

# **Suizide im Alter in Heimen und Kliniken - Institutionen als Hilfe für alte Menschen in Krisen : Suizide alter Menschen in Heimen**

Autor(en): **Teising, Martin**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA**

Band (Jahr): **64 (1993)**

Heft 4

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-811322>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Suizide im Alter in Heimen und Kliniken – Institutionen als Hilfe für alte Menschen in Krisen

## Suizide alter Menschen in Heimen \*

Von Martin Teising

**Lebensmüde** – dieser Begriff der deutschen Sprache meint müde geworden sein am Leben, aber auch den aktiven Schritt, das Leben zu einem selbstgewählten Zeitpunkt zu beenden. In der Begegnung mit lebensmüden Menschen, und noch mehr, wenn wir mit vollendeten Suiziden konfrontiert werden, reagieren wir schockiert, wir sind sprachlos, erschrocken, wir fühlen uns vielleicht mitschuldig und bedroht. Die jedem von uns gegebene Möglichkeit, sich selbst das Leben zu nehmen, wird uns bewusst.

**Lebensmüde Menschen leben häufig allein, sind einsam und werden von uns noch weiter isoliert.**

Gerade alte Menschen sind besonders häufig in dieser Lage. Sie verlieren wichtige gesellschaftliche Positionen, können manche Dinge nicht mehr so wie früher, sie müssen sich von vielen liebgewordenen Angehörigen verabschieden. Ihr Lebensgefühl ist von inneren und äusseren Bedingungen abhängig, die alte Menschen häufiger als andere veranlassen, ihrem Leben selbst ein Ende zu setzen.

Jeder Selbstmord (-versuch) heisst (auch), dass die Menschen so nicht weiterleben wollen, sie wollen anders. Wir müssen davon ausgehen, dass in jedem alten Menschen der Wille und die Lust zum Leben, das Interesse an der Entdeckung neuer Erfahrungen lebt, daneben aber ebenso zustörerische Kräfte walten, die den Tod anstreben. Unsere zwischenmenschlichen Beziehungen, unsere sozialen Bedingungen, unsere Arbeitswelt und unsere Umwelt beeinflussen die ständige Auseinandersetzung zwischen diesen beiden in uns wohnenden Kräften.

Die meisten alten Menschen leben in ihrer privaten Wohnung. Nur 5,2 Prozent der über 65jährigen und 9,9 Prozent der 80- bis 85jährigen Einwohner Nordrhein-Westfalens lebten 1987 in Heimen. Insgesamt werden 90 Prozent des Pflegebedarfs von den Familien erbracht. Zahlen für die ganze BRD liegen nicht vor (Auskunft des Deutschen Zentrums für Altersfragen).

Wie wirkt sich die Hospitalisierung alter Menschen auf ihre Lebensfreude aus? Können hospitalisierende Massnahmen in Krisensituationen Suizide verhindern helfen? Welche institutionellen Angebote für Menschen in suizidalen Krisen sind altersgerecht? Wie können Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Sozialarbeit suizidale Not lindern?

Alte Menschen, die ihre Wohnungen aufgeben und in Alten- bzw. Altenpflegeheime aufgenommen werden, sterben relativ häufig kurze Zeit später. Das spricht an sich nicht gegen die Heime, denn oft ist schwere, zum Tode führende Krankheit der Aufnahmegrund. Mit der drastischen Veränderung der äusseren Umgebung sinkt aber auch der Lebensmut vieler alter Menschen. Sie verlieren ihre gewohnten Örtlichkeiten und gewohnte Kontakte. Der Heimalltag verlangt extrem hohe Anpassungsleistungen an Essens- und Ruhezeiten, an eine ungewohnte Küche und oft genug an unliebsame Zimmergenossen. Viele Menschen haben ihr Leben lang eine solche Einschränkung nie erfahren. Sie sollen sie jetzt tolerieren, nachdem sie Jahrzehnte nach ihren individuellen Bedürfnissen leben konnten.

Psychosomatische Symptombildungen als Reaktion auf die veränderte Umgebung drücken das Unwohlsein aus. Sie sind im Zusammenhang mit der Heimaufnahme an der Tagesordnung.

Mit den bisher vorliegenden Untersuchungen lässt sich aber keine erhöhte Suizidrate unter Heimbewohnern nachweisen, wohl aber

eine ausgeprägte Lebensmüdigkeit. Die Suizidrate unter 5202 Bewohnern Hamburger Pflegeheime betrug 1989 19,2 (Götze/Schmid 1991). Allerdings bejahten in der Untersuchung von Paul Götze und Barbara Schmid 45 Prozent der Heimbewohner, dass sie im letzten halben Jahr daran gedacht hatten, nicht mehr leben zu wollen. 13 Prozent äusserten Suizidgedanken und 5 Prozent hatten in der Vergangenheit einen Suizidversuch unternommen. Ihre Suizidgedanken verhielten sich parallel zur Lebenszufriedenheit und zu depressiven Verstimmungen. Die Todeswünsche nahmen mit steigendem Alter zu und standen häufig im Zusammenhang mit schweren Erkrankungen.

In dem Zeitraum zwischen 1967 und 1990 geschahen in den Hamburger Pflegeheimen insgesamt 64 Suizide, 24 registrierte Suizidversuche und 14 tödliche Unfälle (Wojnar/Bruder 1991). Seit 1974 ist die Suizidziffer unter den Heimbewohnern niedriger als in der gleichaltrigen, nicht im Heim wohnenden Hamburger Bevölkerung – vielleicht auch ein Erfolg der Betreuung. Etwa 50 Prozent der suizidalen Handlungen geschahen im ersten Jahr nach der Heimaufnahme. An einer Demenz litten nur 3 Bewohner, die sich umbrachten, und einer mit einem Suizidversuch. Insgesamt leiden aber etwa 30 Prozent der Bewohner an einer Demenz. Dieser Befund widerspricht der Vermutung, dass demente Patienten besonders suizidgefährdet seien. Allerdings war die suizidale Handlung in allen vier Fällen eine Reaktion auf das erstmalige offensichtliche Versagen geistiger Funktionen. Zweimal hatten die Bewohner sich verlaufen und waren als hilflose Personen von der Polizei zurückgebracht worden, in einem Fall waren im Schrank der Betroffenen Gegenstände gefunden worden, die sie wegen ihrer noch verdeckten Vergesslichkeit als gestohlen angezeigt hatten. Beide Beispiele zeigen, wie wesentlich die subjektive Kränkung für die Suizidalität ist.

### Altersuizide in Psychiatrischen Kliniken

Unter Patienten in Psychiatrischen Kliniken ist die Suizidrate besonders hoch. Für die Bundesrepublik Deutschland wird eine Kliniksuizidrate von 215 pro 100 000 Aufnahmen und Jahr genannt

\* Aus: Alt und lebensmüde, von Martin Teising, Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Ernst Reinhardt Verlag.

(Vogel/Wolfersdorf 1987). Es wird berichtet, dass es keinen Unterschied macht, ob Patienten auf offenen Stationen oder unter geschlossenen Bedingungen behandelt werden. *Die Suizidrate lässt sich durch die Einschränkung des freien Ausgangs nicht senken.* Oft ist die geschlossene Unterbringung wegen Personalmangels erforderlich. Die geschlossene Tür aber kann den Kontakt nicht ersetzen. Allerdings hinkt der Vergleich von Suizidraten auf geschlossenen und offenen Stationen, zumindest solange akute Suizidalität ein Grund für die geschlossene Unterbringung, wie sie in den Unterbringungsgesetzen der Bundesländer geregelt ist, bleibt. Wenn in einer Hochrisikogruppe «nur» genauso viele Suizide vorkommen wie in der Gruppe der offen untergebrachten Patienten, könnte das auch als suizidverhütende Wirkung der geschlossenen Station interpretiert werden. Eine geschlossene Unterbringung in der akuten suizidalen Krise kann durchaus sinnvoll sein und lebenserhaltend wirken.

Insgesamt lässt sich in den letzten Jahrzehnten eine steigende Tendenz der Suizidhäufigkeit in Psychiatrischen Kliniken beobachten (Finzen 1987, Wolfersdorf 1991). Besonders betroffen sind Patienten mit den Diagnosen Schizophrenie und affektive Psychose. Der Anteil der schweren Depressionen ist unter den Kliniksuizidenten besonders hoch. Dennoch ist die Gruppe der alten Patienten von den Suiziden in Psychiatrischen Kliniken seltener betroffen, als es ihrem Belegungsanteil entspricht. Während etwa 19 Prozent der stationären Psychiatriepatienten in einer Untersuchung über 60 Jahre alt waren, betrug ihr Anteil an den Suiziden 14,9 Prozent (Knauer/Büsing/Kerstiens 1991).

In einer anderen Untersuchung wurden von 310 Kliniksuiziden nur 8 Prozent von über 65jährigen Patienten begangen (Vogel-Wolfersdorf 1991). Nur bei einem Drittel von ihnen waren Suizidversuche aus der Vorgeschichte bekannt, und nur bei 12,5 Prozent war Suizidalität der Einweisungsgrund. 74 Prozent waren nicht geschlossen untergebracht, und die Hälfte nahm sich direkt auf der Station das Leben. Auffallend war auch hier der hohe Anteil mit der Diagnose affektive Psychose, und hervorzuheben war der ernste Charakter der Suizidhandlungen. Häufiger als die jüngeren Suizidenten hatten die Alten Antidepressiva erhalten, aber sehr viel seltener eine psychotherapeutische Behandlung. Alte Patienten erhalten weniger, bräuchten aber mehr menschliche Zuwendung.

Die steigende Kliniksuizidrate wird mit dem erhöhten Aufnahme- druck der Kliniken, ihrer immer kürzer werdenden Behandlungsdauer und ihrer leistungsorientierten Versorgung erklärt (Wolfersdorf 1991). Dagegen kommt ihre Schutzfunktion, das Herstellen eines sicheren Milieus, das auch Rückzugsmöglichkeiten bietet, in einer sozialpsychiatrisch orientierten Psychiatrie eher zu kurz. Institutionelle Neuerungen und auch auf den Patienten bezogene rehabilitativ gemeinte Veränderungen wie forcierte Entlassung und Belastungserprobung beinhalten ein erhöhtes Suizidrisiko. Dieser rehabilitative Druck moderner Sozialpsychiatrie lastet möglicherweise weniger auf den alten Patienten, die eher noch den Schutz und die Versorgung finden können.

### **Die Behandlung von alten Patienten nach Suizidversuchen in Allgemeinkrankenhäusern**

Nach einem Suizidversuch werden die meisten Patienten, die stationär behandelt werden müssen, nicht in die Psychiatrie, sondern in das Allgemeinkrankenhaus eingeliefert. Nach Vergiftungen werden sie in der Internistischen, nach Verletzungen in der Chirurgischen Klinik behandelt. Diese Patienten sind nicht mit einem psychiatrischen Etikett versehen. Sie werden am selben Ort wie körperlich kranke Menschen behandelt. Auch die Psychiatrie strebt ja eine Verankerung in der Gemeinde und stationär im Allgemeinkrankenhaus an. Es gibt immer mehr psychiatrische Abtei-

lungen innerhalb der allgemeinen Krankenhäuser und immer weniger grosse psychiatrische Anstalten, was gerade älteren Suizidenten besonders entgegenkommen dürfte.

*Suizidpatienten stossen im Allgemeinkrankenhaus üblicherweise aber auf starke Ablehnung.* Hans Wedler (1991) hat beschrieben, welche Bedingungen für eine menschenwürdige Behandlung von Suizidpatienten im Allgemeinkrankenhaus erforderlich sind. Sie gelten in besonderem Masse für alte Patienten.

So früh wie möglich sollten sie die Notaufnahme oder Intensivstation verlassen und bei erforderlicher stationärer Behandlung auf eine normale Krankenstation verlegt werden. Je später der Wechsel einer therapeutischen Bezugsperson, desto ungünstiger für die Beziehung. Soziale Kontakte auf der Station zu nichtsuizidalen Mitpatienten, zu Schwestern und Pflegern, zu Sozialarbeitern und Arzt, sowie zu Besuchern sind in der suizidalen Krise hilfreich. Je selbstverständlicher das Personal über die suizidale Krise mit dem Patienten sprechen kann, desto günstiger.

Im therapeutischen Interview, nicht unbedingt im allerersten ärztlichen Kontakt, geht es um eine frühe Beziehungsaufnahme. Selbstverständliche Voraussetzung, aber immer noch nicht überall gegeben, ist ein ungestörter Raum und ausreichend, nicht unbegrenzt viel Zeit. Der Therapeut sollte bereit sein *zuzuhören und damit eine erste soziale Beziehung wiederherstellen, nachdem der Suizident alle sozialen Beziehungen abgebrochen hatte.* Der Therapeut sollte sich um eine Diagnose der psychosozialen Krise bemühen und anschliessend um eine Kontaktaufnahme zu Angehörigen.

Aus diesem therapeutischen Erstgespräch lassen sich eine Hypothese über die Struktur der Beziehung des Patienten ableiten und Hinweise auf seine Verhaltensweisen und damit auch Krisenbewältigungsmöglichkeiten gewinnen. Durch eine spätere Reflexion der vielfältigen Beziehungen des Patienten auf der Station lässt sich diese Hypothese überprüfen und meist noch genauer formulieren. Die Mitarbeiter einer Krankenstation, die Suizidpatienten betreuen, sollten sich aus Pflegekräften, Arzt, Psychologin und Sozialarbeiter zusammensetzen. Jeder kann aus seiner Perspektive besondere Aspekte des suizidalen Geschehens berichten. Gerade im Alter sind häufig sowohl körperliche Diagnostik und Behandlungen als auch Verständnis für die psychische Situation und eine soziale Diagnose erforderlich. Lebenssituation, Partnerschaft, Wohnung, berufliche Lage, Freizeit- und Kontaktmöglichkeiten sollten erfasst und bei Bedarf in die Behandlung mit einbezogen werden.

Psychiatrische und sozialarbeiterische Kompetenz sollten sich wechselseitig ergänzen und kombiniert werden. Psychologen und Sozialarbeiter sind in den medizinischen Betrieb liaisonartig zu integrieren. Auf diesem Wege wird das Verständnis von Krankheit und Gesundheit im Sinne eines biopsychosozialen Ansatzes erweitert. Alle diese Aspekte werden in der Besprechung der Mitarbeiter des Teams zusammengetragen. Einzelne Fälle sollten beispielhaft in der Supervision mit einem erfahrenen auswärtigen Supervisor besprochen werden. Verhaltensweisen des Patienten und ihre Korrespondenz zu Teamkonflikten werden dadurch verständlich und die Beobachtung der Interaktion zu einem wertvollen Erkenntnisinstrument. Ungelöste Teamkonflikte oder strukturelle Behinderungen der Arbeit, die zum Beispiel in der Organisation des Krankenhauses liegen können, stören die Arbeit mit diesen Patienten.

Das Gefühl allzu grosser Verantwortlichkeit für das Schicksal der Patienten kann lähmend wirken. Schliesslich muss klar sein, dass der Patient letztlich selbst entscheidet, das Team aber Hilfsmöglichkeiten anzubieten und zu vermitteln hat.

*Die Verantwortung für die Behandlung dieser Patienten trägt das Team, eine Einzelperson kann ihr nicht gewachsen sein.* Eine inte-

grierte psychosoziale Betreuung von Suizidenten im Allgemein-krankenhaus kommt alten Menschen, die grössere Schwierigkeiten haben, sich auf neue Personen und eine fremde Umgebung einzustellen, entgegen. Sie wird allerdings nur an wenigen Orten der Bundesrepublik praktiziert, zum Beispiel in Hamburg, Darmstadt und Kassel, obwohl sie auch international, zum Beispiel in Holland und Kanada (Trachtenberg/Rosenbluth 1991) erfolgreich ist. Neue Behandlungskonzepte lassen sich nur mit grosser Mühe und zäher Arbeit gegen vielfältige Widerstände verwirklichen. Suizidenten und alte Menschen haben keine Lobby. Besondere Schwierigkeiten gibt es immer wieder, wenn es um ambulante Weiterbehandlung geht. Für alte Menschen ist die personelle Kontinuität eines multiprofessionellen Teams ganz besonders wichtig, Patienten, denen nach einem Suizidversuch von der Klinik eine Weiterbehandlung in einem Kriseninterventionszentrum empfohlen wurde, machten nur in 31 Prozent der Fälle von diesem Angebot Gebrauch. Konnte in der Klinik schon ein fester ambulanter Termin abgesprochen werden, kamen 55 Prozent, konnte aber der behandelnde Krankenhausarzt selbst ein ambulantes Angebot machen, kamen immerhin 72 Prozent (Möller 1991). Die strikte Trennung in ambulantes und stationäres Versorgungssystem, ein Grundprinzip unseres Gesundheitswesens, steht einer sinnvollen und besseren Versorgung suizidaler Patienten im Wege.

### Ambulante Angebote für alte suizidgefährdete Patienten

Nachdem die Suizidrate der über 65jährigen Amerikaner von 45,3 im Jahre 1933 auf 17,6 im Jahre 1980 gefallen war, ist sie in den 80er Jahren wieder gestiegen. Die in den USA verbreiteten Beratungsstellen für Suizidgefährdete wurden nur in 1 bis 2 Prozent der Fälle von Alten in Anspruch genommen (McIntosh 1985). Dagegen hatten etwa 50 Prozent derjenigen, die einen Suizid begingen, im Monat zuvor ihren Hausarzt besucht. In einer italienischen Untersuchung waren es gar 70 Prozent, davon 41 Prozent in der letzten Woche und 20 Prozent innerhalb von 24 Stunden vor ihrem Selbstmord (de Leo 1991). Bei der englischen Telefonseelsorge waren nur 4 Prozent der Anrufer über 60 Jahre alt, und diejenigen, die anriefen, schienen weniger Hilfe zu akzeptieren und zu suchen, obwohl sie diese dringend brauchten.

*Die für jüngere Altersgruppen bewährten Methoden scheinen also für alte Menschen weniger passend.* Deshalb wird nach neuen Wegen wirksamer Hilfsmöglichkeiten für alte Suizidenten gesucht. In den USA wurde eine *Strategie zur Verhütung von Alterssuiziden* entwickelt. Es handelt sich um eine, wie die Amerikaner sagen, aggressive offensive Strategie, wie wir sie aus bestimmten organmedizinischen Präventionsansätzen (zum Beispiel der Cholesterinkampagne) kennen. Es geht um

- Aufklärung und Weiterbildung,
- Früherkennung und Behandlung,
- (Weiter-)Entwicklung von Beratungseinrichtungen,
- und speziell für Amerika: Einschränkung des freien Verkaufs von Handfeuerwaffen, den dort am häufigsten benutzten Suizidmitteln alter Menschen (Osgood 1991b).

*Nach diesem Konzept sollen die alten Menschen über depressive und süchtige Verhaltensweisen aufgeklärt werden, und sie sollen etwas erfahren über die Behandlungsmöglichkeiten. In der Öffentlichkeit soll den verbreiteten falschen Vorstellungen begegnet werden, dass*

- a) Suizide ohne Vorwarnung geschehen,
- b) diejenigen, die über Suizid sprechen, ihn nicht vollziehen,
- c) das Aufgreifen des Themas jemanden zum Suizid veranlassen könnte,
- d) diejenigen, die von Suizid sprechen, nur die Aufmerksamkeit auf sich ziehen und andere manipulieren wollen,

- e) die beste Antwort auf Suiziddrohungen sei, den Betroffenen als Angeber zu bezeichnen oder ihn zu ermuntern, es doch zu tun.

**Gerade ältere Menschen spielen nicht mit Suiziddrohungen und wollen andere damit nicht manipulieren.** Die Öffentlichkeit sollte über die besonders gefährdeten Gruppen Bescheid wissen, als da sind:

- Alleinstehende, insbesondere kürzlich geschiedene und verwitwete alte Männer,
- alte Alkoholiker,
- depressive Alte, die allein leben und sozial isoliert sind.

Als Warnsignale müssen von der Öffentlichkeit Äusserungen gehört und verstanden werden wie: *«Ich werde mich umbringen. Ich will Schluss machen. Es hat keinen Wert mehr. Meinen Angehörigen würde es ohne mich besser gehen. Ich weiss nicht, ob ich morgen noch da bin.»* Dies sind offene Mitteilungen darüber, dass der Betroffene sich mit Suizidgedanken beschäftigt. Auch bestimmte Verhaltensweisen alter Menschen können Hinweise auf Suizidalität geben:

- das Weggeben von persönlichem Besitz,
- das Sammeln von Medikamenten,
- häufige Arztbesuche ohne ersichtlichen Grund,
- der Erwerb einer Waffe.

*Hinweise auf indirekt schädigendes Verhalten sind: Essens- und Medikamentenverweigerung oder -überdosierung, Alkoholmissbrauch.*

**Die beste Antwort auf eine suizidale Äusserung oder Handlung ist immer ein offenes ernstes Gespräch über die Gefühle, Probleme und Suizidabsichten des älteren Menschen.**

Alkoholismus und Depressionen gefährden das Leben alter Menschen besonders. Depressionen können erkannt werden an

- Müdigkeit und Apathie,
- scheinbaren Gedächtnisstörungen,
- Änderung der Essgewohnheiten, besonders Appetitverlust,
- Schlafstörungen,
- somatisierten Beschwerden wie Kopfschmerzen oder Verstopfung.

Wichtige Kennzeichen für Alkoholabhängigkeit im Alter sind:

- Alkoholtrinken am Morgen,
- Alkoholeinnahme zusammen mit Medikamenten,
- familiäre oder finanzielle Probleme im Zusammenhang mit Alkohol,
- anders nicht erklärbare wiederholte Stürze.

Mit der Information über die Symptome sollte stets auch auf die Behandlungsmöglichkeiten, auf niedergelassene Ärzte, Beratungsstellen und andere soziale Dienste hingewiesen werden. Viele Berufe im psychosozialen Arbeitsfeld müssen speziell über die Suizidrisiken alter Menschen aufgeklärt werden. Dies sind Ärzte, insbesondere Internisten und Psychiater, Pflegekräfte, Sanitäter, Apotheker, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, Physiotherapeuten, Pfarrer, Psychologen, Rehabilitationsberater, Gemeindefschwern und Altenpflegekräfte sowie Mitarbeiter von Altenzentren und Seniorenbegegnungsstätten. Nicht zuletzt sollten Familienangehörige gefährdeter Alter ermutigt werden, Hilfe zu suchen. Auch die Möglichkeit einer stationären Behandlung sollte öffentlich dargestellt und ihrer Stigmatisierung entgegengewirkt werden (Osgood 1991).

Auch in der Bundesrepublik Deutschland ist auf dem Papier die Notwendigkeit zum Handeln erkannt worden. Es werden Massnahmen im sozialen Kontext, die in den Wohn- und Lebenszusammenhängen der alten Menschen verankert sind, empfohlen. Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung fordert in einer Studie im Auftrage des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit eine Verbesserung der stationären Erstversorgung durch eine kurzfristige Hinzuziehung und Präsenz psychiatrischer Ärzte bei Einweisungen aufgrund eines Suizidversuchs. Es wird die weitere Erforschung der Risikofaktoren für Suizidversuche und Suizide von Menschen im hohen Lebensalter gefordert. *«Wegen der oft bleibenden Zuspitzung suizidaler Krisen im Alter ist eine Verbesserung der Früherkennung unbedingt erforderlich. Einem Einsatz von Hilfen sind aber nicht selten durch die äusseren Lebensumstände eines alten Menschen Grenzen gesetzt. Insbesondere gilt es daher, effektive soziale Netze im Nahumfeld alter Menschen aufzubauen und zu erhalten.»* (Weber et al. 1990, 574)

Die medizinische Grundversorgung sollte demnach vom Hausarzt wahrgenommen werden. Er sollte allerdings mehr als bisher mit anderen stadtteil- oder gemeindebezogen arbeitenden Institutionen kooperieren. Für die Diagnostik psychischer Problemlagen könnte eine speziell für alte Menschen ausgerichtete geriatrisch-gerontopsychiatrische Ambulanz am Allgemeinkrankenhaus eingerichtet werden. Sie sollte eine umfassende medizinische, soziale und psychische Diagnose stellen und den Hausarzt beraten können (Kipp 1986). «In Zusammenarbeit mit der medizinischen Basisversorgung durch den Hausarzt sollte Pflege, Sozio- und Psychotherapie von dezentralen, im Stadtteil gelegenen Institutionen übernommen werden, die von dem Patienten ebenso leicht wie der Hausarzt erreicht werden können. Formen der Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und diesen weiteren Therapieeinrichtungen (Sozialstationen, Selbsthilfegruppen, Tagespflegeheime, Sozialpsychiatrische Beratungsstellen) sind notwendig. Durch eine solche Organisationsform ist eine kontinuierliche Therapie bei den wenig mobilen älteren Menschen zu gewährleisten» (S. 381). Ergänzend kann auf die neuen Konzepte zugehender Beratung (Karl 1990) hingewiesen werden, mit denen gerade die Alten erreicht werden können, die selbst keine Einrichtung aufsuchen. Aber auch die alten Patienten, die wegen ihrer Beschwerden selbst Fachärzte aufsuchen, werden nicht fachgerecht behandelt. Niedergelassene Nervenärzte wenden bei alten depressiven Patienten wesentlich seltener als bei jungen Patienten und seltener, als es erforderlich wäre, Psychotherapie an (Arolt/Schmidt 1990).

Ein auf die Bedürfnisse alter Menschen zugeschnittenes Modell der Krisenintervention wurde 1990 in Berlin-Charlottenburg eingerichtet. Von der Kommune getragen, stehen auch am Wochenende und rund um die Uhr Sozialarbeiter zur zugehenden Krisenintervention zur Verfügung. Sie stehen im Kontakt zu Kliniken und zum ärztlichen Notdienst, sind aber nicht ärztlich geleitet und somit ausserhalb des eigentlichen medizinischen Versorgungssystems. Dennoch wird dieses Projekt zu 80 Prozent von den Krankenkassen finanziert, obwohl keine Einzelfallabrechnung über Krankenschein erfolgt. Die Struktur dieses Zentrums könnte in Zukunft wegweisende Funktion gewinnen (Steinhardt/Linden/Stichling 1991). Entscheidend für die Suizidprävention alter Menschen werden sozialpolitische Entscheidungen sein. Antisuizidal wirkt jede Massnahme, die die Integration fördert und der sozialen Isolation entgegenwirkt.

### Alterssuizid und Sozialarbeit

Bisher haben auch die Sozialarbeiter die Gruppe der suizidgefährdeten älteren Menschen nicht systematisch in die Gestaltung ihres Tätigkeitsfeldes einbezogen, obwohl sie in verschiedenen Berufsfeldern mit älteren suizidalen Menschen arbeiten, in Krankenhäusern, in Gerontopsychiatrischen Abteilungen, in Sozialpsychiatri-

schen Diensten der Gesundheitsämter, in Sozialstationen, in Altenheimen und anderswo (Teising 1990). Nach dem Bundessozialhilfegesetz haben ältere Menschen einen Rechtsanspruch auf weitgehende persönliche Hilfe. Nach § 75 soll diese Hilfe «dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern, und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen». Als Zielsetzung für Soziale Dienste für ältere Menschen wird genannt:

- «Angebote für alle älteren Menschen, auch in Situationen, die nicht als soziale Notlagen gelten, sondern der Verwirklichung von generellen Bedürfnissen und Rechten dienen;
- komplementäre, auch vorübergehende Hilfen in Problemsituationen, die mit dem Altern verbunden sind;
- ständige Hilfen für diejenigen, deren Lebenslage sie nicht befähigt, Behinderungen aus eigener Kraft zu überwinden.» (BSHG, 76).

In der Arbeit mit Suizidenten wird sich die sozialarbeiterische Tätigkeit meist durch eine *Vernetzung von sozialen, medizinischen und speziell psychiatrischen Arbeitsfeldern* auszeichnen. Schon in der Psychiatrieenquête von 1974 wurde die Notwendigkeit für die Mitarbeit von Sozialarbeitern betont. Es heisst: «Der Sozialarbeiter arbeitet in Institutionen, die häufig als erste und einzige Kontakt zu Personen und Gruppen haben, deren Lebenssituation gefährdet ist oder deren Verhalten bereits auf eine Gefährdung von psychischer Gesundheit hindeutet. Er ist häufig auch derjenige, der von seinem Arbeitsplatz aus im Sozial- und Jugendamt, im freien Verband, in pädagogischen Einrichtungen oder anderswo, einen ersten professionellen Gesprächspartner für den psychisch Kranken und seine Angehörigen darstellt.» (Dt. Bundesrat, Psychiatrieenquête 1974, 274).

Sozialarbeiter können ihre spezielle Kompetenz anderen Berufsgruppen zur Verfügung stellen. Ärzte sind in der Regel nicht in der Lage, eine vollständige psychosoziale Anamnese zu erheben. Wie oft spielen Lebensbereiche im Zusammenhang mit der Suizidalität eine Rolle, an die der Arzt nicht denkt und die der Patient nicht von sich aus erwähnt, weil er meint, das interessiere den Arzt nicht! Zu diesen Bereichen gehören **zum Beispiel seine Wohnsituation, seine finanzielle Situation, seine sozialen Kontakte, seine Tagesgestaltung, seine Konsumgewohnheiten und oft genug auch einschneidende Lebensereignisse.**

Für Sozialarbeit in diesem Feld wird das Bedürfnis nach einer Persönlichkeitstheorie entstehen, wie sie die Psychoanalyse bietet. Dieter Ohlmeier (1984) hat die sich ergänzenden Aspekte von Sozialarbeit und Psychoanalyse dargestellt. Die häufig vorgetragene Kritik, dass die Sozialarbeit durch eine psychoanalytische Sichtweise soziale Strukturen ausser acht lasse und ihre Einzelfallarbeit rechtfertige, geht von einer Fehlinterpretation der wechselseitigen dynamischen bewussten und unbewussten Prozesse zwischen Individuum und Gesellschaft aus, wie sie im Phänomen des Alterssuizids ganz besonders zum Tragen kommen.

Ein psychoanalytisches Verständnis der Persönlichkeit und ihrer Interaktionen ist kein Widerspruch zu einer politischen Sichtweise sozialer Strukturen. Beide Betrachtungsweisen bleiben ohne die jeweils andere ergänzungsbedürftig. Das intrapsychische narzisstische Gleichgewicht ist abhängig von der Bestätigung durch die Umwelt in sozialen Erfahrungen. Die Entwertungsprozesse des alten Menschen finden in unserer gewinn- und wachstumsorientierten Gesellschaft überall statt. Gerade narzisstisch labile Menschen, die auf Bestätigung durch die Umwelt in besonderem Masse angewiesen sind, geraten deshalb im Alter leicht in suizidale Krisensituationen. Die hohen Suizidziffern der Alten sind nur aus dieser intrapsychischen und sozialen Doppelsicht verstehbar. Psy-

chotherapeutische Arbeit und Sozialarbeit sind notwendige gegenseitige Ergänzungen. Dementsprechend besteht ein sinnvolles Hilfsangebot für alte Suizidenten häufig in einer psychotherapeutisch reflektierten Objektbeziehung bei gleichzeitiger Hilfe auf realer sozialer Ebene.

Die Arbeitsfelder Psychiatrie, Alte und Suizid erscheinen für den Sozialarbeiter nicht besonders attraktiv. In der Arbeit mit alten Suizidenten kumulieren diese unattraktiven Arbeitsfelder. Die Bewertung der Attraktivität dürfte wesentlich von sozioökonomischen Faktoren, wie Abwertung unproduktiver alter Menschen, Ausgrenzung psychisch Kranker und Verleugnung eigener Sterblichkeit in einer am permanenten Wachstum orientierten Wirtschaftsordnung, bestimmt sein. Diese Faktoren finden psychisch in Angst und Übertragungs-/Gegenübertragungsvorgängen in Zusammenhang mit den Themen Alter, Psychiatrie, Suizid ihren Niederschlag.

Die Arbeit mit alten suizidalen Menschen konfrontiert den jüngeren Helfer – unabhängig von der Organisationsform – mit einer Fülle schwieriger Probleme. Die Erfahrungen aus Begegnungen mit älteren Menschen in der eigenen Biographie fließen in jeden professionellen Kontakt mit ein. Häufig führt die schwer zu bewältigende Gefühlsflut zu einer Abwendung, zu einem Nichtbefassen mit dem Problem oder auch zu einer hektischen Geschäftigkeit auf organisatorischem Gebiet, was einem Wegschieben der Problematik gleichkommt. Gerade die Fragen von Alter und Tod fordern die selbstreflektiven Fähigkeiten des Sozialarbeiters ganz besonders, wenn ein Weg zwischen notwendiger Identifikation mit dem Klienten und persönlicher Distanz, «zwischen Abstinenz und Kontinuität» (Ohlmeier 1984) gefunden werden soll.

#### **Die Durcharbeitung eigener Konflikte im Sinne von Selbsterfahrung auf dem Gebiet des Älterwerdens und dem Umgang mit dem Tod erleichtern die Arbeit.**

Es geht also um die Kenntnis der eigenen Person, der eigenen Identität, auch im Kontext von Partnerschaft, Familie, Generationen und gesellschaftlichen Gruppierungen. *Die Arbeit mit suizidalen alten Menschen konfrontiert mit existentiellen menschlichen Problemen und kann deshalb aber auch als sehr befriedigend erfahren werden.*

Wie auf anderen Gebieten der Sozialarbeit auch, ist besonders im Umgang mit alten suizidalen Klienten eine gründliche Selbsterfahrung, am besten als eigene Analyse, fast unabdingbar. Weitere Entlastung und Qualifikation bringt die Teilnahme an regelmässiger Supervision und an Balint-Gruppen sowie die Arbeit im Team mit Kollegen verschiedener Berufsgruppen.

Als Mitarbeiter einer sozialpsychiatrischen Beratungsstelle eines Gesundheitsamtes sind Sozialarbeiter üblicherweise für einen bestimmten Wohnbezirk zuständig. Sie werden dann meist telefonisch über die Notlage eines alten Menschen informiert, die zum Beispiel einem Nachbarn aufgefallen ist. Wenn der Sozialarbeiter seinen zukünftigen Klienten nicht kennt, wird er sich rückversichern, ob er in seinem Amt Informationen erhalten kann. Da nun bei suizidalen Menschen eine schriftliche Einladung wertvolle Zeit vergehen lässt, wird der Sozialarbeiter in der Regel einen Hausbesuch machen, um die Lage einzuschätzen. Häufig werden Sozialarbeiter wegen eines ganz anderen Problems informiert, treffen aber auf lebensmüde alte Menschen. Vorrangige Aufgabe ist dann die Abklärung der akuten Suizidgefahr. Das präsuizidale Syndrom Erwin Ringels bietet einige Anhaltspunkte, um die Frage der akuten Gefährdung zu beantworten. Vor allem gilt es zu klären, wie eingengt der Klient in den unterschiedlichen Bereichen ist. Entscheidend aber ist die Frage des Kontaktes. Welche Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle mobilisiert der Klient, wie sicher oder gängigstigt fühlt sich der Helfer? Vor einer Überschätzung der eigenen Fähigkeit in der Beurteilung der Sui-



Ernst Reinhardt Verlag  
Kemnatenstraße 46  
8000 München 19  
Tel. (089) 178 30 05  
Fax (089) 178 18 27

*Reinhardts Gerontologische Reihe*

*Martin Teising*

## **Alt und lebensmüde**

### **Suizidneigung bei älteren Menschen**

(Reinhardts Gerontologische Reihe; 6)  
196 Seiten. (3-497-01270-X.) Kart. DM 29.80.

Selbstmord im Alter ist ein tabuisiertes Thema, über das selten gesprochen wird. Dabei steigt die Suizidrate mit dem Lebensalter kontinuierlich an. Dieses Buch beschäftigt sich mit der Frage, ob Alterssuizid eine freie Willensentscheidung sein kann. Es beschreibt Lebenssituationen, die alte Menschen in solche Not bringen, dass sie keinen Sinn mehr im Leben sehen.

Martin Teising erläutert soziologische, psychologische und psychoanalytische Theorien zur Alterssuizidalität. Anhand zahlreicher Beispiele werden die theoretischen Modelle praxisnah erläutert. Typische Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene werden geschildert.

Erstmals wird ein therapeutisches Konzept für diese Klienten/Patienten vorgestellt, das auf einem psychodynamischen Verständnis beruht und einen psychotherapeutischen mit einem sozialarbeiterischen Zugang verbindet. Dieses Konzept hat sich in unterschiedlichen psychosozialen Zusammenhängen bewährt und kann allen in der Altenarbeit Tätigen eine Orientierungshilfe geben.

Dr. phil. **Martin Teising**, Arzt für Psychiatrie und Psychoanalyse, 1983–1986 an der Gesamthochschule Kassel Mitarbeiter der Arbeitsgemeinschaft für soziale Gerontologie und des Wissenschaftlichen Zentrums für Psychoanalyse. Bis 1990 Behandlung von Suizidpatienten an den Städt. Kliniken Kassel. Seit 1992 Oberarzt an der Universitätsnervenklinik Tübingen, Abt. Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik.

**Interessenten:** Angehörige psychosozialer Berufe, die mit alten Menschen arbeiten (Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Altenpfleger), betroffene Menschen und deren Familie.

#### **Aus dem Inhalt**

Selbstmord oder Freitod – Zur ethischen Bewertung des Suizids im Alter  
Ist Suizid im Alter Ausdruck einer Krankheit?  
Verbreitung der Alterssuizidalität  
Soziale Bedingungen für die Suizidalität im Alter  
Soziologische Theorien zum Verständnis des Alterssuizids  
Anomie- und Motivationskonzept  
Psychologische Erklärungsansätze  
Psychodynamik des Alterssuizids:  
Unbewusste Prozesse beim Suizid alter Menschen  
Typische Übertragungs- und Gegenüberstellungsprobleme  
Suizide in Altenheimen und Kliniken  
Institutionen als Hilfe für alte Menschen in Krisen  
Psychotherapie mit alten Menschen in suizidalen Krisen  
Suizidialität im Alter und Partnerschaft  
Über die Schwierigkeit, mit alten Menschen in einer Gruppe zu arbeiten  
Fallbeispiele  
Nach dem Suizid: Das Schicksal der Hinterbliebenen

zidgefahr muss dringend gewarnt werden. Erst langjährige Berufserfahrung mit psychisch schwerkranken Klienten vermittelt diese Kompetenz.

Es ist dringend zu empfehlen, bei den geringsten Zweifeln einen Facharzt für Psychiatrie hinzuziehen, der vielleicht nicht unbedingt die bessere Beziehung zum Klienten aufbauen, aber gegebenenfalls juristische Verantwortung übernehmen oder auch bei akuter Selbstgefährdung eine Unterbringung des Klienten veranlassen kann. Falsch verstandene Fürsorge für den Klienten, den gerade Berufsanfänger vor der Psychiatrie bewahren wollen, kann sich für den Klienten fatal auswirken. Vielen Sozialarbeitern in diesem Arbeitsfeld sind Situationen in unangenehmer Erinnerung, in denen sie allein verantwortlich handeln wollten und dann in ihrem Privatleben keine Ruhe fanden, weil sie sich ständig um den Klienten sorgten.

Wünschenswert ist, dass Sozialarbeiter lange genug von erfahrenen Kollegen eingearbeitet werden, um dann ihre verantwortungsvolle Tätigkeit im Team ausüben zu können. Sie brauchen erfahrene Kollegen, die ihnen den Rücken stärken, mit denen sie sich bera-

ten und ihre eigene Arbeit offen gegenseitiger Kontrolle unterziehen können. Die Teams sollten sich aus Sozialarbeitern, Psychologen und Psychiatern zusammensetzen, die voneinander lernen, Verantwortung kollegial tragen und vertrauensvoll zusammenarbeiten.

In einem funktionierenden sozialpsychiatrischen Versorgungsnetz werden weniger Patienten in psychiatrische Kliniken eingewiesen. Die Sozialarbeiter, die gemeindenah für die Suizidprophylaxe zuständig sind, können im Vorfeld und in Krisen in Kooperation mit anderen Berufsgruppen und in Kontakt zu Angehörigen und Nachbarn tätig werden, zum Beispiel wenn es darum geht, einen alleinstehenden alten Menschen zwar zu Hause, aber nicht allein zu lassen. Sie können ihre Klienten, die häufig genug auch unter wiederkehrenden Krisen leiden, langfristig ambulant betreuen, wenn es gelingt, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, in der sich der Klient auch sicher fühlen kann. Wie oft ist es dann ein befriedigendes Erfolgserlebnis, wenn sich Klienten erstmals von sich aus melden oder wegen eines Problems in die Sprechstunde kommen!

## Was not tut im Alter

### 2. Teil

Referat von Dr. med. Margrit Knecht

### 3. Leben im Altersheim

Die Betreuung erfolgt durch das Pflegepersonal des Altersheims unter Miteinbeziehung von Angehörigen. Die Betreuungsdienste werden separat verrechnet, wie auch die ambulanten Dienste zu Hause. Das Altersheim kann auch Temporär-Aufenthalte zur Entlastung der Angehörigen anbieten. Koordination: Pflegepersonal des Altersheims.

### 4. Leben auf der Pflegestation

Betreuung durch das Pflegepersonal des Alters- bzw. Pflegeheims, unter Miteinbeziehung der Angehörigen. Eventuell Temporaufenthalte.

Temporär:

- von zu Hause – ins – Altersheim  
(zur Entlastung der Angehörigen)
- von zu Hause – ins – Pflegeheim  
(Entlastung der Angehörigen, evtl. für Erholung/Reha)
- vom Altersheim – ins – Pflegeheim  
(bei Krankheit oder zur Reha nach Krankheit/Unfall)

Ziel jeder Betreuung und Pflege, ob zu Hause oder in einem Heim, ist

- möglichst viel Selbständigkeit
- helfen, wo es nötig ist, das heisst nach Bedürftigkeit. Das ist das Ziel der sog. reaktivierenden Betreuung und Pflege.

Beispiele:

Nicht jeder, der einen Schlaganfall erleidet, muss nach einer Akutbehandlung im Spital oder Pflegeheim auf einer Pflegestation

bleiben. Nicht jeder muss nach einem Sturz mit einer Schenkelhalsfraktur in ein Pflegeheim oder Altersheim.

Nicht jeder muss nach einer Hospitalisierung wegen einer schweren Herzinsuffizienz oder einer Lungenentzündung und anschließender leichter Verwirrtheit in einem AH oder PH leben.

Es braucht Zeit und ein Team geschulter Fachkräfte, um eine individuell weitgehendste Selbständigkeit zu ermöglichen. Alte Menschen haben oft nicht nur ein Gebrechen, sie sind sogenannt polymorbid. Eine Prognose ist deshalb schwierig zu stellen. Dennoch, es lohnt sich, die Lage des einzelnen medizinisch und sozial möglichst genau zu erfassen, um eine in allen Bereichen optimale Lösung zu finden, das heisst, zu klären, wo der betroffene alte Mensch am ehesten daheim ist. Initial höhere Kosten lohnen sich, wenn später eine höhere Selbständigkeit erreicht wird. Es gibt Fälle, die einfach zu erfassen sind, die vom Patienten, seinem Hausarzt und evtl. der Gemeindegeschwester/Stationsschwester beurteilt werden können, sei es, weil die Selbständigkeit sehr einfach wieder erreicht werden kann und eine Rückkehr nach Hause, in die AW oder ins AH möglich ist, oder sei es, weil mit einer Selbständigkeit nicht mehr gerechnet werden kann.

Aus den Ausführungen sehen Sie, dass immer ein Team in der Betreuung alter Menschen zusammenarbeitet, ein Team von Menschen mit unterschiedlichen Aufgaben:

