Verlusterfahrungen 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. Die Begriffe „Freitod“ und „Bilanzsuizid“ suggerieren eine freigeählte 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 „gelebten“ 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 Suizidprävention – 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 sind entweder nicht bekannt oder werden zu selten in Anspruch genommen.

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 sollen 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. Das zeigen sowohl die Wissenschaft als auch vielfache Erfahrungen aus der Praxis deutlich. Deshalb fordert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ihre Mitgliedsstaaten schon seit vielen Jahren dazu auf, umfassende nationale Suizidpräventionsstrategien einzurichten.



Die Verfasserinnen und Verfasser dieser Informationsschrift sind Mitglieder einer Arbeitsgruppe, die sich im Rahmen des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland mit Suizidalität und Suizidprävention bei älteren 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 höheren 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 wenig 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 selbstständige Lebensführung zu akzeptieren, die das Selbstwertgefühl gefährden und kränken können.

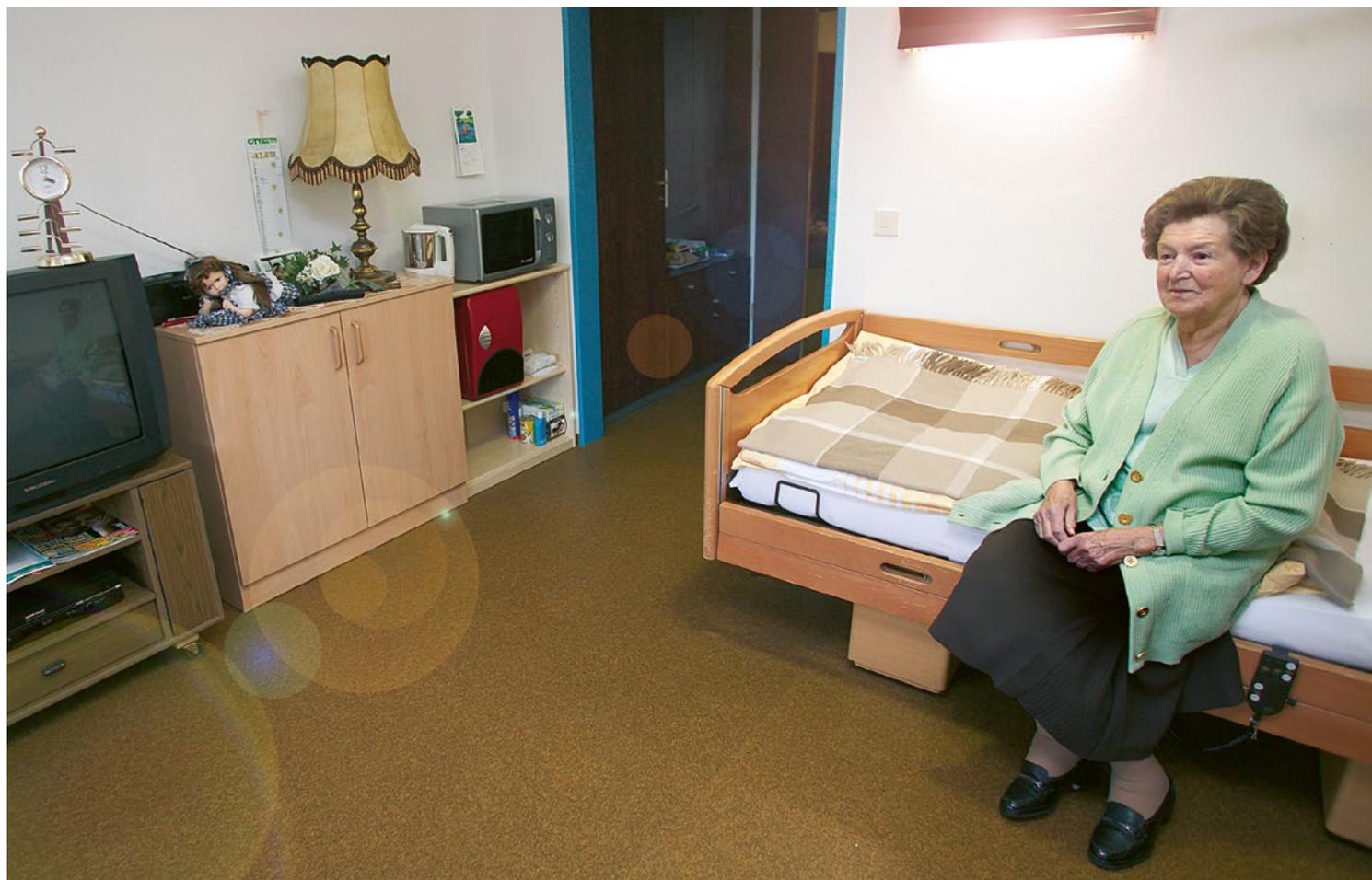
Dennoch ist festzuhalten, dass gut die Hälfte der über 90-Jährigen ihr Leben selbstständig führt und 70 Prozent von keinerlei gravierenden Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit betroffen sind. Viele alte Menschen leben im eigenen Haushalt, können auf eigene Ressourcen zurückgreifen oder sind in der Lage, bei Bedarf Fremdhilfe zu organisieren. Andere, unter ihnen viele Pflegebedürftige in Heimen, können ihr Leben nicht mehr so selbstständig 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 Auseinandersetzung mit den veränderten Bedingungen gilt es, die

persönlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten auszuschöpfen sowie 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 kein Interesse 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 Gedanken 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 die betreffende Person sich zu diesem Zeitpunkt bereits zum Suizid entschlossen hat. Bis dahin hatte sie sich in einem quälenden Zustand befunden, in dem sie zwischen „ich will mich töten“ und „vielleicht wird mir ja doch geholfen“ hin und her schwankte. Dieser innere Widerstreit ist Ausdruck einer schweren Krise. Die Entscheidung zum Suizid lässt solche Menschen plötzlich wie entspannt wirken. Umso mehr erschüttert dann, wenn sie sich wenig später das Leben nehmen.

Vorboten und Signale einer Suizidgefährdung können sein

- 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 Anforderungen, 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 auch 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 werden. Gesundheitsprobleme können die Lebensqualität in zentralen Bereichen beeinträchtigen. Es besteht die Sorge, in Zukunft auf die Hilfe der Familie und professioneller Helferinnen und 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 Gedanke, 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.

Beispiel

Gedanken, sich das Leben zu nehmen, sind dem 70-jährigen Angestellten bis zur Erkrankung seiner Ehefrau nie in den Sinn gekommen. Vor etwa 1 ½ Jahren wurde bei ihr Brustkrebs festgestellt. Damals erfolgte eine Operation mit anschließender Bestrahlung und Chemotherapie. Die Vorstellung, seine Frau würde sterben und er würde alleine zurückbleiben, erschien ihm damals unerträglich.

Nach der Operation, Bestrahlung und Chemotherapie 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.“

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), Angststörungen, Wahnerkrankungen und Suchterkrankungen bei Älteren. Dabei treten Demenzerkrankungen 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 typischerweise 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.

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. Depressionen werden noch immer nicht genügend erkannt und behandelt, teilweise unter der falschen Annahme, dass es „normal“ sei, dass ältere Menschen sich zurückziehen und trauern. Die sachgerechte Behandlung einer psychischen Erkrankung kann die Suizidgefährdung zum Abklingen bringen.

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
- Suizidgedanken
- Schlafstörungen
- Appetitlosigkeit
- Gewichtsabnahme
- Verdauungsstörungen
- Ängstliche Körperwahrnehmung
- Schmerzen ohne organische Ursache

Depressionen können im höheren Lebensalter jedoch auch andere Erscheinungsbilder aufweisen wie beispielsweise Ruhelosigkeit oder Gereiztheit.

Demenzerkrankungen und Suizid

Bis vor einigen Jahren war man noch der Meinung, Menschen mit einer Demenzerkrankung hätten kein besonders hohes Suizidrisiko. Inzwischen weist die wissenschaftliche Befundlage jedoch sehr deutlich in die andere Richtung: Menschen mit einer Demenz haben, vor allem im ersten Jahr nach Erhalt der Diagnose, ein erhöhtes Suizidrisiko. Dies gilt auch für die Diagnose der „leichten kognitiven Beeinträchtigung“. Das Risiko steigt zudem, wenn die Betroffenen bei Diagnosestellung relativ jung (unter 60 Jahre) sind oder weitere Risikofaktoren wie z. B. ein früherer Suizidversuch oder psychische Störungen vorliegen.

Bei Menschen in späteren Phasen der Demenz, wenn kognitive und körperliche Beeinträchtigungen stark zunehmen, ist das Suizidrisiko dagegen geringer als bei Menschen ohne Demenz. Deshalb sollte die Mitteilung einer Demenzdiagnose als sog. kritischer Eingriff angesehen werden und mit besonderer Empathie, Sorgfalt, engmaschiger Unterstützung und nach Möglichkeit unter Einbeziehung von Angehörigen und anderen Nahestehenden erfolgen.

Körperliche Erkrankungen im Alter und ihre Folgen für Selbstständigkeit und Erleben

Wohlbefinden und Selbstständigkeit 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 Selbstständigkeit der betroffenen Menschen.

Folgende Beschwerden beeinträchtigen nach Erfahrung der Altersmediziner und -medizinerinnen 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 einfachere Alltagsfunktionen wie Ankleiden und Körperpflege betroffen sein. Ein sich daraus ergebender Verlust der sozialen Kontakte kann zu Vereinsamung und Depression führen.

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



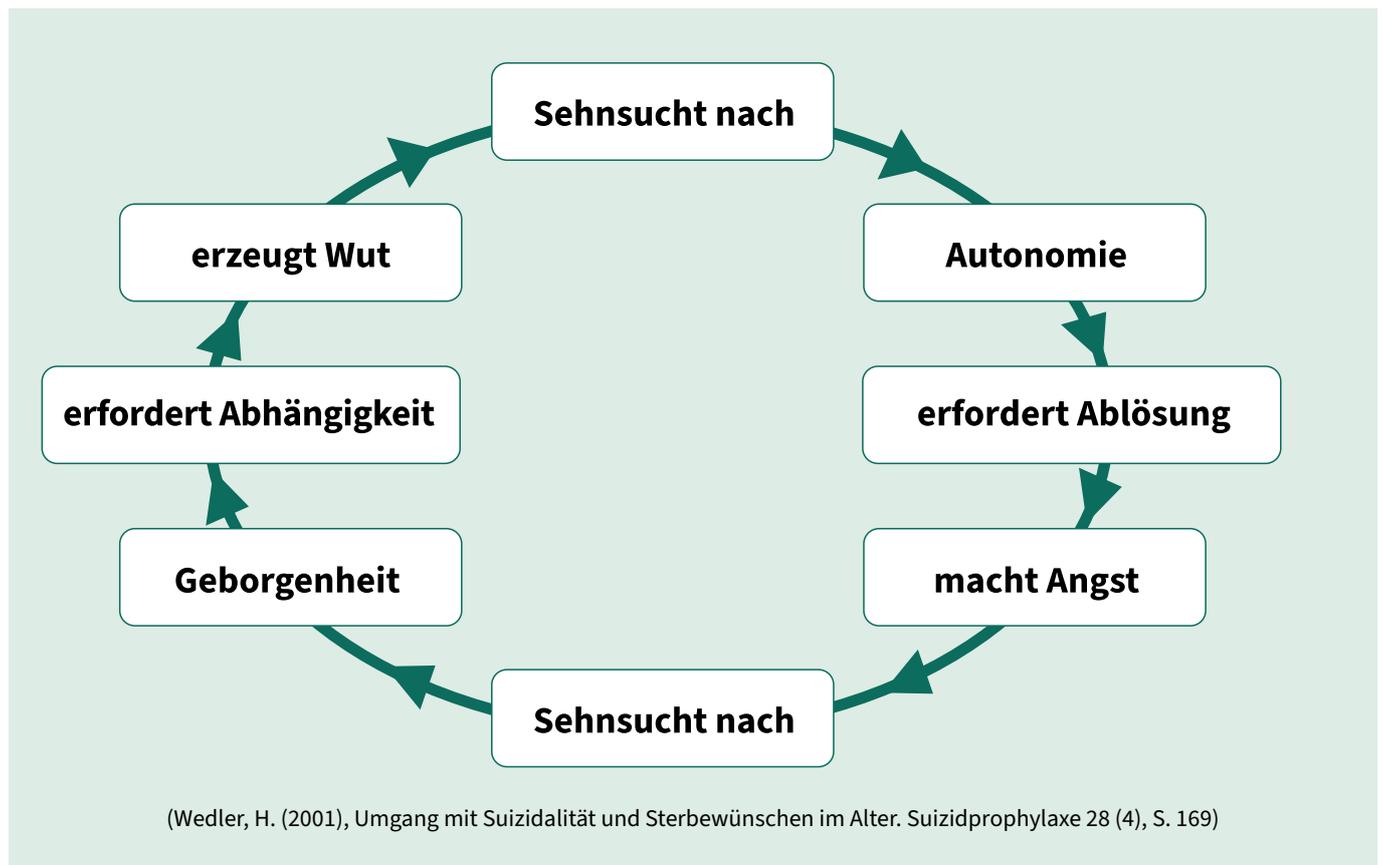
*Blindheit trennt von den Dingen,
Taubheit von den Mitmenschen*

Verlust des Partners oder der Partnerin

Der Verlust des Partners oder der Partnerin 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 nahe Mensch die einzige emotionale Stütze war. Diese emotionale Abhängigkeit kann es sehr schwer machen, den nötigen 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.

Abbildung 1: Spannungsfeld zwischen Autonomie- und Abhängigkeitsbedürfnis



Verlust von Selbstständigkeit

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

unserer 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 vielfach 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.

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.



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)
- Verbundenheit mit anderen Menschen

Religiosität und Spiritualität

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.

Frühzeitige Auseinandersetzung mit der zweiten Lebenshälfte

Jeder Mensch sollte sich spätestens in seinen mittleren Lebensjahren bewusstwerden, 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.

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 der Vorstellung 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, ob sie an ein glückliches Jenseits glauben mögen oder nicht.

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 überfällt, sind vorsorgende Planungen erforderlich. Dazu gehört die Vorbereitung eines altersgerechten Wohnens unter Berücksichtigung denkbarer Zeiten des Krankseins und der körperlichen Beeinträchtigung. Auch der mögliche Verlust des Partners oder der Partnerin 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 einer/s vertrauten, verlässlichen Hausärztin oder -arztes von unschätzbarem Wert. Gemeinsam kann 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.

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 zum Freundeskreis wie auch die Teilnahme an Gemeindeaktivitäten. Die Kommunikation mit Kindern und anderen Verwandten sollte so ablaufen, dass der Wunsch nach Unterstützung nicht als Erwartung oder gar Anspruch ausgedrückt oder missverstanden wird. Nur dann kann die Unterstützung zu einem wunderbaren und beglückenden Geschenk werden.

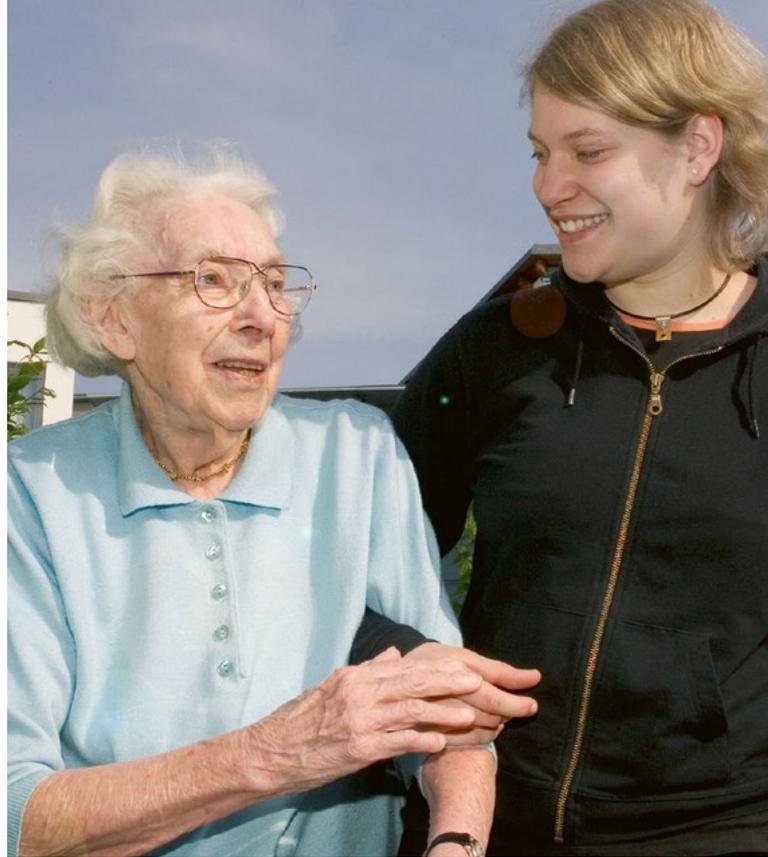


Annahme von Hilfen bei Krankheit und Behinderung

Anzeichen für Krankheiten sollten weder ignoriert noch ständig 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 körperlichen Behinderungen stehen vielfältige Hilfen zur Verfügung, die von der Wohnungseinrichtung über die Mobilität des Bettes bis zu Hörhilfen reichen. Wer beeinträchtigt ist, steht vor der Aufgabe, sich in besonderem Maße um kompetente Informationen zu kümmern. Schon bevor Beeinträchtigungen eintreten, können 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 Entlastung zu nutzen. Überforderungen, die zu einer weiteren Gesundheitsverschlechterung führen könnten, sollten dabei vermieden werden. Es gilt, sich an das Mögliche anzupassen und sich nicht selbst zu überschätzen.



Vielen Menschen fällt es schwer zu akzeptieren, dass sie Hilfe benötigen, und Hilfen anzunehmen. Im Verlauf des Lebens gibt es aber immer wieder Situationen, diese Fähigkeit zu erlernen.

Gespräche mit suizidalen alten Menschen

Es fällt nicht immer 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 Thema, dem viele lieber aus dem Weg gehen. Es erweckt Ängste und Unsicherheiten, etwas falsch zu machen und etwa die Suizidgefährdung des Gegenübers noch zu verstärken. Außerdem kann das Gespräch an krisenhafte Ereignisse im eigenen Leben des Helfers rühren.

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) und Absprachen treffen

Hilfsmöglichkeiten in Krisen

Entsteht eine Krisensituation, beispielsweise durch Verlust, Trauer oder soziale Einschränkung, ist der Kontakt mit Familienangehörigen, Freundeskreis und weiteren Vertrauenspersonen, insbesondere auch mit der vertrauten Hausärztin oder 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/die Notärztin gerufen und eine Krankenhauseinweisung eingeleitet werden.

Nach überstandener Akutphase im Anschluss an einen Suizidversuch 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). Darüber hinaus bietet das psychosoziale Versorgungsnetz viele Hilfsmöglichkeiten. Eine erste Anlaufstelle kann auch die Hausarztpraxis sein, zumal wenn sie bereits vertraut ist. In der Krisensituation brauchen auch Angehörige und Betreuungspersonen oft die 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 professionelle Hilfe 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 zum Eintritt des Todes, sondern kann sich auf einen vergleichsweise langen Zeitraum von Monaten oder gar Jahren erstrecken. Dies gilt insbesondere für Menschen mit einer Demenzerkrankung, die in ihren beiden letzten Lebensjahren oder länger viel Unterstützung in unterschiedlicher Intensität benötigen. Sie haben wie andere an neurodegenerativen Erkrankungen leidende Menschen Anspruch auf eine hospizlich-palliative Versorgung. Im Rahmen von Hospizarbeit und Leid lindernder (palliativmedizinischer und -pflegerischer) Betreuung wird auf die körperlichen, psychischen/seelischen, sozialen, spirituellen und materiellen Bedürfnisse und Wünsche der unheilbar Kranken eingegangen. Das Ziel dieser Betreuung besteht darin, dem schwer kranken oder sterbenden Menschen durch die Linderung körperlichen und 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 (am 18.02.2011) Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung verfasst, in denen die Handlungsmöglichkeiten des Arztes /der Ärztin eingehend beschrieben werden. Danach ist der Patientenwille – nach Möglichkeit vorher festgelegt in einer Patientenverfügung – stets für alle medizinischen Maßnahmen entscheidend und maßgebend. Angehörige können ärztliche Fachpersonen bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens unterstützen, wenn die Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt oder nicht mehr vorhanden ist. Darüber hinaus hat (am 25.06.2021) die Bundesärztekammer Hinweise zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen herausgegeben. Zu den ärztlichen Aufgaben gehören demnach das Gespräch über Suizidalität und Lebensmüdigkeit, die Information, Vermittlung und das Angebot von Hilfen bei schwerer Krankheit und beim Sterben. Die Mitwirkung bei der Selbsttötung ist dagegen keine ärztliche Aufgabe, sondern stellt eine individuelle Entscheidung dar, die standesrechtlich nicht verfolgt wird. Was den Umgang mit Todeswünschen und Suizidalität angeht, ist für die Pflege der Internationale Ethikkodex der Pflegenden maßgeblich. Danach haben Pflegende bei dem Wunsch, das Leben vorzeitig zu beenden, keine Mitwirkungspflicht.

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 Ansprechstellen, die sich besonders der Probleme von Hinterbliebenen annehmen. Es kann hilfreich sein, sich einer Gruppe anzuschließen, deren Teilnehmer einen ähnlichen Verlust zu beklagen haben. Auch in der hausärztlichen Praxis, mit der Angehörige möglicherweise schon vertraut sind, kann es Hilfe geben.

Fachbegriffe

Palliative Care: Sie wird von vier Säulen getragen: Palliativmedizin, Palliativpflege, spirituelle Begleitung und psychosoziale Begleitung. Im Mittelpunkt stehen nicht länger Heilung und Lebensverlängerung, sondern Linderung von Beschwerden und Förderung der Lebensqualität. Palliativversorgung kann ambulant zu Hause, in Wohngemeinschaften oder Pflegeeinrichtungen, aber auch im Krankenhaus sowie in spezialisierten Einrichtungen durchgeführt werden. Wenn nötig, kann eine Spezielle Ambulante Palliativversorgung (SAPV) eingebunden 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 individuelle medizinische Hilfe zur Leidensminderung, Schmerztherapie und Pflege, andererseits individuelle psychosoziale sowie spirituelle Hilfe zur Sicherstellung der Versorgung bzw. Begleitung, zur Mobilisation vorhandener Ressourcen und zum Austausch mit Worten und ohne Worte.

Änderung des Behandlungsziels: Heilende und lebenserhaltende Maßnahmen werden zugunsten einer palliativen Behandlung und Pflege beendet oder gar nicht erst begonnen.

Assistierter Suizid: Selbsttötung, bei der eine weitere Person Suizidmittel bereitstellt, welche sich die zum Tod entschlossene Person selbst zuführt.

Tötung auf Verlangen: Handlung, die durch eine andere Person vollzogen wird und zum Tod der Person führt, welche diese Handlung verlangt hatte.

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.

Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, rechtliche Betreuung

In einer Patientenverfügung können alle Bürgerinnen und Bürger zu jeder Zeit schriftlich ihren Willen festlegen, welche ärztlichen Maßnahmen sie wünschen bzw. nicht wünschen für den Fall, dass die eigene Selbstbestimmungsfähigkeit vermindert ist. Patientenverfügungen sind unabhängig von ihrem Ausstellungsdatum in Deutschland verbindlich, es sei denn, es gibt konkrete Hinweise, dass die betreffende Person ihre Meinung geändert hat. Patientenverfügungen müssen sich auf konkrete Krankheits- und Behandlungssituationen beziehen. Sie müssen dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin vorgelegt werden. Um diesen Kriterien zu entsprechen, empfiehlt es sich, sich zur Abfassung einer Patientenverfügung eingehend vom Arzt / von der Ärztin 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 und für Verbraucherschutz herausgegeben wurde (www.bmjv.de).

Angehörige oder andere Vertrauenspersonen benötigen eine Vorsorgevollmacht, um im Namen der betroffenen Person tätig zu werden, wenn diese nicht mehr in der Lage ist, eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen und ihre Angelegenheiten selbst zu regeln. – Ehegatten können sich in diesem Fall unter bestimmten Voraussetzungen in Angelegenheiten der Gesundheitsversorgung längstens sechs Monate gegenseitig vertreten (§ 1358 BGB). – Die Vollmacht kann sich vor allem auf die Wohnsituation, die ärztliche Versorgung und auch Vermögensangelegenheiten beziehen. Es besteht die Möglichkeit, die Vorsorgevollmacht bei einem Zentralen Vorsorgeregister zu hinterlegen (www.vorsorgeregister.de). 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 eigenen Antrag oder nach Anregung durch andere Personen ein Betreuer / eine Betreuerin vom Amtsgericht (Betreuungsgericht) eingesetzt werden, um die Regelung der Angelegenheiten für die betroffene Person zu übernehmen. In einer Betreuungsverfügung kann man im Vorgriff bestimmen, wer gegebenenfalls die Betreuung übernehmen soll. Das Gericht ist verpflichtet, diesen Wunsch zu beachten. Informationen zum aktuellen Betreuungsrecht stellt das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz zur Verfügung (www.bmjv.de).

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 und unumkehrbarer Einschränkung der Freiheitsgrade im wachsenden Maße die Sinnfrage des Weiterlebens stellt. Für die Wertung dieser Situation gibt es in unserer Gesellschaft keine einheitliche ethische Position. Es bestehen einige juristisch nicht eindeutig geregelte Räume und eine nicht ganz einheitliche Rechtsprechung. In den europäischen Ländern existieren unterschiedliche juristische Regelungen.

Der derzeit in Deutschland gültige juristische Rahmen ist folgender

- Suizid und Suizidversuch sind nicht strafbar.
- Durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.2.2020 wurde §217 StGb (Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung) aufgehoben.
- Beihilfe zum Suizid ist derzeit gesetzlich nicht geregelt (Stand 12.2023).
- Tötung auf Verlangen ist verboten und strafbar.
- Unterlassen bzw. Beendigung lebenserhaltender Therapiemaßnahmen ist unter gegebenen Umständen zulässig. Ziele sind die Leidensminderung und das Zulassen des Sterbens.
- 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.
- Eine Suizidhandlung wird in der deutschen Rechtsprechung als „Unglücksfall“ interpretiert. In erster Linie gilt es demnach, Hilfe zum Überleben zu leisten. Die Rechtsprechung tendiert dazu, bei vorhandener Freiverantwortlichkeit von Strafen wegen unterlassener Hilfeleistung abzusehen.

Kontaktadressen/Ansprechpartner

Im Falle akuter Lebenskrisen, zu denen in Zuspitzung auch Suizidalität und Suizidversuch gehören können, gibt es ein breites Spektrum überregionaler, regionaler sowie lokaler Ansprechpartner und Hilfsangebote, an die Sie sich wenden können. Es hängt vom jeweiligen Krisenanlass, 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 e. V.

DGS-Geschäftsstelle,
c/o PD Dr. Gerd Wagner, Klinik für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Jena,
Philosophenweg 3, 07743 Jena
E-Mail: dgs.gf@suizidprophylaxe.de
www.suizidprophylaxe.de

Unter „Hilfsangebote“ finden Sie die Adressen der Krisenhilfeeinrichtungen in Ihrer Nähe. Die Leistungen der Krisendienste sind kostenfrei.

Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro)

www.naspro.de
Expertennetzwerk, das Personen und Institutionen zu gemeinsamen Aktivitäten der Suizidprävention zusammenbringt und diese koordiniert. Informationen über Ziele, Basisdaten, Struktur, Organisation, Arbeitsgruppen und Kontaktmöglichkeiten.

Telefonseelsorge

www.telefonseelsorge.de
Telefon bundesweit (gebührenfrei)
0800-1110111 und 0800-1110222

Arbeitskreis Leben e. V. (AKL) – Hilfe in Lebenskrisen und bei Selbsttötungsgefahr (in Baden-Württemberg)

www.ak-leben.de
Hier finden Sie die Kontaktadressen der AKL in Baden-Württemberg. Die Leistungen des AKL sind kostenfrei.

Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e. V.

www.dhvp.de
Unter „Service/Hilfe finden“ finden Sie die Kontaktadressen der Palliativangebote.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.

www.dgpalliativmedizin.de/
Unter „Service“ finden Sie Kontaktadressen und Informationen

Deutsche Stiftung Patientenschutz für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende

www.stiftung-patientenschutz.de

Telefonische Beratung unter:

Dortmund: 0231-7380730

Berlin: 030-28444840

München: 089-2020810

*Beratung, Prüfung und Registrierung
von Vorsorgedokumenten/
Patientenverfügungen.*



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 und Internetadressen (z. B. „Wegweiser für ältere Menschen und ihre Angehörigen“ der Kommunen und Kreise) finden Sie

Psychosoziale Einrichtungen

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

Im Notfall

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

Ärztliche, therapeutische und seelsorgliche Hilfen

- Hausärztinnen und Hausärzte
- Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten
- Seelsorgerinnen und Seelsorger (unter „Kirchen“ im örtlichen Telefonbuch)

Hilfen für Angehörige

- AGUS e. V. – Angehörige um Suizid
Tel. 0921/1500380
www.agus-selbsthilfe.de
- BeSu Berlin, Beratung für Suizidhinterbliebene und Angehörige von Suizidgefährdeten
<https://www.besu-berlin.de/>

Informationsquellen, Literaturhinweise

Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro), Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) (2015). Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen. Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter. Köln, ISBN: 978-3-938800-23-2. Download über <https://www.naspro.de/dl/memorandum2015.pdf>

Bayerisches Staatsministerium der Justiz (Hrsg.). (21. Aufl., 2023). Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung. München: Beck. <https://patientenverfuegung.beck.de/> Kostenloser Download über https://www.justiz.bayern.de/static/broschueren/vorsorge_fuer_unfall_krankheit_und_alter/index.html#page=1

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

Lindner, R., Drinkmann, A., Schneider, B., Sperling, U. & Supprian, T. (2022). Suizidalität im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 55, 157-164. Online verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00391-022-02030-w.pdf>

Lindner, R., Hery, D., Schaller, S., Schneider, B., Sperling, U. (Hrsg.). (2014). Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro). Berlin: Springer.

Lindner, R., Sperling, U., Drinkmann, A., Hery, D., Renken, S., Schneider, B., Supprian, T. & Teising, M. (2021). Suizidprävention für alte Menschen. In: B. Schneider, R. Lindner, I. Giegling et al. (Hrsg.). Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven (S. 141-168).

Kassel: Deutsche Akademie für Suizidprävention (DASP). DOI: 10.17170/kobra-202107014195. Online verfügbar unter: <https://www.naspro.de/dl/Suizidpraevention-Deutschland-2021.pdf>

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

Sperling, U. (2019). Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Suizidprophylaxe, 46, 4-14.

Supprian, T. (2019). Suizidalität von Demenzkranken. Suizidprophylaxe, 46, 48-52.

Teismann, T. & Dorrman, W. (2021). Suizidalität (Reihe: Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 32). Göttingen: Hogrefe.

Teismann, T. & Dorrman, W. (2015). Suizidgefahr? Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige (Ratgeber zur Reihe: Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 32). Göttingen: Hogrefe.

Wolfersdorf, M. & Etzersdorfer, E. (2022). Suizid und Suizidprävention: Ein Handbuch für die medizinische und psychosoziale Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.

Weltgesundheitsorganisation WHO (2014). Preventing Suidice: A global imperative. Online verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>. Deutsche Übersetzung bei Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2016). Online verfügbar unter <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/suizidalitaet>

Zeitschrift „Suizidprophylaxe“. Download über www.suizidprophylaxe-online.de

Weitere Informationen über Suizid und Suizidprävention

Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro)
www.naspro.de oder www.suizidpraevention.de

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) www.suizidprophylaxe.de

Impressum

Herausgeber

Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen
Suizidpräventionsprogramm für Deutschland
www.naspro.de oder www.suizidpraevention.de

Alle Rechte vorbehalten

Redaktion

Dr. Uwe Sperling
Prof. Dr. Arno Drinkmann
Heike Kautz M.SC.N
Prof. Dr. Eva-Marie Kessler
PD Dr. Ute Lewitzka
Prof. Dr. Reinhard Lindner
Prof. Dr. Gabriele Röhrig-Herzog
Dr. Katharina Roscher
Prof. Dr. Barbara Schneider
Dr. Anne Schornberg
Prof. Dr. Tillmann Supprian

Frühere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Monika Bauer
PD Dr. Heinrich Burkhardt
Kristjan Diehl
Prof. Dr. Norbert Erlemeier
Daniela Hery LL.M. (MedR)
Prof. Dr. Rolf D. Hirsch
Dr. Peter Klostermann
Dipl. Psych. Silvia Renken
Dr. Sylvia Schaller
Pfrin. Christine Schoeps
Prof. Dr. Martin Teising
Dr. Claus Wächtler
Prof. Dr. Hans Wedler
Prof. Dr. Joachim Wittkowski

Journalistische Beratung

Manfred Otzelberger, Bayreuth

Gestaltung

markenmut. AG, Trier

Druck

inpuncto:asmuth druck + medien gmbh, Köln

Fotos

S. 5 Presse- und Informationsamt der
Bundesregierung/Julia Faßbender
S. 7, 9, 12, 13, 15, 17, 18, 22 und 25
Werner Krüper

7. aktualisierte Auflage/Januar 2024

Gefördert vom



Bestelladresse

Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09
18132 Rostock
Telefon 030/18 272 272 1
Fax 030/18 10 272 272 1
E-Mail publikationen@bundesregierung.de
www.bmfsfj.de



Wenn das Altwerden zur Last wird

Suizidprävention im Alter

Selbsttötungen (Suizide) stellen ein großes gesundheitspolitisches und individuelles Problem dar. Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) ist das Expertennetzwerk für Austausch und Wissensvermittlung zu Suizid, Suizidalität und Suizidprävention in Deutschland. Es wurde 2001 auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention gegründet.

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 Hintergründe und Anzeichen der Suizidgefährdung im Alter aufzuklären. Sie zeigt Wege auf, die helfen suizidalen Entwicklungen vorzubeugen.