



# JA ZUM LEBEN ABER NICHT MEHR SO!

## Suizidprävention im Alter

N° d'agrément SANTE-101/14

Mit freundlicher Genehmigung der Arbeitsgruppe Alte Menschen und des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland wurden Inhalte der Broschüre „Wenn das Altwerden zur Last wird – Suizidprävention im Alter“, gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, in Teilen übernommen bzw. überarbeitet sowie an die luxemburgische Versorgungssituation und -politik angepasst.

Die Verfasserinnen und Verfasser der vorliegenden Ausgabe für Luxemburg sind Mitglieder einer Arbeitsgruppe\*, die sich im Rahmen des Nationalen Suizidpräventionsplans in Luxemburg mit der Suizidprävention bei alten Menschen befasst und an der Verbesserung der Versorgungssituation mitwirkt.

**Verantwortliche Autorinnen für die inhaltliche Textgestaltung:**

Dr. Martine Hoffmann und Vibeke Walter (Center fir Altersfroen)

\*

Center fir Altersfroen: Dr. Martine Hoffmann und Vibeke Walter

D'Ligue – Service Information et Prévention: Sacha Bachim

Servior: Xavier Thiéry und Nadine Erpelding

Gemeinde Hesperingen: Romain Juncker

<b>VORWORT</b>	<b>5</b>
<b>1. EINLEITUNG</b>	<b>7</b>
<b>2. DIE LEBENSSITUATION DES MENSCHEN IM HOHEN ALTER</b>	<b>11</b>
<b>3. VORBOTEN UND SIGNALE EINER SUIZIDGEFÄHRDUNG</b>	<b>15</b>
3.1. ENTSTEHUNG VON SUIZIDALITÄT IM ALTER	<b>16</b>
3.2. KRÄNKUNGEN UND KRISEN	<b>17</b>
3.3. PSYCHISCHE KRANKHEITEN IM ALTER	<b>19</b>
3.4. VERLUSTERFAHRUNGEN IM ALTER	<b>23</b>
<b>4. SUIZIDPRÄVENTION UND KRISENHILFE</b>	<b>29</b>
4.1. VORBEREITUNG AUF DAS ALTER	<b>29</b>
4.2. GESPRÄCHE MIT SUIZIDALEN ALTEN MENSCHEN	<b>32</b>
4.3. HILFSANGEBOTE IN KRISEN	<b>34</b>
<b>5. ORIENTIERUNG AM LEBENSENDE</b>	<b>37</b>
5.1. GESETZLICHE REGELUNGEN	<b>37</b>
5.2. HILFEN FÜR TRAUERENDE	<b>40</b>
DENKANSTOSS UND QUINTESSENZ	<b>44</b>
<b>6. ADRESSEN</b>	<b>45</b>



## VORWORT

*Menschen helfen zu wollen, die suizidgefährdet sind, besonders, wenn es sich dabei um ältere, sozial isolierte Menschen handelt, stellt einen vor große Herausforderungen. Suizid im Alter ist immer noch ein Tabuthema, vor dem man jedoch die Augen nicht verschließen darf. Der erste Schritt zur Hilfe ist oft der schwierigste, aber gleichzeitig auch der entscheidendste Schritt. Erkennung und Prävention spielen hierbei eine zentrale Rolle.*

*Die Broschüre „Ja zum Leben, aber nicht mehr so!“ wurde im Rahmen des ersten Nationalen Suizidpräventionsplans 2015-2019 erstellt. Der Fünffjahresplan sieht insgesamt 33 Aktionen der Suizidprävention vor, die sowohl die Ursachen als auch die Konsequenzen des Suizides bekämpfen, sowie die Anzahl der Suizidversuche reduzieren sollen.*

*Bei einem Viertel der Suizide handelt es sich um Menschen, die über 65 Jahre alt sind. Hinzu kommt noch, dass es quer durch die Gesellschaft 20-mal mehr Suizidversuche als Suizide gibt. Es handelt sich also hierbei nicht um eine isolierte Altersproblematik, sondern um ein Problem der öffentlichen Gesundheit. Suizidprävention ist daher ein Thema, das die Gesellschaft als Ganzes betrifft. Für das Ministerium für Gesundheit ist die Suizidprävention im Alter folglich ein weiterer und wichtiger Bestandteil seiner gesundheitspolitischen Bemühungen zur Erhaltung einer bestmöglichen Gesundheit und Lebensqualität für alle Mitmenschen.*

*Suizidprävention im und für das Alter muss bereits sehr früh beginnen, indem man sein Älterwerden bewusst vorbereitet und sinnvoll gestaltet.*

*Dazu gehört vor allem die Erhaltung sozialer Kontakte in betagterem Alter. Eine wichtige Priorität des Familienministeriums ist deshalb die Prävention der sozialen Isolation älterer Menschen. Anlaufstellen wie das Seniorentelefon, die Aktivitäten der Clubs Seniors und staatlich unterstützter Leistungsträger wie dem RBS -Center für Altersfreien sowie Informationsmaterial über Dienstleistungen für Senioren sind gezielte Orientierungshilfen, um gegen die Einsamkeit im Alter anzukämpfen.*

*Die Suizidprävention geht noch einen Schritt weiter: die vorliegende Broschüre befasst sich intensiv mit dem Thema, informiert und sensibilisiert Betroffene, das Umfeld, das Fachpersonal und alle Freiwilligen, die ältere Menschen auf ihrem Lebensweg begleiten. Das Glossar mit nützlichen Adressen dient als Hilfe zur Selbsthilfe und ermutigt dazu, den ersten Schritt zu tun und sich Hilfe zu holen, im Wissen, dass man nicht alleine sein muss.*

*Wir bedanken uns bei der Arbeitsgruppe des Nationalen Suizidpräventionsplans, beim Service d'Information et de Prévention der Ligue Luxembourgeoise d'Hygiène Mentale und beim RBS – Center für Altersfreien für die Ausarbeitung der Broschüre „Ja zum Leben, aber nicht so!“. Sie haben mit der Broschüre einen wichtigen Beitrag geleistet für einen offeneren Umgang mit dem Thema „Suizid im Alter“ und bieten den Betroffenen und ihrem Umfeld eine wertvolle Hilfestellung.*



Étienne SCHNEIDER

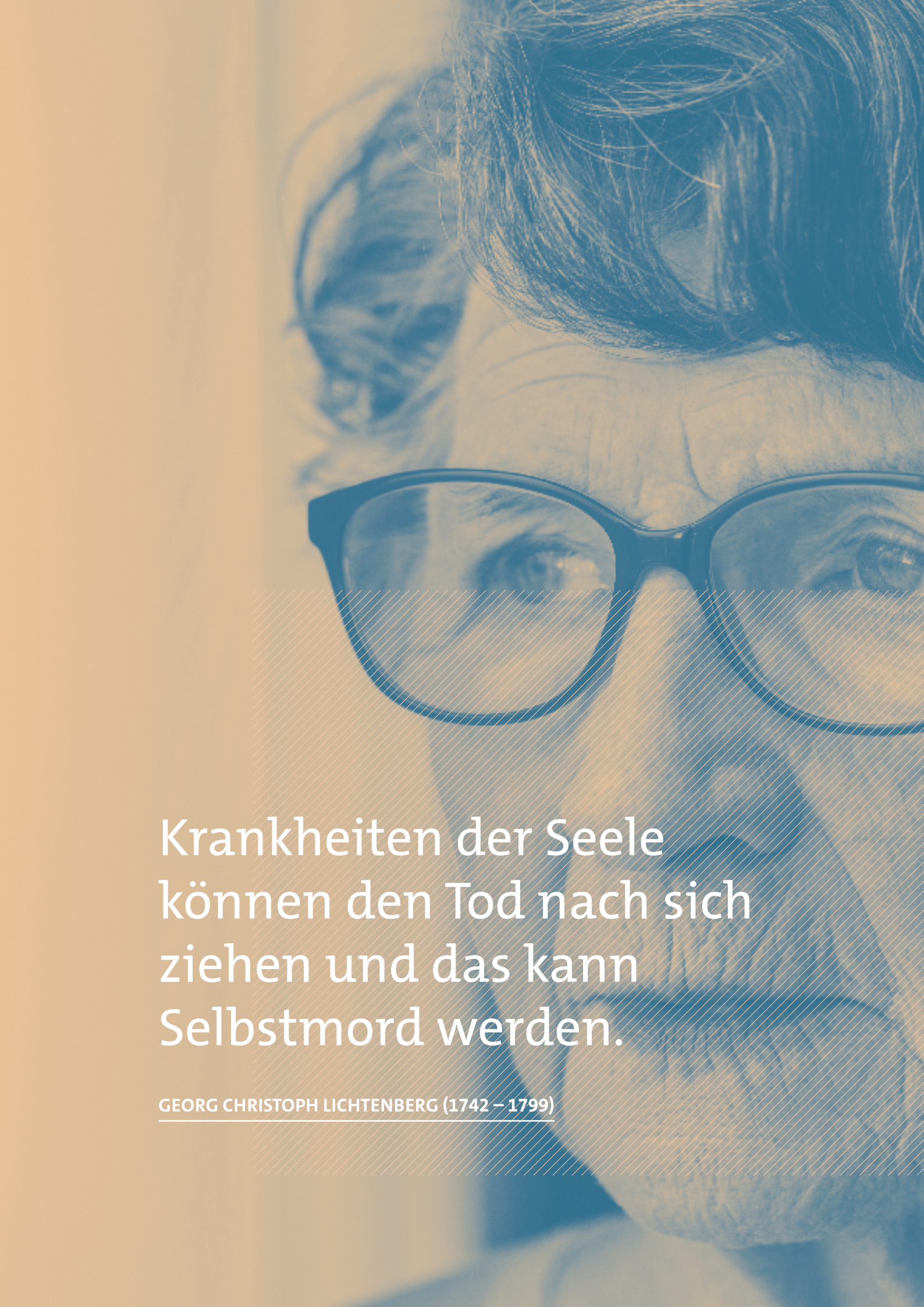
Vizepremierminister  
Minister für Gesundheit



Corinne CAHEN

Ministerin für Familie  
und Integration





Krankheiten der Seele  
können den Tod nach sich  
ziehen und das kann  
Selbstmord werden.

GEORG CHRISTOPH LICHTENBERG (1742 – 1799)

## 1. EINLEITUNG

---

Niemand redet gerne darüber. Suizid ist eine traurige, oft wenig sichtbare und dennoch nicht seltene Todesursache bei alten Menschen. Von den insgesamt 60 bis 70 Personen, die sich laut statistischen Erfassungen jedes Jahr in Luxemburg das Leben nehmen, ist das Risiko bei den über 75-Jährigen vergleichsweise am höchsten. Die Suizide bei älteren Menschen übersteigen die der unter 25-Jährigen sogar um das drei- bis vierfache. Diese Zahlen beziehen sich wohlverstanden auf die als Suizid registrierten Todesfälle. Besonders gefährdet sind Personen, die sozial isoliert leben und die sich nach eigenen Aussagen sehr einsam fühlen. Unter diesen sind wahrscheinlich – im Kontext anderer Belastungen – die suizidgefährdeten alten Menschen zu finden.

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 wird. Die Hoffnung auf Veränderung schwindet. Aber auch schwere Einbußen an Lebensqualität, z.B. durch physische oder psychische Krankheiten, Verlusterfahrungen und soziale Isolierung, die Betroffene nicht mehr ertragen können oder wollen, können Auslöser für eine Suizidhandlung sein.

Bei alten Menschen wird – oft als Folge eines negativen Altersbildes, welches das hohe Alter vorrangig als Last impliziert – eine Suizidhandlung nicht immer als solche wahrgenommen. Zum einen scheinen Suizidhandlungen im Alter oft weniger als Hilfeappell an andere, als vielmehr letzter Akt in einer als hoffnungslos wahrgenommenen Lebenslage verstanden zu werden. Zum anderen scheint die Selbsttötung am Ende eines „verbrauchten“ Lebens akzeptabler zu sein als der Suizid bei jüngeren Menschen, deren Leben sich eher noch zum Positiven ändern kann.

Präventionsstrategien müssen folglich multidimensional und multiperspektivisch ausgerichtet sein. So gibt es hierzulande bereits Anstrengungen von verschiedenen Akteuren mit einem besonderen Augenmerk auf die Bedürfnisse

alter Menschen im Sinne einer Förderung von Lebensqualität und sozialer Teilhabe. Im Rahmen des nationalen Suizidpräventionsplans wurde daher im Jahr 2018 eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die durch gezielte Projekte und Maßnahmen zur Förderung der mentalen Gesundheit und Suizidprävention bei älteren Menschen auf individueller, institutioneller, kommunaler und gesellschaftlicher Ebene beiträgt. Neben der Organisation praxisnaher Workshops, öffentlicher Vorträge und projektbezogener Interventionsmaßnahmen entstand dieses Jahr zudem die vorliegende Informationsbroschüre.

Ihr Ziel ist es, über die Sensibilisierung für Suizidprävention im Alter hinaus konkrete Vorschläge und Hilfestellungen für Betroffene und ihre Angehörigen sowie Informationen zur Optimierung suizidpräventiver Strategien für die professionelle Pflege und Begleitung von alten Menschen abzuleiten. 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.

Die Broschüre gliedert sich in mehrere thematische Kapitel. Zunächst werden altersbezogene Veränderungen und mögliche Auswirkungen auf die individuelle Lebenssituation beleuchtet. Anschließend wird dargestellt, wie Suizidalität im Alter entstehen kann und wie sie sich in Erleben und Verhalten äußert. Im Folgenden wird auf Möglichkeiten der konkreten Prävention sowie der Krisenbewältigung eingegangen. Orientierungshilfen im Hinblick auf die Gestaltung des letzten Lebensabschnitts werden am Schluss der Broschüre ebenfalls erörtert.

### **Diese Informationsbroschüre wendet sich an**


- Personen, die das Thema Suizid und Suizidprävention nicht unbeteiligt lässt und sich informieren wollen.
- Menschen, die sich mit dem Gedanken an Suizid 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, sowie angehende Berufseinsteiger und Studenten.



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 und nötig. Was sie bewirken kann, hat Reiner Kunze in einem Gedicht sehr einfühlsam zum Ausdruck gebracht.



Selbstmord:  
Die letzte aller Türen,  
doch nie hat man  
an alle schon geklopft.

REINER KUNZE (1984)

## 2. DIE LEBENSSITUATION DES MENSCHEN IM HOHEN ALTER

---

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. Gleichzeitig gibt es jedoch 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 negativ geprägt, obwohl die einseitig defizitäre Sicht widerlegt wurde. Die Lebensphase Alter birgt nämlich noch viel Entwicklungspotential. Auch 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 steigt, zu erkranken oder Pflege in Anspruch nehmen zu müssen.

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

Hohes Alter muss dennoch keineswegs gleichbedeutend mit Krankheit und Autonomieverlust sein. Vielmehr ist Altern ein Prozess, der sich individuell sehr unterschiedlich gestaltet. Viele alte und sehr alte Menschen leben im eigenen Haushalt, können auf eigene Ressourcen zurückgreifen oder sind in der Lage, bei Bedarf Fremdhilfe zu organisieren. Andere dagegen können ihr Leben nicht mehr so selbstständig gestalten, wie sie es gerne täten. Dennoch werden insbesondere auch in stationären Einrichtungen viele Anstrengungen unternommen, durch angemessene und individuelle Hilfeleistungen ein Leben in Selbstbestimmtheit zu unterstützen und der sozialen Isolation durch zahlreiche Aktivitäten und Angebote erfolgreich entgegenzuwirken.

**„Jeder will alt werden, aber keiner will es sein“, so lautet ein gängiges Motto. Doch wie funktioniert die psychologische Anpassung an das Älterwerden?**

**Der Mensch in der „Komm-fort-Zone“:** Menschen sind Gewohnheitstiere und setzen auch im Alter gerne Gewohntes aus früheren Jahren fort. Andererseits sehen wir uns zeitlebens – und somit auch im Alter – immer wieder mit Veränderungen, neuen Möglichkeiten und Aufgaben konfrontiert. Haben Kinder und/oder Beruf bisher viel Zeit und Energie beansprucht, gilt es nun, die gewonnene Freiheit zu gestalten. Aber neue Freiheit bedeutet zugleich neue Arbeit: Der Tag will möglicherweise anders strukturiert werden, für die verbleibende Lebenszeit muss eine Perspektive entwickelt werden.

**Der Mensch, der ewige „Entwickler“:** Sich erreichbare Ziele zu setzen und Pläne zu entwerfen, tragen zum Wohlbefinden des Menschen bei. In der Auseinandersetzung mit den veränderten Bedingungen gilt es, die persönlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten optimal auszuschöpfen, die durch frühere Aufgaben und bewältigte Krisen gewonnene Lebenserfahrung zu nutzen.

Die Akzeptanz des Alterns und der Endlichkeit des Lebens sind (Entwicklungs-) Aufgaben, die den Menschen bis ins höchste Alter fordern. Entwicklung im Alter bedeutet auch anzuerkennen, dass sich die eigene Lebenssituation weiterhin verändern kann.

Zufriedenheit ist kein Dauerzustand, sondern muss immer wieder neu „erarbeitet“ werden. Jeder Mensch hat seine ganz persönliche Lebens- und Leidensgeschichte und seinen ganz persönlichen Umgang damit. Dabei ist es keineswegs so, dass der, der am meisten besitzt, auch am zufriedensten ist. Einerseits gibt es Menschen, denen es objektiv gesehen an nichts fehlt und die dennoch todunglücklich sind („Unzufriedenheitsdilemma“). Andererseits gibt es Menschen, denen es offensichtlich sehr schlecht geht und die sich dennoch

des Lebens freuen („Zufriedenheitsparadox“). Es gibt keine Normen und keine Regeln für zufriedenes Altern – Zufriedenheit liegt immer im Auge des Betrachters. Hier macht das hohe Alter keine Ausnahme: Die individuelle Situation und der jeweilige Umgang damit sind das Maß der Dinge. Wer hartnäckig an unerreichbaren Zielen festhält und verpassten Chancen nachtrauert, wird zwangsläufig unzufrieden werden. Überforderung, aber auch Unterforderung können Gesundheit und Wohlbefinden beeinträchtigen. Schafft man es dagegen, seine Wertmaßstäbe anzupassen, seine Prioritäten anders zu setzen und sich mit sich und seinem Leben zu versöhnen, gestaltet sich der Übergang ins Alter in vielerlei Hinsicht reibungsloser.

Dem Umgang mit der eigenen Sterblichkeit kommt dabei ein ganz wesentlicher Stellenwert zu.

**Je mehr sich der Lebenshorizont schmälert, umso dringlicher werden die Bejahung des gelebten Lebens und die Aussöhnung mit verpassten Chancen und unerfüllt gebliebenen Wünschen.**

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 haben darauf ihre eigenen Antworten und Lebenshilfen. Es gibt jedoch auch Menschen, die ihre Situation und Zukunft als so belastend erleben, dass sie für ihre Probleme keine Lösung sehen und auf existenzielle Fragen keine sinnstiftende Antwort mehr finden. Dabei entsteht nicht selten das paralysierende Gefühl, das eigene Leben nicht mehr unter Kontrolle zu haben. Oder das Weiterleben wird zu einer schier unerträglichen Last. Charakteristisch für eine solche seelische Notlage oder „Krise“ ist, dass Menschen sich einer Belastung ausgesetzt (oder ausgeliefert) fühlen, die sie in diesem Moment nicht mit ihren gewohnten Bewältigungsstrategien oder Ressourcen meistern können. Diese existenzielle Not kann zusammen mit weiteren Belastungen zu der Erwägung führen, seinem Leben ein Ende zu setzen. Suizid hat viele motivationale Gesichter: sich das Leben zu nehmen, um die Kontrolle über sein Leben zurückzugewinnen, kann eines



davon sein. Aber auch das Gefühl nur noch eine Last und von keinerlei Nutzen mehr für die Familie zu sein, kann zum Auslöser für Suizidhandlungen bei alten Menschen werden.

**Weitere Faktoren, die das Risiko akuter Suizidalität erhöhen sind:**

- Akute Krisensituationen, kritische Lebensereignisse
- psychische Erkrankungen (insbesondere Depressionen)
- substanzgebundene Suchterkrankungen (Alkohol, Medikamente, Drogen)
- hohe Impulsivität oder emotional instabile Persönlichkeitszüge
- schwere fortschreitende körperliche/psychische Erkrankungen
- Suizidankündigungen und frühere Suizidversuche (insbesondere im letzten Jahr)
- Suizide oder Suizidversuche im engen Umfeld



### 3. VORBOTEN UND SIGNALE EINER SUIZIDGEFÄHRDUNG

---

Der Gedanke an Suizid alleine geht nicht eins zu eins mit einer unmittelbaren Selbsttötungsabsicht einher. Dennoch ist jede Äußerung von Suizidgedanken oder Suizidabsicht unbedingt ernst zu nehmen. Denn die Betroffenen erkennen selbst nicht immer, dass sie Hilfebedarf haben. Besonders bedrohlich wird es, wenn der Suizid bereits konkret geplant wird.

Eine beginnende suizidale Verstimmung kündigt sich häufig durch ein Gefühl der „Einengung“ an: Betroffene berichten, dass sie keine Interessen mehr haben, weder an ihren Hobbys noch an ihrem Lieblingssport oder kulturellen Veranstaltungen. Sie ziehen sich aus zwischenmenschlichen Beziehungen zurück. Sie fühlen sich in ihrem Denken eingengt „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 sein. Wenn nämlich ein Mensch, der zuvor Suizidgedanken oder konkrete Suizidabsichten geäußert hatte, plötzlich entspannter wirkt und nicht mehr von Suizid spricht, kann dies bedeuten, dass der Betroffene sich bereits dazu 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. Umso mehr erschüttert es dann, wenn er sich wenig später tatsächlich das Leben nimmt.

### Frühwarnzeichen

- Gefühl der Einengung („Tunnelblick“)
- 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“)

## 3.1 ENTSTEHUNG VON SUIZIDALITÄT IM ALTER

### Ein Fallbeispiel:

Gedanken, sich das Leben zu nehmen, sind dem 70jährigen Pensionär bis zur Erkrankung seiner Ehefrau nie in den Sinn gekommen. Vor etwa anderthalb 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 viel vor. Zwar war auch er gesundheitlich durch eine Nierenoperation angeschlagen, aber gemeinsam würden sie es wie früher schon schaffen, ihre mehr oder minder schweren Krankheiten zu bewältigen. Als bei einer Nachsorgeuntersuchung erneut ein krebsverdächtiger 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, ja zur Gewissheit geworden. 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“.

## 3.2 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 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 oder 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 vielmehr 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 in Ruhe gelassen werden wollen.**

Kann dieses zwiespältige Erleben und Verhalten besser verstanden werden, ist vielfach Hilfe möglich. Das Verständnis, warum ein Mensch in einer belastenden Lebenssituation daran denkt, sich das Leben zu nehmen, ergibt sich letztlich immer nur vor dem Hintergrund seiner lebensgeschichtlichen Bezüge, sprich den bisherigen Bewältigungserfahrungen und gegenwärtig verfügbaren Ressourcen. 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. Das Nachlassen der eigenen Kräfte sowie der Verlust wichtiger sozialer Ressourcen führt oftmals dazu, dass alte Menschen den Widrigkeiten des Lebens nicht mehr den gewohnten Widerstand entgegensetzen können. Auch können frühe Traumatisierungen, die zeitlebens verdrängt werden konnten, „wie aus dem Nichts“ plötzlich reaktualisiert werden und ins Bewusstsein geraten. Aus diesem Blickwinkel und bei derartigen Überforderungssituationen fällt es älteren Menschen nicht leicht, die nötige Kraft aufzubringen, um Unterstützung anzufordern, die dazu beitragen könnte, ihre aktuelle Lebenssituation erträglicher zu machen.



### 3.3 PSYCHISCHE KRANKHEITEN IM ALTER

Etwa jeder vierte Mensch über 65 Jahren leidet an einer psychischen Erkrankung. Am häufigsten handelt es sich dabei um Depressionen. An weiteren psychischen Erkrankungen finden sich Hirnleistungsstörungen (Demenzen), Angststörungen, Wahn- und Suchterkrankungen. Aber auch die Befürchtung, an einer Demenz zu erkranken oder bereits erkrankt zu sein, stellt ältere Menschen – besonders im Falle einer Verdachtsdiagnose – vor große (Bewältigungs-)Herausforderungen: Gerade zu Beginn einer Demenzerkrankung erkennt oder ahnt der Betroffene seine Defizite und erlebt angst- und qualvoll die zunehmenden Einschränkungen. Das Wissen um die Erkrankung und ihren Verlauf bzw. den damit verbundenen gefürchteten Konsequenzen können bei unzureichender Begleitung eine reaktive depressive Episode mit suizidalem Risiko hervorrufen.

**Alle psychischen Erkrankungen bergen eine erhöhte Suizidgefahr.** Dies trifft insbesondere auf Depressionen zu. Hierfür scheint mitverantwortlich zu sein, dass Depressionen typischerweise mit Überzeugungen einhergehen, nichts wert zu sein, nichts Produktives mehr zu schaffen sowie mit Gefühlen von Mut-, Kraft- und Hoffnungslosigkeit. Diese negativ verzerrte Sicht der eigenen Person, der Welt und der Zukunft, stricken den scheinbar unauflösbaren Knoten der Depression, aus dem es kein Entrinnen mehr zu geben scheint. Eine Hoffnung auf Hilfe durch Behandlung wird nicht (mehr) erkannt. Selbsttötung wird dann als die einzige Möglichkeit gesehen, diesen quälenden Gedanken und Gefühlen zu entkommen.

Besonders zurückhaltende, stille und unauffällige alte Menschen werden in ihrem seelischen Leiden „übersehen“. Oft vereinsamen sie, es fehlt an psychosozialer Unterstützung und an Erfahrungen, die Ihnen das Gefühl vermitteln: „Es ist gut, dass es dich gibt“. Das Erleben eines positiven Grundwertes, sei es in Beziehungen zu Menschen, zur Kunst und Natur, zu Tieren, zu sich selbst oder zur Spiritualität tragen maßgeblich zur Depressionsvorsorge bei.

Beim Vorliegen schwerer, länger anhaltender Depressionen ist professionelle Hilfe jedoch unbedingt erforderlich. Zu den bewährten und hilfreichen Behandlungsmethoden zählen Medikamente (sog. Antidepressiva) und Psychotherapie. Medikamente greifen unmittelbar in die Stoffwechselstörung im Gehirn ein, während Psychotherapie an den Erfahrungen, dem Denken, dem Erleben und Verhalten des Menschen ansetzt. Ganz zentral ist dabei die

Berücksichtigung des lebensbiographischen Kontextes, sprich der altersrelevanten Veränderungen im Hinblick auf persönliche Ziele, subjektiv wahrgenommene Entwicklungsverluste und -gewinne aber auch der zu schaffenden Ressourcen und verbliebenen Kompetenzen.

Es ist daher wichtig, im Alter psychische Erkrankungen – und hier insbesondere Depressionen – zu erkennen und den Betroffenen zu vermitteln, dass sich auch im hohen Alter sinnvolle Behandlungswege finden lassen, die eine Orientierung in Richtung „Leben“ wieder erstrebenswert machen.

**Die sachgerechte Behandlung einer psychischen Erkrankung kann die Suizidgefährdung wirkungsvoll zum Abklingen bringen – und dies ganz unabhängig vom Alter.**

**Depressionen, die häufig auch Auslöser für einen Suizid sein können, äußern sich oft durch folgende typische Anzeichen, die auf jeden Fall ernst zu nehmen sind:**

- Gedrückte Stimmung, besonders morgens
- Verminderung von Antrieb und Interessen (typisch ist, dass einem geliebte Dinge und Aktivitäten gleichgültig werden)
- Rückzug aus sozialen Beziehungen
- Verminderte Konzentrationsfähigkeit
- Ermüdbarkeit und schnelle Erschöpfung
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühl der Wertlosigkeit und irrationale Schuldgefühle
- Pessimismus
- Ungewohnte Ängstlichkeit
- Schlafstörungen
- Appetitlosigkeit/Gewichtsabnahme, Verdauungsstörungen
- Gleichgültigkeit sich selbst gegenüber (Körperpflege)
- Schmerzen ohne organische Ursache
- Suizidgedanken

### **Demenzdiagnose und Suizidrisiko**

In gleicher Weise wird beobachtet, dass Menschen, die am Beginn einer Demenzerkrankung stehen und ohnmächtig den Verlust des Gedächtnisses, der kognitiven Fähigkeiten und der Selbstständigkeit an sich beobachten müssen, in suizidale Krisen geraten. Dagegen kommen nur selten Suizidhandlungen bei Menschen vor, die bereits an einer fortgeschrittenen Demenz leiden. Dies liegt hauptsächlich daran, dass diese weniger in der Lage sind, sich ihres Krankheitszustandes bewusst zu sein. Sie können oft keine suizidale Handlung mehr ableiten bzw. umsetzen.

Tatsächlich ist das Wissen um eine beginnende Demenz wichtig, birgt dies doch die Chance auf eine rechtzeitige und individuell angepasste Behandlung, die die Krankheit u.U. verlangsamen kann. Demenz ist nämlich nicht gleich Demenz. Krankheitsverläufe gestalten sich je nach Persönlichkeit und Demenzform sehr unterschiedlich. Generell gilt jedoch, je früher eine Demenz erkannt wird, desto angemessener kann eine gezielte individuelle Therapie eingeleitet werden. Ziel ist es, die Alltagsfähigkeiten möglichst lange zu erhalten und den Verlauf der Krankheit positiv zu beeinflussen. Auch den Angehörigen ermöglicht die Diagnosestellung eine neue Haltung, die es erlaubt, gemeinsam mit dem Betroffenen die Zukunft zu planen und Verfügungen zu treffen, damit zu gegebener Zeit die notwendigen Entscheidungen gefällt werden können.

Eine fundierte Diagnose und damit verbundene therapeutische Beratungsangebote sowie konkrete Informationen zur weiteren möglichen Lebensgestaltung sind hier unerlässlich. Erste Anlaufstelle sollte der Hausarzt sein, mit dem Sie das weitere diagnostische Vorgehen besprechen können. Hilfreiche Adressen von Informations- und Beratungsstellen sind im Anhang aufgeführt.

### **Körperliche Beschwerden und seelische Belastung**

Oft ist das vorweggenommene Erkennen einer drohenden, aber noch nicht erfolgten Einschränkung in der Alltagsbewältigung 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. Wohlbefinden und Selbstständigkeit sind in hohem Maße abhängig vom Erhalt körperlicher und geistiger

Funktionen. Einschränkungen oder Verluste werden meist als schwerer Einschnitt erlebt. Körperlichen Beeinträchtigungen/Gebrechen kommt dabei 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.

# Es sind nicht die Dinge selbst, die uns beunruhigen, sondern die Vorstellungen und Meinungen von den Dingen

EPIKTET



**Folgende Beschwerden beeinträchtigen nach Erfahrung der Altersmediziner das Leben von 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 eingeschränkt. Ein sich daraus ergebender Verlust der sozialen Kontakte kann zu Vereinsamung und Depression führen.

### **3.4 VERLUSTERFAHRUNGEN IM ALTER**

Der **Verlust des Partners** durch Trennung oder Tod ist ein Ereignis, das Lebensführung und Wohlbefinden tief erschüttern kann. Das gilt besonders dann, 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 gestalten zu müssen. Dabei stehen in der praktischen Lebensführung Männer oft vor größeren Problemen als Frauen.

Die Neuorganisation ist besonders schwierig, wenn der Partner die einzige emotionale Stütze war. Diese lang andauernde emotionale Abhängigkeit macht es sehr schwer, im Lauf der Zeit 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.



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

**In der Regel ist damit gemeint:**

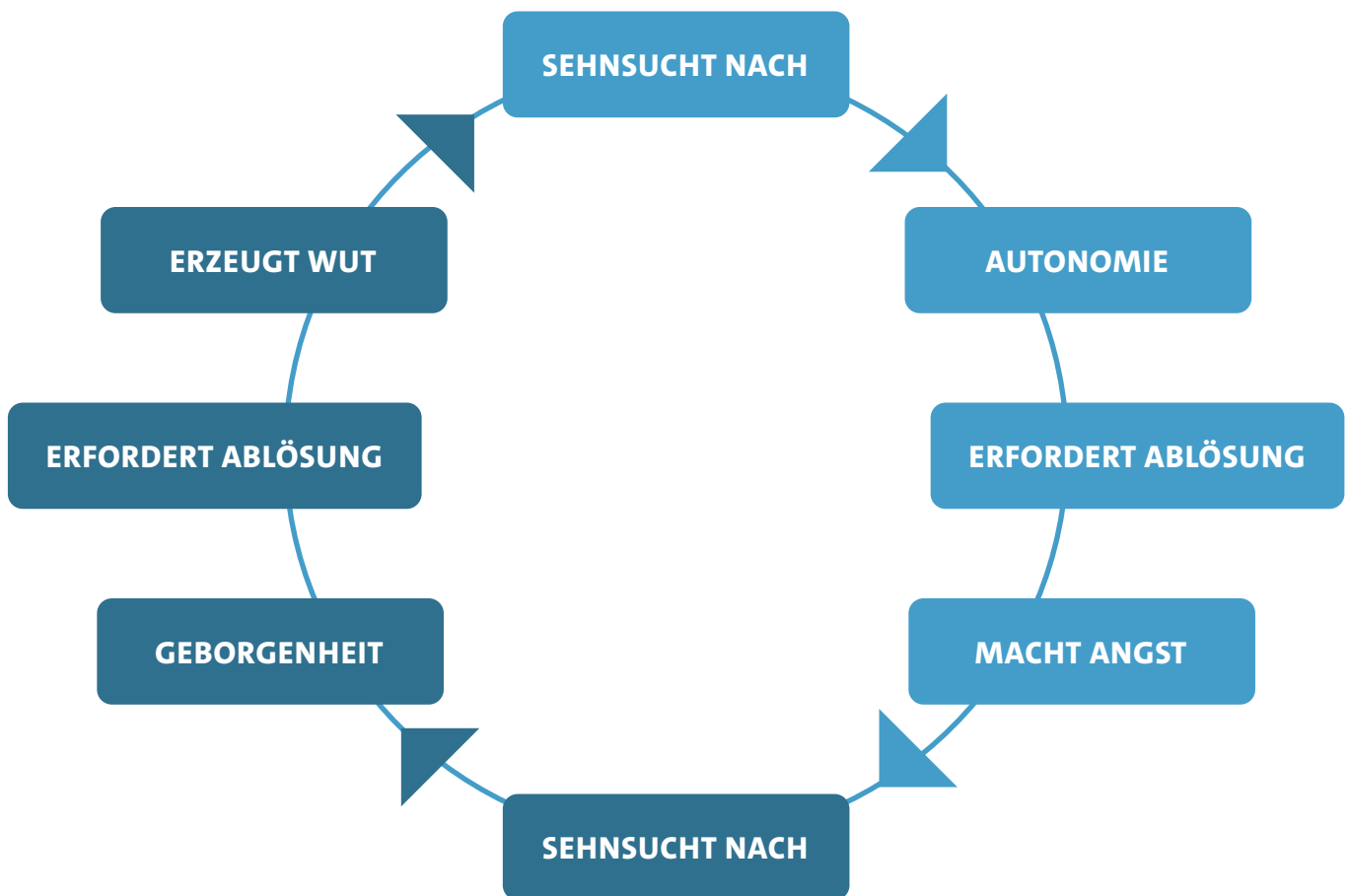
- Der Verlust der Möglichkeit, den Alltag und menschliche Beziehungen selbstständig zu gestalten
- Der Verlust der Fähigkeit, Körperfunktionen zu kontrollieren
- Das Gefühl, abhängig und anderen ausgeliefert zu sein

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, die sich notwendigerweise an die sich wandelnden Lebensphasen anpasst.

**Niemand kann ständig 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.

**Spannungsfeld zwischen Autonomie- und Abhängigkeitsbedürfnis:**



### „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
- Versöhnung mit sich selbst und seinem Leben
- Aktivität (und Selbstbestimmtheit)
- Anpassungsbereitschaft (an eigene Einschränkungen, Behinderung, Krankheit, an soziale Gegebenheiten, an Lebensbedingungen, an die Mitmenschen).
- Akzeptanz der Endlichkeit des Lebens
- Erleben eigener Ressourcen / Spiritualität

Jeder hat sich irgendwann schon einmal die Frage nach dem Sinn des Lebens gestellt. Auch wenn es darauf keine allgemeingültige Antwort geben kann, so gehört es zum Menschsein sich zeitlebens mit dieser Thematik auseinanderzusetzen: Was bedeutet für mich ein sinnvolles Leben und was muss ich tun, um mein Leben sinnvoll zu gestalten? Welche Werte sind mir wichtig und wie kann ich mein Verhalten entsprechend dieser Werte ausrichten?

Diese Fragen beschäftigen uns aber nicht ständig, sonst könnten wir unseren Alltag wohl kaum bewältigen. Wenn alles gut läuft, macht die Tatsache zu leben scheinbar Sinn (genug). Wird unser Leben jedoch aus irgendeinem Grund aus der „gewohnten Bahn“ geworfen – oder schlimmer noch – in seinen Grundfesten erschüttert, kann eine Sinnkrise entstehen. Trotzdem schaffen es viele Menschen, auch angesichts schwerer Schicksalsschläge, seelisch heil zu bleiben oder – ggf. mit professioneller Unterstützung – ihren Lebenswillen zurückzuerobern.

Sinn ist keine feste Größe. Sinn „findet“ man nicht einmal und kann ihn dann immer behalten. Sinn muss immer wieder, entsprechend der sich verändernden Lebensumstände, neu ge- oder erschaffen werden.

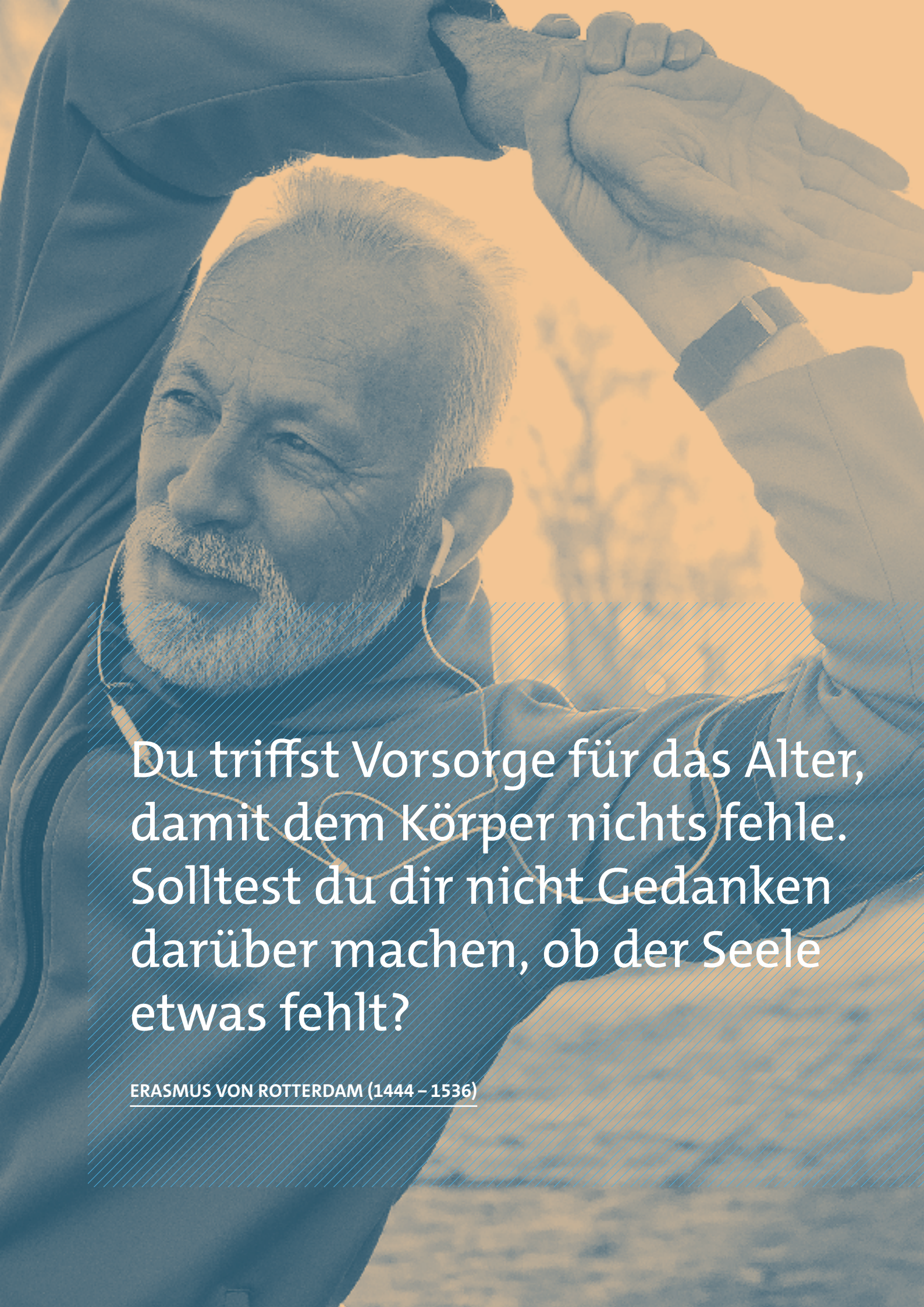
**Jeder Mensch kann in eine Lebens- oder Sinnkrise geraten. Aber nicht immer reichen die eigenen Kräfte und Ressourcen aus, um diese alleine zu bewältigen. Wichtig ist es dann, nicht zu zögern und professionelle Hilfe und Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen.**

### Religion und Glaube

Religiosität und Glaube können im Zusammenhang mit der Suizidprävention sowohl eine Erschwernis als auch eine Hilfe bedeuten. Insbesondere dann, wenn sich durch eine religiöse Glaubensspiritualität oder Überzeugung die persönliche Weltanschauung zunehmend verengt hat, kann durch individuelle Begleitung versucht werden, diese Sichtweisen wieder zu öffnen. Allerdings können die durch den Glauben gegebenen Möglichkeiten auch dazu beitragen, neue Hoffnungshorizonte zu eröffnen, um die als ausweglos erlebte Situation anders zu bewerten oder sinngebend damit umzugehen.

**Spiritualität kann vieles sein! Gerade in existentiellen Krisen brauchen Menschen Hilfe bei ihrer Suche nach Sinn und Beistand in Situationen vermeintlicher Sinnlosigkeit.**





Du triffst Vorsorge für das Alter,  
damit dem Körper nichts fehle.  
Solltest du dir nicht Gedanken  
darüber machen, ob der Seele  
etwas fehlt?

ERASMUS VON ROTTERDAM (1444 – 1536)



## 4. SUIZIDPRÄVENTION, KRISENHILFE UND LÄNGERFRISTIGE THERAPEUTISCHE ANGEBOTE

---

### 4.1 VORBEREITUNG AUF DAS ALTER

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

#### 1. Frühzeitige Auseinandersetzung mit der zweiten Lebenshälfte

Jeder Mensch sollte sich spätestens in seinen mittleren Lebensjahren darüber bewusst werden, wie er sein späteres Alter gestalten möchte. Noch bevor die Berentung eintritt und damit der Verlust der beruflichen Alltagstätigkeiten erfolgt, ist es wichtig, sich hinreichend erfüllende Aufgaben für die Zeit danach zu suchen. Es hat sich als vorteilhaft erwiesen, schon während des Berufslebens nicht nur auf „einem Bein“ (Beruf) zu stehen, sondern sich ein „zweites Bein“ zuzulegen. Dies können sinnstiftende Tätigkeiten/Aktivitäten oder auch ganz neue Herausforderungen sein.

Vor allem im Rentenalter ist es wichtig, so lange wie möglich für eine anhaltende geistige Beschäftigung und körperliche Aktivität zu sorgen.

Auch die Paarbeziehung bedarf im höheren Lebensalter, zumal wenn die Kinder aus dem Haus sind, einer Neudefinition. Rollen und Aufgaben in der Familie unterliegen oft einem Wandel, der gemeinsam neu ausgehandelt und gestaltet werden muss.

Kommunikation und Unterstützung suchen die meisten Menschen vor allem unter Gleichaltrigen. Das gilt ebenfalls im Alter. Es ist jedoch zu empfehlen, auch den Kontakt zu anderen Altersgruppen zu pflegen. Erwartungen ausschließlich im

Hinblick auf die Unterstützung durch Kinder und deren Familien erweisen sich nicht selten als Quelle anhaltender Konflikte und Enttäuschungen.

## 2. Akzeptanz von Altern und Sterblichkeit

Zeitlebens sind wir gefordert mit Veränderungen umzugehen, Verluste zu bewältigen und im günstigsten Fall Lebenskrisen sinnstiftend zu verarbeiten. Auch dem Sterben und Tod von Menschen – sei es durch Krieg, Unfälle, Krankheit oder Verbrechen – sind wir allgegenwärtig in Film und Medien ausgesetzt. Im realen Leben dagegen, werden Sterben und Tod tabuisiert, weitestgehend verdrängt oder in eine ferne Zukunft verortet. Die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des eigenen Lebens rückt meist dann erst in den Fokus, wenn sich der eigene Lebenshorizont spürbar schmälert oder aber wenn die eigene Sterblichkeit ganz plötzlich und unerwartet durch ein Lebensereignis (z.B. Tod eines Verwandten, Krankheitsdiagnose) bewusst wird.

Da jedes Leben mit dem Tod endet, zählt die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit zu den zentralen Entwicklungsaufgaben des höheren Erwachsenenalters. Und in der Tat: Die meisten alten Menschen können eher als jüngere gelassen mit der eigenen Sterblichkeit umgehen. Andere können die Tatsache sterben zu müssen, dagegen nicht gut annehmen, insbesondere dann, wenn die eigenen Lebensumstände nur schwer erträglich erscheinen.

In Gesprächen mit alten Menschen wird schnell deutlich: Es ist weniger die Tatsache, DASS sie sterben werden, die sie ängstigt, sondern vielmehr die Frage nach dem WIE.

Dabei sorgt insbesondere die Vorstellung eines langwierigen und leidvollen Sterbeprozesses, verbunden mit Schmerzen und der Abhängigkeit von medizinischen Apparaten, für zahlreiche Ängste.

Damit einen die Zukunft mit möglichen Einschränkungen der körperlichen, geistigen und sozialen Lebensbedingungen nicht plötzlich überrumpelt, ist eine gewisse Planung wichtig.

Dazu gehört die Vorbereitung eines altersgerechten Wohnens unter Berücksichtigung denkbarer Erkrankung und Behinderung. Idealerweise

informiert man sich vorab bereits über geeignete Strukturen z.B. im Hinblick auf Möglichkeiten der stationären oder ambulanten Versorgung. Auch der eventuelle Verlust des Partners sowie das nachfolgende Alleinleben sollte hier bedacht werden. Für den akuten Krankheitsfall, der im Alter stets auch Vorbote des Sterbens sein kann, ist die Verfügbarkeit eines vertrauten, verlässlichen Hausarztes von unschätzbarem Wert. Mit ihm gemeinsam sollte rechtzeitig der Umfang medizinischer Maßnahmen am Lebensende in einer Patientenverfügung besprochen und festgelegt werden.

Schließlich sind Regelungen für den eigenen Todesfall (Begräbnis, Versicherungsangelegenheiten, Verfügbarkeit über Bankkonten, Erbschaft) ratsam. 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 oft angenommen – zuallererst der Ruhe, sondern auch der Kommunikation und sozialer Beziehungen bedarf. Diese sollten gepflegt und nach Möglichkeit bis zum Lebensende aufrechterhalten werden. Dazu gehören z.B. die Kontakte innerhalb der Nachbarschaft und zu Freunden sowie auch die Teilnahme an Gemeinde- und sonstigen Aktivitäten. Die Kommunikation mit Kindern und anderen Verwandten sollte nicht so verlaufen, dass daraus ein zwingender Anspruch auf Unterstützung abgeleitet wird. Nur wenn soziale und familiäre Kontakte weitgehend frei von Erwartungen und Forderungen sind, können sie die Bereicherung darstellen, die sich jeder insgeheim wünscht und erhofft. Auch der Umzug in ein Altersheim oder in Einrichtungen wie betreutes Wohnen kann zu ungeahnten neuen sozialen Kontakten verhelfen und eine bereichernde Form von Gemeinschaft erlebbar machen. Die Möglichkeiten zu Anregungen und Austausch sind in diesem Kontext oft ganz selbstverständlich in den Alltag integriert und können auf individuelle Weise genutzt werden.

#### 4. Annahme von Hilfen bei Krankheit und Behinderung

Krankheitsvorboten sollten weder ignoriert noch ständig ängstlich erwartet werden. Keine Lebenssituation sollte im Alter Anlass zu völligem Rückzug und regelmäßiger Selbstbetäubung sein. Wichtig sind deshalb ein sorgsamer Umgang mit Medikamenten und Alkohol, die Einhaltung eines angemessenen Tagesrhythmus, ausgewogene Ernährung und die Sorge um guten, natürlichen Schlaf. Zum Ausgleich von Beeinträchtigungen stehen vielfältige Hilfen zur Verfügung, die von der angepassten Wohnungseinrichtung über die Mobilität des Bettes bis hin zu Hör- oder Sehhilfen reichen. Wer behindert ist, sollte sich in besonderem Maße um kompetente Beratung kümmern. Schon bevor eine erhöhte Pflegebedürftigkeit eintritt, sollte die Bedeutung ideeller und materieller Besitzstände bzw. eine Anpassung an geänderte Lebensumstände und -bedürfnisse gründlich überdacht werden. Die Hilfe durch professionelle Anbieter (z. B. ambulante Dienste oder Pflegeeinrichtungen) sollte im Bedarfsfall in Betracht gezogen werden.

Sind Krankheit oder Behinderung einmal eingetreten, empfiehlt es sich, rechtzeitig Hilfsangebote und Ressourcen zur eigenen Entlastung, aber ggf. auch der Angehörigen zu nutzen. Überforderungen, die zu einer weiteren Gesundheitsverschlechterung führen könnten, sollten vermieden werden. Es ist wichtig, Hilfe anzunehmen und zuzulassen, auch wenn es mitunter schwerfällt. Altwerden heißt nicht resignieren, sondern schwindende Fähigkeiten so zu kompensieren, dass es nicht zwangsläufig zu einem kompletten Verlust von Autonomie und Lebensqualität kommen muss.

### 4.2 GESPRÄCHE MIT SUIZIDALEN ALTEN MENSCHEN

Den meisten Suiziden gehen direkte oder indirekte Ankündigungen voraus. Manchmal sogar mehrfache. Äußerungen wie „Ich wäre lieber tot“, „Ich möchte nicht mehr leben“, „Ich kann nicht mehr weiter“ müssen immer ernst genommen werden. Viele Menschen tun sich aber auch schwer damit, von sich aus ihre seelische Belastung mitzuteilen. Sie leiden still, solange bis es unerträglich wird. In diesem Falle ist auch eine eventuelle Suizidgefährdung nur indirekt zu erschließen.

Es ist nicht leicht, mit einem alten Menschen, der die Absicht äußert, sich das Leben zu nehmen, in Kontakt zu treten bzw. ein Gespräch zu führen. Suizid ist immer noch ein Tabuthema, über das nicht gesprochen wird. Es erweckt Ängste und Unsicherheiten, etwas falsch zu machen und die Suizidgefährdung des Anderen sogar noch zu verstärken. Doch diese Ängste sind unbegründet. Denn Menschen auf ihre Suizidalität anzusprechen, kann Leben retten!

**Ein Einstieg ins Gespräch könnte folgendermaßen sein:**

- „Ich habe den Eindruck, dass es Ihnen nicht gut geht, möchten Sie mit mir darüber reden?“
- „Ich mache mir Sorgen um Sie und würde Ihnen in dieser schwierigen Situation gerne Hilfe anbieten.“



Menschen, die  
ein offenes Ohr  
für uns haben,  
lassen uns aufhorchen.

ERNST FERSTL (\*1955), ÖSTERREICHISCHER LEHRER, DICHTER UND APHORISTIKER



## 4.3 HILFSANGEBOTE 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 Telefonnotdienste zur Verfügung. Ist bereits eine Suizidhandlung erfolgt, muss sofort der Notarzt gerufen und eine Krankenhauseinweisung eingeleitet werden.

### Was im Gespräch mit suizidalen alten Menschen zu beachten ist:

- Begegnen Sie ihnen mit Respekt und Verständnis.
- Lassen Sie Offenheit und Vertrauen vorherrschen, so dass sich der Betroffene in seiner Not angenommen und nicht bewertet fühlt.
- Nehmen Sie Todeswünsche, suizidale Gedanken und Absichten ernst und sprechen Sie diese an.
- Beurteilen oder belehren Sie nicht.
- Geben Sie Halt und bewahren Sie Haltung: Unterstützen Sie den anderen dabei, weiterführende professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.
- Suizidalität ist immer ernst zu nehmen, bagatellisieren Sie sie nicht.
- Besprechen Sie Gründe, Begleitumstände und akute Auslöser.
- Erkunden Sie Möglichkeiten der Unterstützung im sozialen Umfeld (z. B. Bezugspersonen, soziale/ pflegerische Dienste, medizinische Hilfen).
- Machen Sie Angebote zur Fortsetzung des Gesprächskontakts (Ängste ansprechen; weitere Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten aufzeigen).
- Achten Sie auf Ihre Grenzen und nehmen Sie ggf. selbst Beratung oder Supervision in Anspruch.

**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 ggf. 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).

Wer ein  
Warum zu leben  
hat, erträgt fast  
jedes Wie

FRIEDRICH NIETZSCHE



## 5. ORIENTIERUNG AM LEBENSENDE

---

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit und dem eigenen Tod gehört zu den zentralen Entwicklungsaufgaben und gewinnt besonders im fortgeschrittenen Alter eine immer größere Bedeutung. Vielfach scheint es nicht der Tod an sich zu sein, der Menschen Angst bereitet, sondern der langwierige und leidvolle Sterbeprozess davor, besonders dann, wenn er mit Schmerzen und Hilflosigkeit verbunden ist. Oft ist nicht bekannt, dass es Hilfen bei unheilbarer 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 schmerzlindernder (palliativmedizinischer) 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 Sterbenden durch die Linderung körperlich-seelischen Leidens ein Leben zu ermöglichen, das seinen ganz persönlichen Bedürfnissen und seiner besonderen Art der Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden eigenen Tod entspricht. In der ambulanten palliativen Arbeit wird versucht, dem Wunsch zu Hause sterben zu können, Rechnung zu tragen. Sterbebegleitung schließt auch die Betreuung von Angehörigen bzw. Hinterbliebenen ein.

### 5.1 GESETZLICHE REGELUNGEN

Die beiden Luxemburger Gesetze vom 16. März 2009 zur Palliativpflege einerseits und zur Euthanasie und assistiertem Suizid andererseits geben die Möglichkeit der Mitbestimmung. Ist man im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte, kann man sich proaktiv beteiligen und die gewünschte Behandlung/Begleitung schriftlich festhalten: etwa in Form einer **Patientenverfügung** (die Palliativpflege betreffend) oder durch **Bestimmungen zum Lebensende**, die über das Gesetz

zur Euthanasie und zum assistierten Suizid geregelt sind. Diese gelten für den Fall, dass man seinen Willen nicht mehr zum Ausdruck bringen kann (z.B. Bewusstseinsverlust nach einer Erkrankung oder einem Unfall, Demenz etc.).

### **Betreuung, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung**

Die Ablehnung von unangemessenen Behandlungen oder einer künstlichen Lebensverlängerung ist eines der großen Prinzipien der Palliativpflege wie auch der entsprechenden luxemburgischen Gesetzgebung. In der Patientenverfügung («directive anticipée») kann man zu jeder Zeit schriftlich seinen Willen festlegen, welche ärztlichen Maßnahmen gewünscht bzw. nicht gewünscht sind, für den Fall, dass die Selbstbestimmungsfähigkeit vermindert ist. Patientenverfügungen sind unabhängig von ihrem Ausstellungsdatum in Luxemburg verbindlich. Eine Gültigkeitsdauer wurde vom Gesetz nicht festgelegt. Es ist allerdings sinnvoll, die Verfügung alle drei bis fünf Jahre zu überlesen und sie erneut zu datieren und zu unterschreiben, wenn man mit dem, was verfasst wurde, immer noch einverstanden ist.

In der Patientenverfügung kann schriftlich eine Vertrauensperson benannt werden, falls eine Willensäußerung nicht mehr möglich ist. Diese Vertrauensperson ist berechtigt, den Unterzeichnenden gegenüber einem Arzt in Gesundheits-, Krankheits- und Behandlungsfragen zu vertreten. Sie muss von dem Arzt angehört werden. Wie jeder weitere Inhalt der Patientenverfügung kann die Benennung der Vertrauensperson jederzeit geändert oder annulliert werden, indem die Änderung datiert und unterschrieben wird. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist keine zentrale Registrierung der Patientenverfügung vorgesehen. Es wird empfohlen, mindestens drei Kopien der Patientenverfügung anzufertigen und diese der Vertrauensperson, einer Person aus dem Umfeld sowie dem behandelnden Arzt zu geben.

Zur Unterstützung und Beratung bei der Abfassung einer Patientenverfügung stehen spezialisierte Beratungsstellen (z.B. Omega90) oder der Arzt Ihres Vertrauens zur Verfügung. Ethische, juristische und medizinische Fragen, die die Abfassung einer Patientenverfügung betreffen, werden gründlich und praxisnah im „Ratgeber zur Palliativpflege“ behandelt, die gemeinsam vom Ministerium für Familie und Integration, vom Gesundheitsministerium und vom Ministerium für Soziale Sicherheit herausgegeben wurde. Ein Ratgeber zum Verfassen einer Patientenverfügung sowie ein Vordruck in mehreren Sprachen können über



die Webseiten von Omega90 ([www.omega90.lu](http://www.omega90.lu)) oder des Luxemburger Gesundheitsministeriums ([www.sante.public.lu](http://www.sante.public.lu)) heruntergeladen werden.

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. Diese 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.

### Gesetzliche Schutzmaßnahmen

In Luxemburg ist laut Gesetz vom 11. August 1982 das Recht der volljährigen Geschäftsunfähigkeiten geregelt. Es gibt im Gesetz drei vorgesehene Schutzmaßnahmen, die flexibel aufeinander abgestimmt sind und alle Fälle von Geschäftsunfähigkeit abdecken:

- die Stellung unter gerichtliche Schutzbetreuung,
- die Erwachsenenpflegeschaft
- die Erwachsenenvormundschaft

**Die Stellung unter gerichtliche Schutzbetreuung** ist als Minimalschutz zu verstehen. Die Konsequenzen sind im Alltag nicht spürbar. Der Betroffene kann weiterhin alle Rechtsgeschäfte vornehmen, die abgeschlossenen Geschäfte können aber im Falle einer Schädigung der schutzbetreuten Person korrigiert werden. Indiziert ist diese Maßnahme bei Personen, die wegen einer vorübergehenden psychischen Störung geschützt werden müssen und Personen, die wegen eines körperlichen Gebrechens am Ausdruck ihres Willens gehindert werden.

**Die Erwachsenenpflegeschaft («curatelle»)** greift da, wo Personen von einer Störung ihrer geistigen Fähigkeiten durch Krankheit, Gebrechen oder Altersschwäche betroffen sind, die sie in der Ausübung ihrer Rechtsgeschäfte behindert. Der Betreuer ist entweder der Ehepartner, eine Vereinigung oder eine andere vom Vormundschaftsrichter ernannte Person. Die Rolle des Amtspflegers ist die eines Beraters. Die betreute Person bleibt trotzdem geschäftsfähig d.h. ihre rechtliche Entscheidungsfähigkeit bleibt parallel zu der Betreuung erhalten.

**Die Erwachsenenvormundschaft («tutelle»)** ist die stärkste vom Staat vorgesehene Schutzmaßnahme. Geschützt werden sollen alle Personen, die dauerhaft nicht in der Lage sind, ihre Rechtsgeschäfte durchzuführen. Das sind Menschen mit einer geistigen oder einer körperlichen Behinderung, die sie außerstande setzt, ihren Willen kundzutun oder ältere Menschen, deren geistigen Fähigkeiten u.a. durch neurodegenerative Veränderungen (z.B. Demenzerkrankungen) beeinträchtigt sind. Die Person erhält einen ständigen Vertreter, den Vormund. Dies kann der Ehepartner sein, ein Familienmitglied oder aber eine andere vom Richter ernannte Person.

(In Teilen entnommen aus der Broschüre: „Guide du handicap – Rechte und juristische Betreuung“, als Download verfügbar auf: [www.info-handicap.lu](http://www.info-handicap.lu))

## 5.2 HILFEN FÜR TRAUERENDE

Suizid hat viele Gesichter. Eines aber ist für Hinterbliebene immer gleich. Ein Menschenleben endet vorzeitig. Viele Fragen bleiben unbeantwortet: Hätte man dies verhindern können? Wurden die Warnzeichen nicht erkannt? Der Verlust eines Menschen, insbesondere durch Suizid, ist ein körperlich und seelisch sehr belastendes Ereignis für Angehörige sowie das gesamte Umfeld. Als Folge des Todesfalles können Hinterbliebene seelisch und sozial 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.

**Alles ist anders, wenn das Leben durch einen Suizid endet.  
Diese Art zu sterben zieht ungewöhnliche und weite Kreise.**

Diese reichen von den unmittelbar engsten Verwandten über Freunde und Bekannte bis ins weit entfernte soziale Umfeld hinein. Die Trauer nach einem Suizid ist eine ständige Herausforderung für die Hinterbliebenen, die außerhalb der Familie mit ihrem Leidensdruck oft allein dastehen. Mögliche Konsequenzen sind soziale Isolation, Wut, Schuld-, Scham- und Reuegefühle, depressive Verstimmung sowie die Entwicklung von eigenen Suizidgedanken.

Wer den Suizid eines Familienglieds nicht beschönigen oder leugnen will, spürt schnell, wie schwer es anderen fällt, mit dieser Nachricht umzugehen. Vielen gelingt es nicht, mitfühlende Worte wie bei anderen Todesarten zu äußern. Oftmals überwiegen das eigene Unbehagen und Unverständnis für die Situation. Schwierig ist vor allem, dass der Suizid tabuisiert, ja sogar oftmals „totgeschwiegen“ wird.

### **Wie können Hinterbliebene unterstützt werden?**

Man kann Hinterbliebenen ihre Trauer nicht abnehmen. Ebenso wenig kann man die Trauer umgehen. Um aus der Trauer herauszufinden, muss man durch sie hindurch. Für die Verarbeitung des Verlustes und eine effiziente Trauerarbeit ist die Möglichkeit, den intensiven Gefühlen und Gedanken freien Lauf lassen zu können, sehr wichtig.

Trauernde brauchen ein Gegenüber, einen Menschen der ihnen zuhört und die intensiven Gefühle mit aushalten kann. Oft finden Suizid-Hinterbliebene zu wenig Unterstützung: Viele erleben, dass sich Freunde und Bekannte plötzlich abwenden und in der Familie jeder mit seiner eigenen Trauer beschäftigt ist. Professionelle Beratung und psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung können hier u.U. heilsame Hilfestellungen bieten.

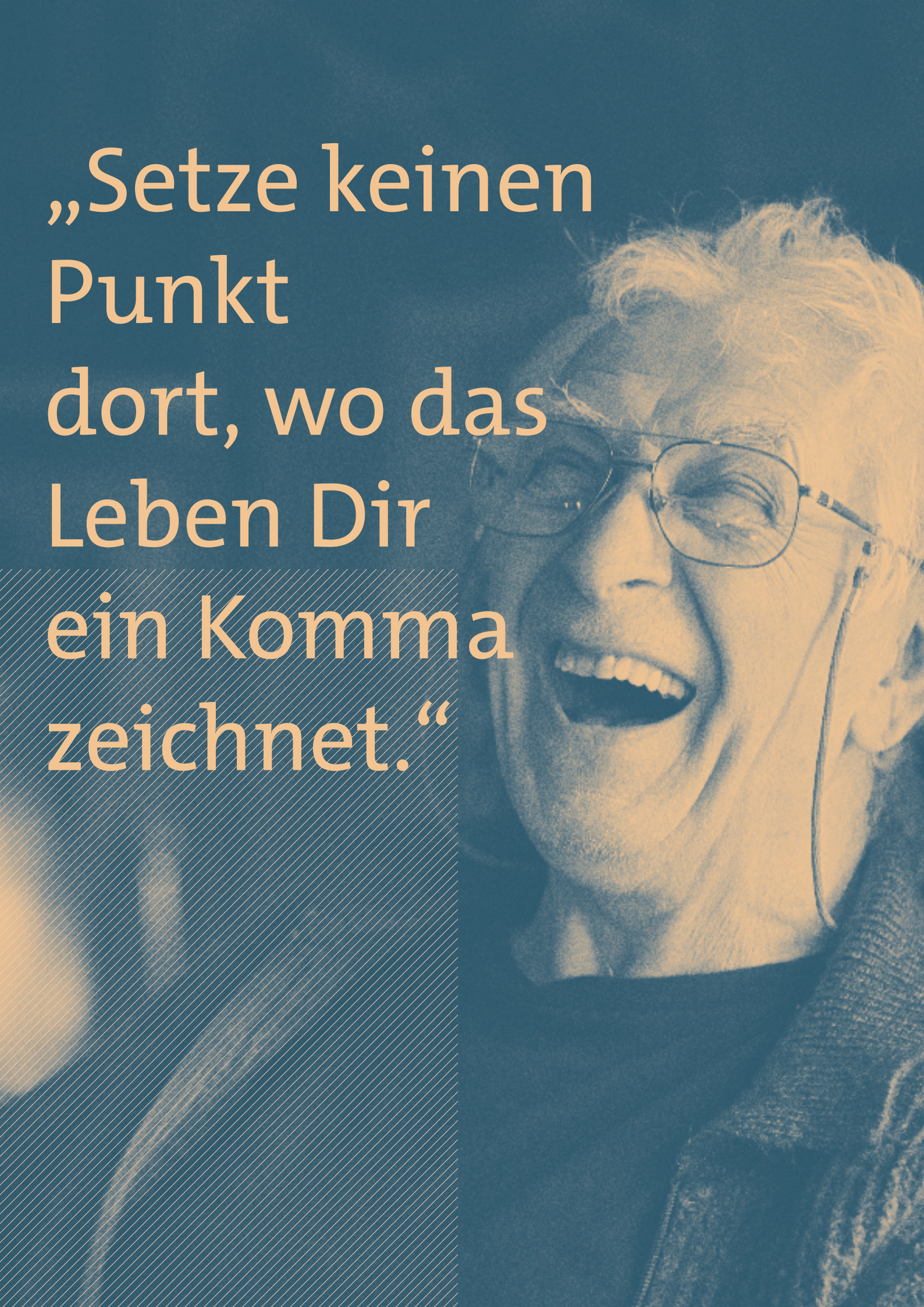
### Gut zu wissen, was wichtig ist:

- **Halt geben und Haltung bewahren:**  
Es gibt Momente in der Trauer, in denen Menschen sprichwörtlich „untröstlich“ sind. Lassen Sie sich durch Ihre eigene Hilflosigkeit nicht davon abhalten, Hinterbliebene einzuladen oder sie zu besuchen. Diese Momente gemeinsam mit dem Trauernden auszuhalten, gibt Halt, in Zeiten wo dessen (Er-)Lebenswelt aus den Fugen gerät.
- **Zuhören und Mitfühlen:** Menschen, die um eine Person trauern, brauchen Mitgefühl, Aufmerksamkeit und Bestätigung ihrer Gefühle, zumindest aber eine Person, die zuhört. Lassen Sie Trauernde so oft und so viel vom Verstorbenen erzählen, wie sie möchten.
- **Trauer ist immer „eigenartig“:** Zulassen, dass jeder auf seine eigene Art und Weise trauert. Es gibt keine richtige oder falsche Art zu trauern. Auch gibt es kein richtiges oder falsches Tempo, um Trauer zu verarbeiten. Machen Sie keinen Druck und urteilen Sie nicht über Gefühle (z.B. „Es wird Zeit, dass du mal wieder unter Menschen gehst, so kann das ja nicht besser werden.“)
- **Trauer hat eine eigene Logik:**  
Das Auftreten von starken, teils widersprüchlichen Emotionen, Erlebens- und Verhaltensweisen ist keine Seltenheit bei Trauernden. Diesen Raum zu geben, sie zuzulassen und nicht bewertend anzuerkennen, gehört zu den Schlüsselkompetenzen der Trauerbegleitung. Versuchen Sie auf gar keinen Fall „falschen Trost“ zu spenden, so als hätte der Suizid auch etwas „Positives“ bewirkt (z.B. „Jetzt habt ihr wenigstens wieder miteinander geredet in der Familie“).

Am Schluss dieser Informationsbroschüre finden Sie nützliche Kontaktadressen und Ansprechpartner, die sich besonders der Probleme von Hinterbliebenen annehmen. Hilfreich kann es auch sein, sich einer (professionell geleiteten) Gruppe anzuschließen, deren Teilnehmer einen persönlichen Trauerfall zu beklagen haben. Hier erfährt man Gemeinsamkeit, Austausch und Unterstützung, um die schwere Zeit danach meistern zu können.



„Setze keinen  
Punkt  
dort, wo das  
Leben Dir  
ein Komma  
zeichnet.“





## DENKANSTOSS UND QUINTESSENZ DER BROSCHÜRE

Diese Broschüre vermittelt viele wichtige Informationen, ersetzt jedoch keine Beratung und keine Therapie. Vielmehr hat sie das Ziel, die Leser mit altersrelevanten Themen und zum Teil als belastend empfundenen Lebenswirklichkeiten alter Menschen vertraut zu machen sowie über mögliche Risiken und Warnzeichen für Suizidalität aufzuklären.

Ferner sollen wichtige Hinweise gegeben werden, wie sich die Ressourcen älterer Menschen sinnvoll aktivieren lassen, welche Möglichkeiten der hilfreichen Gesprächsführung bestehen und wie man sich im Notfall verhalten kann.

Eine Adressenübersicht nützlicher Beratungsstellen am Ende der Broschüre soll zudem weitere, ganz konkrete Unterstützung bieten.

Suizidalität ist kein Schicksal, sondern meistens vermeidbar.

Es ist ein Thema, bei dem man gerade auch bei alten Menschen genau hinschauen und zuhören sollte. Jeder von uns kann dazu einen Beitrag leisten, indem er die Anzeichen erkennt und ernst nimmt. Zögern Sie nicht und machen Sie den ersten Schritt – im Zweifelsfall besser einen zu viel als zu wenig.

## 6. ADRESSEN

---

### BEREITSCHAFTSDIENSTE:

Bereitschaftsdienste sind Einrichtungen, die kontaktiert werden können, wenn eine sofortige Betreuung wegen hohem Suizidrisiko erforderlich ist.

- **112**  
(Rettungswagen, Notaufnahme  
in Krankenhäuser, Ärzte,...)
- **113** (Polizei)

### TELEFONDIENTST FÜR ANONYME HILFE UND BERATUNG BEI PSYCHISCHEN PROBLEMEN UND/ ODER KRISENSITUATIONEN:

- **SOS Détresse,**  
7/7 von 11.00 – 23.00  
Tel: 45 45 45  
B.P. 620, L-2016 Luxembourg  
[www.454545.lu](http://www.454545.lu)  
[info@sosdetresse.lu](mailto:info@sosdetresse.lu)

### INFORMATION UND BERATUNG BEI PSYCHISCHEN PROBLEMEN:

- **Beratungsstelle der Ligue**  
11, rue du Fort Bourbon, L-1249 Luxembourg  
Tel: 49 30 29  
[www.llhm.lu](http://www.llhm.lu)  
[csm@pt.lu](mailto:csm@pt.lu)

### INFORMATION UND BERATUNG BEI PALLIATIVPFLEGE UND TRAUERBEGLEITUNG:

- **Omega 90**  
138, rue Adolphe Fischer, L-1521 Luxembourg  
Tel: 29 77 89 1  
[www.omega90.lu](http://www.omega90.lu)  
[info@omega90.lu](mailto:info@omega90.lu)

### INFORMATION UND BERATUNG BEI SPEZIFISCHEN FRAGEN

#### INFORMATION UND UNTERLAGEN ZU STERBEHILFE / ASSISTIERTEM SUIZID:

- **Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation  
de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et  
l'assistance au suicide**  
Ministère de la Santé  
Allée Marconi/Villa Louvigny, L-2120 Luxembourg  
Tel: 247-85626  
[cnce.euthanasie@ms.etat.lu](mailto:cnce.euthanasie@ms.etat.lu)

#### INFORMATIONEN ZUR VERFASSUNG EINER PATIENTENVERFÜGUNG UND BESTIMMUNGEN AM LEBENSENDE:

- **Omega 90**  
138, rue Adolphe Fischer, L-1521 Luxembourg  
Tel: 29 77 89 1  
[www.omega90.lu](http://www.omega90.lu)  
[info@omega90.lu](mailto:info@omega90.lu)

## ADRESSEN

---

- **Mäi Wëllen, Mäi Wee – Association pour le droit de mourir dans la dignité Lëtzebuerg**

1B, rue Thomas Edison, L-1445 Strassen

Tel: 26 59 04 82

[www.mwmw.lu](http://www.mwmw.lu)

[info@mwmw.lu](mailto:info@mwmw.lu)

### INFORMATION ÜBER MEDIATION IM GESUNDHEITSWESEN SOWIE ANDEREN MÖGLICHKEITEN ZUR BEILEGUNG VON STREITFRAGEN:

- **Service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé**

73, rue Adolphe Fischer, L-1520 Luxembourg

Tel: 24 77 55 15

[www.mediateursante.lu](http://www.mediateursante.lu)

[info@mediateursante.lu](mailto:info@mediateursante.lu)

### INFORMATION, BERATUNG UND HILFS- ANGEBOTE FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ UND IHRE ANGEHÖRIGEN:

- **Association Luxembourg Alzheimer**

Telefon Helpline 24/24

Tel: 26 43 24 32

- **Association Luxembourg Alzheimer**

45, rue Nicolas Hein, L-1721 Luxembourg

Tel: 26 007-1

[www.alzheimer.lu](http://www.alzheimer.lu)

[info@alzheimer.lu](mailto:info@alzheimer.lu)

### INFORMATIONEN ÜBER UMGANG, BEGLEITUNG UND HILFSANGEBOTE RUND UM DAS THEMA DEMENZ:

- **Info-Zenter Demenz**

14a, rue des Bains, L-1212 Luxembourg

Tel. 26 47 00

[www.demenz.lu](http://www.demenz.lu)

[mail@i-zd.lu](mailto:mail@i-zd.lu)

### INFORMATIONEN, BERATUNG UND ANGEBOTE RUND UM DAS THEMA ALTER UND ÄLTERWERDEN:

- **RBS Center fir Altersfroen**

20, rue de Contern, L-5955 Itzig

Tel. 36 04 78

[www.rbs.lu](http://www.rbs.lu)

[www.cellulederecherche.lu](http://www.cellulederecherche.lu)

[info@rbs.lu](mailto:info@rbs.lu)

### SUCHE NACH PSYCHOLOGINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTINNEN IN LUXEMBURG

- **Die Société Luxembourgeoise de Psychologie (SLP)**

garantiert, dass jede eingetragene Person über die angegebene akademische Ausbildung verfügt.

Die Registrierung gilt als erkennbares

Qualitätslabel.

[www.slp.lu](http://www.slp.lu)

[www.slp.lu/e-psycholog-fannen](http://www.slp.lu/e-psycholog-fannen)

*Diese Adressenliste ist eine Übersicht und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.*



**JA  
ZUM  
LEBEN  
ABER  
NICHT  
MEHR  
SO!**

[www.prevention-suicide.lu](http://www.prevention-suicide.lu)







[www.prevention-suicide.lu](http://www.prevention-suicide.lu)

SUIZIDPRÄVENTION IM ALTER

JA  
ZUM  
LEBEN  
ABER  
NICHT  
MEHR  
SO!