

» ICH WILL SO  
NICHT MEHR  
WEITERLEBEN!«

Die Herausforderungen des  
Älter-Werdens meistern  
Suizidprävention im Alter



**INHALT**

Die Lebenssituation des Menschen im höheren Alter .....	4
Warnsignale für Suizidgefährdung .....	6
Ursachen der Suizidalität älterer Menschen .....	8
Lebensveränderungen .....	8
Psychische Krankheiten im Alter .....	10
Körperliche Erkrankungen .....	12
Verlust des Partners / der Partnerin .....	13
Verlust der Selbständigkeit .....	14
Suizidprävention für das höhere Lebensalter .....	16
Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit .....	17
Beziehungsförderung mit älteren Menschen .....	18
Das Gespräch über Not und Leid .....	19
Der Umgang mit Verlust und Trauer .....	19
Erfragen und Erkennen von Depression im Alter .....	20
Das Gespräch über suizidale Inhalte .....	22
Professionelle Hilfe vermitteln .....	25
Kontaktadressen / Ansprechpartner .....	26
Österreichweite Telefon- und Internet-Kontakte .....	26
Pflege und Betreuung (ganz Österreich) .....	27
Telefon- und Internet-Kontakte in den Bundesländern .....	29

## „ICH WILL SO NICHT MEHR WEITERLEBEN!“

### Die Herausforderungen des Älter-Werdens meistern – Suizidprävention im Alter

**S**uizid ist eine einsame Tat. Der Rückzug aus Beziehungen oder deren Fehlen trägt vermutlich zu einem nicht unbeträchtlichen Teil dazu bei, dass Menschen sich überlegen, ihrem Leben ein Ende setzen. Dies gilt umso mehr für ältere Menschen, die zunehmend Verluste nahestehender Personen erleben müssen und dann auf Grund der weniger werdenden sozialen Beziehungen in Isolation geraten. Auch wenn nicht gerne darüber gesprochen wird - die Tatsachen belegen, dass ältere Menschen eine deutlich erhöhte Suizidrate im Vergleich zur Gesamtbevölkerung haben. 2012 haben sich in Österreich 1275 Menschen das Leben genommen. Mehr als ein Drittel aller Suizide entfallen auf Menschen im Alter über 65 Jahre. Im Jahr 2012 waren das 343 Männer (Suizidrate: 53,9/100.000) und 125 Frauen (14,3/100.000). Das heißt, pro Tag nehmen sich in

Österreich ein bis zwei ältere Menschen das Leben. Damit zählt die Suizidrate älterer Menschen in Österreich im europäischen Vergleich zu den höchsten, während dies für die Rate der Gesamtbevölkerung (15,3/100.000) nicht mehr gilt. Besonders gefährdet sind ältere Männer, die deutlich häufiger Suizide begehen als ältere Frauen. Männer über 85 haben eine fast fünfmal so hohe Suizidrate (109,1/100.000) wie die Gesamtheit der österreichischen Männer.

Hinter der Absicht sich zu töten steckt fast immer eine verzweifelte, eingeengte und dem Betroffenen ausweglos erscheinende Lebenssituation. Dies kann damit zusammenhängen, dass sich bei den Betroffenen belastende Lebensereignisse häufen, die für sie nicht mehr lösbar scheinen. Das sind bei älteren Menschen z.B. Verluste nahestehender Personen oder



zunehmende Einschränkungen durch schwere Krankheiten, aber auch ein erzwungener Wohnortwechsel. Gerade bei der Suizidalität älterer Menschen spielen psychische Krankheiten, insbesondere Depressionen, eine bedeutsame Rolle.

Suizidversuche sind grundsätzlich als ein Hilferuf zu verstehen, der nicht überhört werden darf. Suizidhandlungen älterer Menschen sind oft eindeutiger und klarer geplant als jene von jüngeren Menschen. Sie werden von großer Hoffnungslosigkeit begleitet und drücken einen deutlichen Todeswunsch aus. Dadurch erreicht der Hilferuf die Umwelt in vielen Fällen nicht mehr.

Bedauerlicherweise besteht in unserer Gesellschaft nach wie vor eine tiefgreifende Reserviertheit dem Alter gegenüber. So wird auf Grund der Vorstellung, dass das hohe Alter eine persönliche, aber auch gesellschaftliche Last sei, die Suizidhandlung eher gebilligt. Man spricht in diesem Zusammenhang von „Freitod“ oder

„Bilanzsuizid“. Hier stellt sich jedoch die Frage, ob ein in hohem Maße leidender Mensch eigentlich frei in seiner Entscheidung sein kann.

Dies mögen Gründe sein, weshalb – trotz der Dramatik des Problems – gesamtgesellschaftlich relativ wenige Anstrengungen unternommen werden, die Gründe und Ursachen der hohen Suizidrate älterer Menschen zu verstehen und daraus entsprechende Präventionsmaßnahmen abzuleiten und zu finanzieren.

Ein zusätzliches Problem der Suizidprävention im Alter stellt die Tatsache dar, dass es zu wenige Hilfsangebote für ältere Menschen, die sich in Krisensituationen befinden, gibt. Ältere Menschen nehmen vorhandene Kriseneinrichtungen wie auch andere psychosoziale Hilfsangebote, gemessen an der Summe ihrer Probleme, seltener in Anspruch. Aus all diesen Gründen hat das Kriseninterventionszentrum Wien das Projekt „Suizidprävention in der psychosozialen und medizinischen Versorgung älterer

Menschen“ entwickelt, unterstützt vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger. Das Projekt ist Teil von „SUPRA - Umsetzung des Nationalen Suizidpräventionsplans“.

### **Die vorliegende Broschüre als Teil dieses Projektes soll über folgende Fragestellungen informieren:**

- Wie erkennt man eine Suizidgefährdung älterer Menschen?
- Welche Ursachen, Motive und Beweggründe können zu Suizidalität im höheren Lebensalter führen?
- Wie kann man einer Suizidgefährdung vorbeugen?
- Welche Hilfsmöglichkeiten gibt es?

### **Die Broschüre richtet sich sowohl an**

- Betroffene, also ältere Menschen, die sich mit Selbsttötungsabsichten beschäftigen oder in einer Lebenskrise sind,
- Angehörige und andere Vertrauenspersonen, die mit suizidgefährdeten älteren Menschen zu tun haben,
- Personen, die beruflich oder ehrenamtlich mit älteren Menschen arbeiten.





## DIE LEBENSSITUATION DES MENSCHEN IM HÖHEREN ALTER

In den westlichen Industrienationen sind wir heute mit einer Entwicklung konfrontiert, die die Gesellschaft als Ganzes, aber auch den einzelnen Menschen vor ganz neue Aufgaben stellt. Immer mehr Menschen erreichen ein hohes Lebensalter. Prognosen zufolge werden in den nächsten Jahren erstmals mehr als zwei Millionen Menschen in Österreich über 60 Jahre alt sein. Das bringt einerseits viele Unsicherheiten, Ängste und ungeklärte Fragen und andererseits auch Chancen mit sich.

Ältere Menschen sind keine homogene Gruppe. Das Alter umfasst mittlerweile eine Lebensspanne von über 40 Jahren. Die Lebensbedingungen der Menschen im dritten Lebensalter (d.h. der 60–75-jährigen) hat sich in den letzten Jahren ständig verbessert und bietet ganz neue Lebensmöglichkeiten. Das Bild des Alters ist deutlich bunter geworden, auch wenn die vorherrschende Einstellung zum Älterwerden immer noch eher negativ geprägt ist.

Im „vierten Lebensalter“ (über 75-jährige) steigt allerdings das Risiko, bestimmten Belastungen, wie Verlusten von PartnerInnen und FreundInnen, schwerer Krankheit oder Behinderung, begleitet von entsprechenden Einschränkungen, ausgesetzt und damit auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, deutlich an. Dies zu akzeptieren stellt eine schwierige Aufgabe dar und ist oft mit erheblichen Kränkungen verbunden.

Es ist wichtig zu sehen, dass es aber auch in diesem Lebensalter viele Menschen gibt, die ihr Leben selbständig führen können. Sie leben im eigenen Haushalt, haben durch ihre Lebenserfahrung viele Ressourcen und Bewältigungsstrategien, sind in ein tragfähiges soziales Netz eingebettet oder können sich bei Bedarf Fremdhilfe organisieren. Vielen gelingt die Neuausrichtung ihres Lebens. Neben Gewohntem ergeben sich neue Möglichkeiten und Aufgaben. Als Generativität bezeichnet man in diesem Zusammenhang die Fähigkeit, eigene Lebenserfahrung und

Fertigkeiten an die nächste und übernächste Generation weiter zu geben. Dadurch ist bis ins hohe Alter eine Teilhabe am sozialen Leben möglich.

Die Auseinandersetzung mit den existentiellen Fragen wird im Alter notwendig. Die Frage nach dem Lebenssinn oder die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod, das Erleiden von Krankheit, körperlicher Beeinträchtigung, und/oder chronischen Schmerzen können Inhalt quälender Ängste, aber auch Anlass von Resignation und Mutlosigkeit werden. Es gibt keine allgemeingültigen Antworten, jeder Mensch ist gefordert seine jeweils individuellen Lösungen zu finden.

Es gibt aber Menschen, die an diesen Herausforderungen scheitern, die keine sinnstiftenden Antworten finden und ihr aktuelles Leben oder die Vorstellung der Zukunft als so belastend empfinden, dass sie keinen anderen Ausweg sehen, als ihrem Leben ein Ende zu setzen. Diese Menschen darf man in ihrer Not nicht alleine lassen.

## WARNSIGNALE FÜR SUIZIDGEFÄHRDUNG

**M**enschen, die nicht mehr leben wollen, fühlen sich eingeengt. Äußere Gründe für die Einengung sind von inneren zu unterscheiden. Persönliche Handlungsmöglichkeiten sind als Folge äußerer Umstände, z.B. wegen einer akuten Krise oder auf Grund persönlicher Umstände zunehmend eingeschränkt, die Betroffenen beginnen zu grübeln und ziehen sich aus ihren zwischenmenschlichen Beziehungen zurück. Innerlich bewegen sich die Wahrnehmung der Welt und das Denken nur in eine negative Richtung. Diese Menschen verlieren die Freude an Dingen, die sie früher gerne gemacht haben. Ihre Gefühlswelt ist von negativen Gedanken überschattet, sie fühlen sich zunehmend ängstlich, verzweifelt und hoffnungslos.

Für die meisten Menschen gibt es etwas im Leben, das von ganz besonderer Bedeutung ist und das sie von einer Selbsttötung abhält. Das können Beziehungen zu nahestehen-

den Menschen sein, aber auch religiöse und spirituelle Werte oder die Pflege eines lieb gewonnenen Haustieres. Werden solche zentralen Werte in Frage gestellt, kann dies ein letzter, sehr ernster Schritt in Richtung Suizid sein.

Entgegen der oft fälschlich vorherrschenden Meinung, dass eine Person, die darüber spricht, sich ohnehin nicht das Leben nimmt, werden die allermeisten Suizide direkt oder indirekt angekündigt, oft sogar mehrfach. Äußerungen wie „*Ich will nicht mehr leben.*“, „*Ich kann nicht mehr weiter.*“, „*Wenn das nicht anders wird, passiert etwas.*“ etc. müssen unbedingt ernst genommen werden. Je konkreter die Planung ist („*Morgen springe ich.*“), je weniger Alternativen erwogen werden, desto bedrohlicher ist die Situation einzuschätzen, desto mehr Handlungsbedarf besteht. Ist das geplante Suizidmittel (z.B. eine Waffe, Medikamente) auch noch verfügbar, sollte unbedingt über professionelle Hilfe nachgedacht werden. Wenn die Suizidideen das Denken

beherrschen, wenn sie sich also „aufdrängen“, ist das ganz besonders beunruhigend. Aufmerksamkeit ist auch gefordert, wenn insbesondere Männer sich ihrer Umwelt gegenüber feindselig, ablehnend oder aggressiv verhalten. Männer tendieren dazu, auf diese Weise ihre Verzweiflung zu verbergen.

Wenn ein Mensch, der zuvor konkrete Suizidabsichten geäußert hat, plötzlich entspannt wirkt, sich seine Stimmungslage überraschend gebessert hat, obwohl die Belastungen unvermindert weiterbestehen, sollte an einen feststehenden Suizidplan gedacht werden. Menschen, die den Entschluss gefasst haben sich das Leben

zu nehmen, fühlen sich unter Umständen entlastet und haben das Gefühl, einen Ausweg für Ihre verzweifelte Situation gefunden zu haben. Bis zu diesem Zeitpunkt quälten sie sich mit einem inneren Widerspruch. Sie sind einerseits so verzweifelt, dass sie überlegen sich zu töten und haben gleichzeitig die Hoffnung auf Hilfe noch nicht aufgegeben. Diese Menschen sprechen auch oft über ihre innere Not. Das tut der entschlossene Mensch nicht mehr. Oft bringt er Dinge noch in Ordnung, verfasst ein Testament oder verschenkt Gegenstände von persönlichem Wert. Umso erschütternder ist es, wenn sich dieser Mensch kurze Zeit darauf das Leben nimmt.



## Warnsignale einer Suizidgefährdung

- Direkte oder indirekte Ankündigung des Suizids
- Eine aktuelle Krise (z.B. Tod des/der Partners/in, Trennung, Diagnose einer schweren Krankheit, erzwungener Wohnortwechsel)
- Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Freudlosigkeit
- Rückzug aus zwischenmenschlichen Beziehungen
- Einengung von Lebensmöglichkeiten
- Einengung der Gefühlswelt
- Werteverlust
- Besonders bei Männern: Feindseligkeit, Aggressivität

## URSACHEN DER SUIZIDALITÄT ÄLTERER MENSCHEN

**S**uizidalität entwickelt sich immer aus einem Zusammenspiel verschiedener Faktoren. Selten gibt es den „einen“ Grund, der erklärt, warum ein Mensch nicht mehr leben möchte. Aktuelle Belastungen und Lebenskrisen können ebenso eine Rolle spielen wie psychische Krankheiten. Die Erfahrungen, die man im Laufe

seines Lebens gemacht hat, aber auch die Art, wie man mit ihnen umgegangen ist und welche Bewältigungsstrategien man entwickelt hat, spielen eine Rolle, ebenso wie das Verhalten jener Menschen, die uns nahestehen. Wichtig ist auch, welche Bedeutung wir bestimmten Ereignissen geben, wie wir sie bewerten und was wir aus ihnen lernen.

## LEBENSVERÄNDERUNGEN

**M**enschen werden mit zunehmendem Lebensalter immer öfter mit belastenden Lebensereignissen (Krisen) konfrontiert. Diese Krisen können durch Verluste

(siehe weiter unten) aber auch durch veränderte Lebensumstände, die subjektiv als belastend erlebt werden, ausgelöst werden. Dazu gehören z.B. Schwierigkeiten in Bezie-

hungen oder das Ausscheiden aus dem Berufsleben. Obwohl die Pensionierung nicht selten herbeigesehnt wird, wünschen sich viele knapp davor, den Zeitpunkt hinausschieben zu können. Unmittelbar nach der Berufsaufgabe ist die Einstellung besonders negativ. Der damit verbundene Verlust von Struktur, Bedeutung und Einfluss kann die eigene Identität in Frage stellen.

Zunehmende körperliche Beeinträchtigung, die zu steigender Abhängigkeit führt, eingeschränkte Lebensqualität durch Schmerzen und herabgesetzte Mobilität werden häufig als Kränkung erlebt. Pflegebedürftigkeit gehört zu jenen Einschränkungen des hohen Lebensalters, die von vielen Betroffenen am meisten gefürchtet wird. So kann der erzwungene Wechsel des Wohnortes, insbesondere die Übersiedlung in eine Pflegeeinrichtung, oft unbemerkt zu schweren Krisen führen.

In der Regel können diese Belastungen und Veränderungen mit Hilfe der im Leben

erworbenen Erfahrung und Bewältigungsmöglichkeiten und mit Unterstützung von Angehörigen und Freunden gut bewältigt werden. Viele passen sich der neuen Situation an und überwinden diese Krisen. Hilfreich für körperliches und seelisches Wohlbefinden im Alter sind geistige Aktivität, viele Interessen, ein größeres Ausmaß an Sozialkontakten und ein positiver Zukunftsbezug.

Wenn aber gute und verlässliche Ausgleichsmöglichkeiten fehlen, wenn es kein tragfähiges soziales Umfeld gibt, wenn Menschen einsam und isoliert sind und das Gefühl haben, nicht mehr gebraucht zu werden, können sich solche Krisen rasch zuspitzen. Die Verluste und Einschränkungen werden dann als intensive Kränkung erlebt, oft begleitet von Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und Resignation. In der Folge kann die Situation so unerträglich werden, dass die Person nicht mehr weiterleben will. Es entsteht der Wunsch, endlich Ruhe und Frieden zu finden, verbunden mit der Vorstellung, diese nur

im Tod finden zu können. In einer Situation, in der man das Gefühl hat, die Kontrolle über sein Leben zu verlieren, kann die Vorstellung, selbst über den eigenen Tod bestimmen zu können, tröstlich sein. Gleichzeitig besteht immer noch die Hoffnung, die Situation könne sich zum Besseren wenden. Leider sind ältere Menschen, deren Lebensumstände sich derart

zugespitzt haben, oft misstrauisch, und es fällt ihnen schwer, Hilfe zu suchen und anzunehmen. Diese Zwiespältigkeit ist für Außenstehende nicht immer leicht zu akzeptieren. Die unerlässliche Voraussetzung dafür, dass betroffene Menschen Unterstützungsangebote annehmen können, ist aber, dass man sich in ihre Situation einfühlen kann.

## PSYCHISCHE KRANKHEITEN IM ALTER

Etwa jeder vierte Mensch über 65 leidet an einer psychischen Krankheit, meist an einer Depression. Etwa 70% jener älteren Menschen, die einen Suizid begehen, leiden an einer Depression: Sie haben das Gefühl, nichts mehr wert zu sein, nicht mehr gebraucht zu werden und sich schuldig gemacht zu haben. Jegliche Aktivität wird als mühsam erlebt, nicht einmal die täglichen Pflichten können erfüllt werden. Wenn das Interesse auch an jenen Dingen verloren geht, die man früher gerne gemacht hat, wird die Welt leer und freudlos. Diese Menschen ziehen sich aus ihren Beziehungen zurück. Die

Hoffnung auf Besserung geht verloren, und die Selbsttötung kann als der einzige Ausweg gesehen werden, diesen quälenden Zustand zu beenden. Besonders problematisch ist es, wenn zusätzlich zur Depression eine Alkoholabhängigkeit oder eine andere Suchterkrankung besteht oder Suchtmittel verwendet werden, um Schlaflosigkeit, Spannung oder quälendes Gedankenkreisen zu unterbrechen. Dies mag kurzfristig tatsächlich eine Linderung bringen, mittelfristig verstärken sich jedoch die Symptome und Probleme.

Auch Menschen, die am Beginn einer Demenzerkrankung stehen

und hilflos an sich beobachten müssen, wie sie ihr Gedächtnis und alltägliche selbstverständliche Fähigkeiten verlieren, können in suizidale Krisen geraten. Dagegen werden Menschen, die an einer fortgeschrittenen Demenz leiden, seltener suizidal. Es ist also wichtig, psychische Erkrankungen im Alter, insbesondere Depressionen, zu erken-

nen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Scham oft sehr groß ist und viele ältere Menschen nicht offen über ihren depressiven Zustand sprechen. Wenn sie dennoch einen Arzt aufsuchen, stehen oft körperliche Symptome oder die Sorge, an einer lebensbedrohlichen Erkrankung zu leiden, im Vordergrund ihrer Beschwerden.

### Zeichen der Depression bei älteren Menschen

- Gedrückte Stimmung, besonders morgens
- Gefühlsleere, Freudlosigkeit, tiefe Hoffnungslosigkeit
- Verminderung von Antrieb und Interessen, geliebte Dinge und Aktivitäten werden typischerweise gleichgültig
- Rückzug aus sozialen Beziehungen, zunehmendes Desinteresse an Menschen
- Verminderte Konzentrationsfähigkeit
- Erschöpfung und ständige Müdigkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühl der Wertlosigkeit und irrationale Schuldgefühle
- Große Sorge um die Zukunft
- Ungewohnte Ängstlichkeit
- Schlafstörungen mit frühmorgendlichem Erwachen
- Appetitlosigkeit
- Gewichtsabnahme
- Verdauungsstörungen
- Ängstliche Körperwahrnehmung
- Schmerzen ohne organische Ursache
- Suizidgedanken



## KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN

Schwere körperliche Erkrankungen (neurologische Erkrankungen, Nierenerkrankungen, Krebserkrankungen) können die Suizidgefahr erhöhen. Zusätzlich werden schwere Krankheiten oft von Depressionen begleitet. Dabei kommt es besonders häufig am Beginn der Erkrankung, insbesondere nach der Diagnosestellung, zu krisenhaften Entwicklungen mit Suizidgefahr. Beängstigend für Betroffene sind dabei zunächst mehr die Phantasien und Vorstellungen über die Erkrankung und ihre Folgen als die realen Umstände. Schmerz und zunehmende körperliche Einschränkungen, die damit verbundene Abhängigkeit von

Unterstützung durch andere bis hin zur Pflegebedürftigkeit werden dabei als besonders bedrohlich erlebt und können zu Gefühlen von vermindertem Selbstwertgefühl, Auswegs- und Hoffnungslosigkeit und damit zu suizidalen Entwicklungen führen.

An dieser Stelle ist es wichtig zu betonen, dass viele Menschen über eine große Anpassungsfähigkeit verfügen und lernen, auch schwerwiegende Veränderungen zu akzeptieren und einen Sinn in ihrem Leben zu finden.

Auch chronische Erkrankungen nehmen im Alter deutlich zu und schränken die Lebensqualität und Selbständigkeit ein.

Folgende Beschwerden beeinträchtigen das Leben älterer Menschen entsprechend der Erfahrung von AltersmedizinerInnen besonders nachhaltig:

- Chronischer Schmerz
- Atemnot
- Bewegungseinschränkungen und Lähmungen
- Störungen der Ausscheidungsfunktion (Inkontinenz)
- Minderung oder Verlust der Sehschärfe bis hin zur Erblindung
- Minderung und Verlust des Gehörs
- Sturz und Sturzangst

Diese Probleme verringern die Selbständigkeit oft erheblich und erschweren zunehmend die Bewältigung des Alltags, wie die Führung des Haushalts, Ankleiden oder Körperpflege. Oft ist die Scham über das

vermeintliche eigene Versagen so groß, dass man nicht darüber reden kann. Auch die Möglichkeit sozialer Kontakte wird dadurch eingeschränkt und führt unter Umständen zu Vereinsamung und Isolation.

## VERLUST DES PARTNERS / DER PARTNERIN

Der Verlust des Partners oder der Partnerin oft nach langer Beziehung gehört sicher zu den schmerzlichsten Erfahrungen des Alters. Neben dem Trauerprozess erfordert der Verlust des Partners oder der Partnerin unter Umständen auch eine Neuorganisation des Lebens. Aufgaben, die bisher der Partner oder die Partnerin erfüllt hat, müssen übernommen werden. Dazu gehört die Pflege sozialer Kontakte

ebenso wie die praktische Lebensführung. Oft stellt dies Männer vor größere Probleme als Frauen. Verwitwete ältere Männer haben ein 2,5-faches Risiko im Jahr nach dem Tod der Partnerin an Suizid zu versterben. Besonders schwierig ist eine Neuorientierung, wenn der Partner oder die Partnerin die einzige emotionale Stütze war. Umso wichtiger ist es, bis ins hohe Alter auch andere soziale Kontakte zu pflegen.



## VERLUST DER SELBSTÄNDIGKEIT

Das eigene Leben selbständig und unabhängig von der Hilfe anderer bewältigen zu können, ist in der Vorstellung vieler Menschen unerlässlich für Wohlbefinden und Zufriedenheit. Gerade im Alter muss aber zunehmend mit der Einschränkung von Fähigkeiten bis hin zur Pflegebedürftigkeit gerechnet werden. Der tatsächliche oder vermeintliche Verlust der Selbständigkeit kann als massive Kränkung erlebt werden, die das Selbstwertgefühl verletzt oder zerstört. Wenn man die Möglichkeit verliert, den eigenen Alltag und die Beziehungen selbstbestimmt zu gestalten oder die Fähigkeit nicht mehr gegeben ist, die Körperfunktionen zu kontrollieren, verstärkt dies das Erleben abhängig und anderen ausgeliefert zu sein. Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht lassen den älteren Menschen unter Umständen so verzweifeln, dass ein Suizid der scheinbar einzige Ausweg bleibt.

Dabei wird aber übersehen, dass wir letztendlich im ge-

samten Leben in unterschiedlicher Weise von der Unterstützung anderer abhängig sind, es also vollständige Autonomie gar nicht gibt. Wir alle bewegen uns in einem Spannungsfeld zwischen Selbständigkeit und Geborgenheit, zwischen Autonomie und Abhängigkeit. Im Laufe unseres Lebens müssen wir also immer wieder ein Gleichgewicht zwischen diesen beiden Polen finden. Hilfe zu bekommen, Geborgenheit erleben zu können bedeutet auch immer das Aufgeben von Autonomie. Wir können uns aber auch immer - zumindest in unseren Gedanken und Vorstellungen - ein Stück Autonomie und Entscheidungsfreiheit bewahren.

Grundsätzlich hängt viel davon ab, wie die zentralen Aufgaben dieses Lebensabschnitts bewältigt werden, ob einerseits das Annehmen des Alters und der damit verbundenen Einschränkungen und Verluste gelingt und andererseits neue Aufgaben und Herausforderungen gefunden werden und somit ein

Sinn im Leben erhalten bleibt. Für Menschen im Alter ist das Gefühl, dass sie gebraucht werden, etwas Wesentliches. Das bestätigt sie darin, eine Funktion in ihrer Umwelt zu haben. Durch die liebevolle

Unterstützung der Umgebung sollte es auch für sie möglich sein, die zunehmende Angewiesenheit auf andere zu akzeptieren oder sich zumindest damit abzufinden.

### Prävention für ein zufriedenstellendes Leben im Alter

- Soziale Teilhabe in der Familie, im Freundes- und Bekanntenkreis, in sozialen Gruppen (z.B. PensionistInnen-Gruppe, Pfarre, politische Gemeinde, NGOs, kulturelle Institutionen, Interessensgemeinschaften für Belange der Natur und physischer Aktivitäten)
- Neue Herausforderungen in der alten Partnerschaft, Knüpfen von neuen Partnerschaften
- Aktive Weitergabe von persönlicher Erfahrung und Lebensweisheit an die nachfolgenden Generationen (ehrenamtliche Tätigkeiten, in der Familie, ...)
- Physische Aktivitäten (Bewegung und Sport)
- Lektüre und Teilnahme an Diskussionen über Themen des Alters
- Für die Jüngeren: Vorurteilsfreie Offenheit im Kontakt mit älteren Menschen bei Fragen physischer aber auch psychischer Einschränkungen, von Verlusten und persönlichem Leid sowie existentiellen Ängsten

## SUIZIDPRÄVENTION FÜR DAS HÖHERE LEBENSALTER

Die Erhaltung sozialer Teilnahme und Kommunikation im persönlichen Umfeld, mit Familie und Verwandten, NachbarInnen und FreundInnen ist eine wichtige Grundlage eines sinnerfüllten und zufriedenen Lebens im Alter. Die Förderung dieses Bereichs stellt eine bedeutende krisen- und suizidpräventive Aufgabe im Umgang mit älteren Menschen dar.

Im großen gesellschaftlichen wie auch im persönlichen Rahmen ist es von Bedeutung, dass Fragen von Sterben und Tod, das Erleiden von Krankheit, körperlicher Beeinträchtigung, chronischer Schmerzen wie auch Einschränkungen der persönlichen Mobilität nicht tabuisiert, sondern offen angesprochen werden. Die Auseinandersetzung damit stellt für Menschen, für die das Altern näher rückt oder die bereits davon betroffen sind, eine wichtige Vorbereitung bzw. Anpassungsleistung dar. Für den älteren Menschen kommt



es meist zu wichtigen Änderungen des persönlich definierten Lebenssinnes: materielle Werte treten zurück, während soziale Werte im positiven Fall an Bedeutung gewinnen. Beziehungs- und Bindungserfahrungen und das schöpferische Element der Generativität können tragende Faktoren werden. Diese Entwicklungen unterstützen eine selbständige und befriedigende Lebensgestaltung.

Die Vermittlung passender Angebote für individuelle Bedürfnisse (z.B. Förderung der Kommunikation, Bewältigungshilfen bei Beeinträchtigungen, angepasste Wohnformen) kann eine entscheidende Hilfestellung sein. Im hinteren Teil dieser Broschüre sind zahlreiche Kontaktadressen angeführt.

## UNTERSTÜTZUNG BEI PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Besonderes Augenmerk sollte auf die Situation von Menschen gelegt werden, die bereits durch Krankheit und Pflegebedürftigkeit Einschränkungen bis hin zur Immobilität erleiden müssen. Der Umgang mit funktionellen Einschränkungen – d.h. das Eingehen auf die speziellen Bedürfnisse pflegebedürftiger Personen – und die Sorge um eine möglichst hohe gesundheits- bzw. krankheitsbezogene Lebensqualität sind Faktoren, die Einfluss darauf haben, ob eine Depression entsteht oder wie schwer sie verläuft.

Gerade für den Bereich von Pflege und Betreuung gibt es eine größere Zahl an Anbietern, die Hilfestellung bei alltäglichen Verrichtungen (Waschen, Einkaufen, Essen etc.) geben, und damit ein langes und zufriedenstellendes Verbleiben in der eigenen, vertrauten Wohnsituation ermöglichen. Es werden auch zahlreiche betreute Wohnformen angeboten, die bemüht sind, eine größtmöglich persönliche



Wohnsituation herzustellen. (Siehe auch Adressteil „Pflege und Betreuung“ Seite 27)

Ebenso ist es von Bedeutung, welche Angebote Menschen für ihren letzten Lebensabschnitt, d.h. bei unheilbarer Krankheit oder für den Prozess des Sterbens, gemacht werden. Heute gibt es bereits eine breite Versorgung mit Palliativstationen in den Spitälern, die für eine Beschwerden-lindernde und Lebensqualität-erhaltende Betreuung bei nicht heilbaren Erkrankungen sorgen. Weiters gibt es Hospizeinrichtungen, die eine würdevolle Sterbebegleitung anbieten. Zunehmend werden in diesem Bereich auch ambulante Angebote – also eine Betreuung im eigenen Heim und in vertrauter familiärer Umgebung etabliert.

## BEZIEHUNGSFÖRDERUNG MIT ÄLTEREN MENSCHEN

Ältere Menschen, deren Lebenssituationen durch Verlusterfahrungen und Einsamkeit geprägt sind, die vielleicht schon jede Hoffnung auf Verbesserung ihrer Lebenssituation aufgegeben haben, brauchen aktive Unterstützung dabei, wieder Beziehungen aufzunehmen. Im Krisenfall besteht die erste Aufgabe für helfende Personen darin, einen persönlichen Kontakt und eine Gesprächsbasis herzustellen.

In der resignierten Herabgestimmtheit, die vielleicht in dem Gedanken „*Was soll mich*

*denn im Alter noch freuen?*“ zum Ausdruck kommt, begegnet uns der ältere Mensch in einem sich isolierenden, den persönlichen Austausch vermeidenden Verhalten. Häufig sind wir auch mit Gefühlen der Beschämung beim älteren Menschen konfrontiert, der sich mit den Bedingungen des Alt-Seins für seine Umwelt unattraktiv oder gar abstoßend erlebt. Entscheidend ist, dass wir nicht vorschnell diese Rückzugstendenzen akzeptieren. Suizidprävention ist zunächst einmal die Arbeit an der Beziehung zu den Betroffenen.

■ Suizidprävention beginnt mit der Arbeit an der Beziehung zu den Betroffenen, d.h.

- aktiv den Kontakt herstellen,
- das Gespräch suchen,
- Interesse signalisieren und zuhören.



## DAS GESPRÄCH ÜBER NOT UND LEID

Eine Chance die Barriere des sozialen Rückzugs zu überwinden haben wir dann, wenn wir deutlich Verständnis für die Probleme des Alters und für die Gefühle des älteren Menschen vermitteln. Dazu gehört auch, die Themen Krankheit, chronisches Leiden, Sterben und Tod in der Kommunikation mit älteren Menschen nicht auszuspähen. Besonders wenn wir einem

depressiven älteren Menschen gegenüber stehen, müssen wir davon ausgehen, dass er oder sie in einer quälenden Weise mit existentiellen Inhalten ringt und massive Zweifel am Sinn seines weiteren Lebens hegt. Es lohnt sich, gezielt nach diesen schwierigen Gefühlen zu fragen, sodass sich die betroffene Person in ihrer Not angenommen fühlen kann.

## DER UMGANG MIT VERLUST UND TRAUER

Häufig führen schmerzliche Verluste, wie der Verlust der Partnerin/des Partners oder anderer naher Angehöriger, zu erheblichen Krisen im Alter. Wichtige Hilfe dabei kommt von FreundInnen, Verwandten und anderen Vertrauenspersonen – wie der Hausärztin/dem Hausarzt. Sie leisten Unterstützung dabei, dass die Hinterbliebenen adäquat trauern können.

Das Schwanken zwischen schmerzlicher Sehnsucht mit der Vermeidung von Veränderungen einerseits und einer anpassungsorientierten Bewältigung mit der Suche nach neuen sinngebenden Aktivi-

täten und Inhalten sowie einer Distanzierung von der Trauer andererseits, ist die normale Dynamik eines Trauerprozesses.

Die schmerzliche Trauer mit auszuhalten und verlässlich zu begleiten gehört ebenso zur Unterstützung, wie auch die aktive Ermutigung, Neues zu versuchen und am sozialen Leben teilzunehmen. Zeigt sich aber ein prolongiertes Verbleiben in der Trauer und Überwiegen des trauernden Verharrens, ist die Inanspruchnahme professioneller Hilfe (z.B. einer PsychotherapeutIn, einer Hinterbliebenengruppe, etc.) anzuraten.

## Das Gespräch über Not, Leid und Trauer

- Verständnis und Interesse für schwierige Gefühle und Inhalte zeigen. Dadurch fühlt sich die betroffene Person in ihrer Not angenommen.
- Unterstützung gibt, wer die schmerzliche Trauer des Gegenübers aushalten und dabei verlässlich begleiten kann, ohne sofortige Lösungs- und Aktivierungsvorschläge in den Vordergrund zu stellen.
- Die trauernde Person braucht behutsame Ermutigung, mit der Zeit und in angepasstem Tempo Neues zu versuchen und am sozialen Leben weiter oder wieder teilzunehmen.

## ERFRAGEN UND ERKENNEN VON DEPRESSION IM ALTER

Neben dem Beziehungsaufbau liegt das Augenmerk auf dem Erfassen und Einschätzen des Zustandes des Gesprächspartners/der Gesprächspartnerin.

Ein depressives Stimmungsbild wird beim älteren Menschen leichter übersehen. Ursache dafür können bestehende körperliche Leiden sein, die die Verstimmung überdecken. Auch liegen im höheren Lebensalter sehr oft die Hauptsymptome einer Depression nicht in typischer Form (siehe Tabelle Seite 11) vor. Noch einmal sei auf die Besonderheiten der

Depression beim älteren Menschen hingewiesen:

Bei der sogenannten „Altersdepression“ begegnet uns im Vordergrund oft die Betonung körperlicher Beschwerden und Störungen von Körperfunktionen. Diese werden gerne als alterstypisch angesehen, erscheinen aber bei genauerem Hinsehen überbewertet, und müssen keinesfalls beim älteren Menschen zwingend vorkommen. Ängstliche Klagsamkeit wird als unpassendes Jammern abgetan und wegen der nicht so im Vordergrund stehenden depressiven Niedergeschlagenheit

oder gar fehlenden offensichtlichen Verzweiflung in ihrer Relevanz unterschätzt.

Wenn wir nach früheren Hobbys und Interessen fragen und feststellen, dass nichts von alledem mehr Freude macht und die meisten Aktivitäten aufgegeben wurden, ist das bereits ein sehr deutliches Anzeichen einer Depression. Im Bereich von Antrieb und Motivation finden wir zudem ausgeprägte und ständige Müdigkeit sowie rasche Erschöpfbarkeit, die nicht auf körperliche Einschränkungen zurückzuführen sind.

Ein weiterer hinderlicher Faktor kann die implizite Vorstellung eines „Defizitmodells“ des Alters sein, das diesem Lebensabschnitt Resignation und Deprimiertheit als altersadäquat und unabwendbar zuschreibt. Widerlegt wird diese Einstellung von Untersuchungen im höheren Alter, die zwar die Gefahr der Chronifizierung depressiver Symptome aufzeigen, aber bei der Hälfte bis Dreiviertel der Betroffenen ein Abklingen der Depression im weiteren Verlauf finden.

Besondere Aufmerksamkeit müssen wir dem möglichen Vorhandensein einer Depression bei Männern widmen. Erschwerend ist dabei auf der einen Seite der Umstand, dass Männer noch seltener von Hilfsangeboten erreicht werden, und dass bei Männern auf der anderen Seite häufig ein mürrisch aggressives, oder gar feindseliges Verhalten im Vordergrund steht. Entscheidend ist, davor nicht zu schnell zurückzuschrecken und geduldig aber beharrlich nach dem Erleben von Verlust, Mangel oder Versagen – häufige Themen von Kränkung bei Männern – nachzufragen.

Aufgabe der helfenden Personen ist, den betroffenen älteren Menschen die Bedeutung der Depressionssymptome zu erklären und darauf aufmerksam zu machen. Ist es gelungen die Depression zu erkennen, gilt es zu vermitteln, dass es sich um eine Erkrankung handelt und nicht um persönliches Versagen. Wesentlich ist nun, mit der für die Betroffenen stellvertretenden Zuversicht die Möglichkeiten

der Veränderung zum Besseren und die Behandelbarkeit von Depression – auch im Alter – darzulegen. So kann es gelingen, dass die Motivation für eine antidepressive Behandlung – so notwendig – und

## DAS GESPRÄCH ÜBER SUIZIDALE INHALTE

Suizidgedanken und Suizid werden immer noch als Tabuthemen angesehen. Häufig besteht bei Betroffenen Beschämung darüber, nicht selten ist Suizidalität mit religiös bzw. ethisch-moralisch begründeten Schuldgefühlen verbunden. Entsprechend fällt es älteren Menschen, die an Suizid denken, meist schwer, darüber zu sprechen. Sie brauchen dafür aktive Unterstützung und Ermutigung von ihrem Gegenüber.

Auch bei den helfenden Personen und Angehörigen berührt das Thema meist Ängste oder eigene Themen, die es erschweren nach Suizidalität zu fragen. Besonders die Angst, dass wir mit dem Ansprechen des Themas erst eine suizidale Entwicklung in Gang bringen oder verstärken, ist

neuer Lebensmut entstehen kann, und dass in weiterer Folge auch die Suizidgefährdung abklingt. (Siehe auch: Tabelle „Das Gespräch über Not, Leid und Trauer“ Seite 20.)

häufig gegeben. Die Erfahrung zeigt, dass der offene, behutsame Umgang mit dem Thema nicht zur Zunahme suizidaler Entwicklungen führt, sondern dass - im Gegenteil - in diesem Benennen von Suizidalität die Chance besteht, einer betroffenen Person aus ihrer suizidalen Einengung herauszuhelfen. Was es braucht, ist eine klare lebensbejahende Haltung, die das Leben des älteren Menschen als wertvoll ansieht und zuversichtlich ist, was die Möglichkeiten von Verbesserung und Hilfestellung betrifft.

Es ist also dringend ratsam, jemanden, der sich in einer Krise befindet oder depressiv ist, im Zweifelsfall auf das Vorhandensein von Lebensüberdruß, Todeswünschen, Suizidgedanken und Suizidabsichten

anzusprechen. Wichtig dabei ist, diesen lebensüberdrüssigen Inhalten nicht wertend, also weder verharmlosend noch

dramatisierend, zu begegnen. Dadurch wird ein offenes und Vertrauen bildendes Klima geschaffen.

### Wie spreche ich über Suizidgedanken – Wenn ein Mensch SO nicht mehr leben will!

■ Über tabuisierte Suizidgedanken zu sprechen braucht Ermutigung und Unterstützung.  
**Wenn Sie das Gefühl haben, ihr Gesprächspartner könnte an Suizid denken, dann fragen Sie ihn danach!**

■ Suizidgedanken sind ein Ausdruck von Not und Verzweiflung. Wer Hilfe und Verständnis findet, kann auch alternative Lösungen für sein Problem finden. Es ist wichtig, im Gespräch mit dem suizidalen Menschen nach den Gründen und Ursachen seiner Not und Verzweiflung zu fragen.

■ Suizidalität entwickelt sich von unbestimmten Gefühlen des Lebensüberdrußes bis zu konkreten Handlungsplänen und Vorbereitungen. Es ist wichtig, nach den Inhalten der Suizidgedanken zu fragen:

- „Ist es so, dass Sie die Freude am Leben verloren haben?“
- „Kommt es vor, dass Sie nicht mehr leben wollen?“
- „Denken Sie daran, dass Sie sich etwas antun wollen?“
- „Denken Sie daran, sich das Leben zu nehmen?“
- „Wenn Sie daran denken, haben Sie konkrete Vorstellungen, wie Sie sich das Leben nehmen wollen?“
- „Haben Sie einen konkreten Plan, wie und wo Sie es tun bzw. haben Sie Vorbereitungen getroffen?“

■ Im Umgang mit einem suizidgefährdeten Menschen ist eine gute soziale Vernetzung mit vorhandenen Personen aus dem Umfeld des/der Betroffenen als auch mit professionell helfenden Institutionen wichtig.

- Wer weiß von dem suizidalen Zustand des/der Betroffenen?
- Wer ist bei der betroffenen Person (in den Nächten, am Wochenende, ... in schwierigen Situationen)?
- Ist die Beurteilung der Suizidalität durch einen Fachmann/eine Fachfrau notwendig?
- Wohin kann sich die betroffene Person bei Verschlechterung des Zustands bzw. Zuspitzung der Situation wenden?



chende Ereignisse gibt, die es zu verarbeiten gilt, ob es sich mehr um eine chronisch bestehende Problematik im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung handelt, oder ob eine neu aufgetretene körperliche Erkrankung auslösend ist – so kommt es z.B. zu einem häufigen Auftreten von Depressionen nach einem Schlaganfall oder Herzinfarkt.

Gibt es ein verursachendes psychosoziales Ereignis, geht es darum, die subjektive Bedeutung dieses Geschehens für die betroffene Person zu erfassen und ausreichend Raum dafür zu geben, darüber sprechen zu können.

Im Rahmen der Krisenintervention bei Suizidalität gilt es zu klären, unter welchen Umständen der krisenhafte Zustand entstanden ist, ob es klar auszumachende verursa-

## PROFESSIONELLE HILFE VERMITTELN

Das Ausmaß einer suizidalen Gefährdung ist jedenfalls umso größer einzuschätzen, je konkreter die suizidalen Vorstellungen oder gar Pläne sind. Davon und vom Ausmaß vorhandener sozialer Unterstützung abhängig müssen weitere Hilfsmöglichkeiten aufgezeigt oder auch eingeleitet werden.

Die Hilfestellung kann die Möglichkeit betreffen, sich einen Termin in einer Beratungsstelle, bei einer PsychotherapeutIn oder einer ÄrztIn, oder – wo verfügbar – auch in einer für ältere Menschen spezialisierten Institution zu vereinbaren. Eine weitere Hilfe besteht in der Weitergabe von Telefonnummern, die akut – unter Umständen rund um die Uhr – für ein rasch oder sofort verfügbares Gespräch kontaktiert werden können. (Sehen Sie dazu Kontakte im Adressteil!) Und schließlich besteht in dringenden Situationen die Option eine Akutambulanz aufzusuchen bzw. auch stationär im Krankenhaus behandelt zu werden.

Viele Menschen haben Scheu davor, professionelle Hilfe bei psychischen Schwierigkeiten in Anspruch zu nehmen, älteren Menschen fällt das oft noch schwerer. Bei der Vermittlung dieser Hilfe ist es daher wichtig, diese Schwierigkeiten zu berücksichtigen und dafür Verständnis zu haben. Wenn der betroffenen Person vermittelt wird, dass sie mit ihrem Schicksal nicht alleine ist, und das Gegenüber Verzweiflung, Angst und Lebensüberdruß verstehen kann, ist die Hürde Hilfe zu akzeptieren leichter zu überwinden.

In diesem Sinn möchte die vorliegende Broschüre allen betroffenen älteren Menschen Mut machen, Hilfe in Anspruch zu nehmen und Angehörige und professionelle HelferInnen bestärken, das offene Gespräch zu suchen und jene, die „SO NICHT MEHR WEITERLEBEN WOLLEN“, zu unterstützen neue Perspektiven zu finden.

## KONTAKTADRESSEN / ANSPRECHPARTNER

### ÖSTERREICHWEITE TELEFON- UND INTERNET-KONTAKTE

#### **Telefonseelsorge**

Tel.: 142

[www.telefonseelsorge.at](http://www.telefonseelsorge.at)

Täglich 0 – 24 Uhr,

vertraulich, ohne Vorwahl und kostenlos in ganz Österreich  
auch E-Mail-Beratung

#### **Ärztenotruf – Bereitschaft**

Tel.: 141

Täglich 0 – 24 Uhr

#### **Frauenhelpline gegen Gewalt**

Tel.: 0800 222 555

[www.frauenhelpline.at](http://www.frauenhelpline.at)

#### **pro mente Austria**

[www.promenteaustria.at](http://www.promenteaustria.at)

#### **Kriseninterventionszentrum**

[www.kriseninterventionszentrum.at](http://www.kriseninterventionszentrum.at)

auch E-Mail-Beratung

#### **Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter (HPE)**

[www.hpe.at](http://www.hpe.at)

auch E-Mail-Beratung

#### **Suchtberatung**

[www.api.or.at](http://www.api.or.at)

## PFLEGE UND BETREUUNG (GANZ ÖSTERREICH)

#### **Pflegetelefon**

Tel.: 0800 / 20 16 22

[www.pflegedaheim.at](http://www.pflegedaheim.at)

Plattform für Pflegende Angehörige des Sozialministeriums,  
Info und Beratung für Betroffene,  
pflegende Angehörige und in der Pflege Tätige

#### **Österreichisches Rotes Kreuz**

Servicestelle: Tel.: 01/58900-0

[www.rotekreuz.at/pflege-betreuung](http://www.rotekreuz.at/pflege-betreuung)

Rettungs- und Krankentransport,  
Pflege und Betreuung

#### **Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs**

Tel.: tel:01/89 145-141

[www.samariterbund.net/pflege-betreuung](http://www.samariterbund.net/pflege-betreuung)

Rettungs- und Krankentransport,  
Pflege und Betreuung

#### **Caritas Österreich**

Tel.: +43 1/488 31-0

[www.caritas.at](http://www.caritas.at)

Betreuung und Pflege,  
Beratung,  
Besuchsdienste,  
Hauskrankenpflege,  
betreutes Wohnen,  
Senioren- und Pflegehäuser,  
mobiles Hospiz,  
mobile Palliativteams



## **Diakonie Österreich**

Tel.: 01/409 80 01

[www.diakonie.at](http://www.diakonie.at)

Die Diakonie ist in vielen Bereichen der sozialen Wohlfahrt tätig.

Kranken und pflegebedürftigen Menschen bietet die Diakonie ein weit gefächertes Betreuungsangebot

## **Hilfswerk**

Tel.: 0800 800 820 (Servicehotline – gebührenfrei)

[www.hilfswerk.at/senioren-gesundheit-und-pflege](http://www.hilfswerk.at/senioren-gesundheit-und-pflege)

Mobile Pflege und Betreuung zu Hause,  
24-Stunden-Betreuung,  
Senioren pensionen Pflegeheime,  
Notruftelefon,  
Mobile Therapie

## **Volkshilfe**

Tel.: 01/402 62 09

[www.volkshilfe.at/pflege](http://www.volkshilfe.at/pflege)

Mobile Dienste: Hauskrankenpflege, Heimhilfe,  
Notruftelefone,  
Essen Zuhause,  
Pflegeheime und Seniorenzentren,  
24-Stunden-Personenbetreuung,  
Tageszentren,  
Betreute Wohnformen,  
Unterstützung pflegender Angehöriger,  
Besuchsdienste

## **TELEFON- UND INTERNET-KONTAKTE IN DEN BUNDESLÄNDERN**

### **WIEN**

#### **Sozialpsychiatrischer Notdienst / PSD**

Tel.: 01/313 30

Tägl. 0-24 Uhr

#### **Kriseninterventionszentrum**

Tel. 01/406 95 95

Mo. – Fr. 10-17 Uhr

[www.kriseninterventionszentrum.at](http://www.kriseninterventionszentrum.at)

#### **Sozialruf Wien**

Tel.: 01/24 5 24

täglich 8-20 Uhr

<http://sozialinfo.wien.gv.at>

#### **GerontoPsychiatrisches Zentrum PSD Wien**

Tel.: 01/4000 53090

#### **SeniorInnenbüro der Stadt Wien**

Tel.: 01/4000 8580

[www.senior-in-wien.at](http://www.senior-in-wien.at)

### **NIEDERÖSTERREICH**

#### **Krisentelefon**

Tel.: 0800 202 016

Tägl. 0-24 Uhr

WEITERE ADRESSEN UNTER:

[www.psz.co.at/schnelle-hilfe](http://www.psz.co.at/schnelle-hilfe)

[www.buendnis-depression.at/Hilfsangebote-in-NOE.334.0.html](http://www.buendnis-depression.at/Hilfsangebote-in-NOE.334.0.html)

## BURGENLAND

### Psychosozialer Dienst Burgenland

Eisenstadt: Tel.: 057979 / 20000  
Neusiedl: Tel.: 02167 / 40322  
Mattersburg: Tel.: 02626 / 62111  
Oberpullendorf: Tel.: 02612 / 42144  
Oberwart: Tel.: 03352 / 33511  
Güssing: Tel.: 03322 / 44311  
Jennersdorf: Tel.: 03329 / 46311

## STEIERMARK

### GO-ON Suizidprävention Steiermark

[www.suizidpraevention-stmk.at](http://www.suizidpraevention-stmk.at)

### Psychosoziale Versorgung in der Steiermark

Information über Beratungsstellen,  
Betreutes Wohnen und Tagesstrukturen im Bereich der  
Alterspsychiatrie  
[www.plattformpsyche.at](http://www.plattformpsyche.at)

### Geronto Psychiatrisches Zentrum GPZ

Beratungsstelle für seelische Gesundheit im Alter

Plüddemanngasse 33  
8010 Graz

Tel.: 0316 / 89 00 35  
Fax: 0316 / 89 00 35-649  
Mail: [gpz@gfsg.at](mailto:gpz@gfsg.at)

Mo bis Fr 9:30 - 13:00 Uhr sowie nach tel. Terminvereinbarung

## KÄRNTEN

### KABEG Klinikum Klagenfurt

[www.kabeg.at](http://www.kabeg.at)

Psychiatrischer Not- und Krisendienst für  
die Region Kärnten Ost  
Tel.: 0664 / 300 70 07  
Tägl. 0-24 Uhr

### KABEG LKH Villach

[www.kabeg.at](http://www.kabeg.at)

Psychiatrischer Not- und Krisendienst für  
die Region Kärnten West  
Tel.: 0664 / 300 90 03  
Tägl. 0-24 Uhr

## OBERÖSTERREICH

### Psychosozialer Notdienst OÖ

Tel.: 0732 / 651 015 (Notruf)  
Tägl. 0-24 Uhr

### KRIZ/Kriseninterventionszentrum der pro mente OÖ

Tel.: 0732 / 21 77  
Mo bis Do 8-17h; Fr 8-15h

### Rat & Hilfe bei Suizidgefahr

Notruf unter Tel.: 0810 / 977 155  
Tägl. 0-24 Uhr  
[www.pmooe.at](http://www.pmooe.at),  
[www.suizidpraeventionooe.at](http://www.suizidpraeventionooe.at)

## SALZBURG

### **Krisenhotline Salzburg**

Tel.: 0662 / 43 33 51

### **Krisenhotline Pongau**

Tel.: 06412 / 20033

### **Krisenhotline Pinzgau**

Tel.: 06542 / 72600

Alle tägl. 0-24 Uhr

## TIROL

### **Psychiatrische Ambulanz Univ. Klinik Innsbruck**

Tel.: 0512 / 504 236 48

Tägl. 0-24 Uhr

### **Gerontopsychiatrisches Tagestherapie-Zentrum**

**Innsbruck** (Halbtags- und Ganztagsbetreuung)

Tel.: 0512 - 34 32 19

[www.vaget.at](http://www.vaget.at)

### **Mobile gerontopsychiatrische Pflege**

Tel.: 0676 898 290 2112 (Innsbruck)

Tel.: 0676 898 290 2001 (Hall und Schwaz)

Tel.: 0676 898 290 2302 (Wörgl und St. Johann)

Tel.: 0676 898 290 2102 (Telfs und Imst)

[www.vaget.at](http://www.vaget.at)

## VORARLBERG

### **LKH Rankweil –**

**Abteilung für Gerontopsychiatrie / Ambulanz**

Tel.: 05522 / 403 4630

### **Sozialpsychiatrische Dienste des aks**

Einzelne Beratungsstellen regional siehe

[www.aks.or.at](http://www.aks.or.at)

### **Pro mente Psychosoziale Gesundheitsdienste**

Einzelne Beratungsstellen regional siehe

[www.promente-v.at](http://www.promente-v.at)

### **Ifs Vorarlberg – Beratungsstellen**

Bregenz Tel.: 05-1755-50

Bregenzerwald Tel.: 05-1755-520

Dornbirn Tel.: 05-1755-530

Hohenems Tel.: 05-1755- 540

Feldkirch Tel.: 05-1755- 550

Bludenz Tel.: 05-1755-560

## IMPRESSUM

**Herausgeber:**

Kriseninterventionszentrum  
Lazarettgasse 14A  
1090 Wien  
[www.kriseninterventionszentrum.at](http://www.kriseninterventionszentrum.at)

**Autoren:**

Dr. Claudius Stein  
Dr. Thomas Kapitany

Alle Rechte vorbehalten  
Mai 2014

Gefördert von:



**Gestaltung:**

Elis Veit, Dagmar Ferstl  
Druck: Onlineprinters GmbH

Fotos: S. 1 & 24 © Alexey Klementiev - Fotolia.com,  
S. 6 & 10 © Peter Atkins - Fotolia.com,  
S. 9 © Alexander Raths - Fotolia.com,  
S. 13 © Miriam Dörr - Fotolia.com,  
S. 19 © Veit,  
S. 22 & 23 © Christa Haider,  
S. 30 © Melpomene - Fotolia.com

