A 20071 E

Soziale Arbeit

2/90

Deutsche Zeitschrift
für soziale und
sozialverwandte Gebiete
39. Jg./Februar 1990

Arbeiterbewegung
und Sozialarbeit

Zur Situation der Jugend
und Perspektiven
der Jugendarbeit
in den 90er Jahren

Suchtprävention
in der Arbeitswelt

Herausforderung
für die Sozialarbeit:
Suizidalität im Alter

dzi

Soziale Arbeit

39. Jahrgang
Februar
2/90

Arbeiterbewegung und Sozialarbeit – Aspekte einer verdrängten Geschichte 42
Dieter Oelschlägel, Duisburg

DZI-Kolumne 43

Zur Situation der Jugend und Perspektiven der Jugendarbeit in den 90er Jahren 47
Wolfgang Gernert, Münster

Suchtprävention in der Arbeitswelt: ‚Irgend etwas wird schon rüberkommen' 53
Horst Bossong, Hamburg

Herausforderung für die Sozialarbeit: Suizidalität im Alter 58
Martin Teising, Kassel

Rundschau 63
Allgemeines 63
Sozialwesen 64
Gesundheitswesen 65
Jugendhilfe 66
Ausbildungs- und Berufsfragen 67

Tagungskalender 68

Zeitschriftenbibliographie Soziale Arbeit 69

Verlagsbesprechungen 74

Beilagenhinweis:
Der Auflage liegt der Prospekt „Edition Psychologie und Pädagogik" des Matthias-Grünewald-Verlages bei.

Autoren

Dieter Oelschlägel
Prof. Dieter Oelschlägel lehrt am FB I im Fach Soziale Arbeit und Erziehung/ Sozialpädagogik der Universität Duisburg – Gesamthochschule.
c/o Universität – Gesamthochschule – Duisburg, FB I, Postfach 10 15 03, 4100 Duisburg 1.

Wolfgang Gernert
Landesrat Dr. Dr. Wolfgang Gernert ist Leiter des Landesjugendamtes in Münster. c/o Landschaftsverband Westfalen-Lippe – Abt. 50, Postfach 61 25, 4400 Münster.

Horst Bossong
Dr. Horst Bossong ist Drogenbeauftragter des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg. c/o Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Hamburger Str. 47, 2000 Hamburg 76.

Martin Teising
Dr. Martin Teising ist Arzt für Psychiatrie/Psychotherapie und arbeitet im Konsiliardienst für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Städtischen Kliniken Kassel.
c/o Städtische Kliniken Kassel – Ludwig-Noll-Krankenhaus, Mönchebergstraße 41–43, 3500 Kassel.

Eigenverlag
Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen

Martin Teising

Herausforderung für die Sozialarbeit: Suizidalität im Alter

1. Die ethische Problematik des Alterssuizids

Die Selbstmordhäufigkeit steigt mit zunehmendem Lebensalter. Während sich von den 25–35jährigen statistisch gesehen 19,6 pro 100 000 Einwohner das Leben nehmen, sind es bei den 75–85jährigen 41,1 (Daten des Gesundheitswesens, 1987).

Diese Zahlen sind lange bekannt, werden aber vom öffentlichen Bewußtsein nicht zur Kenntnis genommen. Diese Ignoranz korrespondiert mit der ökonomischen Geringschätzung alter Menschen. Sie bekommt ein pseudohumanes Deckmäntelchen, wenn gesagt wird, soll sich doch umbringen wer will, zumal wenn er schon alt ist. Allzu voreilig wird der Selbstmord als Freitod gesehen und als letzte freie Willensentscheidung des Menschen fehlgedeutet. Die wohl abgewogene Entscheidung, in Freiheit sich das Leben zu nehmen, ist auch bei alten Menschen eine sehr seltene Ausnahme. In der Regel sind Menschen in suizidalen Lebenssituationen gerade nicht frei, sondern in tiefer seelischer bzw. sozialer Not. Die Einschätzung des Alterssuizids als Freitod dient der Nichtbefassung mit diesem Problem und verfestigt die gegebenen Verhältnisse.

2. Sozialpsychologische Faktoren

In einer Untersuchung im Rahmen einer psychiatrischen Institutsambulanz *(Radebold u. a.,* 1987) konnten sozialpsychologische Studien über die Suizidalität im Alter bestätigt werden. Als häufige Merkmale für alte Menschen in suizidalen Krisen lassen sich feststellen:

- männliches Geschlecht,
- getrennt lebend,
- geschieden,
- verwitwet,
- alleinstehend,
- psychiatrische Vorbehandlung,
- gehobene Schulbildung,
- Sorgen um den Gesundheitszustand,
- vor kurzer Zeit einen nahen Angehörigen verloren,
- isoliert lebend.

Diese Merkmale wurden an Menschen in suizidalen Krisensituationen, das heißt, nach einem nicht gelungenen Suizidversuch oder während der intensiven Beschäftigung mit dem Wunsch aus dem Leben zu scheiden, erhoben. Nach sozialwissenschaftlichen Kriterien ist diese Gruppe nicht gleichzusetzen mit der Gruppe alter Menschen, deren Suizidversuch vollendet wird. Es ist aber bekannt, daß mit zunehmender Suizidversuchshäufigkeit und mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit ansteigt, daß die Betroffenen nach einem Suizidversuch auch durch Selbstmord sterben. Von daher sind die Daten von suizidalen Menschen auch auf die Selbstmörder zu beziehen.

3. Psychoanalytischer Verständnisansatz

Die genannten Merkmale treffen auf viele alte Menschen zu. Auf die Gesamtheit der Alten bezogen reagieren aber doch nur wenige suizidal. Die Frage, weshalb gerade sie, läßt sich nur mit Hilfe innerpsychischer Verarbeitungsvorgänge der äußeren Realität erklären. Dazu liefert das psychoanalytische Modell der Objektbeziehungstheorie den weitestgehenden Erklärungsansatz *(Henseler,* 1974).

Nach diesem Modell sind suizidale Krisen narzißtische Krisen, daß heißt, Erschütterungen des Selbstwertgefühls. Bei labilem Selbstwertgefühl entstehen speziell im Alter Krisensituationen, die sich, je nach individueller Geschichte, insbesondere auf die psychosexuelle Identität, auf Wert- und Machtvorstellungen und auf neue Abhängigkeiten beziehen. In diesen Lebensbereichen, die in den psychosexuellen Entwicklungsphasen geprägt wurden und in denen traumatische Fixierungspunkte liegen können, ergeben sich mit dem Altersvorgang entscheidende Veränderungen. Aufgrund spezifischer frühkindlicher Erfahrungen kann es das Selbstwertgefühl des einen Menschen entscheidend treffen, wenn er sich wieder in einer von anderen abhängigen ausgelieferten Position findet, ein anderer ist existentiell gekränkt und reagiert suizidal, wenn er Machtpositionen aufgeben muß, ein nächster, wenn seine Identität als Frau oder Mann in Frage gestellt wird.

4. Gesellschaftliche Reaktionen auf den Suizid im Alter

Die individuelle Bedeutung des Altersprozesses steht in ständiger Wechselwirkung mit sozialen Prozessen. So gut wie jeder Suizid, auch

der älterer Menschen, wird der Umgebung durch Vorzeichen und Hinweise angekündigt. Diese Vorzeichen werden aber von der Außenwelt ungenügend beachtet.

Offenbar können die im Gesundheitswesen professionell Tätigen, vor allem die Hausärzte, ihrer selbst gesetzten und gesetzlich aufgegebenen Pflicht zur Versorgung der Bevölkerung gerade auf diesem Gebiet nicht gerecht werden. Die üblichen Hilfsmethoden, wie zum Beispiel der Besuch in einer ärztlichen Praxis, wirken im herrschenden System der Gesundheitsversorgung mit Einzelleistungsabrechnungen der niedergelassenen Ärzte und der geringen Honorierung von Gesprächen im Vergleich zu technischen Leistungen für Alterssuizidenten unzureichend. Selbst wenn aber die Honorierung angemessener wäre, ist fraglich, ob die niedergelassenen Ärzte sich intensiver mit der Suizidprophylaxe älterer Patienten befassen würden. Gerade dieser Patientengruppe gegenüber besteht eine große Abwehr.

Nicht zuletzt wegen dieser Versorgungslücken nehmen alte Menschen die herkömmlichen Methoden der Suizidprophylaxe wenig in Anspruch. Nur ein bis zwei Prozent der Klienten sogenannter Suicide prevention centers, wie sie in Österreich und den USA üblich sind, waren über 60 Jahre alt *(McIntosh,* 1985). „Unverändert ist daran zu erinnern, daß der weitaus größte Teil von psychisch/körperlich Kranken sowie von Älteren mit psychosozialen Problemen außerhalb des eigentlichen gerontopsychiatrischen Versorgungssystems (sofern es überhaupt in Umrissen vorhanden ist) versorgt, behandelt, beraten und unterstützt wird." *(Radebold u. a.,* 1987, S. 137).

Auch Sozialarbeiter haben bisher die Gruppe der suizidgefährdeten älteren Menschen nicht systematisch in die Gestaltung ihres Tätigkeitsfeldes einbezogen, obwohl sie in den verschiedensten Berufsfeldern mit älteren suizidalen Menschen arbeiten: In Krankenhäusern, in gerontopsychiatrischen Abteilungen, in sozialpsychiatrischen Diensten der Gesundheitsämter, in Sozialstationen, in Altenheimen und anderswo. Eine systematische Betrachtung der Arbeit von Sozialarbeitern mit älteren Suizidenten und eine Darstellung der Anforderungen an die Fähigkeiten der besonderen Belastung dieser Tätigkeiten liegt nicht vor.

Obwohl gerade Ältere von Suizid häufiger betroffen sind, werden jüngeren Suizidenten eher Hilfsangebote gemacht. „Die Hilfsbereitschaft der sozialen Umwelt sinkt mit zunehmendem Alter der Hilfesuchenden." *(Colla,* 1984, S. 1170).

Im Handbuch zur Sozialarbeit/Sozialpädagogik wird das Ausscheiden aus dem Arbeitsprozeß exemplarisch als besonderes lebensgeschichtliches Ereignis gesehen, das als soziale Begebenheit einschneidende und eben auch suizidfördernde intrapsychische Verarbeitungsvorgänge auszulösen vermag; „dazu gehört auch das grundlegende historisch beispiellose und auch bei uns noch nicht sehr lange durchgesetzte Datum einer Verschränkung sozialer und psychischer Todeserfahrung, die Ausgliederung aus dem Arbeitsprozeß." *(Colla,* 1984, S. 1176). In der Bearbeitung dieser speziellen Problematik könnte zum Beispiel eine suizidprohylaktische Aufgabe für Sozialarbeiter gesehen werden.

Radebold (1984) hat darauf hingewiesen, daß nach dem Bundessozialhilfegesetz von 1961 ältere Menschen einen Rechtsanspruch auf weitgehende persönliche Hilfe haben, die im Hinblick auf Suizidprophylaxe nicht eingelöst wird. Im Umkehrschluß kann vermutet werden, daß ein Mangel an persönlicher Hilfe in den hohen Suizidziffern älterer Menschen zum Ausdruck kommt. Persönliche Hilfe ist für alle älteren Menschen nach § 75 Bundessozialhilfegesetz vorgesehen, „die dazu beitragen soll, 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." (o. a., S. 74). Als Zielsetzung für soziale Dienste für ältere Menschen wird genannt:

- „Angebote für alle älteren Menschen, die nicht auf soziale Notlagen zielen, 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." (o. a., S. 76).

5. Sozialarbeit im psychiatrischen Arbeitsfeld oder Psychiatrie im Arbeitsfeld des Sozialarbeiters

Es geht um zwei prinzipiell zu unterscheidende Tätigkeitsfelder für Sozialarbeiter hinsichtlich der Suizidalität älterer Menschen. Einerseits kann man fast alle Tätigkeiten im Altersbereich als mehr oder weniger direkt sui-

zidprophylaktisch betrachten, andererseits geht es um die Arbeit mit alten Menschen, die sich mit Suizidabsichten beschäftigen oder Suizidversuche unternommen haben. Bei der direkten Arbeit mit Suizidenten wird sich die sozialarbeiterische Tätigkeit meist durch eine Vernetzung von sozialen, medizinischen und speziell psychiatrischen Arbeitsfeldern auszeichnen. Es geht nicht darum, jeden Menschen, der suizidale Gedanken hat oder einen Suizidversuch unternommen hat, zu psychiatrisieren. Es gibt Arbeitsfelder für Sozialarbeiter, die außerhalb der Psychiatrie liegen und – wie oben erwähnt – durchaus suizidprophylaktischen Charakter haben. Für Hilfe in seelischen Notlagen und damit aber auch in suizidalen Krisen ist weitgehend die Psychiatrie zuständig, ohne daß an dieser Stelle diese Problematik eingehend behandelt werden kann.

In der Psychiatrie-Enquete 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." *(Psychiatrie-Enquete,* 1974, S. 274).

Die Enquete bemängelt, daß die Sozialarbeiterausbildung zu wenig sozialmedizinische und sozialpsychiatrische Aspekte vermittle bzw. ihre Vermittlung von der Personalsituation des Lehrkörpers abhänge. Andererseits sei allerdings die Anzahl der Planstellen in der Psychiatrie für Sozialarbeiter viel zu gering, so „daß die Bedingungen in der psychiatrischen Versorgung einerseits und das Selbstverständnis der Berufsgruppe andererseits gerade in diesem Berufsbereich eine geringe Motivation bewirken, in der Psychiatrie tätig zu werden. Dies kommt in einer Motivationsstudie zum Ausdruck, die unter anderem erbrachte, daß nur etwa 1,5 % der in Ausbildung befindlichen Sozialarbeiter ihren Beruf später in der psychiatrischen Versorgung ausüben wollen." *(Psychiatrie-Enquete,* 1974, S. 915).

Die Arbeitsfelder Alte, Psychiatrie und Suizidenten erscheinen jungen Studienabsolventen nicht gerade 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 des Todes 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.

6. Sozialarbeit im pflegerischen Arbeitsfeld oder Pflege im Arbeitsfeld des Sozialarbeiters

Sozialarbeiterische Aufgaben überlagern sich mit pflegerischen Tätigkeiten, wenn es sich um die Betreuung psychisch Kranker handelt. Eine klare Aufgabentrennung zwischen diesen Bereichen ist im gerontopsychiatrischen Feld eher künstlich.

In Kassel wurde im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie in den von der Diakonie getragenen Sozialstationen eine Zusammenarbeit zwischen Schwestern/Pflegern und Sozialarbeitern erprobt. Die Aufgabe der Sozialarbeiter sollte sich auf die psychisch kranken älteren Menschen beziehen, für die insbesondere therapeutische Gesprächsgruppen angeboten wurden. Über die besonderen Schwierigkeiten, die bei der Etablierung dieser Form der Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen entstanden sind, berichten *Korte, Bracker und Karl* (1984) in „Betreuung psychisch kranker alter Menschen durch Sozialstationen, Schwierigkeiten bei der Ausweitung des Versorgungsangebotes durch die Berufsgruppe der Sozialarbeiter" und *Korte* (1987) in „Die mühselige Professionalisierung, Sozialarbeiter und Pflege in der ambulanten Gerontopsychiatrie". Mittlerweile konnte dieses Modellprojekt für die Stadt Kassel und für Nordrhein-Westfalen flächendeckend in die Regelfinanzierung übernommen werden.

Dieses Modell ist auch im Rahmen des Konzeptes für die Etablierung einer gemeindenahen Psychiatrie, mit Abschaffung psychiatrischer Großkrankenhäuser, bei gleichzeitiger Einrichtung ambulanter Alternativen, zu sehen. Gerade für suizidgefährdete ältere Menschen sind ambulante und vor allem vorsorgende Alternativen notwendig.

Die Psychiatrie-Enquete sah bereits 1974 die wesentliche Bedeutung der Gerontopsychiatrie

im ambulanten Sektor. Allerdings kam die Beraterkommission zum Modellprogramm Psychiatrie 1985 zu dem Schluß: „Die inzwischen als wesentliche Träger der ambulanten Krankenpflege weit verbreiteten Sozialstationen sind bisher an der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen generell und psychisch Alterskranker im besonderen wenig beteiligt gewesen, obwohl sie mit der Problemsituation häufig konfrontiert werden, sich jedoch selten in der Lage sehen, darauf angemessen zu reagieren. Die Ursachen hierfür liegen zum einen in der Tatsache, daß die Mitarbeiter in den Sozialstationen primär aus der somatischen Medizin kommen, zum anderen, daß im abrechnungsfähigen Leistungsspektrum der Sozialstationen die Pflege psychisch Kranker kaum Berücksichtigung gefunden hat. Aus der Sicht der Alterspsychiatrie ist dies als eine dringend veränderungsbedürftige Situation anzusehen" (zitiert nach *Korte, W.*, 1987, S. 23).

Kortes Analyse der Tätigkeitsfelder für ambulante Sozialarbeiter mit psychisch kranken Alten läßt sich auf den Suizidenten beziehen. Als allgemeines Arbeitsziel definiert er mit *Schülein* die „Rekonstruktion von Handlungskompetenz und damit vom subjektiven und sozialen Interaktionschancen" (o. a., S. 69). Es geht um die Bearbeitung von psychosozialen Defiziten, „die sich auf gesellschaftliche, soziale, geographische und historische Sinnzusammenhänge beziehen (normative Anteile). Der typische Rollenkonflikt der in der Psychiatrie Tätigen gilt hier auch für den Sozialarbeiter. Er besteht in der angebotenen Hilfestellung für das Individuum einerseits, in der sozialen Kontrollfunktion und normativen Anpassungsleistung andererseits. Darüber hinaus zeichnet sich das Arbeitsfeld Gerontopsychiatrie durch weitere besondere Erfordernisse aus, die es an den Sozialarbeiter stellt und die in einer Übersicht dargestellt werden" (o. a., S. 85).

Patientenbezogen sieht *Korte* die Arbeitsfelder Sozialhilfe, Lebenshilfe, therapeutisch orientierte Sozialisationshilfe. Mittelbar patientenbezogen sind innerorganisatorische Kooperation und regionale Kooperation erforderlich. Für diese Arbeitsbereiche wird jeweils eine pragmatisch handwerkliche Kompetenz, sowie eine (selbst-)reflexive Kompetenz benötigt. Im Arbeitsfeld Sozialhilfe geht es zum Beispiel darum, „Kräfte zur Selbsthilfe in der Erhaltung bzw. in den Wiederaufbau von Interaktionsmöglichkeiten im alltäglichen Leben zu konzentrieren und zu entfalten und damit der Gefahr totalisierender Institutionalisierung in Krankenhäusern und Heimen zu entgehen." (o. a., S. 81). Diese Form der Sozialhilfe kann als indirekt suizidprophylaktisch angesehen werden. Im Arbeitsfeld Lebenshilfe geht es unter anderem um die Erkennung von Krisen durch äußere Lebensveränderungen, wie zum Beispiel Partnerverlust, soziale Isolation, Aufgabe des Arbeitsplatzes oder Multimorbidität. Im Arbeitsfeld Sozialisationshilfe könnten für ältere Suizidenten Einzel-, Paar- oder Familiengespräche angeboten werden.

Die Zusammenarbeit regionaler Versorgungsinstitutionen ist eine dringende Notwendigkeit und sollte insbesondere von den Sozialarbeitern geleistet werden können. Voraussetzung sind eine gute Kenntnis und persönliche Kontakte innerhalb des Versorgungsnetzes der Region. Ideal wäre „eine präventivwirkende Funktion gerade für diejenigen potentiellen Patienten/Klienten zu erfüllen, die dem medizinischen Teil des Versorgungssystems ablehnend oder distanziert gegenüberstehen, oder aus anderen Gründen keinen Zugang zu ihm finden können . . . Sozialarbeiter und Pflege in der ambulanten Gerontopsychiatrie stellen sich danach nicht nur als eine Variante problembezogener patientenzentrierter Tätigkeit dar, sondern auch als vermittelnde, organisierende und reintegrierende Gemeinwesenarbeit." (o. a., S. 116 f.). Sie sind dem medizinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Arbeitsfeld beratend, vermittelnd, nachsorgend, vorsorgend, fortbildend und kooperativ verbunden.

7. Neue Organisationsmodelle auch für die Sozialarbeit mit alten Suizidenten

Als Organisationsform für ambulante gerontopsychiatrische Sozialarbeit empfiehlt die Kasseler Arbeitsgruppe Begleitforschung: „Zu den zentralen Aufgaben innerhalb einer Region zählen multiprofessionelle ambulante und teilstationäre Diagnostik, Assessment und Behandlung, konsiliarische Hilfestellung (Institutsberatung), Unterstützung bei Verteilung von Patient/-innen, Fortbildung und Supervision. Dieser Aufgabenkatalog läßt sich organisatorisch und institutionell in einem gerontologischen Zentrum zusammenfassen. Voraussetzung dafür ist jedoch die Durchführung ambulanter und teilstationärer fachärztlicher Behandlung in kommunalem Auftrag, zum Beispiel können sozialpsychiatrische Dienste ohne Behandlungskompetenz gerade für die verschiedenen Gruppen psychisch Alterskranker nicht die notwendige umfassende Hilfestel-

lung leisten. Die Hilfestellung für Arztpraxen, Soziale Dienste, Sozialstationen und Heime verlangt aber auch eine dezentralisierte Hilfestellung in Form von stadtteilbezogenen Dienstleistungszentren, die Aufgaben der Pflege, der sozialen Hilfestellung, der Rehabilitation sowie Kooperation und Koordination vor Ort wahrnehmen müssen. Dabei liegt das Schwergewicht bei einer aufsuchenden (Hausbesuche und familiäre Betreuung) Unterstützung, die den verschiedenen Gruppen psychisch Alterskranker gerecht wird. Dafür wird der zusätzliche Einsatz verschiedener Berufsgruppen erforderlich, zum Beispiel psychiatrisch ausgebildete Schwestern/Pfleger, Sozialarbeiter/-innen und Rehabilitationskräfte." *(Bracker, Korte, Middecke, Radebold,* 1986, S. 199 f.).

Das Modell einer stadtteilbezogenen zugehenden sozialarbeiterischen Beratung *(Karl, Lutze,* 1988) kann ebenfalls in diesem Zusammenhang genannt werden.

Eine andere Arbeitsform, in der Sozialarbeiter mit der Betreuung suizidaler (auch alter) Menschen betraut sind, wird in den Städtischen Kliniken in Kassel praktiziert. Als Mitarbeiter eines Psychosozialen Dienstes, in dem neben zwei Sozialarbeiterinnen eine Diplom-Psychologin und zwei Ärzte für Psychiatrie beschäftigt sind, nehmen sie mit Patienten der Klinik, die wegen eines Suizidversuches eingeliefert wurden, möglichst bald Kontakt auf. Ihre Aufgabe besteht in einem

- Gesprächsangebot,
- Klärung der weiteren akuten Suizidgefährdung,
- Bemühen um Verständnis der Konflikte, die zu dem Suizidversuch geführt haben auf der Grundlage eines psychoanalytischen Konzeptes der Suizidalität als narzißtische Krise,
- im gemeinsamen Bemühen um weitere Lebensperspektiven,
- in einzelnen Fällen in einem Angebot ambulanter Nachbetreuung.

Hinzu kommt die Betreuung von Krankenhauspatienten mit unterschiedlichen Diagnosen, die während des stationären Aufenthaltes in suizidale Krisen kommen.

In dieser Arbeit stehen die Sozialarbeiter im Spannungsfeld zwischen der Einzelfallarbeit, den Krankenhausstrukturen und der Verantwortlichkeit, die ihnen gesellschaftlich bei dieser Arbeit auferlegt wird.

8. Persönliche Voraussetzungen für die Arbeit mit älteren Suizidenten

Unabhängig von der Organisationsform konfrontiert die Arbeit mit alten suizidalen Menschen den meist jüngeren Helfer mit einer Fülle schwieriger Probleme. Die Erfahrung aus Begegnungen mit älteren Menschen in der eigenen Biographie fließt in jeden professionellen Kontakt mit ein. Häufig führt die schwer zu bewältigende Gefühlsflut zu einer Abwendung, zu einem Nichtbefassen mit dem Problem, oder zu einer hektischen Geschäftigkeit auf organisatorischem Gebiet, was einem Wegschieben der Problematik gleich kommt. Gerade die Fragen von Alter und Tod fordern die selbstreflexiven Fähigkeiten des Sozialarbeiters, ganz besonders, wenn ein Weg zwischen notwendiger Identifikation mit dem Patienten 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 Tode wirken erleichternd bei der Arbeit mit älteren suizidalen Menschen. Es geht also um die Kenntnis der eigenen Person, der eigenen Identität, auch im Kontext von Partnerschaft, Familie und gesellschaftlichen Gruppierungen.

Teamarbeit ist eine dringende Notwendigkeit, gerade auch wenn die Risiken von Suizidalität besprochen, eingeschätzt und gemeinsam getragen werden. Fallbesprechungen, Supervision und Balintgruppenarbeit mit besonderer Berücksichtigung von Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen sind die Instrumente, die diese Arbeit ermöglichen, erleichtern und zu einer wertvollen persönlichen Bereicherung werden lassen können.

9. Individuelle Persönlichkeitstheorie und Sozialarbeit

Für Sozialarbeit in diesem Arbeitsfeld wird das Bedürfnis nach einer Persönlichkeitstheorie entstehen, wie sie die Psychoanalyse bietet. *Ohlmeier* (1984) hat die sich ergänzenden Aspekte der Sozialarbeit und der Psychoanalyse dargestellt. „Möglicherweise werden wir oft nur dann etwas leisten können, wenn wir die seelische Hilfestellung mit materieller Unterstützung . . . vereinigen können." *(Freud,* 1919, zitiert nach *Ohlmeier,* 1984, S. 814).

Die Kritik, daß die Sozialarbeit durch eine psychoanalytische Sichtweise soziale Strukturen außer acht läßt und ihre Einzelfallarbeit

rechtfertigt, geht von einer Fehlinterpretation der wechselseitigen dynamischen bewußten und unbewußten Prozesse zwischen Individuum und Gesellschaft, wie sie im Phänomen des Alterssuizids ganz besonders zum Tragen kommt, aus.

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

Literatur

Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens, Band 157, Ausgabe 1987, Kohlhammer, Stuttgart, 1987.

Colla, H. E.: Suizid. In: Eyferth, H. (Hrsg.), Handbuch zur Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Darmstadt, Neuwied, 1984.

Deutscher Bundestag (Hrsg.): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Bundestagsdrucksache 7/4200, Bonn, 1975.

Henseler, H.: Narzißtische Krisen, Zur Psychodynamik des Selbstmordes, Rowohlt, Hamburg, 1974.

Karl, F., Lutze, B.: Das Altenzentrum Quellhof zwischen (Ver-)Planung und erwünschter Selbsthilfe Älterer. In: Ostermann, K.; Radebold, H.; Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.): Lebensqualität und Alter, Stauda, Kassel, 1986.

Korte, W., Bracker, M., Karl, F.: Betreuung psychisch Kranker alter Menschen durch Sozialstationen. Schwierigkeiten bei der Ausweitung des Versorgungsangebotes durch die Berufsgruppe der Sozialarbeiter. In: Radebold, H. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie, Düsseldorf 1986.

Korte, W.: Die mühselige Professionalisierung, Sozialarbeit und Pflege in der ambulanten Gerontopsychiatrie, Hrsg. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1987.

McIntosh, John L.: Suicide Among the elderly: Levels and Trends. In: Amer. f. Orthopsychiat. 55 (2), 4/85, p. 288–293.

Ohlmeier, D.: Psychoanalyse und Sozialarbeit. In: Eyferth, H., Handbuch zur Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Darmstadt, Neuwied, 1984.

Radebold, H.: Altenarbeit. In: Eyferth, H., Handbuch der Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Darmstadt, Neuwied, 1984.

Radebold, H., Rassek, M., Schlesinger-Kipp, G., Teising, M.: Zur psychotherapeutischen Behandlung älterer Menschen, Freiburg, 1987.

Rundschau

Allgemeines

Neugründung der Arbeiterwohlfahrt in der DDR. Der Bundesvorstand der Arbeiterwohlfahrt hat beschlossen, alle Bestrebungen zu unterstützen, die zu einer Neugründung der Arbeiterwohlfahrt in der DDR führen. Er unterstützt die bereits zahlreich bestehenden Kontakte zu sozialen Einrichtungen und Helfergruppen in der DDR, die sich vor der Öffnung der Grenzen entwickelt haben bzw. nach dem 9. November 1989 spontan entstanden sind. In diesem Zusammenhang wird eindringlich an alle Gliederungen des Verbandes appelliert, praktische Hilfen für die Menschen, für soziale Dienste und Einrichtungen in der DDR zu leisten, um die Lebensverhältnisse so zu verbessern, daß den Bürgerinnen und Bürgern ein Verbleiben in der DDR erleichtert wird.
Quelle: awp 35/89

Welternährungstag 1990 in NRW. Bewußtseinsbildung steht im Vordergrund. In den meisten der 158 Mitgliedsstaaten der FAO findet alljährlich am 16. Oktober der Welternährungstag statt, der 1990 für die Bundesrepublik Deutschland von Nordrhein-Westfalen durchgeführt wird. Im Mittelpunkt dieses Tages stehen die weltweiten Probleme der Nahrungsmittel-Versorgung und der Agrarwirtschaft. Am Welternährungstag sollen der Bevölkerung der Industriestaaten die hiermit zusammenhängenden Probleme stärker ins Bewußtsein gebracht werden. Die Menschen sollen zugleich zu mehr Solidarität und zum wirksamen Handeln bei der Bekämpfung des Hungers und der Armut aufgerufen werden.
Quelle: Infodienst 3. Welt und wir 1/90

Die Fachhochschule für Verwaltung und Rechtspflege Berlin hat die Ursachen für die Unterrepräsentation von Frauen in der allgemeinen Verwaltung des öffentlichen Dienstes und dort mit Schwerpunkt im Bereich der höheren Positionen in einer Studie untersucht. Die Verfasser der Studie kommen zu dem Schluß, daß die Leitlinien zur Förderung der weiblichen Beschäftigten im öffentlichen Dienst in der jetzigen Form nicht viel bewirken. Zwar hätten Frauen eine gleichqualifizierte Ausbildung und nähmen auch intensiv an der dienstlichen Fortbildung teil, so eine Feststellung in der Studie. Karriereplanung betrieben sie aber kaum. Dies sei zum