

**Burkhard Brückner, Susan Al Akel, Ulrich Klein
(Hrsg.)**

Verstehende Beratung alter Menschen

**Orientierungshilfen für den
Umgang mit Lebenskonflikten,
Krisen und Notfällen**

**Mit Beiträgen von Klaus Dörner
und Norbert Erlemeier**



Roderer

Verstehende Beratung alter Menschen

**Burkhard Brückner, Susan Al Akel, Ulrich Klein
(Hrsg.)**

Verstehende Beratung alter Menschen

Orientierungshilfen für den Umgang
mit Lebenskonflikten, Krisen und Notfällen

Mit Beiträgen von
Klaus Dörner und Norbert Erlemeier

**S. Roderer-Verlag
Regensburg
2006**

Eine Veröffentlichung im Rahmen des Projekts *Zukunft im Alter*.
Das Projekt wird gefördert aus Mitteln der ARD-Fernsehlotterie
über die Stiftung Deutsches Hilfswerk.
Träger: Krisen- und Beratungsdienst e.V. (Berlin),
Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband,
Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.,
in Kooperation mit Reha-Steglitz.

Wichtiger Hinweis: Die Wissenschaft unterliegt ständigen Wandlungen; das vorliegende Werk wurde mit größtmöglicher Sorgfalt unter Berücksichtigung des heutigen Wissensstandes fertiggestellt. Für Angaben über medikamentöse Behandlungsformen, Dosierungsanweisungen und Applikationen kann jedoch vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek:
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.dbb.de> abrufbar.

ISBN 3-89783-554-1
Herstellung: Buch Bücher DD AG
Umschlagbild: Bettina Schilling
Durchgesehene, seitengleiche Fassung 2014

Inhalt

VORWORT	9
DANKSAGUNG	13
I. TEIL – Verstehende Beratung in Theorie und Praxis	
1. VERSTEHENDE BERATUNG – DAS KONZEPT	17
<i>Burkhard Brückner</i>	
2. KRISEN IM ALTER VERSTEHEN – DAS BASISWISSEN	31
<i>Burkhard Brückner</i>	
2. 1. Gerontologische Grundlagen	32
2. 2. Lebenskonflikte, Krisen und Notfälle	35
2. 3. Lebenskonflikte im Alter	39
2. 4. Psychosoziale Krisen	48
2. 5. Psychiatrische Krisen und Notfälle	57
2. 6. Psychische Störungen im Alter	64
2. 6. 1. Depressionen und Suizidalität	64
2. 6. 2. Altersverwirrtheit und Demenz	70
3. BERATUNG IM ALTER	73
<i>Susan Al Akeel</i>	
3. 1. Die Grundhaltung	74
3. 2. Lebenshilfe für ältere Menschen – wenn Psychologen Hausbesuche machen	74
3. 3. Der schwierige Weg in die Beratung	76
3. 4. Der Klient und seine Welt	79
3. 5. Ein ungleiches Paar – Berater und Klient	80
3. 6. Entlastendes Erstgespräch oder erstes Entlastungsgespräch	81
3. 7. Probleme – Gesprächsführung – Intervention	85

4. MIT ALTERSKRISEN UMGEHEN	90
<i>Susan Al Akel und Burkhard Brückner</i>	
4. 1. Die Grundhaltung und die Elemente der Beratung	92
4. 2. Typische Beratungssituationen	101
4. 2. 1. Beziehungskonflikte	101
4. 2. 2. Depressive und suizidale Klienten	103
4. 2. 3. Hilfen bei Desorientierung und Verwirrtheit	105
4. 2. 4. Validation – Grundlagen	108
4. 2. 5. Desorientierung und Kommunikation	114
5. STRUKTUREN DER ALTENHILFE	119
<i>Jana Wierowski und Burkhard Brückner</i>	
5. 1. Die Einrichtungstypen	121
5. 2. Grundsicherung und Sozialhilfe	124
5. 2. 1. Altenhilfe – Hilfe zur Pflege – Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	125
5. 3. Die Pflegeversicherung	129
5. 3. 1. Antragsverfahren und Pflegestufen	131
5. 3. 2. Häusliche Pflege: Ergänzungs- und Zusatzleistungen	133
5. 4. Rechtliche Betreuung und Vorsorge	136
5. 4. 1. Betreuung und Betreuungsverfahren	136
5. 4. 2. Vorsorgevollmacht – Betreuungsverfügung – Patientenverfügung	138
II. TEIL – Tagungsbeiträge	
6. ZUKUNFT IM ALTER? – DER FACHTAG	143
<i>Ulrich Klein</i>	
7. KOMMUNALE DASEINSSORGE UND SPARZWANG	148
<i>Klaus Dörner</i>	

8. SUIZIDPRÄVENTION IM ALTER	161
<i>Norbert Erlemeier</i>	
1. Problemaufriss	161
2. Zahlen und Trends	162
3. Epidemiologie – Risikofaktoren	164
4. Diagnostik von Suizidalität (Warnsignale, Anzeichen)	167
5. Suizidprävention und Krisenhilfe	168
6. Zusammenfassung	172
LITERATURVERZEICHNIS	175

Vorwort

Die vorliegende Einführung in die ambulante Beratung von älteren und alten Menschen richtet sich an Mitarbeiter aus der Gemeindepsychiatrie, Altenhilfe, Sozialen Arbeit und Pflege. Auf der Grundlage des Konzepts der „verstehenden Beratung“ werden das Basiswissen und die Beratungspraxis in diesem Arbeitsfeld erläutert.

Anfang 2001 haben wir als Herausgeber dieses Buches (alle drei Psychologen), das Projekt *Zukunft im Alter* in Berlin gegründet. Es handelt sich um eine Anlaufstelle für über sechzigjährige Menschen, die eine qualifizierte psychosoziale Beratung in schwierigen Lebenslagen benötigen. Gegebenenfalls wird eine kurzzeittherapeutische Begleitung angeboten. Auch die Unterstützung von Mitarbeitern in Einrichtungen der Altenhilfe gehört zum Aufgabenbereich. Prävention und Nachsorge sind unerlässliche Bausteine dieses Ansatzes. Um den Klienten den Schritt in das Hilfesystem zu erleichtern, werden telefonische und persönliche Mehrfachkontakte, Hausbesuche, Angehörigenarbeit und Nachsorge angeboten. Die Arbeit im Projekt ist gemeindeorientiert und bindet gezielt Pflegedienste, Beratungsstellen, Ärzte und Kliniken der Region mit ein.

Der Träger des Projekts *Zukunft im Alter* ist der 1983 gegründete Krisen- und Beratungsdienst e.V. (K.U.B.). Nach einer initialen Idee von Ulrich Klein gewann das Thema für den Träger zunehmend an Bedeutung. Denn ein hoher Anteil von älteren und alten Menschen zeichnet die Region im Süd-Westen Berlins aus, für die der K.U.B. seit 1998 als Teil des Berliner Krisendienstes die Zuständigkeit übernahm.

Susan Al-Akel und Burkhard Brückner bauten das Projekt *Zukunft im Alter* gemeinsam auf. Die Arbeit war anfangs eng mit dem Berliner Krisendienst verbunden. Im Laufe der Zeit wurde immer deutlicher, dass alte Menschen in Krisensituationen nur dann erreicht werden können, wenn bereits Vertrauen aufgebaut wurde, was vorangegangene Netzwerkarbeit, Hausbesuche, ausführliche Klientengespräche und Angehörigenarbeit erfordert. Diese Erfahrungen machten eine Überarbeitung des bisherigen Konzeptes notwendig. Zusätzlich gab es weitere strukturelle Veränderungen. Seit 2003

wurde das Projekt in der Trägerschaft des K.U.B. in Kooperation mit dem Träger Reha-Steglitz durchgeführt und aus Mitteln der ARD-Fernsehlotterie über die Stiftung Deutsches Hilfswerk finanziert. Susan Al-Akel übernahm die Projektleitung, entwickelte das Konzept weiter und führte die Arbeit fort. Der Schwerpunkt des Projekts verschob sich stärker zur aufsuchenden und präventiven psychologischen Beratungstätigkeit sowie zur Entwicklung eines Fortbildungsangebotes.

Ab 2001 wurde somit ein konkretes Beratungs- und Kriseninterventionsangebot für über 60jährige in der Region realisiert. Das Projekt wurde dann in den gerontopsychiatrischen Verbänden institutionell und fachpolitisch vernetzt; es wurde evaluiert, konzeptionell weiterentwickelt und darüber publiziert. In der vorliegenden Veröffentlichung werden die bisherigen Erfahrungen zusammengefasst. Auf einem Fachtag, der am 15. März 2006 in Berlin von dem Projekt *Zukunft im Alter* veranstaltet wurde, konnte eine Zwischenbilanz der nunmehr über fünfjährigen Projektarbeit gezogen werden.

Das Buch ist in zwei Teile gegliedert. Der erste Teil thematisiert die Theorie und Praxis der Beratungsarbeit mit alten Menschen, im zweiten Teil kommen Beiträge der Fachtagung „Zukunft im Alter?“ zum Abdruck. Entsprechend dem Gesamtkonzept sind alle Beiträge fortlaufend nummeriert.

Der erste Teil (*Verstehende Beratung in Theorie und Praxis*) enthält fünf Beiträge, die von den Herausgebern gemeinsam abgestimmt und in „Wir“-Form geschrieben wurden, aber in namentlicher Verantwortung der jeweiligen Autoren publiziert werden.

Im ersten Beitrag *Verstehende Beratung – Das Konzept* werden die beraterpsychologischen Grundlagen der Projektarbeit entsprechend dem Prinzip der Einheit von Verstehen, Wissen und Handeln im Beratungsprozess erläutert.

Im zweiten Beitrag *Krisen im Alter verstehen – Das Basiswissen* wird auf die gerontologischen Grundlagen eingegangen. Das Defizit- und das Kompetenzmodell des Alters werden diskutiert und zwischen Lebenskonflikten, psychosozialen Krisen und Notfällen differenziert. Typische Situationen

werden mit Fallbeispielen illustriert und abschließend am Beispiel der Risikofälle „Altersdepression“ und „Altersverwirrtheit“ vertieft.

Der dritte Beitrag *Beratung im Alter* befasst sich mit dem Schwerpunkt der aktuellen Arbeit des Projekts. Dabei geht es vorrangig um aufsuchende und präventiv psychologische Beratung alter Menschen. Auf die besonderen Merkmale dieser Beratungssituationen wird eingegangen es werden Maßnahmen geschildert, wie Klienten im Vorfeld eines Krisengeschehens vorbeugend erreicht und unterstützt werden können.

Der vierte Beitrag *Mit Alterskrisen umgehen* vertieft die Praxis der verstehenden Beratung. Zunächst werden die Grundhaltung gegenüber den Klienten und die einzelnen Elemente bzw. Schritte des Beratungsprozesses erläutert und anschließend wird der Umgang mit verwirrten alten Menschen im Zusammenhang mit der Methode der „Validation“ thematisiert.

Im fünften Beitrag *Strukturen der Altenhilfe* werden in Zusammenarbeit mit der Sozialarbeiterin Jana Wierowski die wesentlichen Bereiche des Versorgungssystems skizziert sowie die Grundlinien des Betreuungsrechts und der Pflegeversicherung dargestellt.

Der zweite Teil des Bandes (*Tagungsbeiträge*) beginnt mit dem sechsten Beitrag. Dieser trägt den Titel „*Zukunft im Alter? – Der Fachtag*“. Er führt in das Thema der Veranstaltung ein, die Ergebnisse der Arbeitsgruppen werden kurz vorgestellt und es wird zu den Beiträgen der Hauptredner übergeleitet.

Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner resümiert im siebten Beitrag unter dem Titel *Kommunale Daseinsorge und Sparzwang* die letzten 25 Jahre im Sozial- und Gesundheitswesen. Im Hinblick auf zukünftig knappere finanzielle Ressourcen entwirft er ein gesellschaftstheoretisch und sozialphilosophisch untermauertes Modell des bürgerschaftlichen Engagements, das auch für die Integration älterer, pflegebedürftiger Menschen bedeutsam ist.

Prof. Dr. Norbert Erlemeier thematisiert im achten Beitrag mit dem Titel *Suizidprävention im Alter* die heutigen Standards der Suizidprävention für ältere Menschen. Er macht auf die Besonderheiten von Alterssuiziden aufmerksam, beschreibt die Epidemiologie, die Risikofaktoren und die Dia-

agnostik, und bindet die Möglichkeiten zur Krisenhilfe für suizidgefährdete ältere Menschen auf mehreren Ebenen in die wissenschaftliche Debatte ein.

Die Texte in diesem Band sollen insgesamt auf die Bedeutung der Beratungs- und Krisenarbeit für alte und ältere Menschen hinweisen und dadurch einen Beitrag zur aktuellen Fachdiskussion leisten.

Die Herausgeber

Berlin, im Mai 2006

Danksagung

Wir möchten uns bei folgenden Personen und Institutionen bedanken. Ihre fachliche, finanzielle, tatkräftige oder ideelle Unterstützung hat es erst möglich gemacht, diese Publikation zu verwirklichen.

Unser Dank gilt der ARD-Fernsehlotterie und der Stiftung Deutsches Hilfswerk, sowie dem K.U.B. e.V. und hier besonders Georg Dascher, Gritta Dunkel, Angela Hofmeister, Wolf Ortiz-Müller, Birgit Plocher, Christine Ruschke und Monika Wullrich; zudem Conny Benter, dem Berliner Krisendienst, dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, Helvi Koch, Gloria Mejia, Ursula Merbeth (†), der Reha-Steglitz und Angelika Weidling.

Für seine vielfältige Unterstützung danken wir an dieser Stelle besonders Michael Kurzawa. Ein weiterer besonderer Dank geht an Bettina Schilling für ihre Bildcollage, die sie für Gestaltung des Einbandes zur Verfügung gestellt hat.

Susan Al-Akel, Burkhard Brückner und Ulrich Klein

I. Teil
Verstehende Beratung
in Theorie und Praxis



Verstehende Beratung – das Konzept

Burkhard Brückner

Verstehende Beratung alter Menschen – der Titel dieses Buches bringt unseren beratungspsychologischen Ansatz auf den Begriff. Wir beziehen uns damit auf die praktischen Aspekte der sozialwissenschaftlichen Methodologie des Verstehens. Im folgenden stellen wir das speziell für die Arbeit mit alten Menschen entwickelte Konzept in seinen Grundlinien vor.

Eine verstehende Grundhaltung trägt unserer Erfahrung nach wesentlich zur Effektivität von Beratung bei, ebenso wie ein ressourcenaktivierendes Vorgehen (vgl. Nestmann 2004). Als Vorläufer unseres Ansatzes sind die Arbeiten von Johannes Kipp zu nennen, der bereits 1991 zusammen mit Gerd Jüngling den Band *Verstehender Umgang mit alten Menschen* veröffentlichte (vgl. auch Kipp, Unger und Wehmeier 1996; Peters und Kipp 2002). In Kipps und Jünglings psychoanalytischer Perspektive sind gerontopsychiatrische Störungen typische „Antworten“ der Personen auf Entwicklungskrisen infolge von erlittenen Verlusten. Sie halten Krankheiten nicht für Defekte, sondern für sinnhafte Selbstheilungsversuche und das Resultat einer Auseinandersetzung mit Verlusten. Durch das Verstehen der Störung als „Antwort“ sei es erst möglich, „vergessene“ Wunden und Konflikte als unbewusst wirksame Bedingungen des Leidens im Alter wahrzunehmen.

Das Sinnverstehen und das Verstehen der Konflikte der Klienten prägen auch unseren Ansatz, wir streben hier jedoch keine direkt psychoanalytische Perspektive an, sondern ein methodenoffenes Beratungskonzept. Im Mittelpunkt steht zwar die verstehende Haltung der Beratenden gegenüber den Klienten, davon ausgehend können aber durchaus unterschiedliche

Methoden angebracht sein, etwa tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische, klientenzentrierte oder systemische Strategien.

Wir sind einem gemeindeorientierten Beratungskonzept verpflichtet; dies entspricht einer Perspektive im Sinne eines „integrativen“ Kompetenzmodell des Alterns, das sowohl die Stärken als auch die Schwächen alter Menschen berücksichtigt – anstatt der Perspektive eines Defizitmodells, das den Verlust von Fähigkeiten betont. Wir haben den Anspruch, unsere Klienten als handelnde Subjekte in ihrem Leben wahrzunehmen, sie in ihren Fähigkeiten und Ressourcen zu stärken und ihre Möglichkeiten zur Selbsthilfe zu fördern. Alte Menschen sollen dabei nicht per se als Leidende wahrgenommen werden, vielmehr gilt es auch zu fragen: Was können sie uns geben? In der Beratungsarbeit sind wir dennoch zunächst oft mit Leiden und Beschwerden konfrontiert, seien es Einsamkeit und Beziehungskonflikte oder chronische körperliche Einschränkungen. Unabhängig davon, ob es sich dabei um psychosoziale Lebenskonflikte oder um zugespitzte Notlagen handelt, sind professionelle Interventionen notwendig, die Kontakt mit den Klienten schaffen, erste Entlastung bieten und präventive oder nachsorgende Angebote mit einschließen.

Die Probleme unserer Klienten sind in der Regel im Zuge eines langen Vorlaufs entstanden. Nur durch das Verstehen der Klienten in ihrem gesamten biographischen Lebenskontext erhalten wir einen Zugang zu ihnen. Das Verstehen erstreckt sich sowohl auf die unmittelbare Gesprächssituation als auch auf die tiefere Bedeutung von Konflikten und Störungen. Dies gilt für präventive und aufsuchende Beratungskontakte, die akute Zuspitzungen verhüten sollen, ebenso wie für akute Krisenberatungen, bei denen es darauf ankommt, schnell und effektiv zu helfen. Um beide Seiten zu berücksichtigen, Verstehen und Handeln, ist nicht nur das gemeindeorientierte Setting wichtig, sondern auch professionelles Wissen über die gesellschaftliche Lebenslage alter Menschen und ihre Ressourcen genauso wie über ihre typischen Lebensprobleme, Krisen und psychischen Störungen.

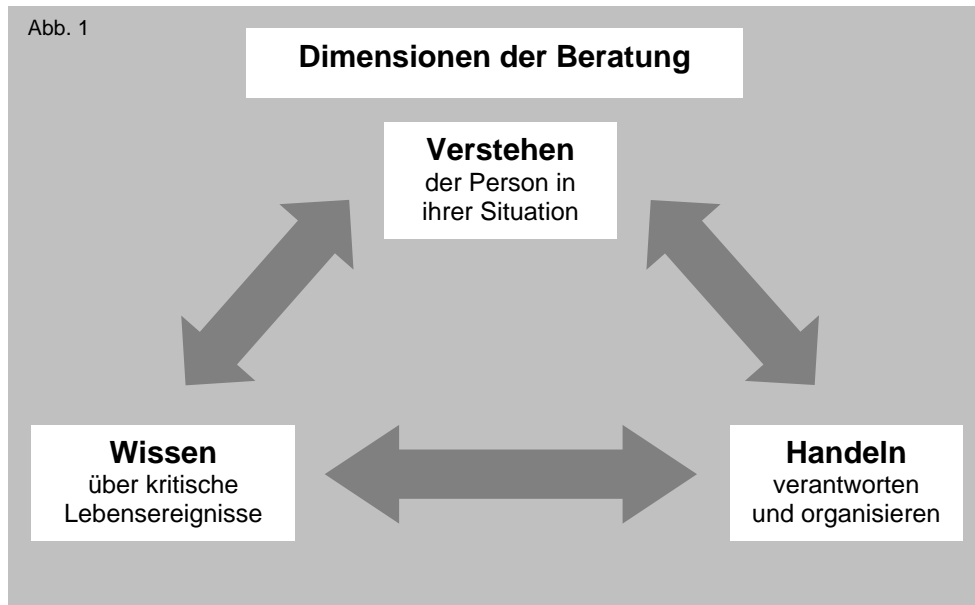
Dabei existieren bislang erstaunlich wenig Studien und Forschungen zur psychosozialen Krisenarbeit für alte Menschen (vgl. dazu etwa Aguilera 2000, S. 219 ff.; Borries 1996; Stengel-Güttner 1996; Poszveck, Friedl und

Rudas 1995; Jovic 1990). Dieses Manko ist umso erstaunlicher, da das Thema des Alterns inzwischen in aller Munde ist. Denn die europäischen und nordamerikanischen Industrieländer sind ja in den nächsten Jahrzehnten von einem tiefgreifenden demographischen Wandel betroffen: Die Geburtenraten sinken, während gleichzeitig die Lebenserwartung steigt, das heißt, die Bevölkerung wird im Durchschnitt immer älter. Die Altenarbeit wird somit in den nächsten Jahrzehnten definitiv an Bedeutung gewinnen und sich weiter differenzieren. Der gesellschaftliche Anteil pflegebedürftiger, psychisch beeinträchtigter oder armer alter Menschen wird wachsen (vgl. Gilberg 2000). Ebenso erhöht sich der Anteil der sogenannten „jungen Alten“ zwischen 55 und 65 Jahren und damit die Aufmerksamkeit für deren Freizeit- und Bildungsverhalten. Die Infrastruktur der Altenhilfe wird schon jetzt ausgebaut, etwa durch bessere Ausbildungsgänge für Altenpfleger, den Aufbau gerontopsychiatrischer Trägerverbände und Einrichtungen und die zunehmende Vernetzung der Institutionen.

Durch gesellschaftliche und institutionelle Entwicklungen werden also die psychosozialen Probleme alter Menschen in Zukunft sichtbarer. Zudem wird die Zahl der Menschen mit gerontopsychiatrischen Störungen steigen, mit Altersdepressionen und Demenzen. Jedoch gibt es noch kaum spezielle psychologische Beratungsangebote für alte Menschen in akuten psychosozialen Notlagen, auch nicht innerhalb der Institutionen der Altenhilfe, und immer noch zuwenig Psychotherapeuten, die mit älteren Klienten arbeiten. Die Betroffenen sind ihrerseits oft skeptisch gegenüber psychosozialen Diensten. Somit werden die Probleme oft zu spät bemerkt und die Hilfen setzen erst ein, wenn sich die Krisen zugespitzt haben. Deshalb ist zum einen das Angebot von vorbeugenden und aufsuchenden Hilfestellungen im Vorfeld akuter Zuspitzungen sinnvoll. Zum anderen könnten Angebote für manifeste Krisensituationen aufgebaut werden, die von alten Menschen akzeptiert und angenommen werden können. Hierbei spielt die Fortbildung der Mitarbeiter in bestehenden Einrichtungen eine wichtige Rolle, ebenso wie die Einbeziehung von Angehörigen, Freunden und Nachbarn.

Mit diesen Zielen skizzieren wir im folgenden drei Grundsäulen der verstehenden Beratung alter Menschen, erstens die Grundhaltung des Verstehens, zweitens die Elemente des Basiswissens über kritische Lebensereignisse alter Menschen und drittens das Verständnis von Beratung als Han-

deln. Abbildung 1 zeigt die Einheit von Verstehen, Wissen und Handeln im Beratungsprozess; unter dem Primat des Verstehens stützen und ergänzen sich diese Grunddimensionen gegenseitig.



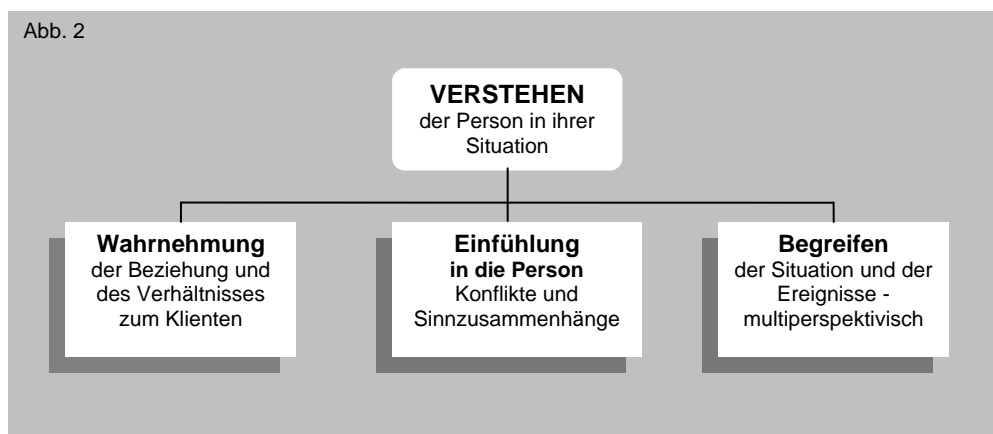
Verstehen

Das Verstehen der Person ist der Schlüssel für die Begegnung im Gespräch. Das Verstehen der Person, ihrer Situation und Probleme geht über bloße Einschätzungen, Beurteilungen oder Diagnostik hinaus. Man kann jemanden beurteilen, aber dennoch nicht verstehen, was eigentlich dessen Problem ist. Beurteilungen ergeben sich aus der Distanz, das Verstehen geschieht jedoch in der Beziehung. Beurteilung ist Ergebnis, Verstehen ist Prozess. Auch die Erklärung von menschlichen Problemen erfordert einen vorgängigen Prozess des Verstehens. Die Bereitschaft sich auf diesen Prozess in der Beratung einzulassen, schafft Kontakt, der wiederum die Voraussetzung für eine effektive Intervention ist.

Das Verstehen fängt mit dem Zuhören an und führt im günstigsten Fall zur gemeinsamen Verständigung. Grundlegend ist das „logische Verstehen“ des sachlichen Kommunikationsgehaltes und das „psychologische Verstehen“ des emotionalen Ausdrucks. Klares und analytisches Denken gehört

ebenso zum Handwerkszeug wie emotionale Offenheit, Ausdrucksfähigkeit und Belastbarkeit. Eine weitere Ebene des Verstehens, das „szenische Verstehen“ (Lorenzer 2002), gilt dem komplexen Geflecht der Alltagssituationen und Interaktionen, in denen die Klienten sich bewegen. Kommunikation beinhaltet allerdings auch immer Missverständnisse, die Möglichkeit von Täuschungen und Verzerrungen; die Person können ihr Handeln und Sprechen nicht immer selbst durchschauen, sie verstricken sich in ihre Situationen und Erzählungen. In solchen Situationen des Leidens wird unter Umständen eine psychosoziale Beratung aufgesucht. In der Beratung wird dann das lebensweltliche Verstehen des bewussten Sinns ergänzt durch die Beobachtung von biologischen und gesellschaftlichen „Systemaspekten“ und auch durch das therapeutische, „tiefenhermeneutische Verstehen“ von latenten Sinngehalten (Habermas 1981).

Grundlegend für die psychosoziale Beratung ist der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung zwischen Ratsuchenden und Beratern. Aus der Sicht der Berater können sich dabei Teilnehmerperspektive, Beobachterperspektive und therapeutische Perspektive abwechseln und ineinander übergehen. Vom Kontakt über die Bearbeitung zur Entlastung und Problemlösung – dies wäre ein idealtypisches Modell für die Phasen einer Intervention. Das Verstehen spielt dabei in jedem Schritt eine Rolle, es ist aber nicht selbst eine abgrenzbare Phase im Gespräch, sondern kennzeichnet eben die grundsätzliche Haltung der Beratenden (Abb. 2).



Im Mittelpunkt steht das Verstehen der Person und ihrer aktuellen Konflikte, damit gehen Wahrnehmung, Einfühlung und Begreifen einher. Die Wahrnehmung der Beziehung ist grundlegend, die Wahrnehmung der Art des Auftretens der Person, ihres mimischen Ausdrucks und bereits der ersten Sätze im Gespräch. Hilfreich sind die psychoanalytischen Konzepte der Übertragung und Gegenübertragung und somit die Wahrnehmung der Gefühle, welche die Klienten bei uns auslösen und worauf sie uns hinweisen. Es gilt sich einzufühlen in die inneren und äußeren Sinnzusammenhänge der Person, in ihre individuellen Eigenarten und in ihre soziale Prägung. Um das Geschehen vollständig zu begreifen, sind die präsentierten „Fakten“ kritisch zu hinterfragen; dazu gehört sowohl die fachliche Sicht auf die Auslöser, Gründe und Ursachen der kritischen Lebenssituation als auch der Bezug auf die Perspektive von anderen Beteiligten, seien es Angehörige, Nachbarn und Freunde, seien es Kollegen.

Im Umgang mit alten Menschen ist die Haltung des Verstehens eine besondere Herausforderung an die Beratenden, weil die Probleme der Klienten in der Regel mit einem komplexen Lebenslauf verknüpft sind. Dabei wird die Haltung des Verstehens von den älteren und alten Menschen als Wert anerkannt. In der Beratung wird uns dann ein bestimmter Stil der Klienten begegnen, der durch ihre Situation, Persönlichkeit und aktuellen Konflikte geprägt ist. Beruhigung tritt in der Regel dann ein, wenn die Klienten spüren, dass wir ihre Konflikte wahrnehmen und ernstnehmen.

Wollen wir Vertrauen schaffen, so müssen wir die Klienten davon überzeugen, dass wir die richtigen Gesprächspartner zur richtigen Zeit und am richtigen Ort sind. Insofern kommt das Verstehen der Person, der Situation und der Probleme eines Klienten durch den Berater nur in der wechselseitigen Verständigung in Gang. Um sich öffnen zu können, benötigen die Klienten den Eindruck, dass wir dem Geschehen gewachsen sind, dass wir uns nicht über sie erheben wollen und selbst von unserem Handeln überzeugt sind. Insofern führt erst das Selbst-Verstehen der Helfer zu genügend Rollenklarheit und Schwingungsfähigkeit. Einige Notfallsituationen können derart erschütternd sein, dass die Helfer unter Umständen selbst Hilfe brauchen. Auch in der alltäglichen Arbeitsbeziehung spüren es viele Klienten genau, wenn Professionelle persönlich labil und belastet sind. Um adäquate Arbeit leisten zu können, sollten die Mitarbeiter die eigenen Bela-

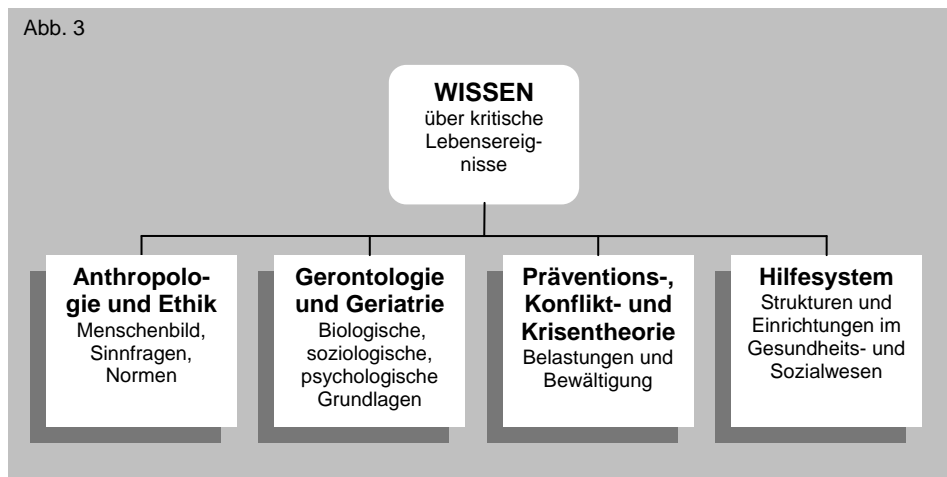
stungsgrenzen kennen und Sorge für sich tragen. Die Möglichkeit der kollegialen „Hilfe für die Helfer“ ist Bestandteil des professionellen Selbstverstehens, und zwar sowohl in der akuten Situation als auch durch Supervision und Selbstreflexion.

Die genannten Momente erstrecken sich auch auf die Möglichkeit des Nicht-Verstehens. Denn im Beratungsgespräch bleibt vieles vorläufig, unausgesprochen und angedeutet; manches ist in der Kürze der Zeit nicht zu verstehen und braucht auch nicht verstanden werden, um effektiv Hilfe leisten zu können. Manchmal genügt es, wenn die Beratenden solche Unzulänglichkeiten, die Grenzen der Erkenntnis, auszusprechen, sie anzuerkennen, um Entlastung zu schaffen. Ebenso kann Unverständliches Geltung besitzen, etwa die Verwirrung eines Demenzkranken, zu dem wir von Angehörigen gerufen werden. Die Beratenden müssen sich bewusst sein, dass ihre Möglichkeiten beschränkt sind. Denn Krisenberatung ist oft nur eine „Durchgangsstation“ in der Hilfekette, weil woanders bessere Hilfe geleistet werden kann. Die Beschränkung auf das Wesentliche, auf einen Fokus im Gespräch hilft, das Notwendige vom Überflüssigen zu scheiden. Schließlich können Beratungen scheitern, weil eine gegenseitige Verständigung nicht möglich ist. Wir sollten diese Situation nutzen, um unser Selbst-Verstehen zu vertiefen, wenn wir zum Beispiel einsehen, dass wir den Kontakt an Kollegen abgeben müssen, oder im Nachhinein, um die Bedingungen des Scheiterns in der Supervision zu analysieren. Das Prinzip des Verstehens leitet unseren Beratungsansatz, aber von ebenfalls grundsätzlicher Bedeutung sind Wissen und Handeln. So, wie das Verstehen der Schlüssel zur Begegnung im Gespräch ist, so ist das fachliche Wissen Voraussetzung für eine professionelle Krisenkompetenz.

Wissen

Das Wissen über kritische Lebensereignisse im Alter ist ein interdisziplinäres Wissen. Es beruht auf gerontologischen, also alterswissenschaftlichen Grundlagen, sowie auf psychologischen, sozialpädagogischen und medizinischen Forschungsergebnissen und auf gerontopsychiatrischen Kenntnissen. Als Bezugswissenschaften kommen Psychologie, Medizin, Soziale Arbeit, Pädagogik, Rechtswissenschaften und Ökonomie in Frage.

Für die präventive und aufsuchende Beratung sind die Erkenntnisse aus der Präventionsforschung grundlegend, ebenso wie das Wissen über die Funktion sozialer Netzwerke und die Akzeptanz von ambulanten Hilfen. Für zugespitzte Notlagen ist dann das krisentheoretische und -methodische Wissen bedeutsam, dabei kommen Konzepte aus der klinischen Psychologie, der sozialen Arbeit und der Psychiatrie zusammen, aber auch aus Spezialgebieten wie der Psychotraumatologie und medizinischen Psychologie, der psychiatrischen Krankheitslehre, Geriatrie, Altenhilfe, Entwicklungspsychologie und Stressforschung. Diese Aufzählung benennt nur einige relevante Disziplinen, zumal die konkreten Strategien der Beratung und Gesprächsführung mit noch weiteren Bereichen verknüpft sind. Abbildung 3 gibt einen Überblick zu den wichtigsten Aspekten.



Den ersten und grundsätzlichen Bereich des Basiswissens bildet der anthropologische Standpunkt der Helfer, ihr jeweiliges Menschenbild. Das Menschenbild fundiert das praktische Handeln und wirkt sich auf die Wahrnehmung der Klienten, die Berufsethik und auf den kollegialen Umgang aus. In der professionellen Arbeit können Situationen vorkommen, die eine Auseinandersetzung mit Normen und Werten zur „Sinnhaftigkeit“ von schwerem menschlichem Leid, mit Sterben, Tod und Trauer erfordern. Entscheidend ist für uns ein Verständnis des Menschen als gesellschaftliches Wesen, ebenso wie die Wahrnehmung der Klienten als Subjekte ihres Lebens, die sich aktiv zu gesellschaftlichen Lebensbedingungen verhalten können.

Zum notwendigen Hintergrundwissen gehören als zweiter Bereich gerontologisch fundierte Kenntnisse über das biologische, psychologische und soziale Altern, über die sozialen Lebensverhältnisse alter Menschen und über den Stellenwert des Alterns in unserer Zeit. Die Bevölkerung der Industrieländer wird im Durchschnitt älter und deshalb müssen immer weniger junge Menschen die soziale Sicherung für immer mehr alte Menschen tragen. Dieser, allerdings auch von der wirtschaftlichen Entwicklung beeinflussbare Prozess ist schlagwortartig als „demographische Falle“ oder als „Auflösung des Generationenvertrages“ beschrieben worden (vgl. etwa Schirmacher 1998; dazu jetzt Strange 2006). Im Jahr 2010 werden wahrscheinlich 20% der Bevölkerung in Deutschland über 65 Jahre alt sein. Dabei wächst der Anteil der über achtzigjährigen, hochbetagten Menschen ebenso wie die Gruppe der „jungen Alten“ zwischen 55 und 60 Jahren.

In der Regel wird der ursächliche Geburtenrückgang auf den Wandel der Familienstrukturen, das veränderten Rollenverständnis von Frauen und der Verbreitung individualistischer Lebensstile zurückgeführt. In den letzten Jahrzehnten haben sich die Familienstrukturen so verändert, dass andere Einstellungen und Erwartungen als früher wichtig sind, um die Zufriedenheit der älteren Generation zu gewährleisten. Allein lebende ältere Personen gibt es häufiger als früher, ebenso aber auch vier- oder sogar Fünf-Generationen-Familien, die allerdings wesentlich seltener in einem Haushalt zusammen leben (Lehr 1996, 272 f.). Soziologisch gesehen, spricht man von gesellschaftlichen „Modernisierungseffekten“ und die Stichworte lauten „Enttraditionalisierung“, „Individualisierung“ und „Flexibilisierung“ der Lebenswelten (vgl. Keupp 2004; Schulze 1993; Beck 1986). Das Wissen um solche übergreifenden Zusammenhänge erleichtert das Verstehen von Klienten in kritischen Lebenssituationen.

Davon ausgehend gilt es, die biologischen Grundlagen und die individuelle Bedeutung des Alterns zu begreifen. Wichtig sind Kenntnisse über die Entwicklungspsychologie des Alters und damit über Fragen der Sinngebung im Alter, über die Faktoren der Lebenszufriedenheit und des Selbstwerts, über die Bedeutung von Kindern und Angehörigen oder die Bedeutung von Mobilität, Einkommen und Wohnung. Ebenso relevant ist das biologische und medizinische Basiswissen über den körperlichen Prozess des Alterns und die Gesundheit im Alter.

Den dritten und in der Praxis wichtigsten Bereich des Grundwissens bilden zum einen die Kenntnisse über die Möglichkeiten der Prävention und zum anderen das Wissen über typische Lebenskonflikte, Krisen und Notfälle. Prävention bedeutet hier, die Zuspitzungen zu vermeiden, durch die eine Krisenintervention erst erforderlich wird. Dies kann durch primäre Prävention geschehen, also durch Gesundheitsförderung und Aufklärung über Risikofaktoren, aber auch durch sekundäre Prävention, also durch die möglichst frühzeitige Erkennung von Belastungen, Warnanzeichen und ersten Symptomen. Tertiäre Prävention unterstützt dann die Behandlung bereits vorhandener Krankheiten und hilft, Rückfälle zu vermeiden. Bei der präventiv-aufsuchenden Arbeit müssen wir wissen, welche Angebote von den alten Menschen akzeptiert werden. Ist jedoch eine akute Notlage eingetreten und eine sofortige Krisenintervention notwendig, so brauchen wir Wissen über die typischen Krisenformen (z.B. traumatische Krisen oder Veränderungskrisen), über die entsprechenden Bewältigungsprozesse und die adäquaten Interventionsmethoden.

Das Alter birgt spezifische Risiken und Ressourcen. Typische Konflikte ergeben sich z.B. nach dem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben, bei der Freizeitgestaltung, angesichts zunehmender körperlicher und psychischer Belastungen, bei der Inanspruchnahme von institutionellen Hilfen oder der Übersiedlung in ein Heim, sowie im Zuge der Auseinandersetzung mit dem Lebensende und dem nahenden Tod. Situationen der Überforderung können eintreten, wenn der anvisierte Lebensplan scheitert (z.B. nach der Berentung), die eigene Leistungsfähigkeit nachlässt (etwa beim Auftreten von chronischen Leiden) oder Angehörige sterben und Vereinsamung droht. Krankheiten, z.B. Demenzen, treffen Menschen im höheren Lebensalter öfter. Insofern sind neben dem Wissen über die typischen Alterskonflikte auch gerontopsychiatrische Kenntnisse über psychische Störungen im Alter grundlegend.

Den vierten Bereich des Basiswissens bildet das Wissen über die Versorgungsstrukturen des Hilfesystems, insbesondere in der Altenhilfe. Die Unterstützungsangebote für alte Menschen sind in Deutschland traditionell zwei verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen zugeordnet, zum einem dem Gesundheitswesen (Sozialgesetzbuch V) zum anderen dem Sozialwesen (SGB XI). In der Beratung benötigen wir einen Überblick zu den ver-

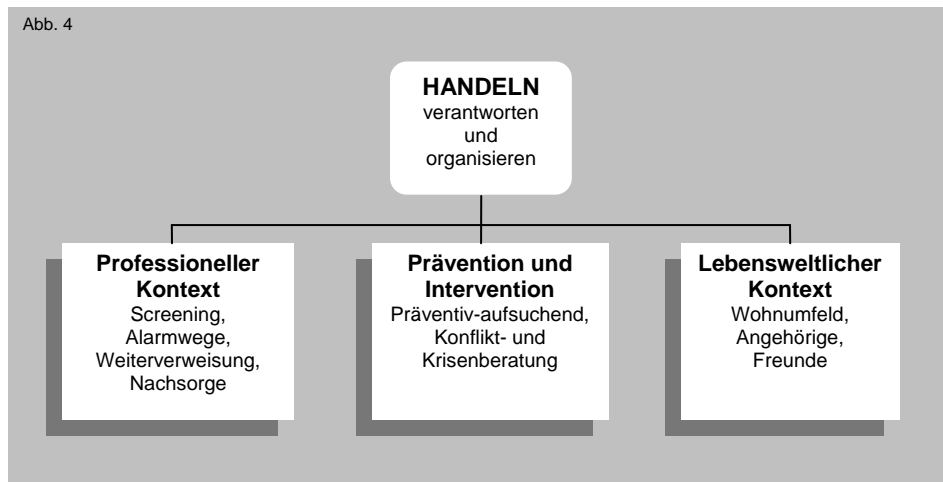
schiedenen ambulanten, teilstationären und stationären Hilfeangeboten, um die Klienten qualifiziert weiterverweisen zu können. Vor allem in großstädtischen Regionen existiert ein vielfältiges Angebot von speziellen Angeboten und Beratungsstellen, etwa für die Freizeitgestaltung und Selbsthilfe, für die Organisation von Nachbarschaftshilfe oder Seniorenwohngemeinschaften, für pflegende Angehörige und Demenzkranke, für Biographiearbeit oder Gedächtnistraining. Zum Teil kommen in der Beratung auch Fragen zum Sozialhilferecht, über die Leistungen der Pflegeversicherung und zum Betreuungsrecht vor. Wie beim inhaltlichen Wissen über Alterskrisen geht es hier nicht darum, Spezialist auf allen Gebieten zu sein, sondern darum, sich Kenntnisse über das bestehende Altenhilfesystem und seine Angebote anzueignen, um gegebenenfalls kompetent weiter vermitteln zu können.

Das inhaltliche und institutionelle Fachwissen geht Hand in Hand mit dem Verstehen der Person. Es ist die Voraussetzung, um die konkreten Menschen, die uns in der Praxis begegnen und deren Problematik adäquat einschätzen zu können. Dabei spielt auch das biographisch erworbene „Lebenswissen“ der Klienten eine Rolle, denn es kommt darauf an, ihre möglicherweise verschütteten Bewältigungsstrategien und Ressourcen zu fördern. Im Prozess des Verstehens bildet sich also fallbezogenes Wissen als Voraussetzung des beraterischen Handelns.

Handeln

Unsere Arbeit bezieht sich auf ein breites Spektrum möglicher Beratungssituationen und das Handeln muss dementsprechend flexibel sein (Abb. 4). Grundsätzlich kann die präventive und gegebenenfalls aufsuchende Beratung in eine Konfliktberatung oder auch in eine Krisenintervention übergehen. Prinzipiell wird dabei in einer Hilfekette gehandelt, die sowohl den professionellen Kontext der Beratenden als auch den lebensweltlichen Kontext der Betroffenen mit einschließt (vgl. Brückner 2005).

Abb. 4



Präventive Beratung dient der Gesundheitsförderung, der Früherkennung sowie dem besseren Umgang mit manifesten Problematiken. Sie kann in einer Beratungsstelle stattfinden („Komm-Struktur“), aber auch aufsuchend organisiert sein („Geh-Struktur“). Präventiv-aufsuchende Arbeit halten wir im Bereich der Altenhilfe unter anderem für sinnvoll, um Risikogruppen zu erreichen. In der Sozialpsychiatrie ist eine ähnliche Strategie für schwer erkrankte Personen als „Home-treatment“ bekannt und wird in England, Finnland und den USA bereits seit vielen Jahren erfolgreich praktiziert (vgl. Berhe, Puschner, Kilian und Becker 2005). Allerdings ist präventiv-aufsuchende Beratung nicht kurativ ausgerichtet, sondern ermöglicht zunächst einen ersten professionellen Blick auf den jeweiligen Fall, um Zuspitzungen und Krisen zu vermeiden und den Betroffenen in ihrer gewohnten Umgebung und unter Bezug auf ihre Angehörigen zu helfen. Die präventive Beratung hat also eine „Screening“-Funktion und dient vor allem der Früherkennung von möglichen Krisensituationen.

Die präventive Arbeit fängt bereits mit der Vorstellung des Angebots durch Aushänge oder Vorträge in Begegnungsstätten, Tageszentren oder Altenheimen an. Hier „verstehend“ zu arbeiten, bedeutet sich auf die Lebenswelt alter Menschen einzulassen und interessiert an der Begegnung mit ihnen zu sein. Nur wenn wir die alten Menschen nicht vorn vornherein als „Problemträger“ sehen, sondern als Personen ernstnehmen, können wir sie erreichen und über weitergehende Hilfen informieren, bevor Krisen auftreten. So können Kontakte entstehen, auf die die Betroffenen im Konfliktfall zurückkommen können.

Ist eine akute Krisensituation eingetreten, besitzt das direkte Handeln einen höheren Stellenwert als im klassischen Beratungssetting. So kann es bei der aufsuchenden Arbeit Momente geben, in denen unverzüglich interveniert werden muss, etwa wenn Gefahr im Verzuge ist, etwa angesichts gerontopsychiatrischer Notfälle und in Gewaltsituationen. Dabei handeln die Beratenden nicht nur, wie in der klassischen Beratung, durch die Gesprächsführung, sondern zugleich auf der szenischen bzw. nonverbalen Ebene, was z.B. in der Begegnung mit verwirrten alten Menschen an Bedeutung gewinnt. Zum Teil kann es zu extrem dramatischen Lagen kommen, in denen die Mitarbeiter Notfallinterventionen durchführen, z.B. Erste Hilfe leisten oder Alarmsysteme auslösen müssen. Insofern sollten die Beratenden besonders geschult sein und weitergehende Hilfen organisieren können. Es gilt zu entscheiden, welches Angebot angemessen ist, ob die Intervention in einer (Krisen-) Beratungsstelle durchgeführt werden kann, ob ein Arzt hinzugezogen werden sollte oder ob eine andere Einrichtung, etwa eine Familienberatung, ein Pflegedienst oder eine Psychotherapie geeigneter ist.

Unabhängig von den institutionellen Bedingungen, unter denen eine Beratung stattfindet, sollte ein Setting möglich sein, das dem verstehenden Kontakt förderlich ist, den Klienten Schutz bietet und stabil ist. Da wir – nach einem bekannten Grundsatz – die „Klienten dort abholen, wo sie stehen“, orientiert sich unsere Gesprächsführung an der Wahrnehmung der Übertragungsangebote der Klienten und an unserer Gegenübertragung. Je nach Art der Problematik können unterschiedliche Interventionsformen angebracht sein: alltagspraktische Beratung zur Erarbeitung der „nächsten Schritte“ und zur Tagesstrukturierung, emotional stützende Gesprächsführung, kognitiv strukturierende Verhaltensanalysen, tiefenpsychologische Verfahren oder direktive Interventionen (z.B. ein „Suizidvertrag“). In der Krisenarbeit bündeln sich Handlungskonzepte aus der psychosozialen Beratung, der (Kurzzeit-) Psychotherapie und Sozialarbeit, sowie aus der (Notfall-)Psychiatrie, Seelsorge und Opferhilfe.

Beraterisches Handeln ist kontextgebunden. Es macht einen Unterschied, ob wir in der Beratungsstelle bleiben oder ob wir auch mobil und aufsuchend arbeiten, ob wir nur persönliche Gespräche vereinbaren oder auch telefonisch beraten, ob wir Einzelgespräche anbieten oder auch zusammen mit Kollegen und gegebenenfalls mit einem Bereitschaftsarzt zusammen

arbeiten. Unserer Erfahrung nach ist es sinnvoll, alle genannten Möglichkeiten nutzen zu können. Da alte Menschen zum Teil Mühe haben, eine Beratungsstelle aufzusuchen, sollten „niedrigschwellige“, telefonische und – wie beschrieben – aufsuchende Kontakte möglich sein. Andere Klienten schätzen eher Termine in der Beratungsstelle, da ihnen Kontakte in der eigenen Wohnung zu aufdringlich erscheinen. Falls erforderlich, können weitere Gesprächstermine für die (kurzzeittherapeutische) Krisenbegleitung vereinbart werden. Kommen Angehörige hinzu, ist es oft günstig, die Beratung zu zweit zu führen. Echte Notfälle, etwa Verwirrtheitszustände, erfordern die Möglichkeit zu mobilen Einsätzen außer Haus; diese Interventionen sollten routinemäßig im Team und zusammen mit einem Bereitschaftsarzt durchgeführt werden. Stets sind die Einbeziehung von Angehörigen und die Organisation der Nachsorge wichtig, um die Qualität der Interventionen zu sichern.

Wie das professionelle Krisenwissen sind auch die Handlungsstrategien interdisziplinär fundiert; dabei kommt es darauf an, über ein Grundwissen zu verfügen und einen persönlichen Stil auszubilden. Letzteres erfordert jedoch Erfahrung. Der persönliche Stil kann zwar von der vorgängigen Ausbildung der Berater geprägt sein, etwa von psychoanalytischen, systemischen oder verhaltenstherapeutischen Konzepten, aber ausschlaggebend wird die Kenntnis spezifischer Verfahren der Krisenintervention und die praktische Beratungserfahrung sein. Die Ebenen des Verstehens, Wissens und Handelns stellen dabei für uns eine Einheit dar. Im folgenden soll nun im zweiten Beitrag das Basiswissen über typische Lebenskonflikte, Krisen und Notfälle im Alter vermittelt werden.



Krisen im Alter verstehen – das Basiswissen

Burkhard Brückner

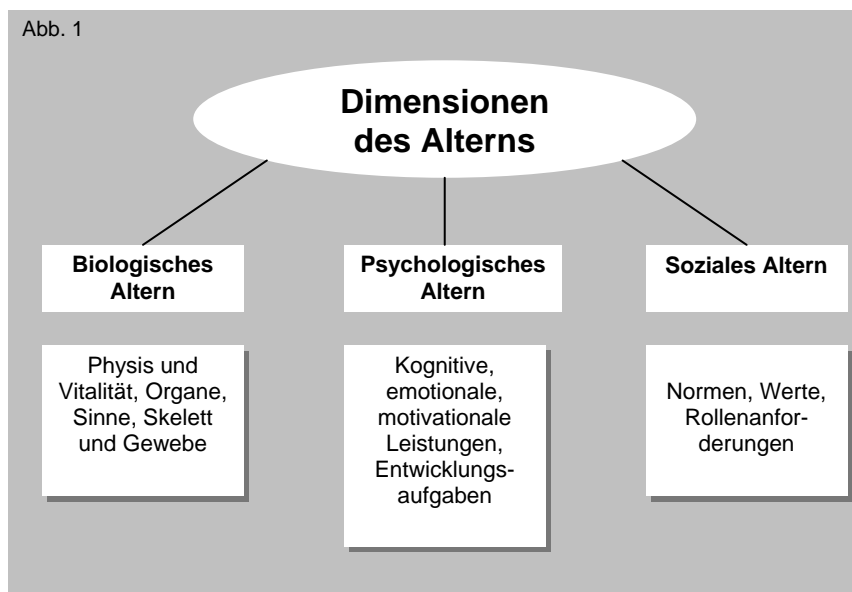
Eine bekannte Grundfrage der Gerontologie lautet: Überwiegt im Alter der Abbau von Fähigkeiten und Leistungsvermögen oder die Weiterentwicklung und der Zuwachs an Erfahrung? Die öffentliche Diskussion war lange von der Annahme geprägt, dass im Alter Verluste und Einbußen vorherrschen – diese Position wird als das Defizitmodell des Alters bezeichnet. Demgegenüber spricht man von einem Kompetenzmodell des Alters, wenn die Chancen und Entfaltungsmöglichkeiten betagter Menschen betont werden.

Das Kompetenzmodell rückt zur Zeit in den Vordergrund der Fachdiskussion. Ausschlaggebend für diesen Paradigmenwechsel ist eine mehrdimensionale Betrachtung des Alterns, die Aufmerksamkeit für die große individuelle Spannbreite altersbedingter Veränderungen und die zunehmende Flexibilisierung der Lebenswelten, die sich z.B. in der Unterscheidung der „jungen Alten“ (55-65 Jahre) von den „alten Alten“ bzw. Hochbetagten (ab 80 Jahren) ausdrückt.

Notwendig wird ein differenzierter Blick, der sowohl die Schwächen als auch die Stärken alter Menschen berücksichtigt, also ein integratives Kompetenzmodell, das beide Seiten mit einschließt. Vor diesem Hintergrund skizzieren wir in diesem Beitrag das Basiswissen für die Beratungsarbeit, und zwar mit dem Schwerpunkt auf der Krisenberatung und Krisenintervention, aber auch für die präventiv-aufsuchende Arbeit.

2. 1. Gerontologische Grundlagen

Eine wichtige Voraussetzung für ein integratives Kompetenzmodell des Alters ist der mehrdimensionaler Blick auf altersbedingte Veränderungen, der die biopsychosoziale Einheit des Menschen bewahrt und das biologische, das psychologische und das soziale Altern unterscheidet (Abb. 1; vgl. dazu auch die weitergehenden Differenzierungen von Höpflinger und Stuckelberger 1992; siehe auch v. Scheidt und Eikelbeck 1995).



Biologisches Altern

Das biologische oder physiologische Altern betrifft die physische Vitalität. Der Stoffwechsel verändert sich und der Organismus ist insgesamt nicht mehr so anpassungsfähig wie früher; man spricht auch von der „Rückbildungsphase“ des Körpers. Die Leistungsfähigkeit der Organe und Sinne nimmt tendenziell ab, Folgen sind z.B. eine geringere Lungenkapazität oder die Altersweitsichtigkeit und -schwerhörigkeit. Die Elastizität des Gewebes vermindert sich, so können etwa die Bandscheiben schrumpfen und verhärten, wodurch sich auch die Körpergröße verringert. Schlacken lagern sich ab und der Körper kann weniger Wasser speichern. Die Haut erschlafft, die körperliche Ausdauer nimmt ab und die Knochen können spröde werden. Durch das biologische Altern treten also im Vergleich mit früheren Lebensphasen eher Defizite hervor und diese müssen mental ver-

kraftet werden. Die scheinbar objektiven biologischen Veränderungen sind jedoch kein sicheres Kriterium, um alte und junge Menschen voneinander zu unterscheiden. Denn Qualität und Umfang der Veränderungen sind von Person zu Person sehr unterschiedlich; es liegen jeweils andere genetische Dispositionen vor, andere Risikofaktoren spielen eine Rolle, verschiedene Krankheiten werden erlitten und der Körper wird in unterschiedlichem Ausmaß trainiert. Zurecht heißt es „Niemand stirbt am Alter!“ – vielmehr sterben wir meistens an bestimmten Krankheiten und deren Folgen. Insofern wird das biologische Altern von dem Lebensstil, von einem gesundheitsbewussten Verhalten und den früheren körperlichen Aktivitäten beeinflusst, was wiederum auf die psychische Einstellung zum eigenen Körper verweist.

Psychologisches Altern

Das psychologische Altern betrifft die emotionalen, kognitiven und motivationalen Fähigkeiten. Die Veränderungen im Denken, Fühlen oder Gedächtnis laufen jedoch nicht bei jedem Menschen gleichförmig ab, sondern treten offenbar bei verschiedenen Menschen in verschiedener Form auf. Lange Zeit wurden z.B. Untersuchungen über die kontinuierlich abnehmenden Leistungen bei Intelligenztestungen nach dem zwanzigsten Lebensjahr als Beleg für das Defizitmodell des Alters angesehen. Ebenso wurde behauptet, dass ältere Personen Informationen schwerfälliger verarbeiten und insgesamt eine „Verlangsamung der zentralnervösen Prozesse“ zu beobachten sei. Neuere Forschungen ergeben jedoch ein komplexeres Bild, so müsse man z.B. die „fluide Intelligenz“ von der „kristallinen Intelligenz“ unterscheiden (Weinert 1991). Die „fluide Intelligenz“ beziehe sich auf das Arbeitsgedächtnis, das abstrakte Denken, das psychische Tempo und die Kombinationsfähigkeit und vermindere sich im Alter. Die „kristalline Intelligenz“ beziehe sich hingegen auf das Allgemeinwissen, den Wortschatz, die Aufmerksamkeit und die Urteilskraft und bliebe unabhängig vom Alter bestehen. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass die soziale Kompetenz nicht beeinträchtigt würde und das biologische Alter nur ein Einflussfaktor unter mehreren anderen sei (z.B. Bildung, Beruf, Gesundheit), welche die geistige Leistungsfähigkeit beeinflussen können. Ähnlich unterschiedliche Interpretationen zeigen sich, wenn man die Befunde über

Persönlichkeitsveränderungen im Alter betrachtet (vgl. Lehr 1996, S. 73-162). Ein genereller Abbau psychischer Fähigkeiten im höheren Lebensalter kann nicht nachgewiesen werden und zu den Fähigkeiten, die im Alter entwickelt werden, könnte man z.B. Besonnenheit, Urteilsvermögen, soziale Bindungsfähigkeit und Vermittlung von Arbeitserfahrungen zählen. Im Bereich der Entwicklungspsychologie des Alters wurden die Entwicklungsaufgaben im Alter erforscht, dabei sind nicht nur die aktuellen Situationen und Anforderungen zu berücksichtigen, mit denen die Betroffenen umgehen müssen, sondern auch ihre biographischen Vorerfahrungen im Lebenslauf. Entsprechende Entwicklungsaufgaben sind beispielsweise die Übernahme der Rolle Großeltern, die Bewältigung des Eintritts in das Rentenalter oder die verstärkte Beschäftigung mit Hobbys und persönlichen Interessen, aber auch die Auseinandersetzung mit der Bedeutung des Todes für das eigene Leben.

Soziales Altern

Das soziale Altern betrifft die Normen und Werte, die in unserer Gesellschaft mit dem Alter verbunden werden. Das Alter ist nicht nur mit sprichwörtlichen Stereotypen verknüpft, sondern auch mit Rollenanforderungen und Zuschreibungen (z.B. Großelternschaft und Renteneintritt). Angesichts des kommenden demographischen Wandels sind in diesem Bereich tiefgreifende Veränderungen zu erwarten. Traditionellerweise verändert sich im Alter der durch Beruf, Besitz und Wohnqualität erworbene soziale Status. So sind mit dem Eintritt in das Rentenalter oft materielle Einbußen verbunden. Aber gesamtgesellschaftlich gesehen, wird die Kaufkraft älterer Menschen in den kommenden Jahrzehnten wachsen; dementsprechend wandeln sich das Warenangebot und die Werbestrategien der Unternehmen. Generell sind die gesellschaftlichen Leitbilder kulturell und historisch gebunden. In früheren Epochen stellte sich die „Altersfrage“ ganz anders; noch vor hundert Jahren lag die durchschnittliche Lebenserwartung bei 46,5 Jahren, heute liegt sie bei 80 Jahren. Die Idealisierung der Jugend ist ein Produkt des 19. Jahrhunderts und hängt wohl mit dem Bedeutungszuwachs der individuellen Arbeitskraft im Zeitalter der industriellen Revolution zusammen. Wenn aber in den kommenden Jahrzehnten die Gruppe älter Menschen wächst, werden sie im gesellschaftlichen Leben „sichtbarer“,

die Rahmenbedingungen werden angepasst (Rentenhöhe und Renteneintrittsalter, private Altersvorsorge) und die institutionellen Angebote ausgebaut.

Bei der Diskussion über die Bedeutung von altersbedingten Defiziten und Kompetenzen ist also eine differenzierte Position notwendig, die Stärken wie Schwächen erkennt, die verschiedenen Ebenen des Alterns berücksichtigt und die ganze Bandbreite des möglichen Leistungsvermögens im Alter mit einbezieht. Ist dabei von Defiziten die Rede, liegt eine der Gefahren darin, wissenschaftliche Hypothesen ethisch zu wenden und den Wert und die Existenz alter Menschen tendenziell in Frage zu stellen. Ein integratives Kompetenzmodell benötigt deshalb einen klaren anthropologischen Standpunkt, der das Alter als integralen Bestandteil unseres Menschenbildes verankert – und zwar gerade nicht nur auf die möglichen Stärken bezogen, sondern auch auf die Schwächen. Es gilt, die Ressourcen, die „Altersweisheit“ und die Erfahrung alter Menschen anzuerkennen und zugleich für ihre Leiden mitfühlend und sorgend aufgeschlossen zu sein, weil auch diese zur menschlichen Existenz gehören.

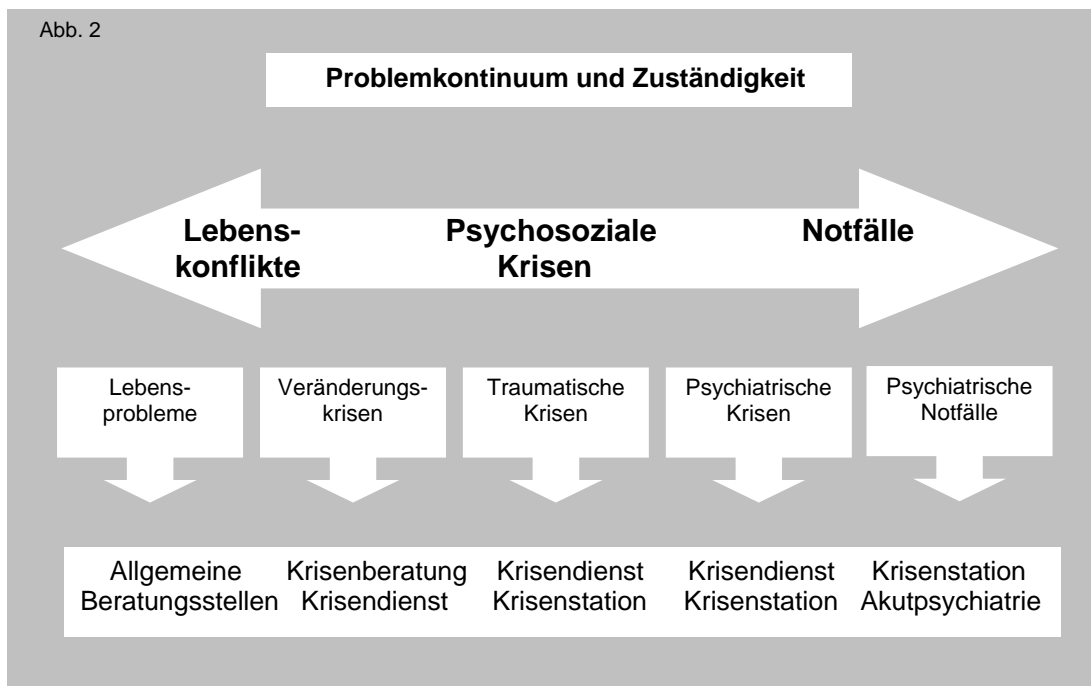
2. 2. Lebenskonflikte, Krisen und Notfälle

Die Beratungsarbeit mit alten Menschen erfordert nicht nur Interesse, Geduld und Einfühlungsvermögen, sondern auch ein Grundwissen der Mitarbeiter über die Lebensprobleme alter Menschen. Solche Probleme können sich konflikt- und krisenhaft zuspitzen und zwar unter Umständen bis zum Notfall. Im Überblick ergibt sich ein breites Spektrum, das von den typischen Lebenskonflikten alter Menschen (z.B. nach der Berentung), über krisenhaft zugespitzte Situationen (etwa nach Todesfällen), bis hin zu akut behandlungsbedürftigen Notfällen (Suizidhandlungen, Verwirrtheitszustände) reicht. Im Folgenden möchten wir einführend die begrifflichen Unterschiede und die institutionellen Zuständigkeiten skizzieren.

Auf den ersten Blick stehen häufig Situationen des Verlustes im Zentrum der Probleme alter Menschen. Diese Verluste können sich ansammeln und in immer kürzeren Abständen auftreten, zumal zugleich die Verarbeitungskompetenz vermindert sein kann. Sehen wir jedoch entstehende Konflikte

nur als Folge einer Kumulation von Verlusten, ist es schwierig zu erklären, warum in manchen Lebensläufen vielfältige und schwere Verluste verhältnismäßig gut verkraftet werden und warum andererseits zum Teil geringfügig erscheinende Verluste zu gravierenden Krisen führen. Einzurechnen sind also die von Person zu Person verschiedenen Dispositionen, Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten und damit die jeweils unterschiedliche subjektive Bedeutung von Verlusten. Anders gesagt, kommt es weniger auf das quantitative Ausmaß von Einschränkungen an, sondern auf die qualitative Bewertung der Einbußen durch die davon betroffenen Menschen.

Um die Bedeutung der Lebensumstände, das aktive Verhalten der Personen zu ihren Lebensbedingungen und damit das Verhältnis von Einbußen zu Fähigkeiten wahrzunehmen, achten wir nicht nur darauf, ob ein Klient Verluste erlitten hat, sondern ob er sich zudem in einem Konflikt befindet und welche Antworten er findet. Spitzen sich Lebenskonflikte zu, ist das damit verbundene Risiko einzuschätzen. Dies hat nicht nur praktische Folgen für die Wahl der Interventionsmethode und für die Prognose, sondern auch begriffliche Konsequenzen: Wir unterscheiden grundsätzlich den Bereich der Lebenskonflikte von dem Bereich der psychosozialen Krisen und dem Bereich der Notfälle (Abb. 2).



Von *Lebenskonflikten* sprechen wir, wenn die Betroffenen in stabile Lebenszusammenhänge eingebunden sind und sie bereit sind, sich selbst zu helfen, aber zur Lösung ihrer Probleme noch weitere Informationen und Ratschläge einholen wollen.

Lebenskonflikte sind Problemsituationen, bei denen die Personen in stabilen Zusammenhängen leben und zur Selbsthilfe willens und fähig bleiben.

In der Regel werden ältere Menschen in Lebenskonflikten zuerst allgemeine Beratungsstellen aufsuchen (z.B. Senioren- oder Familienberatung). Der Begriff des Konfliktes setzt dabei zwei sich widerstrebende, unvereinbare Tendenzen voraus, deren Spannung die Person belastet. Je nachdem wie hoch der Konfliktdruck ist, können im Übergangsfeld zwischen Lebenskonflikten und psychosozialen Krisen bereits sogenannte Veränderungskrisen (oder Lebens- und Reifungskrisen) auftreten. Dann werden eher spezialisierte Beratungsstellen aufgesucht (z.B. Psychotherapieberatung oder Krisendienste). Die Grenze zur psychosozialen Krise ist erreicht, wenn die Klienten mit ihren bisherigen Problemlösungsmöglichkeiten scheitern, erheblicher Leidensdruck besteht und das psychische Gleichgewicht akut bedroht ist.

Psychosoziale Krisen sind im Unterschied zu den Lebenskonflikten durch bereits eskalierte Umstände gekennzeichnet; die Klienten sind mit ihren Problemlösungsversuchen gescheitert; sie „wissen nicht mehr weiter“ und befinden sich im emotionalen Ausnahmezustand.

Psychosoziale Krisen sind individuelle Notlagen, in denen das seelische Gleichgewicht durch belastende oder überfordernde Lebensereignisse verloren geht und gewohnte Problemlösungsversuche scheitern.

Zuständig sind Krisenberatungsstellen, Krisendienste und auch Kriseninterventionsstationen. Man spricht von „Veränderungskrisen“, wenn die Personen in einer Überforderungssituation in die Beratung kommen und ihr persönliches Scheitern im Vordergrund des Gesprächs steht. Demgegenüber spricht man von „traumatischen Krisen“ nach nicht vorhersehbar „hereingebrochenen“, schockierenden Ereignissen (Unfälle, Verbrechen).

Bei (psychiatrischen) *Notfällen* ist eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung gegeben oder vorhersehbar, etwa bei Bewusstseinsstörungen, hochgradigen Erregungszuständen und Suizidhandlungen.

Notfälle sind akute Gefährdungssituationen, die ärztlich abgeklärt werden müssen.

Notfälle kommen in der ambulanten Krisenarbeit selten vor. Bei älteren Klienten kommen häufig organisch verursachte Verwirrtheitszustände vor. Notfälle erfordern eine sofortige ärztliche Abklärung (z.B. vom zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst); die weitere Behandlung erfolgt oft stationär (Kriseninterventionsstation, Akutpsychiatrie, gerontopsychiatrische Station). Bei den sogenannten „psychiatrischen Krisen“ handelt es sich hingegen um Krisen mit milderer psychopathologischen Symptomen, die zumindest ärztlich abgeklärt werden sollten.

Die Übergänge zwischen Lebenskonflikten, Krisen und Notfällen sind fließend. Die Häufigkeit mit der diese Typen in der Beratungspraxis vorkommen, hängt vom institutionellen Kontext der Arbeit ab. Dementsprechend können die drei grundsätzlichen Problemtypen nochmals differenziert werden (Abb. 2). Beispielsweise kann ein städtischer Krisendienst sowohl bei Notfällen und Krisen als auch bei Lebenskonflikte kontaktiert werden, während in einer Beratungsstelle für Senioren kaum Notfälle gemeldet werden. Lebenskonflikte und psychosoziale Krisen bilden den Großteil der Fälle in der ambulanten Beratung. Je höher das Risiko, also die Bedrohung für den Klienten ist, etwa bei suizidalen Handlungen oder akuten Verwirrtheitszuständen, desto größer ist auch der Handlungsdruck für die Angehörigen und die professionellen Helfer.

Die Trias „Lebenskonflikte – Psychosoziale Krisen – Notfälle“ und die skizzierten Differenzierungen sollen das Spektrum der möglichen Fälle in der Krisenberatung begrifflich abdecken, entsprechen jedoch nicht immer den vielfältigen Mischformen und persönlichen Krisengeschichten in der Praxis, weil die Realität stets reichhaltiger als die Theorie ist. Insofern bieten diese Kategorien möglicherweise Orientierung, können aber nicht schematisch angewendet werden.

Im Folgenden möchten wir die Eigenheiten und Unterschiede von Lebenskonflikten, psychosozialen Krisen und Notfällen detaillierter aufgliedern. Im Mittelpunkt steht das krisentheoretische Wissen.

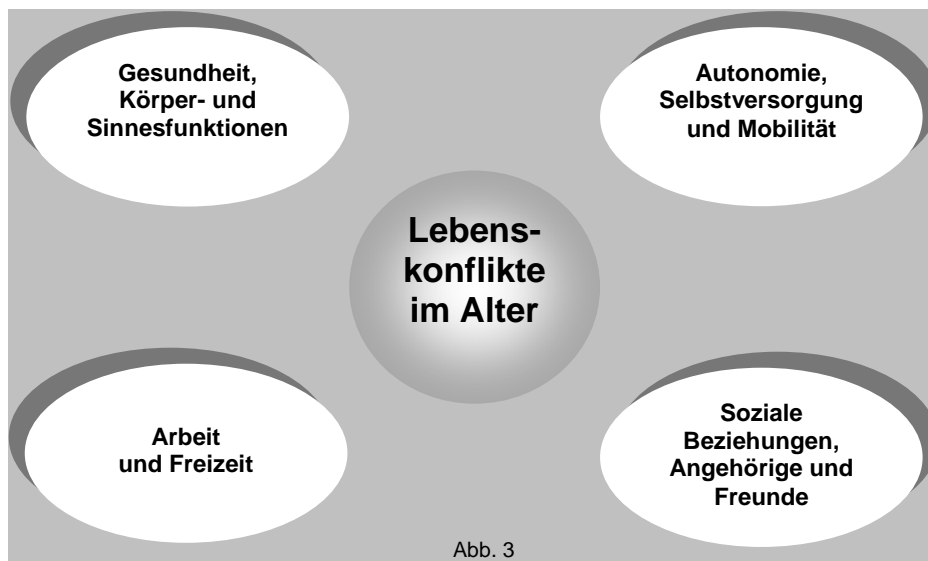
2. 3. Lebenskonflikte im Alter

Wir gehen davon aus, dass die Klienten eine psychosoziale Beratung in Anspruch nehmen, wenn sich ihre Lebensprobleme konflikthaft zugespitzt haben.

Der Ausdruck „Lebenskonflikt“ soll einen Problemtypus bezeichnen, der häufig in Beratungsstellen vorkommt und auch oft in der präventiven Beratung im Mittelpunkt steht. Die Klienten sind sich ihrer Schwierigkeiten bewusst, sie sind in stabile Lebenszusammenhänge eingebunden und zur Selbsthilfe willens und fähig. Sie nehmen die Beratung in Anspruch, um Informationen zu sammeln, Entscheidungshilfen zu erhalten, die Problematik zu strukturieren und Lösungsmöglichkeiten zu diskutieren.

Typische Konflikte alter Menschen betreffen oft ihr Verhältnis zu ihrem Körper und der Gesundheit sowie die Autonomie ihrer Selbstversorgung und Mobilität, aber auch das Arbeits- und Freizeitverhalten und schließlich ihre sozialen Beziehungen, insbesondere zu nahen Verwandten wie Ehepartnern und Kindern (Abb. 3).

Die Themen der Konflikte stehen oft im Zusammenhang mit (kritischen) Lebensereignissen, also mit mehr oder weniger diskreten situativen Veränderungen im Leben alter Menschen, welche die Konflikte oder Entwicklungen bedingen und auslösen können. Typische Lebensereignisse sind z.B. das Erreichen einer bestimmten Altersschwelle (etwa das Alter von 60 Jahren), das Erlebnis der Großelternschaft, der Renteneintritt oder das Auftreten von Alterskrankheiten.

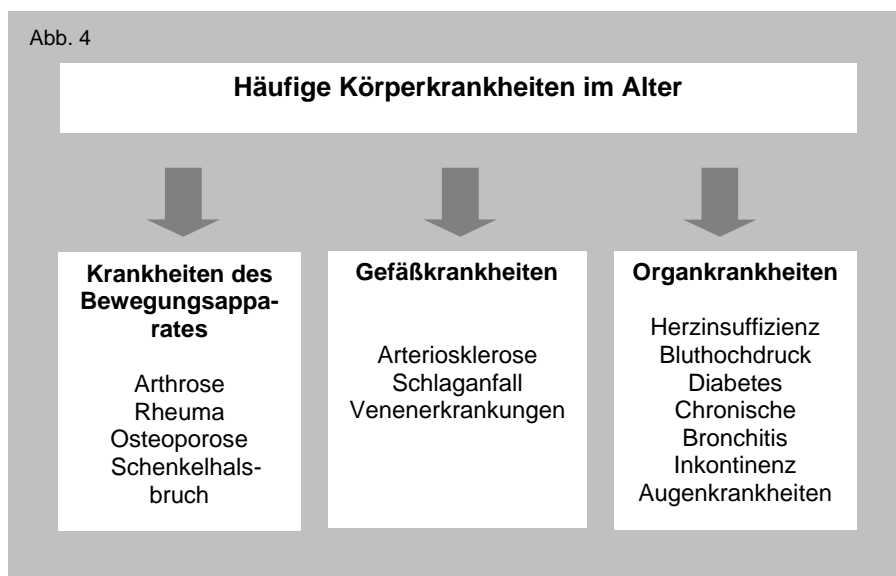


Gesundheit, Körper- und Sinnesfunktionen

Gesundheit ist nicht nur das Fehlen von Krankheit, sondern umfasst das gesamte körperliche, seelisch-geistige und soziale Wohlbefinden. Gerade im Alter wird Gesundheit als hoher Wert geschätzt; ausschlaggebend für die Lebensqualität ist jedoch die subjektive Einschätzung der Lebenssituation, zumal auch die Fähigkeit mit Belastungen umzugehen, Teil von Gesundheit ist. Kenntnisse im Bereich der psychischen Störungen im Alter, also das gerontopsychiatrische Wissen, sind dabei notwendig, werden jedoch nicht an dieser Stelle, sondern in einem eigenen Abschnitt über „psychische Störungen im Alter“ behandelt.

In der Geriatrie werden drei Gruppen von Funktionsstörungen der Organe unterschieden, erstens die sog. „alternden Krankheiten“, welche aus früheren Lebensphasen mitgebracht werden, etwa ein zu hoher Blutdruck, zweitens die „primären Alterskrankheiten“, die sich erst im Alter manifestieren, z.B. Altersdiabetes oder Arteriosklerose, und drittens Krankheiten, die im Alter anders verlaufen als in jungen Jahren, z.B. Knochenbrüche oder Entzündungen (vgl. Abb. 4). Im Allgemeinen verlaufen Krankheiten im Alter symptomärmer und sind deshalb schwieriger zu diagnostizieren (z.B. die Altersdepressionen). Es treten häufiger Komplikationen auf (etwa Infekte) und die Heilung braucht länger. Handelt es sich nur um eine begrenzte Stö-

rung auf oder steht diese erst am Beginn, kann die Belastung in der Regel gut aufgefangen werden. Schwieriger zu verkraften sind jedoch mehrere gleichzeitig bestehende Beeinträchtigungen („Vielfacherkrankungen“ bzw. „Multimorbidität“ oder „Polypathie“), zumal diese sich gegenseitig beeinflussen können, zur Chronifizierung tendieren und sich die Wahrscheinlichkeit von akuten Folgeerkrankungen erhöht.



Wie häufig sind Alterskrankheiten und welche davon sind besonders typisch? Einen Überblick bietet die 1996 veröffentlichte Berliner Altersstudie (BASE; Mayer und Baltes 1996). Untersucht wurde eine Bevölkerungsgruppe im Alter zwischen 70 und 104 Jahren, davon konnten 80% der Personen selbständig leben. Nur 8% waren pflegebedürftig; für die gesamte Bundesrepublik geht man zur Zeit von ca. 2 Mio. pflegebedürftigen Personen aus. Die häufigsten im Rahmen der Berliner Altersstudie festgestellten Erkrankungen betrafen zum einen die Gefäße des Herzens und des Gehirns und zum anderen den Bewegungsapparat. Letztere sind oft schmerzhaft, etwa durch Gelenkverschleiß (Arthrosen), Knochenschwund (Osteoporose) oder Wirbelsäulenleiden. Bei 96% der über Siebzigjährigen wurde mindestens eine behandlungsbedürftige internistische, neurologische oder orthopädische Krankheit erkannt und 30% litten unter fünf oder mehr Störungen, wobei hauptsächlich Herz-Kreislaufkrankheiten diagnostiziert wurden. Doch nur bei etwa einem Drittel der über siebzigjährigen Personen handelte es sich um lebensbedrohliche Zustände.

Auch wenn ein medizinischer Behandlungsbedarf besteht, ist damit nicht automatisch ein subjektives Krankheitsgefühl verbunden. Betagte Personen können mit chronischen Leiden, wie z.B. Diabetes oder Bluthochdruck, durchaus „gut leben“, da diese ihre Alltagskompetenzen und ihre Lebenszufriedenheit kaum beeinträchtigen. Zu Konflikten kann es kommen, wenn die Störungen nicht in das eigene Selbstbild integriert werden können. Das Angewiesensein auf Medikamente und fremde Hilfe, häufige Arztbesuche und die eigene Schwäche werden dann als Bedrohung empfunden, zumal die möglichen Folgen gefürchtet werden (Umzug ins Altersheim, Krankenhausaufenthalt, Betreuungsverhältnis). Selbst normale Alterungsprozesse können Ängste hervorrufen, da sich die Anpassungsfähigkeit und die Widerstandskraft des Organismus vermindert, was den Betroffenen in der Regel auch bewusst ist. Um so wichtiger ist Prävention, denn richtige Ernährung, ausreichende Bewegung und genügend Erholung in früheren Lebensphasen schützen vor Alterskrankheiten.

Autonomie, Selbstversorgung und Mobilität

Dieser Bereich möglicher Konflikte betrifft eine existentielle Dimension der menschlichen Identität, nämlich die Grundbedürfnisse und das Bewusstsein, die eigenen Lebensbedingungen selbstständig erkunden und gestalten zu können. In den Beratungsgesprächen kommen z.B. Probleme beim Angewiesensein auf fremde Hilfe zu Sprache oder Probleme mit der Wohnsituation, aber auch Fragen zur Lebensqualität bei (drohender) Pflegebedürftigkeit.

Grundsätzlich steht das Streben nach Autonomie stets im Verhältnis zur Suche nach Beziehung und Bindung. Beide Dimensionen, Autonomie und Abhängigkeit, sind zentral für das menschliche Erleben. Problematisch ist die Polarisierung, etwa bei mangelndem Ausgleich beider Seiten oder bei einer zu starken Fixierung auf einen Pol. Bei gravierenden Konflikten entstehen Ängste vor zuviel Distanz oder Nähe. Bei entsprechender Disposition können sich solche Konflikte bis ins Alter durchziehen oder in diesem Stadium verstärkt aufbrechen.

Der Anspruch auf Autonomie kann z.B. durch Krankheiten bedroht werden. Der Gang zum Arzt wird aufgeschoben, geringfügige Beschwerden werden ignoriert oder toleriert und wenn eine Behandlung unumgänglich ist, wechselt der Klient unter Umständen öfters die Behandler. Die Abhängigkeit von Hilfe (Ärzte, Pflegeversicherung, Sozialstationen) wird als Kränkung erlebt. Erhebliche Probleme bereiten dabei oft Einschränkungen der Mobilität, etwa durch Gehbehinderungen, Herz-Kreislaufprobleme und durch Barrieren im öffentlichen Raum, etwa wenn das Autofahren problematischer wird oder wenn Gehhilfen benötigt werden.

Eine zentrale Rolle für das Gefühl der Unabhängigkeit spielt die Wohnsituation. Die eigene Wohnung ist mehr als nur ein Aufenthaltsort, vielmehr geht es um das Recht auf Selbstbestimmung und unabhängige Haushaltsführung und damit um das Grundbedürfnis nach Heimat. Die meisten alten Menschen möchten so lange wie möglich in der eigenen Wohnung verbleiben, denn die persönlichen Gegenstände, die Einrichtung und Atmosphäre und die mit der Wohnung verknüpften Geschichten sind wesentliche Stützen der eigenen Identität. Der Wunsch die Wohnung zu wechseln ist deshalb bei älteren Menschen relativ selten.

Ein Drittel der Achtzigjährigen hat jedoch Schwierigkeiten beim Treppensteigen, fast genauso viele haben Probleme bei der Benutzung des Bades und ein gutes Viertel bei der Zubereitung von Mahlzeiten in der Küche. Solche Probleme können einen Wohnungswechsel nahelegen, doch nur für relativ wenige Betroffene ist der Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim notwendig: von den über 65-80 Jahre alten Menschen leben ca. 5% in Institutionen und von den über Achtzigjährigen ca. 14%. Ist jedoch ein „altersgerechter“ Umbau der eigenen Wohnung und insbesondere ein Umzug in ein Heim notwendig, wird dies oft als schwerwiegende Belastung empfunden. Wenn die nötigen Schritte verzögert werden, weil etwa die baulichen Mängel der Wohnung (z.B. im Sanitärbereich) unterschätzt oder weil die eigenen körperlichen Veränderungen verdrängt werden, können erhebliche gesundheitliche Risiken und Gefahren entstehen.

Konflikte um Autonomie und Abhängigkeit oder die Erfüllung der Grundbedürfnisse spielen in vielen Beratungssituationen eine Rolle – auch wenn zunächst andere Themen im Vordergrund zu stehen scheinen, etwa Pro-

bleme mit Angehörigen oder Partnern. Mit den Verschiebungen schützen sich die Klienten vor Verletzungen des Selbstgefühls; ebenso wehren sie Gespräche darüber ab, wenn sie bereits zu sehr auf die unmittelbare Bewältigung von Einkauf, Haushaltsführung und Körperpflege fixiert sind. Im Sinne einer verstehenden Beratung geht es zwar darum, den eigentlichen Kern der Problemsituation wahrzunehmen, nämlich die Ängste vor Veränderung und dem Verlust der Selbstbestimmung, aber dabei ist Behutsamkeit angebracht, weil das gewohnte Verhältnis der Klienten zu sich selbst, ihr Selbstbild, zur Debatte steht. Wird der dynamische Kern der Problematik zu schnell aufgedeckt, kann dies als Übergriff empfunden werden. Anstatt dass die Berater „wissen, worum es geht und was das beste ist“, sollte den Klienten die breite Palette der heutigen Hilfsmöglichkeiten vorgestellt werden, damit sie selbst entscheiden können, welche Erleichterung ihnen sinnvoll und akzeptabel erscheinen.

Arbeit und Freizeit

Anders als in dem zuvor besprochenen Konfliktbereich, der vor allem das Verhältnis der betagten Menschen zu sich selbst berührt, steht bei Konflikten, die sich um das Arbeits- und Freizeitverhalten drehen, das Verhältnis zur äußeren Welt im Vordergrund.

Das Ende der Berufstätigkeit ist ein einschneidendes Lebensereignis, das oft als Beginn des eigentlichen Alters verstanden wird. Außer bei Freiberuflern und Selbstständigen ist damit in der Regel die Berentung verbunden. Die notwendige Anpassung betrifft nicht nur die Ausgliederung aus dem Erwerbsleben, sondern auch die Umstellung des Tagesablaufes und der sozialen Kontakte, die Konfrontation mit einer neuen Rolle, ein geringeres Einkommen und ein anderes Freizeitverhalten. Die Einschätzungen der Betroffenen schwanken häufig, einerseits gibt es das Bild von der „späten Freiheit“ mit der Erwartung von Reisen und kulturellen Aktivitäten, andererseits kann die Befürchtung entstehen, zum funktionslosen und überflüssigen „alten Eisen“ zu gehören. Eine Vorbereitung auf diese Lebensphase ist notwendig, um Orientierung zu gewinnen, sei es durch Altersteilzeitarbeit oder sei es durch individuelle Planungen für die Übergangszeit.

Bereits in der letzten Phase des Arbeitslebens können typische Konflikte auftreten, die Weichen für den Weg in den Ruhestand stellen. Ältere Arbeitnehmer müssen sich damit arrangieren, dass ihre erreichte berufliche Position endgültig ist. Zum Teil kommt es zu Konflikten mit jüngeren Kollegen, die in der Hierarchie besser gestellt werden. Bei entsprechenden Selbstwertproblemen ist es günstig, sich zu vergegenwärtigen, dass die Leistungsfähigkeit im Alter nicht generell nachlässt. Zwar schwindet die Muskelkraft und unter Umständen verringert sich das Verständnis technischer Neuerungen, aber andererseits fällt älteren Arbeitnehmern der Umgang mit komplexen Aufgabenstellungen leichter als jüngeren, sie besitzen „Expertenwissen“, können ihre eigenen Grenzen gut einschätzen und sind im Handeln und Denken realistisch, pragmatisch und effizient (Lehr 1996, S. 206 ff.). Auch hier finden wir also ein spezifisches Verhältnis von Schwächen und Stärken. Da durch die demographischen Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Rentenkassen derzeit über die Verlängerung der Lebensarbeitszeit diskutiert wird, werden die genannten Kompetenzen älterer Arbeitnehmer wahrscheinlich künftig gefragter sein.

Für die Zeit nach der Berentung ist außer einer angemessenen finanziellen Altersvorsorge die Planung des Freizeitverhaltens ausschlaggebend. Reisen stehen oft obenan bei den Wünschen für ein erfülltes Rentenalter und insofern wächst der Markt für die spezielle, auf die Bedürfnisse von Senioren abgestimmte Touristik. Allerdings beginnt aktives Altern im Alltag. Wichtig für die Lebenszufriedenheit sind stabile familiäre Bindungen; sind diese aber nicht gegeben oder von starken Konflikten geprägt, kann die entstehende Einsamkeit zu heftigen Krisen führen. In städtischen Gebieten existiert in der Regel eine Reihe von Seniorenclubs und Seniorenfreizeitstätten, in denen allein lebende Personen Anschluss finden können.

Eine weitere Möglichkeit der Sinngebung besteht in verstärktem ehrenamtlichen Engagement oder der Beteiligung an Altenselbsthilfegruppen. Ehrenämter werden oft als Chance „etwas für sich und andere tun zu können“ wahrgenommen. Die ehrenamtliche Mitarbeit in kommunalen Einrichtungen, Wohlfahrtsverbänden, Kirchengemeinden und Vereinen kann z.B. Tätigkeiten in der Betreuung, als Gruppen- und Übungsleiter oder in der Weiterbildung umfassen. Während das „klassische Ehrenamt“ durch

die Übernahme einer Helferrolle in bestimmten Organisationen (z.B. Besuchsdiensten oder Seniorenclubs) gekennzeichnet ist, sind ältere Personen mittlerweile stärker daran interessiert, die eigenen Qualifikationen gezielt einzubringen, die vorhandenen Alternativen kritisch zu sichten und die Arbeitsbedingungen mitgestalten zu können (sog. „neues Ehrenamt“, vgl. Carls, Haupt, Mängel und Rüger 1999).

Soziale Beziehungen, Angehörige und Freunde

Im Alter werden die Beziehungen zu den Angehörigen und Freunden besonders wichtig, da diese nicht nur konkrete Hilfestellungen geben können, sondern auch biographische Kontinuität vermitteln. Man kann zwischen den Beziehungen zu nahen Angehörigen (Ehepartner, Kinder, Geschwister) und fernerer Verwandten bzw. gleichwertigen Freunden unterscheiden sowie den Grad der Unterstützung (telefonische Kontakte, Alltagshilfe, Pflege) und das Ausmaß der Konflikte (durch Einsamkeit, Todesfälle, Krankheit, Behinderung, Pflegebedürftigkeit). Es kommen also sowohl Konflikte zwischen alten Menschen (z.B. in Partnerschaften) als auch Generationenkonflikte vor (etwa mit den Kindern und Enkeln). In der Beratung treffen wir in der Regel drei verschiedene Konstellationen von Beziehungskonflikten: entweder brauchen Angehörige von alten Menschen eine Beratung oder die alten Menschen wenden sich angesichts eines Konfliktes mit Verwandten oder Freunden selbst an uns und schließlich sind es auch professionelle Helfer, die über Schwierigkeiten mit älteren Klienten oder deren Angehörigen reden möchten. Wenn sich professionelle Helfer an uns wenden, kann dies z.B. die Konflikte einer Nachtbereitschaft mit einem Pflegeheimbewohner betreffen oder aber die Sorge einer Apothekerin um den psychischen Zustand einer Kundin.

Die Sorge im Alter einsam zu werden, ist wohl eine der grundlegenden Befürchtungen von betagten Personen. Laut einer 1998 veröffentlichte Befragung von über 55 Jahre alten Personen im Berliner Bezirk Steglitz, in dem wir größtenteils tätig sind, lebten 38% der Befragten in Ein-Personenhaushalten, während 52% in Zwei-Personenhaushalten und 6% in Mehrpersonenhaushalten eingebunden waren. Typisch für diesen Personenkreis ist also eher das Leben in der ehelichen Gemeinschaft. Der Anteil verheirate-

ter Männer ist dabei fast doppelt so groß wie der Anteil der verheirateten Frauen. Frauen sind eher von Einsamkeit im Alter bedroht; 53% der befragten Frauen und lediglich 17% der Männer lebten in einem Ein-Personenhaushalt (Carls und Haupt et al. 1998, S. 49 ff.).

Fallbeispiel – Lebenskonflikte bei Einsamkeit

Eine 80jährige, sehr klar und reflektiert wirkende Frau meldet sich telefonisch in der Beratungsstelle. Sie sagt, in der letzten Zeit würden vermehrt Freunde und Verwandte sterben. Zudem falle es ihr schwer, Neues anzufangen oder unter Menschen zu gehen. Ab und zu habe sie Gespräche mit einer Therapeutin. Morgen sei eine Urnenbeisetzung, der sie lieber fernbleiben wolle. Der Mitarbeiter bestärkt sie in dieser Absicht und rät, ihr Verhalten den anderen Trauergästen vorab zu erklären. Die Klientin erzählt dann einen Traum, der ihr nahe lege, dass das 83. Lebensjahr für die das letzte sein könnte. Es entwickelt sich ein kurzes Gespräch über Zukunftsplanung im Alter, den Besuch von Altenfreizeitstätten und die Bedeutung des Themas „Tod“. Die Klientin wirkt anschließend zufrieden, da sie mit jemanden über diese Gedanken, die sie zunehmend beschäftigen, habe sprechen können.

In der genannten Befragung spielen Ängste über das Verhältnis zu den Angehörigen nur eine untergeordnete Rolle nach den Sorgen über die allgemeinen politischen und sozialen Verhältnisse, die Gesundheit, die Selbstversorgung und finanziellen Ressourcen oder die Wohnverhältnisse (Carls und Haupt et al. 1998, S. 293 ff.), aber im Allgemeinen gilt die „Identifikation mit den Zielen und Schicksalen der Nachkommen“ als ein bedeutsamer Faktor für die Lebenszufriedenheit im Alter. Dabei erleben ältere Paare heutzutage – durch die Erhöhung der Lebenserwartung – häufig eine längere Lebensphase ohne Kinder.

Konflikte können entstehen, wenn die Ambivalenzen in den Beziehungen schwer auszuhalten sind, z.B. wird einerseits Hoffnung in die Angehörigen gesetzt, um Unterstützung zu erhalten, andererseits stellen sich bisweilen Ängste und Schuldgefühle ein, wenn die eigene Hilflosigkeit den Angehörigen „zugemutet“ wird oder wenn die Verwandten ihrerseits die Selbstständigkeit der Alten fürchten und missbilligen (vgl. Bronisch 2000, S. 11). Oft handelt es sich um die Schwierigkeit, die bereits sehr lange bestehenden Beziehungen mit den Angehörigen neu auszubalancieren. Dies kann auch die

Umorientierung auf neue Freundschaften oder Aktivitäten umfassen, um Angehörige zu entlasten, obwohl sich die Kontaktmöglichkeiten im Alter, auch durch Todesfälle, zum Teil erheblich einschränken. Letzteres schürt häufig die Ängste vor Vereinsamung und damit verbunden ist auch die Auseinandersetzung mit dem eigenen möglichen Lebensende, dem Sterben und dem Tod.

2. 4. Psychosoziale Krisen

Gegenüber den Lebenskonflikten unterscheiden wir eine Gruppe von individuellen Problemsituationen, die wir als psychosoziale Krisen bezeichnen und von den psychiatrischen Krisen und Notfällen abgrenzen. Die Person in der Krise gerät aus dem seelischen Gleichgewicht und scheitert mit ihren bisherigen Problemlösungsversuchen. Schon aus der hippokratischen Medizin ist der Begriff der „Krisis“ als Bezeichnung für den „Höhe- und Wendepunkt“ eines Leidens bekannt. Heute werden unter dem Begriff „psychosoziale Krise“ zugespitzte, individuelle Problemsituationen zusammengefasst, bei denen psychische oder soziale Umstände als Gründe, Auslöser und Verlaufsfaktoren des Krisengeschehens deutlich werden. Dies gilt zum Teil auch für Krisen mit psychopathologischen Symptomen („sog. „psychiatrische Krisen“), die nicht immer sofortige ärztliche Intervention, aber stets multiprofessionelle Unterstützung erfordern – diese Fälle werden gesondert, zusammen mit den psychiatrischen Notfällen, thematisiert.

Psychosoziale Krisen im Alter verlaufen ähnlich wie in jüngeren Jahren. Die Unterschiede liegen eher in den vorgebrachten Themen und Konflikten, wie sie im vorhergehenden Abschnitt über die typischen Lebenskonflikte dargestellt worden sind. In jedem der genannten Konfliktbereiche (Gesundheit, Autonomie und Selbstversorgung, Arbeit und Freizeit, soziale Beziehungen) können sich Konflikte krisenhaft zuspitzen. In psychosozialen Krisen wird ein bestimmter Konflikt unerträglich, das seelische Gleichgewicht geht verloren die subjektive Belastung erreicht einen Höhepunkt. Die Konflikte kulminieren in der Krise und eine Entscheidung wird gesucht. Die Person ist seelisch erschüttert und gleichzeitig ratlos. Oft wird gesagt „Ich weiß nicht mehr weiter.“ oder „Ich halte das nicht mehr aus!“. Manchmal wissen die Klienten genau, wodurch die Krise ausgelöst wurde,

zum Teil aber scheinen ihnen die Gründe auch nebulös und unzugänglich zu sein, und andere ahnen, dass ein lange unbewältigtes Problem dahintersteht. Im weiteren Verlauf löst sich die Spannung entweder in einer Neuorientierung oder die Konfliktspannung wird abgewehrt und bleibt latent vorhanden, was wiederum die Gefahr der Entwicklung von psychischen Störungen erhöht. Die im vorherigen Abschnitt angeführten typischen Lebenskonflikte im höheren Lebensalter können bei erhöhter Konfliktspannung, ungünstigen Lebensverhältnissen und fehlenden sozialem Rückhalt den Nährboden für krisenhafte Entwicklungen bilden. Im Folgenden behandeln wir zunächst die allgemeinen krisentheoretischen Grundlagen und gehen in Fallbeispielen auf altersspezifische Aspekte ein.

Es gibt bis jetzt keinen fachlichen Konsens darüber, auf welche Weise Krisen wissenschaftlich eingeteilt und benannt werden (vgl. Müller 2004). Aber man kann Erich Lindemanns (1944) Theorie der akuten Trauerreaktionen, Gerald Caplans (1964) Coping-Konzept, Erwin Ringels (1969) Suizidtheorie, Johan Cullbergs (1978) Konzept der traumatischen Krise und Erik Eriksons (1970) Theorie der altersspezifischen Krisen als die Wurzeln einer allgemeinen psychosozialen Krisentheorie ansehen. Krisenmodelle umreißen zusammen mit der Suizidforschung einen Bereich von Problemlagen, die mit einem medizinischen Krankheitsmodell nicht adäquat beschreibbar sind, und deshalb eine Krisenarbeit im engeren Sinne konzeptionell erforderlich machen. Krisenmodelle sind handlungsorientiert und kontextbezogen, den Personen wird ein Spielraum mit Chancen und Risiken zugestanden, anders als bei Krankheitsmodellen, in denen autonome körperliche Prozesse zum Ansatzpunkt der Intervention werden (Häfner und Rössler 1987). Wie aber klinisch Tätige auch psychosoziale Unterstützung bieten sollten, müssen Krisenarbeiter in der Lage sein, einen medizinischen Handlungsbedarf zu erkennen.

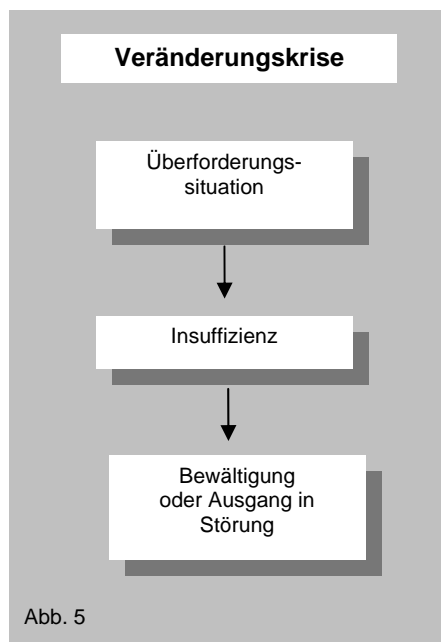
Psychosoziale Krisen setzen auf Beraterseite ein spezifisch psychologisches Wissen über psychische Konflikte, Belastungsreaktionen und Bewältigungsstile voraus. Sie stellen einen selbständigen und präventiv besonders wichtigen Arbeitsbereich dar. Das Wort „Krise“ signalisiert dabei als eine Kategorie des Verlaufs, wie ein Problem auftritt, unabhängig davon, was das Problem ist. Deshalb bieten auch die verschiedenen krisentheoretischen Phasengliederungen wichtige Anhaltspunkte zur Einschätzung der Risiken.

Allerdings kommt es neben dem Urteil *wie* das Problem auftritt, auch darauf an, zu erfassen, *was* das Problem ist. Insofern ist es üblich, das Wort „Krise“ an die Bezeichnung des Problems, des Symptoms oder des Auslösers anzuhängen: Beziehungskrise, finanzielle Krise, Trennungskrise, Selbstwertkrise, traumatische Krise, psychotische Krise, suizidale Krise, usw. Somit können wir davon ausgehen, dass nicht die Menschen zu klassifizieren sind, sondern dass sie bestimmte Probleme haben, die analysiert werden können. Reicht diese Perspektive auch oft aus, um uns über das bestimmende Thema einer Krise zu verständigen, bleibt eine problemorientierte Einteilung dennoch unbefriedigend, weil sich situative und lebensgeschichtliche, psychosoziale und körperliche, akute und langfristige Probleme im Einzelfall oft mischen. Ein rein problemlösungsorientiertes Vorgehen stößt zudem an seine Grenzen, wenn es zunächst um persönliche Bezugnahme, eine Beruhigung und den Kontakt als Voraussetzung der Lösungsorientierung geht. Deshalb steht auch bei der Krisenarbeit das Verstehen der Person im Vordergrund.

Im folgenden skizzieren wir zwei klassische Krisenmodelle, nämlich das Modell der „Veränderungskrise“ und das Modell der „traumatischen Krise“. Auch dabei treffen wir auf das Problem, dass die Klassifizierungen nicht alle Fälle umfassen und die Phasenabläufe in der Praxis nicht immer in der beschriebenen Weise auftreten oder wiedererkannt werden können. Vielmehr gibt es zum einen krisenartige Zustände, die nicht in diese Schemata passen (vgl. Sonneck 2000), etwa das „Burn-out-Syndrom“ mit allgemeiner Erschöpfung, Leistungsverlust und sozialem Rückzug oder auch die sogenannten „Dauerkrisen“ von Personen, die immer wieder und manchmal jahrelang Krisen- und Notfalleinrichtungen mit Darstellungen von krisenhaftem Erleben kontaktieren. Zum anderen wächst in der neueren Krisenforschung die Überzeugung, dass Krisen nicht in klar abgrenzbaren und aufeinander folgenden Phasen ablaufen, sondern dass es vielfältige Übergangszustände gibt, und dass man sich die Verläufe eher in Form einer Spirale vorzustellen hat, weil bestimmte Verarbeitungsschritte mehrfach und auf jeweils unterschiedlichem Niveau durchlaufen werden (vgl. Müller 2004; Schuchardt 2002; Dross 2001).

Veränderungskrisen

Einer der Stammväter der psychologischen Krisentheorie, Gerald Caplan, spricht von dem Erreichen eines Wendepunktes („turning point“) als einem wesentlichen Merkmal von Krisen. Caplan entwarf 1964 in seinem Grundlagenwerk *Principles of Preventive Psychiatry* das Modell der sogenannten



„Veränderungskrise“; gleichbedeutend sind Ausdrücke wie „Lebensveränderungskrise“, „Reifungskrise“ oder „Entwicklungskrise“. Kennzeichnend für diese Art von Krisen ist, dass sie durch vorhersehbare Lebensumstände ausgelöst werden, die im Prinzip auch positiv erlebt werden könnten, z.B. durch Heirat, Schwangerschaft, Menopause, Umzug oder Beförderung. Für das Verstehen solcher Ereignisse spielt das Wissen über die möglichen Brüche im Übergang von einer Lebens- und Altersphase zur anderen eine wichtige Rolle (vgl. Erikson 1991). Bei betagten Menschen können Veränderungskrisen beispielsweise durch den Eintritt ins Rentenalter, den Beginn der

Großelternschaft oder auch durch den Antritt einer lang geplanten Reise ausgelöst werden. Die Veränderungen und die daraus entstehenden Konflikte können in diesem Fall nicht in das Selbstbild und den Lebensplan integriert werden; die Personen fühlen sich überfordert und unter erheblichem Druck oder sehen sich bereits als gescheitert an.

Nach Caplan entwickeln sich diese Krisen langsam innerhalb von Tagen oder Wochen, sie nehmen also einen längeren Verlauf als traumatische Krisen, bis das Vollbild erreicht ist. In jeder Phase kann es – ebenfalls anders als bei der traumatischen Krise – zu einer erfolgreichen Bewältigung kommen. Abbildung 5 zeigt ein vereinfachtes Schema des Modells. Caplan unterschied sechs Phasen des Krisengeschehens und seiner Bewältigung:

1. *Konfrontationsphase*: In der ersten Phase der Veränderungskrise entstehen Stress, innere Spannungen und Konflikte durch die Konfrontation mit Ver-

änderungen im Leben, die als bedrohlich erlebt werden, weil gewohnte Verhaltensmuster, die eigentlich den Stress reduzieren sollen, nicht weiterhelfen.

2. *Versagungsphase*: Durch erfolglose, zum Teil chaotische Bewältigungsversuche ergeben sich Gefühle der Überforderung und des Versagens, das innere Gleichgewicht wird labiler, die Personen reagieren ungewöhnlich erregt und hilflos, ihr Selbstvertrauen sinkt.

3. *Mobilisierungsphase*: In dieser Phase werden verschiedene Anpassungsversuche durchprobiert und neue Ressourcen aktiviert, etwa durch die Konsultation von Freunden und Bekannten, durch professionelle Beratungen oder selbst initiierte Familienkonferenzen.

4. *Vollbildphase*: Kann das Problem dennoch nicht bewältigt werden, entfaltet sich die Krise vollends - und zwar mit ähnlichen Merkmalen wie bei der traumatischen Form. Die Betroffenen wirken zwar vielleicht äußerlich noch geordnet, ziehen sich aber zurück, resignieren, verweigern das Gespräch, verleugnen die Realität und brechen womöglich zusammen. Es kann zu akuten Belastungsreaktionen, zu heftigen sozialen Konflikten, Gewalt, Erregung und Suizidideen kommen oder zur Lähmung, Verwirrtheit und Apathie.

5. *Bearbeitungsphase*: Durch zunehmende Distanz zum Konfliktgeschehen können die entstandene Situation und die Auslöser von den betroffenen Personen bewertet werden; die Reaktionen werden durchdacht und im Rahmen der Ereignisse neu interpretiert.

6. *Neuanpassungsphase*: Die Bearbeitung führt zur Neuanpassung an die veränderten Lebensumstände und damit entweder zur Stabilisierung (mit inneren und äußeren Veränderungen oder durch Therapie) oder aber zur Abwehr der Konflikte und zum Ausgang in Störungen (Sucht, Depression).

Das Verstehen von Personen in Krisen, die wir als Veränderungskrisen bezeichnen, wird dadurch erleichtert, dass in der Regel konkrete Anlässe sichtbar sind und Selbsthilferversuche unternommen werden. Daran können wir ansetzen, um den Kontakt zu schaffen, die entstandene Situation zu

strukturieren und die Ratsuchenden emotional zu stützen. Dazu gehört es, die entstehenden Selbstzweifel der Personen, vor allem in der ersten bis dritten Phase, zu erkennen und ihr Selbstwertgefühl zu stabilisieren. Das kann z.B. dadurch geschehen, dass zunächst einmal ihr Bemühen, die Probleme zu lösen, anerkannt wird und erst dann nach Ressourcen und Alternativen gesucht wird. Ist die Vollbildphase erreicht, sind ähnliche Maßnahmen wie bei traumatischen Krisen angebracht.

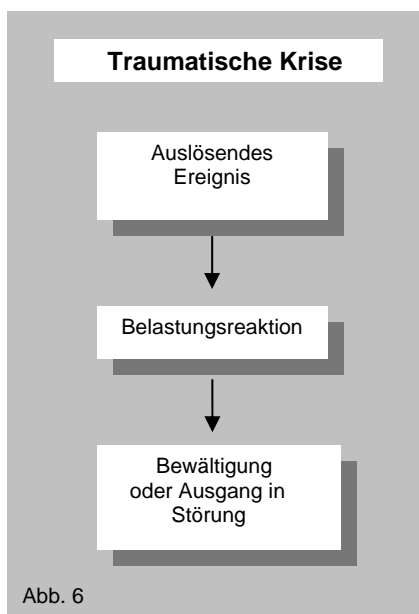
Fallbeispiel – Veränderungskrise bei Großelternschaft

Eine 66jährige Dame kommt mit ihrer 2jährigen Enkelin in die Beratungsstelle. Die Klientin soll ihre 32jährige Tochter entlasten und über Nacht auf das Kind aufpassen, was ihr jedoch zuviel sei. Sie selbst sei verheiratet und gerade zu einem mehrmonatigen Besuch in der Stadt. Eigentlich würde sie trotz der Überforderung die Enkelin ganz gerne zu sich nehmen, aber habe Probleme, mit der Tochter über die Belastung zu reden. Man habe ihr in einer anderen Beratungsstelle geraten, sich an eine Familienberatung zu wenden und da wolle sie allein hingehen. Mit ihrer Tochter habe sie noch nicht über die Möglichkeit einer gemeinsamen Beratung gesprochen. Die beratende Mitarbeiterin weist in dem 75minütigen Gespräch auf die Bedeutung der persönlichen Belastungsgrenzen und eines Gesprächs mit der Tochter hin. Günstig sei ein Kompromiß, durch den sowohl der Wunsch nach Betreuung der Enkeltochter als auch der Wunsch nach Entlastung erfüllt werden kann.

Traumatische Krisen

Die Anlässe für sogenannte „traumatische“ Krisen oder „situative Krisen“ können zum Teil kaum vorhergesehen werden. Auslöser sind Ereignisse, die so gravierend sind, dass selbst relativ stabile Menschen aus dem Gleichgewicht geraten. Die häufigsten Ereignisse, die in eine derartige Krise hineinführen, sind Schicksalsschläge und schwere Verluste (Trennung, Tod von Angehörigen, Krankheit, Kündigung des Arbeitsplatzes) oder akute Belastungen und Traumatisierungen, etwa das Erlebnis von Katastrophen (Brand, Flugzeugabsturz, Gasexplosion, Überschwemmung) oder Gewalt- und Missbrauchserfahrungen (Vergewaltigung, Geiselnahme, Überfall). Im Alter können traumatische Krisen insbesondere durch Sterbefälle, schwere Erkrankungen und Überfälle ausgelöst werden. Ein Sonderfall sind retraumatisierende Situationen im Alter, also das Wiedererleben von lange zurückliegenden und scheinbar bereits bewältigten Traumata (z.B. Kriegser-

lebnissen; (vgl. Heuft 1999). Bei Gefühlen von starker Hilflosigkeit, Angst, Entsetzen und Ohnmacht kann sich innerhalb von Minuten eine akute Belastungsreaktion ausbilden, die laut dem Diagnoseschlüssel der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10, F43.0) mit Symptomen wie allgemeines Betäubungsgefühl, Bewusstseinsengung, Erregungs- und Fluchtreaktionen verbunden ist. Entscheidend ist jedoch, wie die Erfahrung verarbeitet wird und ob eine Neuorientierung möglich ist. Abbildung 6 zeigt ein Schema des Ablaufs traumatischer Krisen.



Fast alle Krisen sind durch bestimmte Lebensereignisse, situative Veränderungen und äußere Bedingungen mitbestimmt. Diese situative Gebundenheit von Krisen gehört zum Krisenbegriff im engeren Sinne. Die Erforschung der Verarbeitung von schweren Schicksalsschlägen, Katastrophenerlebnissen oder Gewalterfahrungen ist ein wesentliches Standbein der psychosozialen Krisentheorie. Das Konzept beruht auf Erfahrungen, die Erich Lindemann (1944) während der Betreuung von Opfern einer Brandkatastrophe in Boston gesammelt hat, und dann zu einer psychosozialen Krisentheorie der Trauerphasen verdichtete.

Johan Cullberg (1978) definierte die traumatische Krise folgendermaßen: „Die traumatische Krise ist eine durch einen Krisenanlass mit subjektiver Wertigkeit plötzlich aufkommende Situation von allgemein schmerzlicher Natur, die auf einmal die psychische Existenz, die soziale Identität und Sicherheit und/oder die fundamentalen Befriedigungsmöglichkeiten bedroht.“ Laut Cullberg verläuft die traumatische Krise in vier Phasen, die – im Gegensatz zu den Phasen der Veränderungskrisen – notwendigerweise durchlaufen werden. Die beiden ersten Phasen bilden das akute Stadium und dauern ca. 4-6 Wochen, die dritte und vierte Phase dienen der Reflexion und Neuorientierung.

1. *Schockphase*: Das Ereignis löst eine unmittelbare, wenige Sekunden bis zu einem Tag andauernde Schockreaktion aus. Die Person bleibt dabei mögli-

cherweise äußerlich gefasst, ist aber innerlich extrem aufgewühlt oder hilflos und apathisch. Typisch sind also Erregungszustände oder aber der Rückzug. Bei starkem Vermeidungsverhalten kann es zu einem allgemeinen Betäubungsgefühl und dem Abbruch der Kommunikation samt Verleugnung der Realität kommen. Oft können die Betroffenen sich später an diese Phase kaum erinnern.

2. *Reaktionsphase*: Nach dem Schock folgt eine Tage bis Wochen anhaltende Phase, in der die Person versucht, auf die Ereignisse zu reagieren. Die Personen befinden sich in einer emotionalen Ausnahmesituation; sie erleben ein Wechselbad intensiver Gefühle mit tiefer Verzweiflung, Niedergeschlagenheit, Erregung, Feindseligkeit und Aggressionen oder heftigen Wünschen nach Schutz, Rückzug und dem Ungeschehenmachen der erlebten Situation. Abwehrmechanismen werden eingesetzt (Regression, Verleugnung, Rationalisierung) um die Ereignisse zu ertragen; manchmal beginnen bereits pathologische Reaktionen (Suchtmittelmissbrauch, Depressionen). Unter Umständen können solche Phasen nach einer vorübergehenden Beruhigung wiederholt auftreten. Unter ungünstigen Bedingungen (fehlende Hilfe, soziale Isolation) neigt dieser Zustand zur Fixierung der Konflikte und Chronifizierung der Symptome.

3. *Bearbeitungsphase*: Diese Phase wird erreicht, wenn die emotionale Anspannung sich zumindest teilweise löst (z.B. durch Krisenintervention im geschützten Umfeld), die Krisenauslöser reflektiert werden können und das traumatische Geschehen ansatzweise emotional integriert werden kann. Reaktions- und Bearbeitungsphasen gehen ineinander über und können bis zur Stabilisierung auch wiederholt und in unterschiedlicher Intensität auftreten. Durch die zunehmende Distanzierung vom Trauma, durch das bewusste Verstehen der Schmerzen und Verluste oder die Akzeptanz der Absurdität der Ereignisse können konstruktive Bewältigungsstrategien und neue Hoffnung entstehen und die Zukunft wieder geplant werden.

4. *Neuorientierungsphase*: Bei erfolgreicher Bearbeitung kann die Krise überwunden werden, das Selbstwertgefühl stabilisiert sich und soziale Beziehungen werden wieder gesucht. Bestenfalls kann das Geschehen als eine einschneidende Lern- und Lebenserfahrung eingeordnet werden, durch die künftige Belastungen besser ertragen werden können. Gelingt die Neu-

orientierung jedoch nicht, können ernsthafte psychische Probleme (Sucht, Depression, Posttraumatische Belastungsstörung) oder überdauerende Persönlichkeitsstörungen erwachsen.

Das Verstehen von Personen in Krisen, die wir als traumatische Krisen bezeichnen, erfordert ein hohes Maß an Einfühlung. In der Schockphase dürfen die Personen nicht allein gelassen werden, sie brauchen Geborgenheit und Schutz. In der Reaktionsphase sind genauere Gespräche erforderlich, mit viel Raum für die verwirrenden Wahrnehmungen und Gefühle; wichtig ist es, die Betroffenen darauf hinzuweisen, dass ihre Reaktionen eine normale Folge von extremen Belastungen sind. In der Bearbeitungsphase wird eine adäquate Sicht auf die Realität und die Folgen der Ereignisse erarbeitet. Die Interventionen sollen den regulären Ablauf des Krisengeschehens hin zur Neuorientierung ermöglichen. Bei schweren Verläufen ist unter Umständen eine stationäre Behandlung erforderlich. Wenn sich eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt, ist eine psychotherapeutische Behandlung notwendig, die im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans auch medikamentös ergänzt werden kann.

Fallbeispiel – Traumatische Krise nach Überfall

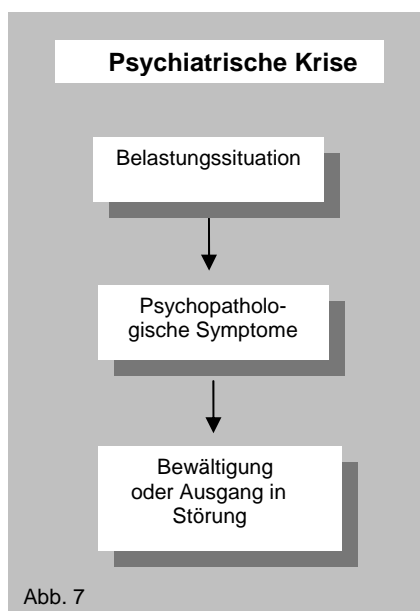
Vermittelt über den Opferschutzbeauftragten der Polizei telefoniert ein Mitarbeiter mit der Tochter einer 85jährigen Frau, die vor 10 Tagen im Treppenhaus überfallen, beraubt und geschlagen worden sei. Die Klientin habe laut um Hilfe gerufen und die Täter seien geflohen. Sie habe eine Gehirnerschütterung erlitten, einige Zeit nicht mehr gesprochen und sei zwei Tage klinisch behandelt worden. Der Mitarbeiter entscheidet sich für einen Hausbesuch. Die Klientin ist verängstigt und will nicht außer Haus gehen, weil Täter ihr auflauern könnten. Der Mitarbeiter fragt im zweistündigen Gespräch systematisch entlang des „Zeitstrahls“, was vor, während und nach der Tat geschehen sei und bekräftigt, dass sie in dieser Situation angemessen gehandelt habe. Er betont, die Gefahr sei nun vorbei und die Klientin in Sicherheit, was sie beruhigt, zumal die Tochter sofort aus einer entfernten Stadt zu ihr gekommen ist. Der Mitarbeiter bietet Folgegespräche an, will sich telefonisch melden und erwägt auch einen erneuten Hausbesuch, um abzuklären, ob die Klientin eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt. Im telefonischen Gespräch vier Tage später, berichtet die Klientin, sie habe sich stabilisiert, die Tochter habe für 3 Wochen eingekauft, „Essen auf Rädern“ bekäme sie auch und mit einer Freundin stehe sie in Kontakt. Weitere Beratungen lehnt sie freundlich ab.

2. 5. Psychiatrische Krisen und Notfälle

Wir thematisieren im Folgenden die sogenannten psychiatrischen Krisen in einem Abschnitt zusammen mit den psychiatrischen Notfällen. Einiges spräche dafür, die psychiatrischen Krisen dem Abschnitt über psychosoziale Krisen zuzuschlagen, wir haben uns dennoch für die genannte Einteilung entschieden, weil psychiatrische Krisen unserer Ansicht letztlich mehr Gemeinsamkeiten mit psychiatrischen Notfällen aufweisen als mit psychosozialen Krisen und um das Risiko zu verdeutlichen, das mit dem Auftreten von erkennbaren psychopathologischen Auffälligkeiten verbunden ist.

Der Übergang von einer psychiatrischen Krise zum Notfall ist fließend und hängt von der Ausprägung der Symptomatik ab. Die psychosoziale Situation der Betroffenen ist in der Regel gespannt, die Angehörigen reagieren mit Sorge und versuchen Hilfe zu organisieren.

Psychiatrische Krisen



Der Begriff der psychiatrischen Krise scheint zunächst auf die institutionelle Zuständigkeit der Psychiatrie hinzuweisen. In der Tat können sich fast alle psychischen Störungen krisenhaft zuspitzen und Menschen, die an solch einer Störung leiden, kommen häufig in Krisensituationen. Zudem ist die Psychiatrie für suizidale Personen zuständig und stationäre Kriseninterventionszentren gehören in der Regel zu den psychiatrischen Abteilungen der Kliniken. Auch in der Akutpsychiatrie wird ständig Krisenintervention geleistet. Beispielsweise können im Vollbild von Veränderungskrisen oder in der Reaktionsphase von traumatischen Krisen Ängste oder Erregungszustände auftreten, die psychiatrisch, z.B. medikamentös, behandlungsbedürftig sind.

Allerdings werden Krisen mit psychopathologischen Auffälligkeiten und Krisen von Menschen, die an einer psychischen Störung leiden oder gelitten haben, durchaus auch in nicht-klinischen Kriseneinrichtungen und Krisendiensten gemeldet, beraten und begleitet. Diese Verteilung der Zuständigkeiten entspricht auch dem Screening-Auftrag von psychosozialen Kriseneinrichtungen. Angesichts der Überschneidungen scheint uns eine inhaltliche Definition von psychiatrischen Krisen angemessen zu sein: Als „psychiatrische Krise“ bezeichnen wir Zustände mit erkennbaren psychopathologischen Auffälligkeiten (vgl. Abb. 7). Ärztliche Interventionen sind ratsam, aber von den Betroffenen nicht immer gewünscht. In der Regel sind psychosoziale Auslöser erkennbar und die Symptomatik ist wesentlich milder als bei Notfällen. Diese Aspekte gelten auch für psychiatrische Krisen im Alter.

Die Einschätzung von psychiatrischen Krisen bei älteren und alten Personen erfordert viel Erfahrung und ein spezielles gerontopsychiatrisches Wissen. Dazu zählen insbesondere Kenntnisse über Verwirrtheitszustände und Demenzen, Depressionen und Suizidalität, Angststörungen, psychotische Syndrome und Suchtentwicklungen. Nicola Jovic (1990) betont in einer der seltenen Arbeiten über Krisen im Alter den wachsenden Einfluss von somatischen Faktoren und definiert in Anlehnung an die psychosoziale Krisentheorie: „Die psychiatrische Krise des Alterns ist immer das Ergebnis einer Störung des (labilen) Gleichgewichtes. Dies kann bedingt sein durch organische, psychologische oder soziale Faktoren. Das Resultat ist ein außergewöhnlicher Zustand, der von der betroffenen Person als bedrohlich empfunden wird und aus eigener Kraft nicht mehr gemeistert werden kann.“

Generell ist es sinnvoll, psychiatrische Krisen nicht am Maßstab von umschriebenen psychiatrischen Krankheitsbildern zu definieren, sondern am Maßstab von bestimmten psychopathologischen Symptomen und Syndromen (Zimmermann 2001, S. 19). Solche Krisen erfüllen also nicht unbedingt die Kriterien, um von Krankheiten sprechen zu können. Typische Anzeichen sind Erregungszustände, Angstzustände, psychotische Reaktionen sowie depressive und suizidale Zustände, die folgendermaßen näher beschrieben werden können:

1. *Erregungszustände*: Die innere Unruhe und gesteigerte Aktivität der Betroffenen überlasten die sozialen Beziehungen, die alltäglichen Aufgaben werden vernachlässigt, es kommt möglicherweise zu ziellosem Aktionismus, zu (auto-) aggressiven Durchbrüchen und zu Gewalt gegen Sachen.
2. *Angstsyndrome*: Die Personen berichten von Ängsten, auslösende Situationen werden vermieden und gewohnte Aufgaben und Ziele verhindert, schützende Räume werden nicht mehr verlassen, körperliche Symptome wie Atembeschwerden, Pulsbeschleunigung, Schwitzen und Zittern können auftreten.
3. *Psychotische Reaktionen*: Die Personen zeigen ein „bizarres“ oder verwirrtes Verhalten, Wahnideen und/oder Halluzinationen treten auf, das Denken kann formal gestört sein (zerfahren, verlangsamt), die Einsicht der Betroffenen in die Problematik ist kaum gegeben (Realitätsverlust).
4. *Depressive und suizidale Reaktionen*: Die Personen sind verzweifelt, hilflos, geängstigt und gehemmt; sie ziehen sich stark zurück, wirken apathisch, und können ihre alltäglichen Ziele und Aufgaben kaum noch wahrnehmen, möglicherweise werden Suizidideen geäußert.

Bei den genannten Phänomenen handelt es sich um psychopathologisch auffällige Reaktionen, die riskanter und schwerwiegender sind als durchschnittliche Stress- und Krisenphänomene. Zeitlich gesehen, handelt sich um Reaktionen, die Stunden bis zu zwei Wochen andauern können. Langfristigere Zustände legen hingegen die Diagnose einer manifesten psychischen Störung nahe, z.B. wenn die Kriterien einer akuten vorübergehenden psychotischen Störung erfüllt sind (ICD-10, F23). Die Symptome psychiatrischer Krisen treten nicht immer in der beschriebenen Häufung auf, zum Teil sind nur einige von ihnen vorhanden. Manchmal sind Auslöser und Belastungsfaktoren erkennbar. Zum Teil handelt es sich um Personen, die an einer bereits bekannten psychischen Störung leiden, sie sind besonders verletzlich und reagieren mitunter bereits auf alltäglich erscheinende Belastungen krisenhaft. Um Personen in psychiatrischen Krisen adäquat verstehen zu können, schließt die Beurteilung stets die psychosozialen Faktoren und Ressourcen, etwa die Angehörigen, mit ein (vgl. Rauchfleisch 1996).

Psychiatrische Krisen lösen meistens große Sorge bei den Angehörigen und auch bei den Krisenarbeitern aus. Die Angehörigen verlangen mitunter eine Krankenhauseinweisung. Erregungszustände, Angstsyndrome, psychotische Reaktionen sowie depressive und suizidale Zustände können unter Umständen zügig Notfallcharakter annehmen. Falls kein Arzt erreichbar ist, muss die Beurteilung und Beratung von Personen in psychiatrischen Krisen erfahrenen Mitarbeitern überlassen werden, die einschätzen können, wie und wann eine ärztliche Begutachtung erreicht werden kann. Sind erfahrene Mitarbeiter nicht erreichbar, ist ein Arzt hinzuzuziehen. Stationäre Interventionen können aber bei psychiatrischen Krisen häufig vermieden werden. Sie sind ambulant beherrschbar, wenn sie von Angehörigen, einem Krisendienst oder einem spezialisierten Pflegedienst begleitet werden. Die krisenbegleitenden Mitarbeiter sollten in ein multiprofessionelles Team eingebunden sein.

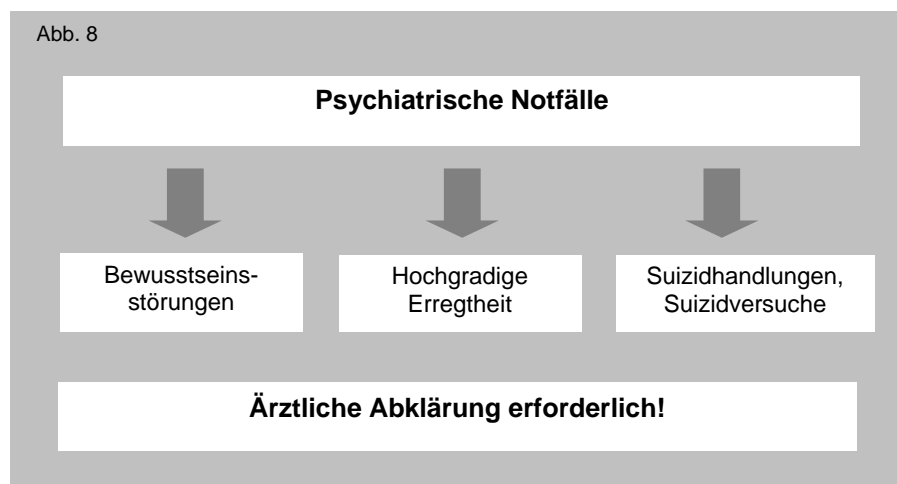
Fallbeispiel – Psychiatrische Krise mit Verdacht auf Wahnentwicklung

Ein Polizeibeamter kontaktiert die Beratungsstelle. Eine 68jährige, alleinlebende Rentnerin habe mehrfach die Polizei wegen Lärmbelästigung durch einen Nachbarn gerufen, wenn die Beamten kamen, sei es jedoch stets ruhig gewesen. Eine psychotische Störung sei nicht auszuschließen. Der Beamte schlägt einen Hausbesuch zusammen einer Mitarbeiterin der Beratungsstelle vor. Beim vereinbarten Termin lässt die Klientin sich auf ein Gespräch ein und erneuert ihre Klagen. Der Mitarbeiterin werden vage paranoide Züge in ihrer Darstellung deutlich, da die Frau vermutet, der laute Mieter sei ihr „absichtlich“ in die Nachbarschaft „gesetzt“ worden; zudem habe sie in der Vergangenheit Kontakte mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst gehabt. Außerdem sei sie chronische Schmerzpatientin und Alkoholikerin und habe früher auch an einer Medikamentenabhängigkeit gelitten. Der Lärm im Haus erinnere sie an Kriegserlebnisse als Mädchen. Im Gespräch zeigt sich, dass sie durchaus gerne weitere Beratungskontakte haben würde, vielleicht mit einer Perspektive für Betreutes Einzelwohnen. In telefonischen Folgekontakten, die sich über mehrere Monate hinziehen, erzählt die Klientin weitere Details über ihre Psychatrieerfahrungen, die Konflikte im Haus und ihre Herkunftsfamilie. Die Gespräche entlasten sie. Die Streitigkeiten im Haus ändern sich, nachdem die Hausverwaltung dem Nachbarn konkret mit Kündigung drohte, dieser jedoch einen guten Leumund nachwies und die Klientin daraufhin ihre Beschwerde zurücknahm.

Psychiatrische Notfälle

Notfälle müssen stets ärztlich abgeklärt werden. Zimmermann (2001, S. 27) definiert den psychiatrischen Notfall folgendermaßen: „Der psychiatrische Notfall ist durch eine erhebliche Gefährdung des Betroffenen und/oder seiner Umgebung gekennzeichnet und erfordert insofern zügig adäquate Diagnostik und Behandlung, die in der Regel auch ärztlich sein muß.“ Die (vorauszusehende) Selbst- oder Fremdgefährdung und die Behandlungsbedürftigkeit sind also entscheidende Kriterien, wobei psychische Aspekte und nicht andere medizinische Erkrankungen im Vordergrund stehen.

In der Begegnung mit den Betroffenen kommt es in der Regel nicht darauf an, konkrete Diagnosen zu stellen, zumal psychopathologische Symptome durch unterschiedliche Grundstörungen hervorgerufen werden können. Vielmehr kommt es darauf an, das Risiko für die Beteiligten einzuschätzen, den Betroffenen Schutz zu geben und eine ärztliche Abklärung einzuleiten. Auch hier werden also syndrombezogene Einschätzungen erforderlich, die sich auf die Auffälligkeiten des Bewusstseins, des Antriebs und der Stimmung der Personen beziehen. Als „absolute“ Notfälle gelten folgende Syndrome (Abb. 8):



1. *Bewusstseinsstörungen*: Das Bewusstsein der Personen ist deutlich eingeschränkt, entweder wirken sie schläfrig und benommen bis zur Bewusstlosigkeit und/oder „vernebelt“ und verwirrt bis zur Desorientierung. Das Gedächtnis ist gestört, das psychische Tempo verlangsamt, die Sinneswahr-

nehmungen, die Aufmerksamkeit und das Denken sind beeinträchtigt, Halluzination, Wahn und motorische Unruhe können auftreten (Delir). Als Leitsymptom weisen Bewusstseinsstörungen auf eine akute, organische Beeinträchtigung der Hirnfunktion hin, z.B. durch Vergiftungen (z.B. Drogen, insbesondere auch bei Entzügen), Unfälle (Stürze), Infektionen oder Hirntumoren.

2. *Hochgradige Erregtheit oder Apathie:* Die Personen sind entweder durch Ansprache nicht zu beruhigen, sie äußern starke Ängste, sind aggressiv, zum Teil schreien, toben und zerstören sie Einrichtungsgegenstände oder werfen diese aus dem Fenster und werden gewalttätig gegenüber Menschen. Oder aber sie wirken völlig teilnahmslos, nicht ansprechbar, starr und apathisch („Stupor“), so dass die Kontaktaufnahme erfolglos bleibt und die Gründe für den Zustand unklar sind. Erregung oder Apathie ohne Bewusstseinsstörungen können z.B. bei schweren psychischen Störungen auftreten (Schizophrenie, Depression).

3. *Suizidhandlungen oder erfolgte Suizidversuche:* Im Vordergrund stehen in diesem Fall nicht mehr die Suizidideen, sondern entweder konkrete Pläne und Vorbereitungen, um sich umzubringen oder suizidale Handlungen, z.B. Schnittwunden am Arm oder das demonstrative Stehen auf dem Fenstervorsprung, sowie bereits erfolgte ernsthafte Suizidversuche.

Psychiatrische Notfallsituationen bei betagten Personen zeigen sich oft als Verwirrheitszustände. Bei solchen Bewusstseinsstörungen handelt es sich in der Regel um organisch bedingte Hirnfunktionsstörungen. Beispiele sind eine Verschlechterung dementieller Erkrankungen oder Verwirrheitszustände nach einer Operation, die auch erst nach der Entlassung auftreten können. Bei Verwirrheitszuständen melden sich nicht die Betroffenen selbst, sondern die überlasteten Bezugspersonen. Ebenso sind Suizidideen und -handlungen bei alten Menschen sehr ernst zu nehmen. In Alten- und Pflegeheimen kommt es häufig zu psychiatrischen Notfallsituationen, insbesondere in den Abend- und Nachtstunden. Aufgrund der Bedeutung von Verwirrheitszuständen und Depressionen im Alter vertiefen wir diese Gebiete im unten folgenden Abschnitt über „Psychische Störungen im Alter“.

Allgemein gilt für Notfallsituationen, dass sie bei ambulanter Betreuung innerhalb von zwölf Stunden abklingen sollten, andernfalls ist in der Regel eine stationäre Behandlung erforderlich (Rupp 2004). Eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik kann, unter Umständen, auch gegen den Willen der Betroffenen durchgeführt werden. Eine Zwangseinweisung wird vor allem dann notwendig, wenn eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung vor dem Hintergrund einer deutlichen psychischen Beeinträchtigung besteht und die Situation nicht anders kontrolliert werden kann. Das bloße Vorliegen einer psychischen Störung reicht nicht aus, um jemanden gegen seinen Willen klinisch zu behandeln. Oft wird in solchen Fällen auch Polizei vor Ort sein, die eine ärztliche Untersuchung veranlasst oder bei Gefahr im Verzuge berechtigt ist, die Personen direkt in die Klinik zu bringen.

Nicht-ärztliche Krisenarbeiter sind in Einweisungssituationen keineswegs in einer passiven Rolle, sondern sie versuchen Kontakt zu den Betroffenen zu bekommen, die Angehörigen und andere Bezugspersonen einzubinden und die Situation weiter zu deeskalieren. Ihre Aufgabe besteht zum Teil auch darin, andere Professionelle vor Ort (Polizei, Feuerwehr) zu beraten und zwangsweise Einweisungen so schonend wie möglich für die Betroffenen zu gestalten.

Fallbeispiel – Psychiatrischer Notfall bei Unterernährung

Eine Fachkraft eines Pflegedienstes ruft in der Beratungsstelle an, da eine 69jährige Frau, die seit drei Wochen vom Pflegedienst zur Nachsorge eines Oberschenkelhalsbruchs versorgt würde, kaum noch esse und von 38kg auf 35kg abgenommen habe. Sie sei im Prinzip kooperativ, halte Absprachen jedoch nicht ein und besitze nur eine begrenzte zeitliche Orientierung sowie Erinnerungslücken. Sie habe zudem ein Alkoholproblem. Der Mitarbeiter der Beratungsstelle verständigt einen Bereitschaftsarzt. Vor Ort schätzt der Arzt den Zustand der Klientin als lebensbedrohlich ein und drängt auf sofortige Klinikeinweisung. Die Klientin versucht zu verhandeln und herauszuzögern, aber vor die Alternative freiwillige oder zwangsweise Einweisung gestellt, ist sie bereit, mit dem herbeigerufenen Krankentransport mitzufahren. Vorher telefoniert sie noch mit einer Nachbarin, die gleich erscheint und eine Tasche für den Krankenhausaufenthalt packt.

2. 6. Psychische Störungen im Alter

Laut dem Vierten Bericht der Bundesregierung zur Lage der älteren Generation (BMFSFJ 2002, S. 125 f.), leiden etwa ein Viertel der Altenbevölkerung (ab 65 Jahren) an psychischen Störungen, genannt werden insbesondere Demenzen, Depressionen, suizidales Verhalten, Angststörungen, Schizophrenie und paranoide Syndrome sowie Abhängigkeitssyndrome. Demenzen, Depressionen und Suizidalität sind die meistdiskutierten gerontopsychiatrischen Probleme. Demgegenüber sind Angststörungen eher weniger häufig bei alten Personen anzutreffen als bei jüngeren Personen. Für die Gruppe der schizophrenen Störungen gilt, dass Neuerkrankungen im Alter sehr selten sind; bei der pharmakologischen Behandlung gealterter Patienten sollten allerdings einige Besonderheiten beachtet werden, vor allem die höhere Empfindlichkeit für Neben- und Begleitwirkungen (vgl. Klimke, Plaut und Schillen 2005). Psychotische Störungen im Senium treten häufiger mit rein wahnhaftem Charakter auf („Wahnentwicklungen“; vgl. Blonski 1996).

Für das Thema der Abhängigkeitssyndrome im Alter gilt zwar, dass Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit relativ wenig zu beobachten sind, aber demgegenüber der Konsum von Beruhigungsmitteln (Tranquilizern) deutlich angestiegen ist. Die Berliner Alterstudie (Mayer und Baltes 1996) zeigte, dass 24,6% der untersuchten über siebzigjährigen Personen Psychopharmaka einnahmen, davon konsumierten 13,2% Tranquilizer vom Benzodiazepin-Typ (z.B. Valium, Tavor).

Im Folgenden thematisieren wir zwei, für die Beratungs- und Krisenarbeit besonders wichtige, gerontopsychiatrische Syndrome, nämlich die Altersdepressionen und die Altersverwirrtheit.

2. 6. 1. Depressionen und Suizidalität

Die so genannten Altersdepressionen sind neben den Demenzen die häufigsten gerontopsychiatrischen Störungen (vgl. Hirsch 2005; Grond 2001). Zudem liegt die Suizidrate bei alten Menschen erheblich höher als bei Jüngeren. Trauerreaktionen sind hingegen von den Altersdepressionen abzu-

grenzen, es handelt sich dabei nicht um psychische Störungen im engeren Sinn, sondern um depressive Verstimmungen im Rahmen von außergewöhnlichen psychischen Belastungen nach Todesfällen im Kreis der Angehörigen und Freunde, die wir eher zu den psychosozialen Krisen zählen.

Die statistischen Angaben zum Vorkommen von Altersdepressionen sind nicht eindeutig. Die Autoren der Berliner Altersstudie (Mayer und Baltes 1996) geben für die neunziger Jahre mit weiten Kriterien eine Prävalenz von 9% bei über siebzigjährigen Männern an. Die Unterschiede von Depressionen bei jüngeren und älteren Menschen werden in folgenden Punkten gesehen:

Altersdepressionen sind psychopathologisch uncharakteristischer als Depressionen bei Jüngeren, d.h. die affektiven Symptome, wie ständige Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Grübeln und Antriebsverlust, stehen nicht immer im Vordergrund. Charakteristisch sind vielmehr körperliche Beeinträchtigungen, wie Schlafstörungen, Appetitmangel, Verstopfung, Erschöpfung, Abgeschlagenheit, Kreislaufprobleme und häufig auch kognitive Einschränkungen, etwa Gedächtnisprobleme und Konzentrationsstörungen. Auffällig sind zudem oft Klagen über die subjektiv empfundene Einsamkeit und Nutzlosigkeit und die Folgen des sozialen Rückzugs.

Es ist schwierig, Altersdepressionen gegenüber normalen altersbedingten Erscheinungen und auch gegenüber den Begleiterscheinungen von schweren körperlichen Erkrankungen abzugrenzen, denn Depressionen im Alter werden oft durch Klagen über körperliche Beschwerden ausgedrückt („larvierte“ Depression). Das ist ein Grund, weshalb sie selbst von Ärzten oft nicht erkannt und behandelt werden!

Bei der Frage der Ursachen ist grundsätzlich zu beachten, dass Altersdepressionen auch organisch bedingt sein können. Sie sind dann aus einer chronischen Hirnleistungsstörung erklärbar, insbesondere bei Alzheimer-Demenz, Parkinson-Krankheit, Schilddrüsenerkrankungen, nach Schlaganfällen oder anderen gefäßbedingten Demenzen. Die organischen Depressionen werden prognostisch schlechter beurteilt als affektive Störungen, genauso wie eine Krankheitsdauer von über einem Jahr als ein ungünstiges Zeichen gewertet wird (Murphy 1989, S. 247).

Darüber hinaus können altersspezifische psychische und soziale Faktoren Depressionen auslösen, wobei es darauf ankommt, wie die belastenden Lebensereignisse von den Personen bewertet werden. Als psychosoziale Risikofaktoren gelten eingeschliffene narzisstische Persönlichkeitsanteile, mangelnde Bewältigungsstrategien von körperlichen Erkrankungen und altersbedingten körperlichen Veränderungen, wie etwa chronische und vor allem schmerzhaft Körperkrankheiten, aber auch die plötzliche Angewiesenheit auf fremde Hilfe (z.B. nach einem Schlaganfall), der Tod des Lebenspartners oder die Übersiedlung ins Alten- oder Pflegeheim (vgl. Leder 1998, S. 49 ff.).

Suizidalität im Alter

Die Arbeit mit suizidalen Klienten ist eine der Kernaufgaben von Krisenarbeitern. In suizidalen Krisen haben sich die Probleme so zugespitzt, dass es um Leben und Tod geht, um die Existenz schlechthin. Der suizidale Mensch fühlt sich in einer ausweglosen Situation. Für ihn gibt es keine Zukunft mehr, die Probleme können nicht mehr ausgehalten werden, und der Tod erscheint als einziger, oft als Befreiung phantasierter Ausweg. Die Selbsttötungsabsicht wirkt wie ein verzweifelter Versuch des Sprunges in eine erlösende Dimension. Die Beratung kann an diesem Widerspruch ansetzen. Nach einem Suizidversuch ist zunächst oft die Psychiatrie zuständig und dort wurden Krisentheorien vor allem als Suizidtheorien beachtet. Deshalb liegt dort eine der Wurzeln der Krisenarbeit im engeren Sinne.

Einer der Pioniere der Suizidforschung, Erwin Ringel (1969), hat das „prä-suizidale Syndrom“ beschrieben, dessen Kenntnis zum Standardwissen gehört (Abb. 9). Denn Suizidversuche haben oft eine typische Vorgeschichte. Zuerst wird der Suizid als eine Möglichkeit zur Problemlösung in Betracht gezogen, darauf folgt eine Phase des inneren Kampfes bis schließlich der Entschluss gefasst wird. Ist der Entschluss gefallen, wirken die Personen oft auffällig beruhigt und „befriedet“. Es gibt also Warnzeichen schon bevor aus den Gedanken eine konkrete Absicht wird, etwa das eingengegte Denken und das Gefühl völliger Wertlosigkeit gepaart mit einer unausgesprochenen tödlichen Wut, die letztlich gegen sich selbst gerichtet wird.

Das präsuizidale Syndrom

1. Zunehmende Einengung der Wahrnehmung, der Gefühle und in den zwischenmenschlichen Beziehungen.
2. Aggressionsstau und Wendung der Aggression gegen die eigene Person.
3. Suizidphantasien, die zuerst bewusst erzeugt werden und sich später aufdrängen.

Abb. 9

Wichtig ist zudem, dass die meisten Suizide angekündigt werden („Ich will nicht mehr leben!“, „Mir ist alles egal geworden.“). Gerade bei alten Menschen sind solche Aussagen sehr ernst zu nehmen.

Die Anzahl vollzogener Suizide in der Bundesrepublik Deutschland lag 2003 bei 11.150 (8.179 Männer und 2.971 Frauen), also weitaus höher als die Zahl der Verkehrstoten (ca. 7.000). Die Zahl der Suizidversuche dürfte zehnmal so hoch sein, wobei sowohl bei den vollzogenen Selbsttötungen als auch bei Suizidversuchen eine hohe Dunkelziffer anzunehmen ist (Fiedler 2005). Insgesamt ist die Suizidrate in den letzten Jahrzehnten gesunken, außer in höheren Altersgruppen.

Bei Suizidversuchen wird unterschieden, ob es sich um ernsthafte und hochriskante Situationen handelte, ob die Suizidversuche eher appellativ waren („Hilfeschrei“, z.B. bei Jugendlichen) oder ob parasuizidale Handlungen vorlagen, die nicht wirklich zum Suizid führen sollten. Häufige Methoden sind die Medikamentenüberdosierung, Erhängen, der Pulsaderschnitt und der Sprung aus großer Höhe.

Das Risiko steigt, wenn eine Person psychisch gestört ist, insbesondere bei Depressionen, Schizophrenien und Süchten. Auch bei unheilbaren Krankheiten und in der Haft ist die Selbstmordrate höher. Am gefährdetsten sind Personen, die bereits einmal einen Suizidversuch unternommen haben.

Die Suizidgefahr steigt im Alter! Die Suizidrate (Anzahl der Suizide pro 100.000 Einwohner) liegt bei alten Menschen erheblich höher als bei Jüngeren; dies gilt vor allem für die Hochrisikogruppe der über achtzigjährigen Männer. Nach dem Vierten Bericht der Bundesregierung zur Lage der älteren Generation (BMFSFJ 2002) erreichte die Suizidrate in der Bundesrepublik im Jahr 1999 für die Altersgruppe der 70-79 Jahre alten Personen den Stand von 38,9 Suiziden pro 100.000 Einwohner. Bei über neunzigjährigen Männern stieg die Rate auf den Höchstwert von 92,9 Suiziden pro 100.000 Einwohner. Diese Ziffer ist fünfmal höher als die Suizidrate bei 20-39 Jahre alten Männern und 19-mal höher als bei 20-39 Jahre alten Frauen. Die Rate der Suizidversuche wird hier nochmals um das vier- bis zehnfache höher eingeschätzt.



Suizidalität im Alter ist „multifaktoriell“ bedingt, neben Depressionen und körperlichen Problemen spielen insbesondere Beziehungskonflikte und Autonomieverluste eine Rolle (vgl. Abb. 10). Depressionen gelten als der wichtigste Risikofaktor, man nimmt an, daß 20% bis 85% aller Suizidenten an Depressionen gelitten haben. Dennoch ist nicht jeder, der sich umgebracht hat, bereits vorher depressiv gewesen, genauso wie nicht alle Depressiven suizidal sind (Heuft 1992, S. 124).

Eine Grundregel des Umgangs mit suizidalen Klienten lautet, dass vermutete Suizidgedanken offen und direkt angesprochen werden müssen (vgl. Leder 1998, S. 78 ff.). Je konkreter die Suizidideen sind, desto größer ist das Risiko. Jede Äußerung in diese Richtung muss ernst genommen werden! Im Gespräch geht es zunächst um den Aufbau eines tragfähigen Kontaktes; dabei steht das Verstehen der auslösenden Belastungen und deren subjektive Bedeutung im Vordergrund. „Ratschläge“ oder Versuche, die Suizidideen argumentierend auszureden, verhindern eher den Kontakt. Es geht darum, die existentielle Verunsicherung und Verzweiflung der Klienten zu verstehen und darüber zu sprechen. Bei relativ deutlichen Suizidgedanken sind feste Vereinbarungen wichtig (etwa, dass keine Suizidhandlung bis zum nächsten Termin unternommen wird) sowie Folgekontakte notwendig; bleibt aber der Kontakt labil und die Sorge um den Klienten zu groß, ist eine Klinikeinweisung unumgänglich.

Fallbeispiel – Suizidale Krise

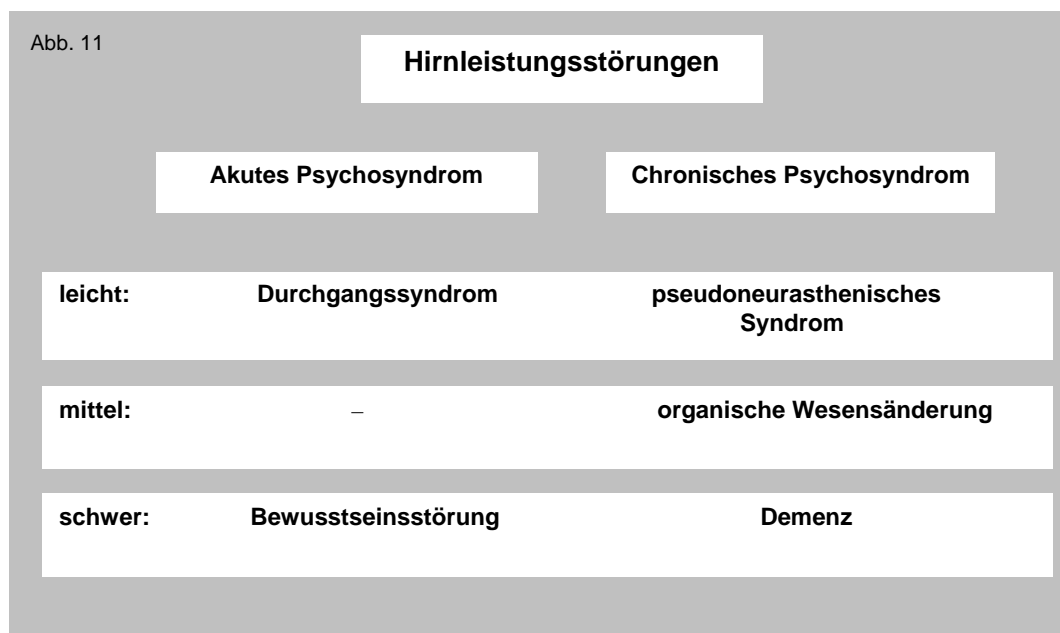
Ein 72jähriger Mann deutet bereits an der Tür der Beratungsstelle Suizidgedanken an. In dem 2,5 Stunden dauernden Gespräch wird klar, dass ihn Depressionen und Suizidgedanken bereits seit frühester Jugend begleiten. Er sei Künstler und lebe allein. Vor zehn Jahren habe er mit dem Trinken aufgehört. Seine Durchschlafschwierigkeiten bekämpfe er seit längerer Zeit mit Schlaf-tabletten. Die aktuelle Krise sei durch den Besuch einer Ausstellung ausgelöst worden, auf der er Werke eines früheren Freundes gesehen habe, was ihm seine Einsamkeit vor Augen geführt habe. Sein Rededrang ist ausufernd. Selbsthilfegruppen, die er besuche, würden gerade aufgelöst und ein Inserat, das er aufgegeben habe, um Freunde zu finden, habe kein Ergebnis gebracht. Die Suizidgedanken seien „noch“ unkonkret. Neben dem Gefühl der Einsamkeit belaste ihn seine Hoffnungslosigkeit. Die Mitarbeiterin der Beratungsstelle hört seinem Redefluss vorwiegend zu, erfragt jedoch genau das Ausmaß der Suizidalität und weist auf die mögliche Medikamentenabhängigkeit hin. Sie lädt den Klienten zu Folgegesprächen ein, als deutlich wird, dass ihn die Intervention entlastet. Er bedankt sich abschließend für das Gespräch und sagt „Morgen sieht vielleicht schon wieder alles ganz anders aus.“

2. 6. 2. Altersverwirrtheit und Demenz

Bei jedem Zehnten über 65 Jahre treten kognitive Störungen bis hin zur Demenz auf, die sich aus akuten oder chronischen Hirnleistungsstörungen erklären lassen. Dabei gibt es verschiedene körperliche Erkrankungen, die sich auf die Hirnleistung auswirken können und Bewusstseinsstörungen hervorrufen, die wir umgangssprachlich als Verwirrtheit bezeichnen. Die Häufigkeit der zugrundeliegenden psychoorganischen Probleme nimmt generell im Alter zu. Eine deutliche, plötzlich entstehende Desorientiertheit ist ein Notfall, der medizinisch abgeklärt werden muss.

Krisenarbeiter haben es in der Regel entweder mit Angehörigen zu tun, die mit der Belastung in der Betreuung nicht mehr zurechtkommen, oder sie treffen in der aufsuchenden Arbeit vor Ort auf desorientierte Klienten. Die Mitarbeiter benötigen dabei kein vertieftes medizinisches Wissen, sondern Grundkenntnisse, um vorläufige, syndromorientierte Einschätzungen treffen können und zu erkennen, wann ein Arzt eingeschaltet werden muss.

Grundsätzlich werden die akuten und reversiblen Hirnfunktionsstörungen von den irreversiblen und chronischen Störungen unterschieden. Abbildung 11 gibt eine Übersicht zu den Typen hirnorganischer Störungen.



Akute Störungen äußern sich entweder im leichteren *Durchgangssyndrom* („Weggetretensein“, Gedächtnisstörungen, emotionale Labilität, z.T. mit Desorientierung) oder in einer schwereren *Bewusstseinsstörung* (bzw. Bewusstseinsstrübung) mit Angst, deutlichen Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen und Desorientiertheit bis zum Delir. Bewusstseinsstörungen sind das Leitsyndrom zur Diagnose von psychoorganischen Störungen. Sie weisen zwar auf eine akute Hirnfunktionsstörung hin, aber deren Ursachen sind nicht immer sofort ersichtlich (etwa eine Hirnverletzung, Vergiftung, Gefäßschäden). Deshalb ist eine ärztliche Abklärung unabdingbar.

Fallbeispiel – Notfall bei akuter Hirnfunktionsstörung

Eine junge Frau meldet sich im Hochsommer telefonisch in der Beratungsstelle, weil eine alleinlebende alte Nachbarin im Treppenhaus schreie und um Hilfe rufe, Einbrecher befürchte, nicht zu beruhigen sei und verwirrt auf die Straße liefe. Ein Mitarbeiter kommt zusammen mit einem Bereitschaftsarzt, der bei den heißen Tagestemperaturen einen akuten Flüssigkeitsverlust vermutet (Dehydrierung), der sich auf die Hirnfunktion auswirkt. Die Dame wird ins zuständige aufnahmeverpflichtete Krankenhaus eingewiesen.

Chronische Störungen reichen vom leichteren *pseudoneurasthenischen Syndrom* („reizbare Schwäche“) über deutliche *Persönlichkeits- bzw. Wesensänderungen* („Altersstarrsinn“) bis zur *Demenz*. Solche Zustände können auch als Spätfolgen von Unfällen oder Vergiftungen auftreten. 60% aller dementiellen Störungen werden als Demenzen vom Alzheimer-Typ erkannt, die zweithäufigste Form ist die Multiinfarkt-Demenz infolge von Gefäßveränderungen im Hirn (10-20%).

Eine beginnende Demenz zeigt sich häufig zuerst mit depressiven Symptomen. Am Beginn stehen Merkschwächen sowie Einbußen im räumlichen und abstrakten Denken, im weiteren Verlauf wird auch das Altgedächtnis angegriffen, das Denken wird schwerfällig, Depressionen stellen sich ein, die Klienten sind reizbar, aber initiativlos, die Bewegungen werden schwunglos und das Krankheitsbewusstsein schwindet. In den letzten Phasen einer Demenz tritt zunehmend Desorientiertheit hinzu, samt der Unfähigkeit, Wahrnehmungen zu erkennen (Agnosien, z.B. Personenverkennungen) und schließlich dem Versagen von Körperfunktionen (z.B. Inkontinenz).

Fallbeispiel – Notfall bei Demenz

Ein 72jähriger Mann berichtet telefonisch, dass seine gleichaltrige Frau sehr verwirrt sei, sie könne kaum schlafen, sei sehr unruhig, leide an einer Demenz, habe Gedächtnisstörungen und fühle sich bedroht. Sie habe bereits letztes Jahr einen Fenstersturz versucht, seitdem erhalte sie Medikamente. Seit sechs Wochen habe sich der Zustand wieder verschlimmert. Der Mann fühlt sich überfordert. Der Mitarbeiter fährt zusammen mit einem Bereitschaftsarzt vor Ort. Der Haushalt des Ehepaars wirkt geordnet, die Frau ist ansprechbar und reagiert auf die Anwesenheit der Mitarbeiter, ist aber zeitlich und situativ desorientiert. Sie hat große Angst vor einer erneuten Krankenhauseinweisung. Die Mitarbeiter halten eine sofortige Krankenhauseinweisung, wie vom Mann gewünscht, noch nicht für notwendig, befürworten aber einen Kontakt mit dem sozialpsychiatrischen Dienst. Sie raten, die Medikamentierung überprüfen zu lassen und empfehlen, bei der Krankenkasse den Übergang von der bisherigen Pflegestufe I zur Stufe II zu beantragen, damit der Ehemann durch eine Haushaltshilfe entlastet werden kann.

Der Kontakt mit desorientierten Klienten in Krisensituationen ist schwierig. In der Regel handelt es sich um einen Notfall, da die Art der Grundstörung vor Ort oft nicht verlässlich beurteilt werden kann. Abzuschätzen ist der Grad der Desorientierung (zeitlich, örtlich, zur Situation und zur eigenen Person), ob eine Fremd- oder Selbstgefährdung vorliegt und wie eine medizinische Abklärung erreicht werden kann. Vor Ort sollten non-verbale Signale eingesetzt werden (Gesicht, Stimme, Gestik, Blick), um Sicherheit und Empathie auszustrahlen. Angehörige sind möglichst mit einzubeziehen. Die Mitarbeiter sollten deutlich und unkompliziert sprechen, Analysen und „Warum-Fragen“ vermeiden und das eigene Anliegen mehrfach umformuliert wiederholen bzw. bei verwirrten Aussagen eher mehrdeutige Antworten geben. Für den Kontakt mit desorientierten Klienten in Krisensituationen empfehlen wir Techniken der „Validation“, die im vierten Beitrag des vorliegenden Bandes (*Mit Alterskrisen umgehen*) ausführlich behandelt werden.



Beratung alter Menschen

Susan Al Akel

Im folgenden Beitrag befassen wir uns mit der präventiven und aufsuchenden Beratungsarbeit für ältere Menschen und mit den praktischen Erfahrungen, die sich aus diesen Gesprächen ergeben haben. In den Beratungen steht für uns die verstehende Haltung gegenüber dem Klienten im Vordergrund.

Die Kontakte finden dabei nicht nur in der Beratungsstelle statt, sondern in allen Situationen, in denen Ratsuchende sich an uns Professionelle wenden, beispielsweise in einem Gespräch per Telefon, einem Heim oder in der eigenen Wohnung. Die Beratung unterscheidet sich somit vom informellen Problemgespräch mit Freunden oder Angehörigen sowie vom eng definierten psychotherapeutischen Gespräch.

Im ersten Abschnitt dieses Beitrags gehen wir auf unsere Grundhaltung im Beratungskontakt ein. Danach stellen wir die Prinzipien und Probleme der präventiven und aufsuchenden Beratung dar. In den beiden darauf folgenden Abschnitten geht es um die Weltsicht alter Menschen und die Möglichkeiten der Berater, diese nachzuvollziehen und zu verstehen. Der fünfte Abschnitt bezieht sich auf typische Beratungssituationen im Erstkontakt. Am Ende des Beitrags berichten wir über Erfahrungen aus der Beratungsarbeit mit älteren Menschen, über ihre Probleme sowie unsere Gesprächsführung und Interventionsmethoden.

3. 1. Die Grundhaltung

Die Grundhaltung, die wir in unserer Arbeit einnehmen, ist die Haltung des Verstehens, die traditionell mit tiefenpsychologischen und klientenzentrierten Ansätzen verbunden ist. Es können aber ebenso verhaltenstherapeutische oder systemische Methoden, Rollenspiele und imaginative Verfahren sinnvoll sein. Wir vertreten einen methodenoffenen Ansatz, d.h. wir legen uns nicht auf eine bestimmte Methode fest, sondern befürworten verschiedene Verfahren für die jeweils unterschiedlichen Klienten, Ziele und Beratungssituationen.

Wir beziehen diese „Grundhaltung“ auf die Einstellung der Beratenden gegenüber ihren Klienten, der Arbeitssituation und dem Beruf. Es geht um die Bereitschaft, die Person in ihrer Lebenssituation verstehen zu wollen und verantwortlich handeln zu können. Voraussetzung dafür ist die Wahrnehmung der Beziehung zum Klienten, das Einfühlen in seine Situation, ausreichendes Wissen über Veränderungen und Probleme im Alter sowie über die Angebote des vorhandenen Hilfesystems. Die Aspekte des Verstehens, des Wissens und des Handelns im Beratungsprozess bauen dabei nicht statisch aufeinander auf, sondern „funktionieren“ im Sinne einer Wechselbeziehung, denn Beratungssituationen sind Lernsituationen und zwar sowohl für die Beratenden als auch für die Klienten.

3. 2. Lebenshilfe für ältere Menschen – wenn Psychologen Hausbesuche machen

Frau M. lebt nach dem Tod ihres Mannes vor zwei Monaten allein in der gemeinsamen Wohnung. Sie trauert sehr um ihren verstorbenen Mann und ist nach 55 Jahren Ehe zum ersten Mal auf sich alleine gestellt. Da sie leicht gehbehindert ist, verlässt sie ihre Wohnung kaum noch, was vielfältige Probleme nach sich zieht. Sie spürt aber, dass sie diese neue Lebenssituation, wie so viele andere vorher auch, erneut meistern muss. Doch ohne ihren Mann fühlt sie sich hilflos, einsam und ohnmächtig. Auf den Rat einer Nachbarin hin meldet sie sich bei dem Projekt *Zukunft im Alter* und bittet um ein persönliches Gespräch bei ihr zu Hause.

Mit unserem Projekt *Zukunft im Alter*, an das sich die Klientin wandte, haben wir einen modellhaften „mobilen psychologischen Beratungsdienst“ aufgebaut. Dieser setzt sich mit den besonderen Bedürfnissen älterer Menschen auseinander und bietet Unterstützung in einem auf sie zugeschnittenen Beratungskonzept in problematischen und krisenhaften Lebenssituationen.

Die „Komm-Struktur“, wie sie von etablierten Krisendiensten angeboten wird, greift nicht, um ältere Menschen rechtzeitig zu erreichen. Insbesondere das Fehlen von aufsuchender Arbeit, außer bei mobilen Notfalleinsätzen, erweist sich als Manko. Eine „Bring-Struktur“, die ein Hausbesuchskonzept bzw. aufsuchende Arbeit integriert, ist unserer Meinung nach das Mittel der Wahl. Die aufsuchende Arbeit berücksichtigt die Besonderheiten, die sich auf verschiedenen Ebenen bei der Arbeit mit älteren Leuten ergeben, beispielsweise die altersbedingten körperlichen Einschränkungen und Behinderungen sowie die Möglichkeit, in der vertrauten, häuslichen Umgebung zu bleiben. Das erleichtert ihnen den schweren ersten Schritt, sich Hilfe zu holen und wirkt unterstützend, wenn sie sich erstmalig einem Fremden anvertrauen.

Wir versuchen also, eine „Bring-Struktur“ zu installieren, die bei akuten Anlässen aber auch präventiv das Versorgungssystem zu den älteren Menschen bringt. Individuell zugeschnittene Angebote erleichtern ihnen den Weg in das Versorgungssystem und stellen damit bessere Behandlungsmöglichkeiten bereit. Der Weg in das Versorgungssystem wird durch die aufsuchende Arbeit geebnet. Kostenintensiven Notfalleinsätzen mit Feuerwehr, Polizei und Ärzten kann dadurch präventiv begegnet werden. Wir bieten damit eine Form der Beratung an, die zwischen Therapie und akuter Krisenberatung angesiedelt ist.

Die Idee, die hinter der herkömmlichen „Komm-Struktur“ steht, erreicht ältere Menschen nur ungenügend, das machen uns die geringen Zahlen von älteren Menschen in Krisendiensten oder bei Psychotherapeuten deutlich. Unserer Meinung nach werden ältere Menschen auch nicht in der gewünschten Größenordnung erreicht, wenn wir unter „Bring-Struktur“ ein Angebot verstehen, das uns warten lässt, bis sich jemand meldet und wir dann kommen. Stattdessen muss eine Art präventiver „Bring-Struktur“

entwickelt werden, die greift, bevor Altersdepression, Suizidalität und Isolation die „Weggefährten“ älterer Menschen werden. Das beinhaltet aber auch, dass die Gesellschaft bzw. wir professionellen Helfer diese Begleiterscheinungen nicht als selbstverständlich ansehen. Es ist unsere Aufgabe, ältere Menschen rechtzeitig zu erreichen, ihnen zu vermitteln, dass sie keine Bedenken haben sollten, sich frühzeitig Unterstützung zu holen und dass auch ohne akute Krise Gespräche wichtig, hilfreich und verändernd sind. Insofern steht auf dieser Ebene der Präventionsgedanke und seine Vermittlung im Mittelpunkt. Es geht darum, zu vermitteln, dass es möglich ist, problematische Situationen im Vorfeld zu klären sowie sich Rat und Hilfe in Konfliktsituationen zu holen, um eine krisenhafte Situation gar nicht erst aufkommen zu lassen.

Allerdings gestaltete es sich nicht einfach, ältere Menschen überhaupt zu erreichen, insbesondere die, die nicht in Senioren-Clubs, Nachbarschaftsheimen oder Freizeiteinrichtungen auftauchen. Wünschenswert wäre an dieser Stelle eine engere Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Ältere Menschen wählen häufig erst einmal den Arzt als Ansprechpartner, sie kennen sich mit psychologische Hilfsangeboten nicht aus, stehen ihnen sogar eher abwehrend gegenüber.

3. 3. Der schwierige Weg in die Beratung

Im direkten Kontakt mit älteren Menschen wird schnell deutlich, dass sie bei dem Wort Krise oder psychologische Hilfe schnell den Rückzug antreten. Hier machen sich Informationsdefizite, Kohorteneffekte, Angst vor Stigmatisierung, Vorurteile gegen Psychologen und fehlende aktive Vermittlungspartner bemerkbar.

„*Krisen* gibt es bei uns nicht, das ist etwas für jüngere Leute.“, diese für ältere Menschen typische Aussage, macht ihre Haltung deutlich.

Der Begriff der „Krise“ entspricht nicht ihren Lebenseinstellungen, er wird eher als Makel empfunden. Psychologische Beratung anzunehmen, wird weniger als Hilfe gesehen, die sie in schwierigen Lebenslagen unterstützt und ihnen dabei hilft handlungsfähig zu werden, sondern als Niederlage.

Ältere Menschen haben verinnerlicht, die Dinge mit sich selbst auszumachen bzw. Probleme wenigstens in den eigenen vier Wänden zu belassen und nicht nach außen zu tragen. Sie setzen Therapie und Psychologen oft gleich mit Befürchtungen wie: „*Ich schaffe es nicht, mein Leben zu regeln. Mit mir stimmt etwas nicht.*“, „*Was denken die anderen über mich und meine Familie, die mir nicht hilft?*“. Die Wendung „*Werde ich verrückt?*“ ist dabei insbesondere ein Thema bei Menschen, die Angst haben, dement zu werden.

Zusätzlich sind diese Klienten häufig sehr misstrauisch und stehen dem Kontakt mit Fremden eher abwehrend gegenüber. Gleichzeitig ist ein Bedarf deutlich spürbar, die Hemmschwelle, sich selbst Hilfe zu holen, aber sehr hoch. Meist kann die Zugangsschwelle über ein Bekanntmachen durch Personen, die vertraut sind und denen vertraut wird, verringert werden. Misstrauen wird so reduziert und es ergibt sich oft erstmalig die Möglichkeit, über die Annahme von Hilfsangeboten durch Psychologen nachzudenken. Hilfreich sind dabei sogenannte „Türöffner-Gespräche“, bei denen der Erstbesuch gemeinsam mit einer Vertrauensperson und dem Psychologen stattfindet. Vertraute Personen können sowohl Nachbarn, Freunde und Verwandte als auch Multiplikatoren in der Altenhilfe sein, wie z.B. Seniorengruppenleiter oder Mitarbeiter von Sozialstationen. In den ersten Gesprächen steht dabei im Vordergrund, die Ambivalenz der älteren Klienten in Eindeutigkeit zu verwandeln. Es geht darum, sie zu unterstützen, ihren eigenen Hilfebedarf anzuerkennen und die Bereitschaft zu erarbeiten, Hilfe annehmen zu können. Dies ist eine Grundvoraussetzung für eine Veränderung und Stabilisierung der jeweiligen Lebenssituation, denn wer zu wenig über Hilfsangebote weiß, glaubt nicht, dass es einen Ausweg aus der Resignation geben kann und wer resigniert, dem fehlt die Energie, aktiv zu werden.

Ein Beratungsbedarf besteht ebenfalls oft bei den professionellen Mitarbeitern in den Institutionen der Altenhilfe und bei den Angehörigen, aber auch hier ist der Zugang nicht einfach, da es sich häufig um Tabuthemen handelt, wie beispielsweise die Überforderung in der Arbeit bei Professionellen oder Schuldgefühle und Aggressionen bei Angehörigen.

Unsere Überlegungen zur Prävention stießen bei allen Informationsveranstaltungen, sowohl bei älteren Menschen, als auch bei Professionellen auf großes Interesse. Dabei standen weniger die Fragen zur physischen Gesundheit im Vordergrund als Überlegungen zum Erhalt der psychischen Gesundheit, beispielsweise die Vermeidung von Altersschwermut oder Isolation. Gleichzeitig scheint aber, trotz des großen Interesses, der Gedanke der Prävention oder die Möglichkeit, sich rechtzeitig Hilfe zu holen, bisher bei älteren Menschen fast gar nicht als Handlungsmöglichkeit verankert zu sein. Wir sollten uns fragen, an welcher Stelle die Öffentlichkeitsarbeit verstärkt und wie bisherige Ansätze verändert werden müssen, damit wir ältere Menschen erreichen und nicht nur „am grünen Tisch“ darüber reden. Es ist auch die Frage, warum trotz der in der Regel guten medizinischen Versorgung, seelische Notlagen wie Einsamkeit, Angstzustände, Depressivität bis hin zur Suizidalität oft nicht erkannt werden und warum nur eine geringe Anzahl von älteren Menschen rechtzeitig und selbstständig Kontakt zum Hilfesystem sucht.

Ziel wäre es, die Abwehrreaktionen älterer Menschen gegenüber der psychosozialen Hilfe zu vermindern. Das störungs- und krisenorientierte Auftreten der Helfer ist dabei eher kontraproduktiv, wie die von Klienten häufig geäußerte Aussage verdeutlicht: *„Zu Ihnen kommt man doch höchstens, wenn das Kind schon in den Brunnen gefallen ist“*. Stattdessen müssen wir eine größere Annahmefähigkeit und Offenheit durch frühzeitige Vermittlung von positiven Vorstellungen zum Altern sowie Überlegungen zur Ausgestaltung des Alters als auch zur Handlungsfähigkeit und Vorsorge im Alter erreichen. Dies zieht aber auch zwingend eine Auseinandersetzung mit dem Thema Altersdiskriminierung nach sich.

„Komm-Angebote“ reichen nicht aus, um ältere Menschen zu erreichen. Stattdessen können niedrigschwellige, individuelle „Bring-Angebote“, wie Hausbesuche, präventiv sowie in akuten Situationen das Versorgungssystem zu den älteren Menschen „bringen“ und ihnen so den Weg ebnen.

3. 4. Der Klient und seine Welt

Für die Arbeit mit älteren Menschen ist es wichtig, dass der Berater sich mit den verschiedenen Alterskohorten der heute über 60jährigen und den dazugehörigen lebensgeschichtlichen Zusammenhängen auskennt – mit ihrer Zeit, ihren Werten und ihrer Sicht der Dinge. Wie wurden sie erzogen? Wie wuchsen sie auf? Welche sozialen und technischen Veränderungen prägten ihr Leben? Welche historischen Ereignisse waren bedeutsam, was geschah in Kunst und Kultur? Solche Fragen und Überlegungen mögen sich für manchen vielleicht erst einmal abschreckend oder übertrieben anhören, wir denken aber, dass sie eine Voraussetzung sind, um ältere Menschen tatsächlich zu erfassen und auf einer vertrauensvollen Ebene mit ihnen arbeiten zu können.

Eine solche Herangehensweise ist vergleichbar mit der uns allen als notwendig bekannten Auseinandersetzung mit anderen Kulturen in der Migrationsarbeit. Die Welt, in der diese Alterskohorten aufwuchsen, war eine andere. Kriege, Wirtschaftszusammenbrüche und Wiederaufbau ließen wenig Zeit zum Innehalten und Aufarbeiten. Werte wie beispielsweise Disziplin, Fleiß und Pflichterfüllung standen im Vordergrund. Das prägte ihre Erziehung, ihre Mentalität und ihre Einstellungen. Ältere Menschen kommen aus einer Generation, in der man mit Problemen selbst fertig wurde und die es nicht gewohnt ist, über Gefühle zu sprechen, insbesondere nicht öffentlich oder mit Fremden. Sie benötigen häufig mehr Unterstützung, sich in Bezug auf ihre Emotionen auszudrücken, teilweise sind sie dahingehend sogar in ihrem Wortschatz eingeschränkt.

Auf eine weitere Ebene, die unseren Wortschatz oder besser unseren Sprachgebrauch angeht, sollten wir ebenfalls achten. Wir befinden uns heute in einer Zeit, in der es zu einer Anglisierung unserer Sprache gekommen ist. Viele Worte, die uns in unserem Sprachgebrauch selbstverständlich erscheinen, stellen für ältere Leute „böhmische Dörfer“ dar. Wir sprechen von „Event“, „Zeitmanagement“, „Internet“ und „Handy“. Eine Person ist „smart“ und „cool“, früher war sie „keck“ und ein „Draufgänger“. Ein „Single“ war ein „Junggeselle“ oder ein „Hagestolz“. Andere Worte sind verloren gegangen oder erleben einen Bedeutungswandel. Ein „Schlafburtsche“ kommt in unserem heutigen Wortschatz gar nicht mehr vor. Ein

„Backfisch“ ist heute etwas zu essen, damals war es ein „junges Mädchen“, das heute wiederum „Teenager“ genannt wird. Ebenfalls ist nicht zu vergessen, dass es vor Ende des Zweiten Weltkrieges eine stärkere Ausrichtung zur französischen Lebensart gab, die sich auch in der Sprache niederschlug. Begriffe wie „Bredouille“ oder „blümerant“ sind heute vorrangig nur noch im Sprachgebrauch älterer Menschen verankert. Wichtig ist, dass uns diese Veränderungen bewusst sind, wir auf sie eingehen und damit auseinandersetzen. Wir müssen uns nicht nur umgangssprachlich darauf einstellen, sondern auch bewusst auf unser „Fach-Chinesisch“ verzichten und nicht davon überrascht sein, wenn wir erst einmal erklären sollen, was ein Psychologe überhaupt ist.

Eine Grundvoraussetzung dafür, dass sich Vertrauen aufbauen kann und ältere Menschen einen Weg finden, sich psychologische Hilfe zu holen, ist, dass wir uns darauf einstellen, zu den Klienten in einer gemeinsamen und vertrauten Sprache zu sprechen.

3. 5. Ein ungleiches Paar – Berater und Klient

Die oft ungewöhnliche Altersbeziehung zwischen Berater und Klient birgt für beide Seiten ein gewisses Maß an Irritation in sich. Die Klienten haben meist ein längeres Leben hinter sich, als der Berater selbst alt ist und sie haben manchmal einen Gesprächspartner vor sich, der ihr Kind, oft sogar ihr Enkel sein könnte. Der Berater selbst muss sich daher auch mit seinen persönlichen Vorstellungen und Ängsten Alter und Tod betreffend auseinandersetzen. Insbesondere in Bezug auf Übertragungssituationen sollte er sich auch der eigenen Eltern-Kind Beziehung bewusst sein. Zusätzlich kann gerade in den Anfängen der Beratung eine große Skepsis beim älteren Klienten vorkommen, der nicht ohne weiteres dem meist viel jüngeren Berater dahingehend vertraut, dass es aufgrund ihrer gemeinsamen Arbeit zu einer positiven Veränderung kommen soll. Welcher Großvater lässt sich bei seinen Problemen vom Enkel helfen?

Es ist wichtig, älteren Personen die Zeit zu geben, die sie brauchen, um langsam ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und zu akzeptieren, dass auch

ein „Enkel“ sie unterstützen kann. Die Wortwahl sollte daher dem älteren Patienten gegenüber angepasst sein, d.h. Verzicht auf neue Worte, Vertrauen bilden durch alte bekannte Ausdrücke, denn auch das hilft dabei, die Enkel–Großeltern-Kluft zu verringern. Gleichzeitig muss sich der Berater aber auch bewusst sein, dass es objektive altersbedingte Veränderungen gibt, die er gegebenenfalls berücksichtigen muss. Er sollte beispielsweise auf körperliche Einschränkungen, wie eine Schwerhörigkeit eingehen, sich klar und einfach auszudrücken, evtl. langsamer sprechen, zuhören können und sich Zeit nehmen, nachzufragen sowie den Klienten bei Folgerungen stärker unterstützen. Altersbedingte Veränderungen verstärken sich häufig parallel zum zunehmenden Alter. Der Berater muss damit rechnen, dass dadurch der Klient, aber auch er selbst, in der gemeinsamen Arbeit wieder zurückgeworfen werden können.

Gleichfalls muss sich der Berater darüber im Klaren sein, dass er oft eine Zeit lang als äußere Stütze fungiert, dabei muss er aber auch aufpassen nicht „adoptiert“ zu werden. Es ist wichtig, dass er trotz unseres weniger starren psychologischen Beratungskonzeptes, das stützender, annehmender, direkter und aufsuchend ist, nicht die professionelle Ebene zwischen Berater und Klienten aus den Augen verliert, ohne dabei aber zurückweisend zu wirken. Es ist ein Balanceakt, der viel Sensibilität vom Berater verlangt.

3. 6. Entlastendes Erstgespräch oder erstes Entlastungsgespräch

Der Kontakt mit älteren Klienten weist im Vergleich zu jüngeren klare Unterschiede auf. Selbst wenn ältere Menschen die für sie eindeutig höhere Hemmschwelle, sich Hilfe zu holen, überwunden haben, unterscheidet sich der Kontakt deutlich.

Ältere Menschen haben schon häufig Krisen erlebt, beispielsweise durch Krieg, Gefangenschaft oder Hungersnot, wie wir sie uns in diesem Ausmaß oft gar nicht vorstellen können. Sie haben mit den von ihnen entwickelten Strategien diese Krisen überlebt und ihr Leben gemeistert. Sie verfügen

über große Lebenserfahrung in sicher unterschiedlicher Ausprägung über Reife und Weisheit und sie haben Bewältigungsstrategien entwickelt, die sich für sie bewährt haben. Es ist wichtig, sich das bei der Arbeit mit älteren Leuten kontinuierlich vor Augen zu führen und dies auch als ihre Ressourcen zu erkennen.

Wie schon erwähnt, empfinden es die meisten älteren Menschen als schwierig, über sich und ihre Probleme mit anderen zu sprechen, insbesondere wenn es die Familie betrifft. Die Lebensverhältnisse, die sie kennen, sind meist geprägt von Durchhalteparolen, nur der äußerste Notfall rechtfertigt das Einbeziehen des engsten sozialen Umfelds. Sich Hilfe zu holen gilt eher als Versagen, als Unfähigkeit, das eigene Leben zu meistern. Es ist für sie neu, sich Fremden anzuvertrauen und sich psychologische Unterstützung zu holen. Viele sprechen in der Beratung zum ersten Mal über Kriegserlebnisse, einschneidende Lebensereignisse, ihre Gefühle und Trauer. Solche Gespräche lassen uns an eine Art „Lebensbeichte“ oder das Bedürfnis „reinen Tisch zu machen“ denken – eine Erleichterung, die lang vor sich hergeschoben wird, weil emotionale Widerstände und kognitive Vorbehalte erst überwunden werden müssen.

Eine ältere Dame, die nach einem sehr wechselhaften und leidvollen Leben kurz hintereinander den Tod ihres Mannes und ihres Sohnes zu verkraften hatte, beschrieb ihr Empfinden folgendermaßen: *„Ich bin umgeben von Mauern in einem Gefängnis während des Dritten Reiches groß geworden. Mein Vater war Gefängnisdirektor und wir wurden streng erzogen. Erst jetzt sehe ich, dass ich mein ganzes Leben zwischen Gefängnismauern verbracht habe. Ich mußte erst alt werden, mein Kind und meinen Mann verlieren, ehe ich begonnen habe, zu reden, meine Gefühle zu äußern und anfangen konnte, die Mauern die mich umgeben einzureißen.“*

Oft stehen zu Beginn eines Gesprächs die Fragen: „Will ich das hier überhaupt?“, „Bringt mir das etwas?“ oder aber es kommen Aussagen wie: „Eigentlich weiß ich gar nicht, was ich hier will.“ und „Das habe ich bisher noch nie jemandem erzählt ...“. In der Arbeit mit älteren Menschen ist es deshalb wichtig, dass die Klienten lernen, während sie ihre Lebensgeschichte erzählen, sich selbst und ihre Leistung zu schätzen und dies auch auszusprechen. Ebenfalls sollten die Beratenden ihren Klienten und deren Lebensleistung Achtung und Respekt entgegenbringen.

Über die Würdigung ihres Lebens erhalten sie das Gefühl, angenommen und respektiert zu werden und öffnen sich auch in Bezug auf ihre jetzige Lebenssituation. Häufig gelingt es darüber zum ersten Mal, dass sie sich bewusst Unterstützung auch aus der eigenen Familie zugestehen und einfordern. Dies betrifft besonders Frauen.

Meist sind ältere Menschen aber im Erstkontakt eher zurückhaltend, selten wird der Leidensdruck, geschweige denn der Begriff „Krise“, oder dass sie an einem Tiefpunkt angelangt sind, im ersten Moment deutlich geäußert. Ebenfalls sprechen sie nicht oft davon, dass sie grundsätzlich nicht mehr weiter wissen. Sie haben weniger als jüngere Menschen die Erwartung, dass ihnen von einem Psychologen oder durch ein Gespräch geholfen werden kann. Häufig holen sie sich zum ersten Mal Unterstützung von einem Fremden. Gerade um dieses Verhalten zu verstehen ist es wichtig, dass der Berater sich mit den verschiedenen Alterskohorten und den dazugehörigen lebensgeschichtlichen Zusammenhängen auskennt. Für die meisten älteren Menschen ist es schon ein sehr großer Schritt, dass sie uns überhaupt gegenüber sitzen. Es bedeutet für sie aber nicht, dass sie tatsächlich schon das Gefühl haben, dass dies die richtige Entscheidung war. Sie stehen der Gesprächssituation oft mit sehr viel Skepsis gegenüber.

Eine Krebspatientin war es gewohnt, für alle und alles Verantwortung zu übernehmen. Ihr Leben war mit schweren Schicksalsschlägen angefüllt. Sie hatte immer alles allein gemeistert und jetzt, selbst schwer krank, übernahm sie weiterhin die Verantwortung für alles, insbesondere für ihren herzkranken und langsam immer stärker dement werdenden Lebenspartner. Als sie diesen befristet in die Kurzzeitpflege gab, hatte sie schwere Schuldgefühle, da er sich dort nicht wohlfühlte. Sohn und Schwiegertochter des Lebenspartners, beide finanziell gut abgesichert, ohne Kinder und Anfang 50, boten von allein keine Hilfe an. Über das Beratungsgespräch, in dem sie sich ihrer Leistung bewusst wurde und ihr die Lebensleistung gespiegelt wurde, konnte sie sich ihre derzeitige Bedürftigkeit eingestehen. Sie konnte sich das erste Mal in ihrem Leben das Recht zugestehen, aktiv Hilfe und Unterstützung einzufordern.

Häufig kommen sie zu Beginn des Gesprächs auch nicht zum eigentlichen Thema, welches sie zu uns führt, sondern erzählen eher ihre Lebensgeschichte und berichten über Schicksalsschläge, um einen Eindruck davon

zu vermitteln, wer sie sind und an welchem Punkt sie jetzt stehen. Es sind Gespräche, in denen oft zum ersten Mal etwas erzählt wird, was man ein Leben lang tief vergraben mit sich herumgetragen hat und über das nie zuvor gesprochen wurde, wie beispielsweise Kriegserlebnisse und Vergewaltigungen. Der Berater muss ihnen das notwendige Interesse entgegen bringen, ihnen geduldig zuhören, mitfühlen, eine menschlich verlässliche Ebene schaffen und ihre Lebensleistung wertschätzen.

Es ist wichtig, älteren Menschen an dieser Stelle mehr Zeit einzuräumen, denn wir haben Personen vor uns, hinter denen eine lange Lebensgeschichte liegt, die sich der Situation, in die sie sich begeben haben, nicht sicher sind und die für sie komplett neu ist. Gleichzeitig neigen ältere Leute aber auch dazu, sich zu „verfransen“ bzw. so weit auszuholen, dass eine Begrenzung notwendig wird. Beim Berater sind an dieser Stelle Sensibilität und auch ein gewisses diplomatisches Durchsetzungsvermögen gefragt, damit durch Strukturierung im Gespräch auch die tatsächlich wichtigen Punkte angesprochen werden können, ohne dass der ältere Klient sich zurückzieht. Denn ältere Menschen fühlen sich mit ihrer Lebensgeschichte und ihrem Alter in der heutigen Zeit häufig wenig gewürdigt und ohne „ihren Platz“ in der Gesellschaft.

Teilweise sind es aber auch sehr zielgerichtete, pragmatische Wünsche, mit denen ältere Menschen in ein Beratungsgespräch kommen, beispielsweise: „*Ich möchte nicht mehr allein sein. Mir fehlt ein Partner.*“, „*Ich möchte mich mit meiner Tochter aussöhnen.*“ Oder „*Ich will wieder selbstständig sein und ohne Hilfe auskommen.*“ Zum Teil geht es auch um altersspezifische Themen, die sich um Angst vor Erkrankungen und geistigem Verfall drehen. Es geht um Probleme, denen durch das Beratungsgespräch die Spitze genommen werden soll. Die Klienten haben dann das Gefühl, dass sie wieder handlungsfähig werden, Halt bekommen und sie fühlen sich „geerdet“. Dieser Spannungsausgleich wird als positiv empfunden und dann heißt es: „... *mit dem Rest komm ich selbst zurecht.*“ Die Klienten stellen häufig fest, dass ihnen die Beratung gut getan hat und sie weiteren Gesprächen nicht mehr abwehrend gegenüberstehen. Allerdings bevorzugen sie eher größere Zeitabstände oder bedarfsorientierte Gesprächsabstände. Ein gewisser Prozentsatz kann sich auch mit dem Gedanken an eine Psychotherapie anfreunden, dieses Vorhaben aber allein auf sich gestellt umzusetzen, fällt vielen schwer.

Einige hingegen haben sogar schon therapeutische Erfahrung, diese wird aber oft nicht positiv bewertet. Häufig wurde geäußert, dass sie sich in der Therapie nicht aufgehoben, in ihrer Lebenssituation nicht richtig wahrgenommen und verstanden fühlten. Hier scheint es seitens der Psychotherapeuten noch Nachholbedarf in der Arbeit mit älteren Klienten zu geben.

3. 7. Probleme – Gesprächsführung – Intervention

In ihrer aktuellen Lebenssituation haben ältere Menschen mit vielfältigen Problemen auf verschiedensten Ebenen zu kämpfen. Das ist nicht immer so, aber mit zunehmendem Alter immer wahrscheinlicher, beispielsweise durch Ausstieg aus dem Berufsleben, Verlust von Partner und Freunden, chronische Krankheiten, Körperbehinderung, Verlust der Selbstständigkeit, Isolation und vieles mehr. In der Beratungssituation sollte daher ebenso vielfältig darauf reagiert werden können. Es gilt Ressourcen und Kompetenzen zu erarbeiten, neue Ziele und Interessen zu entdecken und alte zu reaktivieren, Stabilität zu vermitteln, soziale Unterstützung und Kontakte auszubauen, persönliche Ansprüche an die Realität anzupassen, realistische Zielsetzungen zu fördern, Problemlösungsstrategien zu erarbeiten und die Handlungsfähigkeit zu stärken.

Gerade bei pflegebedürftigen Klienten ist es wichtig, sich mit den Möglichkeiten und Grenzen in der Pflegesituation auszukennen. Man kann den Personen einerseits das Gefühl geben, dass man ihre Verzweiflung nachvollziehen kann, aber andererseits durch eigenes Wissen auch realistische Möglichkeiten erarbeiten, die den Klienten Erfolge erzielen und manchen Rückschlag besser überwinden lassen.

Nicht selten beginnen sich ältere Menschen, mit früher erlebten Traumata auseinander zu setzen. Vielleicht liegt es daran, dass weniger soziale Rollen ausgefüllt werden müssen, mehr Zeit zur Verfügung steht und sich ergebende Freiräume genutzt werden können, die eigene Geschichte aufzuarbeiten. Hierbei sollte nicht vergessen werden, dass es auch bei lang zurückliegenden Erlebnissen durch eine Reaktualisierung des Traumas zu posttraumatischen Belastungsstörungen kommen kann.

Ein weiteres wichtiges Thema ist der Tod von nahestehenden Personen. Gerade für ältere Klienten ist es oft sehr wichtig, genau zu erzählen, wie derjenige gelebt hat und wie er gestorben ist. Sie stellen Fotos zusammen, um das Leben und den Tod des Verstorbenen dem Berater nahe zu bringen, ihn selbst zu verarbeiten und Abschied zu nehmen. Es sollte ausreichend Zeit sowohl zum Reden als auch zum Weinen zur Verfügung stehen. Der Berater muss manchen älteren Klienten sogar zum Weinen ermutigen, denn häufig disziplinieren sich ältere Menschen um niemandem, insbesondere den Kindern, zur Last zu fallen.

Besondere Flexibilität kann auch bei der individuellen Trauerzeit sowie dem oft überraschenden, sehr individuellen Umgang mit dem Verlust des Partners gefragt sein. Gerade bei langjährigen Partnerschaften nach 40, 50 oder mehr Ehejahren, was für viele jüngere Berater eine fast unvorstellbare Zeitspanne für eine Beziehung ist, kann die Reaktion des zurückbleibenden Partners und die Zeit, die dieser benötigt, sehr unterschiedlich ausfallen. Hier sollte genügend Raum, aber auch gegebenenfalls genügend Toleranz aufgebracht werden, ehe Lösungsvorschläge zum besseren Umgang mit dem Verlust gemacht werden. Der Klient sollte darin bestärkt werden, dass sein Verhalten normal ist, dass er sich weder zusammenreißen noch seine Gefühle verstecken muss und dass jeder auf seine eigene individuelle Art Abschied nimmt. Grundsätzlich aber sollte der Berater auf Signale achten, die eine andere Art der Sicht auf die Situation erfordern, z.B. Suizidäußerungen des Klienten, verstärkter Alkoholkonsum, Medikamenteneinnahme, Vernachlässigung der eigenen Person und der Wohnung.

Unsere Erfahrungen zeigen, dass es für ältere Klienten hilfreich ist, wenn die Beratenden weniger langfristig und prozessorientiert denken, sondern eher handlungsorientiert und im „Hier und Jetzt“ arbeiten. Mit jüngeren Klienten kann klarer zukunftsbezogen gearbeitet werden, beispielsweise zu Fragen wie: „Was möchte ich aufarbeiten?“, „Wie kann ich für die Zukunft bestimmte Muster auflösen, um mein Leben zu verändern oder neu zu gestalten?“. Für ältere Menschen stehen solche Fragen meist nicht mehr im Vordergrund. Es gibt zwar auch die Erkenntnis, dass das eine oder andere früher bearbeitet hätte werden müssen, aber dies wird zum jetzigen Zeitpunkt meist nicht mehr als notwendig angesehen. Ein Grund dafür ist vielleicht, dass ihnen lohnende Ziele für die Zukunft fehlen. Es geht nicht

mehr um neue Beziehungen, Kinder oder Arbeitsperspektiven. Vielmehr nähert sich ihr Leben dem Ende, d.h. die Perspektive auf den eigenen Tod und die schon Verstorbenen sind Gründe, um die Vergangenheit, von der sie meinen, nichts mehr ändern zu können, ruhen zu lassen. Gleichzeitig ist der Tod im dritten Lebensalter nicht so häufig ein Thema, wie man erwarten würde. Offensichtlich ist der Lebenshunger doch so groß, dass ähnlich wie für jüngere Menschen, der Tod noch eher etwas „Lebensbedrohliches“ ist. Dies ändert sich häufig im vierten Lebensalter, hier wird er oft zum Thema, insbesondere auf der Ebene des Todeswunsches.

Aber auch wenn es darum geht, die momentane Lebenssituation zu verändern, wird die Beratung häufig dadurch erschwert, dass aufgrund von starken gesundheitlichen Beeinträchtigungen, von Einsamkeit, Isolation und der eingeschränkten Lebenszeit, die noch zur Verfügung steht, kaum noch Möglichkeiten für Alternativen und Veränderungen gesehen werden. Hier ist es wichtig, diese Einschränkungen anzuerkennen, sich der Verluste bewusst zu sein, die ältere Menschen erfahren, Mitgefühl zu zeigen und Trost zu spenden. Auch sollten dabei die Grenzen zwischen Berater und Klient flexibel gestaltet werden können. Manchmal sind im Umgang mit älteren Klienten weniger Worte wichtig, als ab und zu die Hand zu halten oder ein kleines Mitbringsel. Oft stellt man durch diese Herangehensweise eine Ebene her, auf der es dann möglich wird, realistische Ziele und Aktivitäten mit den Klienten zu erarbeiten.

Es ist deutlich geworden, dass ein Konzept, wie es hinter dem Projekt *Zukunft im Alter* steht, nicht bei psychologischen Gesprächsangeboten enden kann, sondern auch die Vermittlung und Aktivierung sozialer Hilfen mit einbeziehen muss, um eine Stabilisierung und Veränderungen für die Klienten zu erreichen. In der Arbeit mit älteren Menschen geht es also ebenso um eine enge Vernetzung, Kooperation und Koordination mit den verschiedenen Anbietern auf professioneller Ebene wie um die Bereitschaft des Beraters, bei Bedarf auch das soziale Umfeld des Klienten stärker mit einzubeziehen und sich gegebenenfalls auch selbst aktiver einzubringen.

Was im ersten Moment eher wie eine Alltagsbegleitung aussehen mag, wie z.B. Vermittlung bzw. Überleitung ins Altenhilfesystem, Briefe schreiben, Telefonate führen, Anmeldungen tätigen und Ähnliches, stellt eine wichtige

Vorraussetzung dafür dar, dass der Klient überhaupt die Möglichkeit hat, seine Ressourcen in der jetzigen Lebenssituation zu entdecken.

Bei älteren Klienten besteht also häufig ein erweiterter Hilfebedarf, wenn es darum geht, einen Rahmen und ein Lebensumfeld zu organisieren, in dem sie ihre Einsichten umsetzen können. Hier sind mehr Kreativität und Flexibilität statt starrer psychologischer Beratungskonzepte gefragt, was beispielsweise die Vermittlung von Telefonpartnern betrifft, ein „Blind Date“ mit einem anderen alleinstehenden älteren Menschen, eine Geburtstagskarte oder einfach auch mal eine Umarmung möglich macht. Für einen gewissen Zeitraum kann es wichtig sein, für den älteren Klienten der Mensch zu sein, auf den er bauen kann, der ihm Hoffnung gibt, ihn motiviert und ihm so einen Perspektivwechsel ermöglicht.

Eine alleinstehende, hochbetagte Frau, die sehr klar im Kopf war, intelligent, engagiert und bis vor kurzem noch in der Lage, ihr Leben mit verschiedenen Aktivitäten sinnvoll auszufüllen, wie beispielsweise durch ihre Arbeit als Zeitzeugin, meldete sich und war verzweifelt. Aufgrund einer Augenerkrankung erblindete sie langsam, ihre Gehunsicherheit verstärkte sich durch den zunehmenden Augenlichtverlust. Sie hatte inzwischen Angst allein die Wohnung zu verlassen, gleichzeitig war sie voll Energie und hatte keine Ahnung wohin damit. Sie sagte: *„Ich werde wahnsinnig in meinen vier Wänden, aber ich sehe keine Möglichkeit etwas zu verändern, alles ist hoffnungs- und wertlos. So will ich nicht leben“*. Hier ging es erst mal darum ihre Verluste anzuerkennen, Mitgefühl und Trost zu spenden um dann mit ihr gemeinsam auf einer eher pragmatischen Ebene ihr neues Leben zu erschließen. Es wurde eine Telefonkette mit weiteren älteren Personen, die viel Zeit zu Hause verbringen müssen, ins Leben gerufen, über die Vermittlung zu einer Sozialstation eine Pflegestufe beantragt, die Wohnung stärker auf die veränderten Bedürfnisse angepasst, sowie ein Mobilitätshilfedienst beauftragt, der mit ihr Laufen übte, damit sie sich wieder sicherer fühlte. Gleichzeitig ging es darum, Aktivitäten zu erschließen, die mit weniger Augenlicht möglich sind, z.B. Lesungen, Opern- und Kabarettbesuch. Zusätzlich zeigte eine Journalistin Interesse, die ältere Dame als Zeitzeugin zu interviewen und über sie zu schreiben. Wichtig war es, ihr einen Anstoß zu geben, realistische Ziele und Aktivitäten zu erarbeiten, sie Mut schöpfen zu lassen, ihre Ressourcen zu erkennen sowie ihr das Gefühl zu vermitteln, dass auch sie weiterhin ihren Platz im Leben hat. Wie sie selbst sagte: *„Ich habe wieder Hoffnung und denke, dass ich doch noch etwas wert bin und anderen etwas bedeuten kann“*.

Fazit: Wer mit älteren Menschen arbeitet, sollte sich darüber bewusst sein, dass im Alter bestimmte Eigenschaften, die Teil der Identität waren, sowie bedeutsame Beziehungen und damit wichtige stützende Faktoren verloren gehen oder sich verändern. Hinzu kommt beispielsweise das Gefühl, nicht mehr dazuzugehören, Furcht vor Einsamkeit und Abhängigkeitsängste in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit. Es ist keine leichte Aufgabe, trotz all dieser Verluste und Ängste einen Weg zu finden, der es ermöglicht, das eigene Selbstbild positiv auszubalancieren und zu erhalten. Um so wichtiger sind bestärkende und positive Erfahrungen von außen, altersgerechte Hilfsangebote, eine Auseinandersetzung mit der Altersdiskriminierung und die Korrektur des Altenbildes in unserer Gesellschaft, die das Alter eher durch Anti-Aging-Strategien bekämpft, als dass sie es als eine selbständige und bereichernde Lebensphase wahrnimmt.

4

Mit Alterskrisen umgehen

Susan Al Akel und Burkhardt Brückner

In diesem Beitrag thematisieren wir das praktische Vorgehen in der alltäglichen Beratungsarbeit. Dabei gehen wir zunächst auf die Grundhaltung, sowie auf die Schritte und Elemente des Beratungsprozesses ein. Anschließend thematisieren wir typische Beratungssituationen, und zwar bei Beziehungskonflikten, depressiven und suizidalen Klienten und altersverwirrten Menschen. Zum Umgang mit desorientierten Klienten empfehlen wir eine Haltung, die sich an die Methode der „Validation“ anlehnt.

Die Darstellung beruht größtenteils auf den Erfahrungen während der nunmehr über fünfjährigen Laufzeit unseres Projektes *Zukunft im Alter* in Berlin. Das Einzugsgebiet des Projekts liegt im Süden Berlins und umfasst eine Region mit ca. 627.000 Einwohnern. Der Anteil älterer Menschen über 65 Jahren ist in den betreffenden Stadtbezirken (Zehlendorf, Steglitz und Tempelhof) mit ca. 17,5% höher als in den anderen Berliner Bezirken (durchschnittlich 13,8%), während der Anteil älterer Menschen in dem Bezirk Schöneberg ungefähr dem Berliner Durchschnitt entspricht.

Die gerontopsychiatrische Arbeit in der Region wird von drei Trägerverbänden koordiniert. Neben den Pflegediensten, den niedergelassenen Ärzten und vier sozialpsychiatrischen Diensten für die ambulante Versorgung, gibt es zwei Koordinierungsstellen für die ambulante Rehabilitation älterer Menschen sowie verschiedene Begegnungsstätten. Im teilstationären Bereich werden mehrere Tagespflegestätten und Wohngemeinschaften sowie Betreutes Einzelwohnen angeboten. Die Region besitzt zudem eine gerontopsychiatrische Station mit 26 Betten; dazu wird die stationäre Ver-

sorgung von den akutgeriatrischen und psychiatrischen Klinikabteilungen sowie den Pflgeheimen übernommen (vgl. Carls et al. 1998; sowie Bezirksamt Steglitz von Berlin 2000).

Hinsichtlich der Krisenversorgung in Berlin wurde der 1999 gegründete Berliner Krisendienst bis zum Jahr 2002 umfassend beforscht, demnach waren die Krisendienstnutzer zu zwei Dritteln weiblich, überwiegend finanziell schlechter gestellt als im Durchschnitt der Berliner Bürger, und zu drei Viertel zwischen 21 und 50 Jahre alt. Über die geringe Nutzung des Dienstes durch über 60jährige Nutzer heißt es in dem Forschungsbericht, dass der Krisendienst eine „wichtige Versorgungslücke“ schließen könnte, „wenn er ein adäquates Angebot für in Krisen geratene Menschen höheren Alters vorhielte und dies auch in entsprechender Form zu den potentiellen Nutzern transportierte“ (Bergold und Zimmermann 2003, Bd. 2, S. 22). Dieser Befund motivierte uns, das 2001 gegründete Projekt *Zukunft im Alter* unter Trägerschaft des Krisen- und Beratungsdienstes e.V. weiter auszubauen.

Unser Projekt besitzt zwei Schwerpunkte: zum einen die präventive Arbeit (siehe dazu den Beitrag von S. Al Akel in diesem Band), zum anderen die Unterstützung in manifesten Krisensituationen. Soweit wir wissen werden die Problemsituationen alter Menschen teilweise von Angehörigen, Nachbarn und anderen Bezugspersonen gemeldet, in Krisensituationen suchen jedoch ungefähr drei von vier über 60jährigen Klienten selbst Rat. Frauen melden sich wesentlich häufiger als Männer, der sozioökonomische Status liegt unserer Erfahrung nach unter dem Berliner Durchschnitt. Besonders häufig sind Beziehungskonflikte (inkl. Einsamkeit und Gewaltsituationen), dahinter rangieren depressive Syndrome (inkl. Suizidalität und Trauerreaktionen), dann folgen mit Abstand Probleme mit dem Hilfesystem, körperliche Beschwerden und psychoorganische Probleme, sowie Fälle von Substanzmissbrauch, Psychosen und Angstsyndromen (vgl. dazu auch Brückner 2004, S. 209; und Brückner 2005a). Wie lässt sich nun das praktische Vorgehen beschreiben?

4. 1. Die Grundhaltung und die Elemente der Beratung

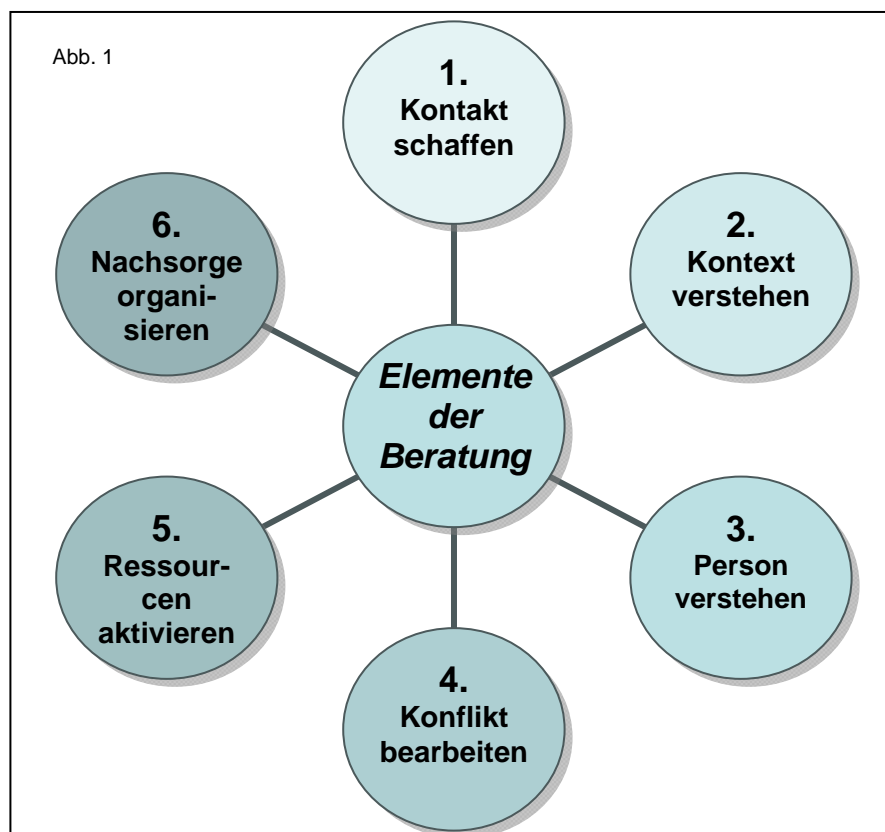
Beratung definiert sich durch einen – nicht immer ausgesprochenen – Gesprächsauftrag an Professionelle. Unserer Erfahrung nach trägt eine verstehende Haltung gegenüber den Klienten dazu bei, diesen Auftrag zu erschließen. Es gilt eine Atmosphäre von Akzeptanz und Respekt zu schaffen, die eine vertrauensvolle Begegnung ermöglicht. Um die Bedürfnisse und Interessen des Klienten zu erfahren, sind die Leitsätze von Gernot Sonneck (2000) wertvoll:

- „1. Ich nehme den anderen an, wie er ist.
2. Ich fange dort an, wo der andere steht.
3. Ich zeige, dass ich mit ihm Kontakt aufnehmen möchte.
4. Ich verzichte auf argumentierendes Diskutieren.
5. Ich nehme die in mir ausgelösten Gefühle wahr (worauf weisen sie mich hin?).
6. Ich verzichte auf das Anlegen eigener Wertmaßstäbe.
7. Ich orientiere mich nach den Bedürfnissen.
8. Ich arbeite an Partnerschaft und vermeide objektivierende Distanz.“

Sonneck benennt damit wichtige Voraussetzungen, um zunächst einmal die Sichtweise der Klienten zu verstehen. Somit geben wir den Klienten einen Raum, damit dieser sich selbst besser verstehen kann. Verstehende Beratung erschöpft sich keineswegs in einer gewährenden, offenen Haltung, mit der scheinbar „alles verstanden“ wird. Zu vorschnelles „Verstehen“ kann die eigentlichen Probleme auch verschleiern, anstatt sie zu klären. Demgegenüber hat sich, besonders in der Kontaktphase, eine Haltung der „Unwissenheit“ bewährt, durchaus auch mit „naiven“ Fragen, um die Sichtweise der Klienten zu erschließen. Zudem gibt es Situationen, die sozusagen „unverstehbar“ sind, etwa traumatisierende Schicksalsschläge, wobei es darauf ankommt, die „Unfassbarkeit“ oder „Ungerechtigkeit“ der Ereignisse zu verarbeiten. Außer in Notfällen sollten Berater sich nicht ungefragt in das Leben der Klienten einmischen. Wir gehen davon aus, dass Klienten,

die eigenständig eine Beratungssituation aufsuchen, nicht Kontrolle, sondern Unterstützung wünschen, wir übernehmen keine Verantwortung für ihr Leben, sondern geben diese eher an sie zurück und befähigen sie zur Selbsthilfe.

Um den Verlauf von Beratungen darzustellen, werden diese gern in verschiedene, aufeinander folgende Schritte eingeteilt. In der Realität kommen solche Ablaufschemata jedoch selten in reiner Form vor. Wir möchten deshalb lieber von Elementen des Erfahrungswissens über Beratungsprozesse sprechen, die sich in Praxis mischen, abwechseln, wiederholt durchlaufen oder übersprungen werden und ineinander übergehen können (siehe Abb. 1).



1. Den Kontakt schaffen

Ist Kontakt geschaffen, wirkt dies in der Regel bereits entlastend. Um einen tragfähigen emotionalen Kontakt für eine Arbeitsbeziehung zu schaffen, ist nicht nur die fachliche Kompetenz der Beratenden wichtig, sondern auch ihre soziale Kompetenz. Erste Eindrücke sind häufig bestimmend, die Art des Auftretens, die Mimik, die ersten Sätze. Eine klare und empathische Ausstrahlung der Beratenden erleichtert den Kontakt. Nach der Vorstellung mit Namen und Funktion können sie einen (Zeit-) Rahmen vorgeben und den Beratungswunsch erfragen („Was führt sie hierher?“). Bei alten Menschen sollte an mögliche Sinnesbehinderungen gedacht werden, falls Zweifel aufkommen, sind Rückfragen sinnvoll („Können Sie mich gut verstehen?“). Auch die Komplexität der Sprache sollte den Bedürfnissen und Fähigkeiten des Gegenübers angepasst werden. Sich einzufühlen bedeutet auch, die Grenzen des Beratungsauftrages zu erkennen. Manche Klienten geben sich bereits mit einem unverbindlichen Kontakt zufrieden; sie wollen „nur ein wenig plaudern“, und wenn man nicht den Eindruck erhält, dass ein größeres Problem dahintersteht, kann die Beratung auch darauf beschränkt werden.

In der professionellen Arbeit muss auch mit Personen umgegangen werden, die einem nicht auf Anhieb liegen. Empathie bedeutet nicht, dass Grenzüberschreitungen toleriert werden müssen, vielmehr sollten übergriffige Klienten darauf aufmerksam gemacht werden, dass ein respektvolles Verhältnis zur Weiterarbeit notwendig ist. Ist die Distanz zu groß, sollte frühzeitig genug ein Beraterwechsel erwogen werden. In der Regel kann die Beratung von gewaltbereiten oder alkoholisierten Ratsuchenden abgelehnt werden. Zurückweisungen sollten jedoch möglichst mit Kollegen oder Vorgesetzten abgesprochen und auf jeden Fall dokumentiert werden.

2. Den Kontext verstehen

Die Qualität der Begegnung hängt nicht nur von dem persönlichen „Draht“ zwischen Berater und Klient ab, sondern auch von dem Kontext der Beratung. Damit ist das „System“ gemeint, in dem einerseits die Beratung stattfindet und in dem andererseits die Klienten ihr Leben führen (vgl.

Müller 2004a). Wir unterscheiden also den professionellen Kontext (Position und Institution der Beratenden, Hilfekette) und den lebensweltlichen Kontext der Klienten (Angehörige, Freunde, Nachbarn, sozialer Status). Beide Seiten können den Auftrag und den Verlauf der Beratung erheblich beeinflussen. Wenn die Beratenden solche Kontextbedingungen verdeutlichen oder erfragen, kommen auch Ressourcen in den Blick. Zum Kontextverstehen gehört genügend Distanz, die präsentierten „Fakten“ sind kritisch zu hinterfragen; dazu gehört sowohl die fachliche Sicht auf die Auslöser, Gründe und Ursachen der Problematik (z.B. mit einem „stillschweigenden psychischen Befund“) als auch der Bezug auf die Perspektive von anderen Beteiligten, seien es Angehörige, Nachbarn und Freunde, seien es Kollegen. Zum Teil besteht die Intervention lediglich in einer Veränderung des situativen Kontextes, z.B. bei Notfällen durch die Herstellung eines Schutzraums (Klinikeinweisung) oder eines „sicheren Ortes“ für die Klienten.

Der professionelle Kontext wird durch den institutionellen Hintergrund der Beratenden bestimmt. Je nachdem, ob die Mitarbeiter einer Altenberatungsstelle, eines Krisendienstes oder einer (teil-) stationären Einrichtung beraten, gibt es unterschiedliche Aufträge, Handlungsmöglichkeiten und Ressourcen. Ebenso unterscheiden sich die Kontaktarten (telefonisch, persönlich, aufsuchend) und die Gesprächsarten (Notfallintervention, Erstgespräch, Folgegespräch, Paargespräch, Kurzzeittherapie). Diese Bedingungen werden häufig zu Beginn und gegen Ende eines Kontaktes thematisiert, um die „Spielregeln“ zu klären oder um Weiterverweisungen und die Nachsorge zu organisieren. Wir sind nur ein Glied einer Hilfekette und unser Erfolg hängt oft von der Qualität der Vernetzung im Arbeitsfeld ab. Kontextverstehen bedeutet auch Einsicht in die Grenzen des eigenen Handelns.

Der lebensweltliche Kontext ist gerade bei älteren Klienten zentral. Unserer Erfahrung nach wird in der Beratung am häufigsten über Beziehungsprobleme geredet, etwa über Einsamkeit oder über Konflikte mit Verwandten. Zum Teil übernehmen Angehörige die Initiative und melden sich entweder mit eigenen Problemen oder stellvertretend für die älteren Menschen. Die Angehörigenberatung ist von eminenter Bedeutung, etwa angesichts der Belastungen pflegender Angehöriger, aber auch als wichtige Ressource.

Ausschlaggebend ist, ob wir den Klienten das Gefühl vermitteln können, sie werden nicht alleine gelassen. Ihre Kompetenzen zu stärken bedeutet dann, ihre Ressourcen und die ihres Umfelds wahrzunehmen und zu koordinieren. Denn individuelle Krisen sind auch stets Krisen des Beziehungssystems, in dem die Menschen leben.

3. Die Person verstehen

Ist Kontakt geschaffen, geht es darum, diesen Kontakt aufrechtzuerhalten und dafür eignet sich in der Regel eine stützende, auf die Bedürfnisse des Klienten orientierte Haltung. Das Kontextverstehen kann sich auf persönliche Fragen verlagern, etwa auf die individuelle Bedeutung von Ereignissen, Verlusten, Behinderungen oder auf wiederkehrende, biographische Problemmuster und auf die Persönlichkeitszüge des Klienten. Die Berater müssen sich auf ganz verschiedene Kliententypen einstellen und erkennen, welche Art der Begegnung mit ihnen möglich ist. Insofern ist Ernsthaftigkeit und Einfühlungsvermögen erforderlich, auch hinsichtlich der sozialen Prägung der Klienten und des Stils, wie eine Krise präsentiert und erzählt wird. Oft entlastet es, wenn die Klienten zunächst ihren Ärger und „Frustration“ mit eigenen Worten erzählen können. Durch „aktives“, nachfragendes Zuhören wird der Gefühlsausdruck gefördert und das zentrale Thema der Beratung geklärt. In anderen Fällen aber, besonders wenn starke Ängste oder Hoffnungslosigkeit den Klienten zu überschwemmen drohen, wird das beruhigende „Containing“ eher durch kognitive Strukturierung und Versachlichung erreicht.

Häufig präsentieren die Klienten Zusammenhänge und Geschichten, manchmal ein ganzes Bündel von Problemen. Aber auch längeres Schweigen, unzusammenhängende Äußerungen oder unerwartete Handlungen können eine bestimmte Geschichte ausdrücken. Ein Anrufer ließ einmal minutenlang Verdis „Requiem“ durch das Telefon hören und wartete auf die Reaktion des Beraters, bevor er über seine Suizidphantasien sprechen konnte. Je nach dem kann es hilfreich sein, die Erzählung einer Krisengeschichte anzuregen, also Worte für das Erleben zu finden, oder aber bereitwillig erzählte Geschichten zu strukturieren und fokussieren oder auch anscheinend feststehende Problembeschreibungen zu hinterfragen.

Können nämlich die Klienten ihre Geschichte des Problem erzählen, verändert sich auch die Bedeutung dieses Problems. Gerade alte Menschen tendieren dazu, den Beratern ihre Lebensgeschichte zu erzählen. Sie wissen gewissermaßen „von selbst“, dass ihre Probleme biographische Quellen besitzen und so mit ihrem langen und komplexen Lebenslauf verbunden sind. Das biographische Verstehen ist deshalb ein wichtiger Bestandteil des Verstehens der ganzen Person.

Versuchen wir, den Klienten zu verstehen, wird die Arbeitsbeziehung verbindlicher. Damit werden auch die Beratenden tiefer involviert. Ihre Gegenübertragung kann eine wichtige Orientierung für einen effektiven Verlauf der Beratung sein: Welche Gefühle werden in der Begegnung ausgelöst und worauf weisen sie hin? Es kann sich um positive Gefühle wie Fürsorge, Mitgefühl oder Bewunderung handeln oder um negative wie Überlegenheit, Ekel oder Müdigkeit. Beratende können dadurch blind werden für bestimmte Phänomene, sie können sich mit den Klienten zu sehr identifizieren und schonen oder aber sie ablehnen und reglementieren. Gleiches kann dem Klienten selbst in seiner Übertragung von Gefühlen und Phantasien passieren.

In der Arbeit mit alten Menschen wird manchmal der Altersunterschied zwischen Klienten und Beratern bedeutsam, die Klienten sehen in den Beratern Anteile ihrer Kinder und die Berater in den Klienten Anteile ihrer Eltern. So arbeitete ein junger Berater mit einer 70jährigen Dame in der Krisenbegleitung so lange, bis er verstand, dass die Packung Kaffee und die Flasche Wein, die sie ihm zuvor in zwei aufeinander folgenden Sitzungen geschenkt hatte, eigentlich symbolische Abschiedsgeschenke waren, um sich aus der Beratungssituation lösen zu können. Anders als in der (analytisch orientierten) Psychotherapie, wird das Übertragung- und Gegenübertragungsgeschehen in der verstehenden Beratung nicht explizit bearbeitet und zum Medium der Veränderung, sondern bleibt ein Hilfsmittel, um die Qualität der Arbeitsbeziehung zu prüfen und die Beziehung zum Klienten zu vertiefen.

4. Den Konflikt bearbeiten

Bleibt der Kontakt bestehen, sind die Kontextbedingungen deutlich und fühlt sich der Klient vom Berater verstanden, kommen die Klienten in der Regel zum Wesentlichen. In einer Atmosphäre des Vertrauens wird es möglich sein, die aktuellen Konflikte zu bearbeiten. Konflikte treten als widersprüchliche, sich widerstrebende Bedürfnisse auf, etwa zwischen dem Bedürfnis nach Autonomie und dem Bedürfnis nach Bindung oder im Erleben des Selbstwertes. Sie werden jedoch von den Klienten in der Regel nicht als solche benannt, sondern umschrieben („Ich flüchte aus Beziehungen.“, „Ich bin nichts wert.“). Der Leidensdruck erwächst aus dem Scheitern an der Realität, denn der gewohnte Umgang mit den Konflikten funktioniert nicht mehr. Ziel der verstehenden Beratung ist nicht die tiefgreifende Analyse oder Bewusstmachung der Konflikte, sondern eine „Konfliktbearbeitung“, die das innere Gleichgewicht herstellt, den Selbstwert reguliert und das Ich stärkt. Beispielsweise wirkt die Benennung von auslösenden Situationen strukturierend. Entlastend kann auch der Hinweis sein, dass die Krise eine normale Reaktion auf belastende Ereignisse darstellt. Ebenso können die Berater versuchen, „stellvertretend“ für den Klienten „Hoffnung“ zu vermitteln und so gewissermaßen als „Hilfs-Ich“ fungieren. Umdeutungen können scheinbare Selbstverständlichkeiten verändern. Auch die Erfahrung, dass die Anspannung gemeinsam ausgehalten wird und der Klient insofern „gehalten“ wird (Containing), kann beruhigend wirken. Es sollte ein Suchprozess in Gang kommen, der eingeengte Sichtweisen erweitert und für den Klienten das Gefühl der Ausgeliefertheit vermindert. Beruhigung tritt ein, wenn wir – am Maßstab des Tempos, das die Klienten vorgeben – ihre inneren Konflikte wahrnehmen, Sicherheit in der Arbeitsbeziehung vermitteln und reale Handlungsmöglichkeiten erarbeiten.

5. Die Ressourcen aktivieren

Spüren die Klienten, dass sie latente Kräfte besitzen, um ihr Problem zu bewältigen, erscheint ihnen „Licht am Ende des Tunnels“, so sind sie dabei, ihre Ressourcen zu aktivieren. Die emotional spürbare Aktivierung von Ressourcen ist ein außerordentlich bedeutsames Ziel der Beratung (vgl.

dazu Nestmann 2004). Beispielsweise besteht die Aufgabe bei Veränderungskrisen im Zuge einer Berentung und Pensionierung darin, eine neue Rolle einzunehmen und außerberufliche Interessen zu finden. Dafür müssen innere und äußere Ressourcen und freigesetzt werden. Es geht darum, die Stärken des Klienten zu fördern, Bündnispartner zu finden, die Kompromissfähigkeit auszubauen und Bewältigungsstrategien zu planen.

Die Wahrnehmung der äußeren Ressourcen beginnt bereits mit dem Verstehen des professionellen Kontextes der Beratung und des lebensweltlichen Kontextes der Klienten (siehe Punkt 2). Allein mit der Tatsache, dass die Klienten eine Beratung aufsuchen, nutzen sie eine äußere Ressource. Diese Bereitschaft kann gegebenenfalls ausgebaut werden, z.B. durch die Empfehlung einer Psychotherapie. Ebenso zählen verwandtschaftliche oder nachbarschaftliche Kontakte zu den aktivierbaren Ressourcen. Eine ältere Dame, die an einem heißen Sommertag in einen Verwirrtheitszustand aufgrund einer Dehydrierung (Wasserverlust) geriet, klopfte hartnäckig bei ihren Nachbarn an der Tür und diese kontaktierten dann den Krisendienst – trotz ihrer Desorientierung konnte die Frau nachbarschaftliche Ressourcen aktivieren. Indem wir nach den Bedingungen einer Problematik fragen, versuchen wir, weitere Ressourcen aufzuspüren: Wann wird der Leidensdruck besonders groß, was macht ihn erträglicher, zu welcher Tageszeit und in welcher Situation? Werden die Problembedingungen bewusster, erhöht sich die Chance, dass die Betroffenen erkennen, wie sie diese Bedingungen verändern und variieren können.

Zu den inneren Ressourcen zählen ein positives Selbstwertgefühl, das Gefühl geliebt und gebraucht zu werden und die Überzeugung, sein Leben befriedigend führen zu können. Um die inneren Ressourcen in der Beratung auszuloten, ist es hilfreich, wenn die Klienten sich an erfolgreiche Lösungen von vergleichbaren Situationen erinnern. Fast jeder besitzt entsprechende persönliche Strategien, etwa Tagebuchschreiben, einen Tag ins Bett zurückziehen etc. Allerdings entstehen Krisen gerade dann, wenn solche Strategien versagen und die Ressourcen erschöpft scheinen. In der Beratung kann der Phantasieraum zur Hilfe genommen werden („Welche Entscheidungen würde jetzt eine ‚gute Fee‘ für sie treffen?“, „Welche Stärken bräuchten Sie, um jetzt weiterzukommen“?). Ressourcenaktivierend und stabilisierend wirkt auch der Bezug auf die funktionierenden Anteile des

Klienten, ebenso wie Klarheit über die Möglichkeit, zukünftige Krisen zu verhüten (Gesundheitsförderung, Frühwarnanzeichen etc.). In Umbruchzeiten kommt es zum Teil auch darauf an, sich von früheren Aufgaben lösen zu können, was rechtzeitig vorbereitet werden will, da diffuse und ungeklärte Zukunftsaussichten schon an sich belastend wirken.

6. Die Nachsorge organisieren

In vielen Beratungssituationen spüren beide Seiten, wenn das Gespräch „rund“ geworden ist, Ergebnisse erzielt wurden oder „es erst einmal reicht“ und die Anregungen verarbeitet werden müssen. In diesen Fällen neigt sich die Beratung „von selbst“ dem Ende zu. Eine bewährte Methode des Abschiedes besteht darin, die geleistete Arbeit anzuerkennen, eine kurze Rückschau auf den Gesprächsverlauf zu halten, die Ergebnisse zu resümieren und die aktuelle Befindlichkeit der Klienten zu erfragen. Häufig werden Empfehlungen ausgesprochen, an welche (spezialisierte) Stellen sich die Klienten weiter wenden können, dazu sollte eine Adressdatei vorhanden sein und Informationsmaterial zum Mitnehmen bereitliegen.

Bei einigen Klienten sind Folgegespräche angebracht, die Kontinuität vermitteln und in Krisenbegleitung oder Kurzzeittherapie übergehen können. Die Indikation für Folgegespräche ergibt sich aus der Qualität der Arbeitsbeziehung, dem Maß des Leidensdrucks, der institutionellen Zuständigkeit und der Einwilligung der Klienten. Bei manifesten gerontopsychiatrischen Notlagen kann gegebenenfalls der sozialpsychiatrische Dienst informiert werden, der am nächsten Tag mit den Klienten Kontakt aufnehmen kann. In anderen Fällen kann die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst, einen Besuchsdienst oder einen Arzt initiiert werden. So knüpfen die Beratenden aktiv eine Hilfekette zur Nachsorge.

4. 2. Typische Beratungssituationen

4. 2. 1. Beziehungskonflikte

Bei Beziehungskonflikten alter Menschen kann es sich beispielsweise um Ehekonflikte und Trennungssituationen handeln, um die Sorge über einen kranken Partner, um Einsamkeit und Kontaktprobleme oder um Probleme mit psychisch gestörten Kindern. Manchmal suchen auch professionelle Helfer um Rat, etwa eine Apothekerin, die sich über den Zustand einer Kundin Sorgen macht oder ein Kollege im Pflegeheim, der im nächtlichen Bereitschaftsdienst mit einem gewalttätigen Bewohner nicht mehr klar kommt.

Viele Beziehungskonflikte sind mit der Angst vor Einsamkeit verbunden. Beispielsweise kann der drohende oder stattgefundene Tod von Angehörigen und Freunden starke Ängste hervorrufen. Manchmal werden im Gespräch nur versteckte Andeutungen gegeben, etwa durch Klagen über Ämter oder durch Bitten um häusliche Pflege. Ebenso wie die Regelung der äußeren Angelegenheiten sollten die Berater die entsprechenden Befürchtungen und depressiven Impulse ansprechen. Nach Todesfällen wird die Trauer oft nur indirekt formuliert, etwa mit Anfragen nach Kontakt- und Freizeitmöglichkeiten oder nach Hilfe bei Rentenfragen. In Wirklichkeit benötigen die Betroffenen jedoch Hilfestellungen für die Trauerarbeit und für den Wiedereinstieg in neue Lebensbezüge.

Die Angehörigen haben ihrerseits oft Sorgen um den Gesundheitszustand ihrer alt gewordenen Eltern. Nicht selten wird in dieser Situation die Überlegung vorgetragen, ob es nicht besser wäre, wenn die Betroffenen in ein Heim umziehen. Für diese aber ist der Übergang vom selbstständigen Wohnen ins Alten- und Pflegeheim in der Regel mit großer Angst verbunden. Sie empfinden den Umzug als einen Verlust von Autonomie, sie werden aus der gewohnten Umgebung herausgerissen, befürchten, entmündigt zu werden, von den Angehörigen abgeschoben zu werden und sich damit dem Tod zu nähern. Manchmal äußern die Angehörigen den Wunsch nach Heimeinweisung unter Umgehung des Betroffenen. Manchmal stehen dahinter handfeste Interessen der Angehörigen (Erbschaft, Wohnung, Überlastung in der Pflege). Bisweilen wird die Androhung einer Einweisung

seitens der Angehörigen auch als ein disziplinarisches Mittel angewendet. Hier kommt es darauf an, die Überforderung der Angehörigen zu verstehen und zu hinterfragen (Wer will eine Unterbringung? Gibt es gute Gründe? Sind ambulante Hilfemöglichkeiten ausgeschöpft?). Deshalb ist es in der Beratung wichtig, sich nicht vorschnell mit den Wünschen der Angehörigen zu identifizieren (Radebold, Bechtler und Pina 1984, S. 212 ff.). Dies gilt auch für zugespitzte Krisensituationen.

Fallbeispiel – Beziehungskonflikt

Die Berater suchen ein Ehepaar auf, der hilfeschende Mann ist 83, die Frau 87 Jahre alt. Sie wohnen in einer kleinen, akkurat geordneten Wohnung. Ein 20jähriger Enkel ist ebenfalls anwesend. Die Frau hat einen Krankenhausaufenthalt mit einem chirurgischen Eingriff hinter sich. Sie ist vor einer Woche entlassen worden, und macht einen desorientierten Eindruck, ist erregt und schimpft laut vor sich hin. Diagnostisch gesehen könnte es sich um ein Delir handeln. Möglicherweise hat sie verordnete Medikamente nicht oder nicht richtig eingenommen. Der besonnene und rüstige Ehemann gibt an, mit der Situation fertig zu werden, obwohl er nachts kaum noch schlafen kann, da die Frau in der Wohnung herumirrt, manchmal stürzt und laut zum Fenster herausschreit. Während des Gesprächs mit ihm kommt die Frau ins Zimmer, will wissen, was vorgeht und verweist die Berater aus der Wohnung. Ihr Partner versucht, sie zu beschwichtigen und wird von seiner Frau heftig beschimpft. Er reagiert ebenfalls überraschend heftig, erhebt sogar die Hand, als ob er sie schlagen will. Es gelingt, die Frau wieder aus dem Zimmer zu dirigieren. Machte der Ehemann also zunächst einen souveränen Eindruck und hatte er die Notwendigkeit von weiterer Hilfe abgewiegt, wird nun auf Nachfragen deutlich, dass er die Situation zwar bisher ertragen hat, aber eigentlich überfordert ist. Unter Hinzuziehung eines Bereitschaftsarztes gelingt es, ihn davon zu überzeugen, dass eine medizinische Abklärung notwendig ist. Deshalb wird eine erneute Krankenseinweisung in die Wege geleitet, gegen die sich die Frau zwar zunächst sträubt, aber die dann ohne weitere Komplikationen durchgeführt werden kann.

4. 2. 2. Depressive und suizidale Klienten

In der Beratung depressiver und suizidaler Klienten ist es wichtig, die Bedrohung und die Einengung, in der sich die suizidgefährdeten Klienten erleben, nicht zu verharmlosen und keinen falschen Trost zu spenden. Gerade die schweren, depressiven Episoden sind mit Suizidgedanken verbunden. Der Berater darf sich nicht scheuen, das Thema Selbsttötung anzusprechen und nach möglichen Details der Suizidphantasien zu fragen. Eine suizidale Handlung empfindet der Klient unter Umständen als die noch einzig verbleibende freie Handlung und diese Ausweglosigkeit muss zum Thema werden, um den Menschen zu erreichen. Genauso schwierig ist es, und das gilt für auch für andere Klienten, nicht der Versuchung zu erliegen, Alternativen aufzeigen zu wollen, die nicht die Alternativen der Klienten sind. Eine erste Distanzierung von dem unmittelbaren Druck kann gelingen, wenn wir die Resignation, die die Klienten erfüllt, nicht hinweg reden wollen, sondern als Konsequenz einer bestimmten Situation anerkennen. Dann können wir über die Bedeutung dieser Situation ins Gespräch kommen, Kränkungen thematisieren, das Selbstbild ansprechen, das den Suizidgedanken entspricht und nach den Adressaten für die oft spürbar gehemmte Wut fragen. Flankierend hat es sich bewährt, wenn die Beratenden stellvertretend für den Klienten Hoffnung artikulieren und Perspektiven aufzeigen. Manchmal wird ein Berater mit Suizidgedanken unter Druck gesetzt, z.B. um die Fortsetzung eines Gesprächs zu erzwingen. Die Klienten haben dasselbe oft bereits in ihrem Umfeld versucht. Hier ist es wichtig, den Notruf zu hören und gleichzeitig den „Erpressungsversuch“ zurückzuweisen, ohne den Klienten dafür moralisch zu verurteilen.

Gelingt es einem Klienten, sich während des Beratungsgesprächs aus seiner Erstarrung zu lösen, lassen in der Regel auch die Suizidgedanken nach. Wir reflektieren dann mit ihm, welche Möglichkeiten er hat, sich langfristig, etwa in einer Psychotherapie, mit seinen Problemen auseinanderzusetzen. Nach einem Suizidversuch sind die Betroffenen oft sehr schutzlos, aber auch ansprechbar, während sich oft schon Tage später ihre alte Fassade wieder aufgebaut hat. Dabei ist es wichtig, der betroffenen Person eine Krisenbegleitung durch Nachgespräche anzubieten und bis dahin die nächsten Schritte und Rettungsanker für den Notfall abzusprechen. Lassen die

Suizidgedanken während eines Beratungsgesprächs nicht nach, und bleibt der betroffene Mensch ohne Hoffnung, den anderen Tag zu überleben, stellen wir den Kontakt zu einem der stationären Kriseninterventionszentren her und begleiten sie gegebenenfalls dorthin.

Die Beratung von alten Menschen, die Todesfälle im Angehörigen- und Freundeskreis erlebt haben und depressiv reagieren, unterscheidet sich grundsätzlich nicht von der Krisenberatung jüngerer Menschen in ähnlichen Belastungssituationen. Man sollte jedoch daran denken, dass Todesfälle im Umfeld von älteren Personen wesentlich häufiger sind und die Zahl der vertrauten sozialen Kontakte erheblich einengen (vgl. Hirsch 2005). Schwerwiegendere Altersdepressionen werden hingegen oft übersehen, deshalb sollten Klagen über körperliche Beschwerden ernst genommen werden bzw. geprüft werden, inwieweit sich „dahinter“ eine Depression verbirgt. Wenn sich die Klienten in einer Beratungsstelle melden, ist das bereits ein Schritt aus der Depression heraus – dies kann gewürdigt und genutzt werden. Im Gespräch überträgt sich die Starre und „psychische Einengung“ von depressiven Klienten oft auf die Berater, denn alle Vorschläge werden abgewehrt. „Ermunterung“ kommt dann als Überforderung beim Klienten an. Ein Ansatzpunkt kann darin bestehen, diese Stimmung zu verbalisieren und damit anzuerkennen und zu teilen.

Suizidgedanken werden bekanntlich oft nicht direkt geäußert, sondern es heißt: „Ich weiß nicht mehr weiter.“, „Ich bin am Ende.“, „Manchmal wäre ich am liebsten tot.“. Spüren wir, dass Suizidgedanken möglich sind, ist dies anzusprechen, wobei das Gefühl vermittelt werden sollte, dass der Berater der Belastung gewachsen ist. Das Gespräch sollte aufdecken, warum die Lebenssituation unerträglich erscheint und warum die Selbsttötung als letzter Ausweg erscheint. Im Gespräch mit alten Menschen ist nach der Lebensbilanz zu fragen und die Rolle der Angehörigen zu thematisieren. Sind die Angehörigen überfordert, kann eine ambulante Betreuung durch den Hausarzt, Psychotherapeuten, Sozialstationen, Pflegedienste oder in Tageskliniken sinnvoll sein. Falls die Fixierung auf die Suizidgedanken nicht nachlässt, und auch kein „Vertrag“ möglich ist (verbindliche Absprache, dass der Suizid bis zu weiteren Betreuungskontakten nicht vollzogen wird), muss eine Krankenhauseinweisung (Kriseninterventionsstation) erwogen bzw. eingeleitet werden.

In diesem Zusammenhang kommen auch Beratungen von hinterbliebenen Angehörigen nach einem Alterssuizid vor. Zum Teil scheuen die Angehörigen bereits im Vorfeld die Auseinandersetzung mit den Suizidtendenzen der Älteren, da sie befürchten, in deren Situation und Stimmung hineingezogen zu werden, wenn sie Verantwortung übernehmen. Darüber hinaus gibt es gesellschaftliche Klischees, die nahelegen, dass ein Alterssuizid „verständlich“ ist – weil vermutet wird, dass eine negative Lebensbilanz gezogen wurde oder ein körperlicher Verfall und schwere Krankheiten als nachvollziehbare Gründe gelten. Der Sinn des Lebens von alten Menschen wird dabei abgewertet. Solche Konstrukte können dazu beitragen, die Suizidtendenzen bei alten Menschen zu verharmlosen oder zu übersehen. Hier ist es in der professionellen Beratung wichtig, die Beziehung zu den älteren Verwandten zu klären, da sich andernfalls nach einem vollzogenen Suizid schwere Schuldgefühle entwickeln können (Heuft 1992, S. 124). Die Angehörigen quält dann oft die Frage, ob sie den Suizid hätten verhindern können. Deshalb ist es für die Hinterbliebenen wichtig, sich Klarheit über die Gründe und Auslöser der Selbsttötung zu verschaffen. Nach vollzogenen Suiziden erhöht sich die Gefahr von weiteren Suizidhandlungen in der Umgebung!

4. 2. 3. Hilfen bei Desorientierung und Verwirrtheit

Der Umgang mit verwirrten, alten Menschen gehört zu den schwierigsten Aufgaben in der Altenhilfe. Erforderlich ist ein hohes Maß an Wissen über die zugrundeliegenden psychoorganischen Störungen und Einfühlungsvermögen für die Defizite und die verbliebenen Fähigkeiten dieser Menschen. Aus dem umfangreichen Themenkreis, der von der biologischen Forschung über die Psychopathologie bis zur architektonischen Gestaltung der Wohnumgebung reicht, wollen wir hier lediglich einige Möglichkeiten der Beruhigung durch menschlichen Kontakt in Krisensituationen ansprechen (siehe auch Aguilera 2000, S. 219 ff.; Poszveck, Friedl und Rudas 1995). Wir konzentrieren uns nach einer kurzen Skizze gängiger Methoden ganz auf das Verfahren der Validation, das sich unserer Ansicht nach besonders gut zur Krisenintervention bei Verwirrheitszuständen eignet.

Grundsätzlich greifen bei der Therapie der Demenz medizinische, psychotherapeutische und milieutherapeutische Maßnahmen ineinander. Psychopathologisch gesehen, ist die zeitliche Orientierung am leichtesten und frühesten stöbar, etwas stärker verankert ist die örtliche Orientierung, und am längsten überdauert die Orientierung zur Situation und zur eigenen Person; dies gilt sowohl für akute und vorübergehende Hirnleistungsstörungen als auch für chronische Störungen. Die internistische und medikamentöse Behandlung zielt je nach Art der Demenz auf die organischen Grundstörungen und Folgeerscheinungen. Antidementiva können die physiologische Hirnleistung verbessern. Psychopharmaka werden häufig verordnet (Antidepressiva, Tranquilizer, Neuroleptika), wobei unruhigen Patienten zuerst milieutherapeutisch begegnet werden sollte. Die Gruppen- und Einzelarbeit mit Betroffenen wie Angehörigen verlangt auch psychotherapeutische Kompetenzen. Milieutherapeutische Ansätze kommen bei der Auswahl des Personals und der Gestaltung der Wohnräume zum Tragen. Bei der Wohnraumgestaltung geht es darum, die Orientierung zu erleichtern und die Sinneswahrnehmung zu schärfen, z.B. durch gut ausgeleuchtete Räume ohne starke Farbkontraste und spiegelnde Flächen, aber mit genügend Bewegungsfreiheit, nicht zu hoher Raumtemperatur und einprägsamen Orientierungsmarken. In der stationären Arbeit mit demenzerkrankten Menschen werden verschiedene nicht-medikamentöse Therapieverfahren angewandt, über deren Wirksamkeit allerdings wenig Studien vorliegen (vgl. Radzey und Heeg 2001).

Eine der bekanntesten und ältesten Methoden ist das Realitäts-Orientierungs-Training (ROT). Ähnlich wie bei dem Gedächtnistraining wird ca. 30 Minuten am Tag gezielt trainiert, um Schwächen auszugleichen. In Einzel- oder Gruppenarbeit wird das Lesen der Uhr, der Umgang mit dem Kalender, das Zurechtfinden in der Wohnumgebung oder Lesen und Schreiben geübt. Die Klienten werden auf diese Weise mit der Realität konfrontiert. Teilweise orientierte Personen können von der Methode profitieren, wenn sie nicht bevormundet werden. Für schwerer Betroffene ist sie ungeeignet, da sie durch diese Konfrontation zur Feindseligkeit und Unruhe tendieren.

Unter dem Begriff Reminiszenstherapie (REM) werden Verfahren zusammengefasst, mit denen an der Biographie und Vergangenheit der Betroffenen gearbeitet wird. Es geht nicht nur darum, bloße Erinnerungen wach-

zurufen, sondern auch darum, eine Einsicht in frühere Verhaltensmuster zu erzielen, um das aktuelle Verhalten zu ändern. Beispielsweise ist das Altgedächtnis bei mittelgradig erkrankten Patienten oft noch intakt, so dass das gemeinsame Erinnern und Singen von Kinderliedern einen identitätsstiftenden Effekt haben kann. Eine weitere Form der Erinnerungspflege ist die Biographiearbeit (vgl. Gereben und Kopinitsch-Berger 1998). Biographische Arbeit ist zeitaufwendig und bei dementen alten Menschen schwierig, aber nicht unmöglich (vgl. Mills 1998). Sie kann mit verschiedenen Materialien (Bilder, Gedichte, Fotografien) und Methoden (Genogramm, Zeitschiene erstellen, alte Tageszeitungen lesen) durchgeführt werden.

Methoden zur Förderung des Wahrnehmungsvermögens (z.B. basale Stimulation und Snoezelen) stimulieren die Sinnes- und Körperwahrnehmung. Basale Stimulation ist ein Konzept aus der Schwerbehindertenpädagogik und kann auch ambulant durchgeführt werden. Durch Berührungen und Massagen sollen Sicherheit in der Wahrnehmung des Körpers vermittelt werden. Die so genannten Snoezel-Räume sind mit wahrnehmungsanregenden Geräten ausgestattet (Wasserbetten, Schaukelliege, Bodenmatten, Spiegel, Hängematte, Wasserspiele etc.); dadurch sollen einzelne Sinne angesprochen und trainiert werden.

Der personenzentrierte Ansatz von Tom Kitwood (2004) gründet unter anderem auf den Theorien der humanistischen Psychotherapie von Carl Rogers, und stellt eine Art Weiterentwicklung der Validation dar. In Großbritannien wird diesem Ansatz neben der Realitätsorientierung und der Validation die meiste Bedeutung zugemessen. Kitwoods Ziel ist es, bei Menschen mit Demenz deren Personsein zu fördern und zu erhalten, indem die fünf wichtigsten psychischen Bedürfnisse Trost, Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität befriedigt werden. Für ihn stellt das soziale Umfeld einen der wichtigsten Einflussfaktoren dar. Die Umgebung eines Demenzkranken muss dessen verloren gegangene Ich-Funktionen übernehmen, damit er sich weiterhin als Person erfahren kann. Kitwood (2004, S. 25) fordert: „Unser Bezugsrahmen sollte nicht länger die Person-mit-DEMENZ, sondern die PERSON-mit-Demenz sein.“

4. 2. 4. Validation – Grundlagen

Seit den 80er Jahren entwickelt Naomi Feil (USA) mit der Validation eine Methode, die sich besonders für die Krisenintervention bei desorientierten, alten Menschen eignet. Validation bedeutet wörtlich „gültig machen“: Verwirrte, alte Menschen sollen nicht mit unserer Realität konfrontiert werden, sondern in ihrer Verwirrtheit akzeptiert und angenommen werden. Die Validation ist eine Interaktionsmethode des verstehenden Umgangs mit alten Menschen. Es handelt sich keineswegs um ein Patentrezept, aber in zugespitzten Situationen können Validationsmethoden sinnvoll sein, um Vertrauen aufzubauen und die Atmosphäre zu entspannen und zu beruhigen. Der Ansatz eignet sich zudem für die Kriseninterventionsarbeit, weil Validation nicht auf längerfristige therapeutische Prozesse abzielt, sondern in der unmittelbaren Begegnung Interaktionen in Gang setzen soll. Im Folgenden stellen wir die Validation in ihren Grundzügen dar und beziehen uns dabei auf die von Naomi Feil (2000 und 2001) verfassten Standardwerke.

Prinzipien der Validation

Eine Annahme der Validation lautet, dass es immer einen Grund hinter dem Verhalten von desorientierten, sehr alten Menschen gibt. Naomi Feil lehnt sich insbesondere an Erik H. Eriksons Theorie der Lebensphasen an. Sie geht davon aus, dass es neun psychosoziale Entwicklungsstufen gibt, vom Säuglingsalter bis ins hohe Alter und auf jeder Stufe müssen bestimmte Konflikte bewältigt werden. Feil bekräftigt, dass frühe und gefestigte Erinnerungen bis ins hohe Alter erhalten bleiben. Werden nun die „Aufgaben“ in den Lebensphasen übergangen, melden sie sich zu einem späteren Stadium wieder. So tendieren alte Menschen, deren Kurzzeitgedächtnis nachgelassen hat, dazu ihr inneres Gleichgewicht durch Erinnerungen wieder herzustellen. Ein zufälliges Ereignis in der Gegenwart kann dabei frühe Erinnerungen auslösen. Da wir aber alle mit einem „inneren Sinn“ sehen, riechen, hören und schmecken können, übernimmt z.B. bei nachlassender Seh- und Hörfähigkeit das innere Auge das Sehen, Klänge aus der Vergangenheit dominierten das Hören. Eindrücke in der Gegenwart, die an die Vergangenheit erinnern, ziehen sich gewissermaßen an, so dass Vergan-

genheit und Gegenwart im Bewusstsein verschmelzen können. Wird das Erleben in der Gegenwart zu schmerzhaft, können manche ältere Menschen nur „psychisch überleben“, indem sie die Gegenwart ausblenden. Für N. Feil stellt die Desorientiertheit nicht prinzipiell eine krankhafte Veränderung dar, vielmehr ist sie eine Lebensphase, die der Aufarbeitung dient. Sie geht davon aus, dass die Hirnleistung zwar ein Kriterium, nicht aber den einzigen Regulator für das Verhalten desorientierter Menschen darstellt. Ihrer Meinung nach hängt das Verhalten alter Menschen von ihrem Repertoire ab, ganz allgemein mit Situationen umzugehen. Autopsien haben ergeben, dass viele sehr alte Menschen trotz ernster Beeinträchtigungen des Gehirns (plaque-neurofibrilläre Verfilzungen) weitgehend orientiert blieben.

Die Grundhaltung der Validation

Die Validation versteht sich als eine Interaktionsmethode des verstehenden Umgangs mit alten Menschen. Sie ist weder eine Heilmethode noch eine Therapie, denn sie zielt nicht darauf ab, bestimmte Einstellungen der Klienten zu verändern. Sehr alte, mangelhaft orientierte Menschen sind zu solchen Einsichten wohl nicht mehr fähig. Entscheidend ist, dass mit dieser Methode nicht versucht wird, den desorientierten Menschen auf die Stufe eines „Gesunden“ zu bringen oder mit der Realität zu konfrontieren. Die Verwirrtheit wird nicht bekämpft, sondern als gültig anerkannt, sie wird validiert. Statt Verunsicherung durch die Konfrontation mit der Realität, erfährt der alte Mensch Annahme, Akzeptanz und Wertschätzung seiner Person im aktuellen Zustand. Dies bedeutet nicht, dass in der Validation „gelogen“ wird. Im Gegenteil, es ist wichtig, dass desorientierte, alte Menschen nicht in ihrer Verwirrtheit bestätigt werden. Ebenso sollte man sie aber auch umgekehrt nicht mit der Realität konfrontieren, denn dadurch werden sie immer stärker verunsichert. Die Validation stellt hier einen dritten Weg dar, der ein schmaler Grat zwischen „Lüge“ und Realität ist. Kann man also den desorientierten Menschen in seiner Wahrheit belassen und gleichzeitig bei der eigenen Wahrheit bleiben? Sagt der Klient beispielsweise „Ich muss zu meiner Mutter!“, obwohl diese längst verstorben ist, dann ist die Antwort des Validationsanwenders „Wie war denn ihre Mutter? Haben sie Geschwister? Wie sieht ihre Mutter aus?“.

Die Validation kombiniert Elemente etablierter Verfahren, um auf die Besonderheiten alter Menschen einzugehen. Als Basis ihrer Methode benennt Feil die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers, die Bedürfnispyramide nach Abraham Maslow und insbesondere Erik Eriksons Theorie der Lebensstadien und Lebensaufgaben. Nach Erikson (1991) durchläuft der Mensch sechs Lebensstadien, in denen er bestimmte Aufgaben zu lösen hat. Sofern diese nicht in der Vergangenheit bewältigt wurden, werden alle Probleme aus den einzelnen Stadien bis ins Alter sozusagen als „Rucksack“ mitgeschleppt. Naomi Feil fügt diesem Modell ein weiteres Stadium hinzu, nämlich das des „hohen Alters“.

Die Lebensphasen und das hohe Alter

Die Theorie der Lebensphasen nach Erikson ist zentral für Naomi Feils theoretische Grundlegung der Validation. Sie teilt den Lebenslauf in neun Phasen vom Säuglingsalter bis ins hohe Alter; Abbildung 2 gibt dazu eine Übersicht (nach Feil 2000, S. 13). Erikson benannte typische Konflikte in den verschiedenen Entwicklungsstufen. Beispielsweise sollte ein Mensch im Alter zwischen 20 und 30 Jahren mit einer gefestigten Identität, die er in der vorherigen Stufe erworben hat, nun auch Intimität erfahren und halten können, anstatt isoliert zu bleiben. Feil vertritt die These, dass ungelöste Lebenskonflikte im hohen Alter nochmals bewusst werden. Wird einem Kind beispielsweise vermittelt, dass es perfekt sein muss, um geliebt zu werden, erhält sich das entsprechende Kontrollbedürfnis bis ins hohe Alter. Wenn aber im Alter alltägliche Fehler nicht mehr zu vermeiden sind, weil die Kontrolle nachlässt, dann wird das Eigentum zwanghaft gehortet und die Dinge müssen unbedingt „am richtigen Ort“ aufbewahrt werden.

In der Lebensmitte müssen wir lernen, mit Schicksalsschlägen fertig zu werden. Den Verlusten muss die Stirn geboten werden, es müssen neue Türen geöffnet werden. Wir werden sichtbar älter, Arbeitsplatzverluste und Krankheiten können sich häufen, wir verlieren Menschen durch den Tod. Es ist wichtig, zu akzeptieren, dass man altert. Hat man aber immer verinnerlicht, dass man perfekt sein muss, dass man nie die Kontrolle verlieren darf, dann wird, um „psychisch zu überleben“, das Ausmaß der Verluste geleugnet. Wir müssen jedoch in der Lage sein, das Risiko einzugehen, neue

Verhaltensmuster zu erlernen. Wir dürfen nicht an alten, ausgedienten Rollen festhalten. Nur so können wir die nächste Phase, und bestenfalls auch die Phase der Integrität im Alter, erreichen.

Im Alter sollten wir in der Lage sein, unsere Stärken trotz unserer Schwächen zu erkennen. Wir müssen einen neuen Lebensstil wagen, wenn alte Verhaltensmuster ausgedient haben. Wiegt nicht tiefe Selbstbejahung den Verfall auf, entsteht notgedrungen Verzweiflung, die bis zur Depression führen kann. Gefühle, die wir ein Leben lang unterdrückten, werden in den letzten Lebensphasen immer stärker. Mit einer unerträglichen Last gehen wir dann ins hohe Alter und eventuell in die Demenz.

Im hohen Alter jenseits der achtzig stellt sich laut Naomi Feil die Alternative entweder das Leben aufzuarbeiten oder aber dahinzuvegetieren. Desorientiertheit ist für sie nicht krankhaft, sondern eine Lebensphase die der Aufarbeitung dient. Der Betroffene tritt nicht umsonst seine Reise in die Vergangenheit an, sondern er hat noch etwas zu erledigen, bevor er in Frieden sterben kann. Alte Menschen, die in tiefen, ungelösten Gefühlen aus früheren Stadien verharren würden, kehren in der Desorientiertheit in die Vergangenheit zurück, um die Konflikte zu lösen, so weit wie möglich aufzuarbeiten und „reinen Tisch zu machen“. Personen, die im hohen Alter über Integrität verfügen, gelangen laut Feil niemals in ein Stadium des Vegetierens, da sie ihre Schwächen anerkennen können. Ein Leugnen der vielen Verluste in der Lebensmitte und im Alter führt hingegen im hohen Alter oft zu einem endgültigen Rückzug in die innere Welt. Unglück durch Verleugnen zu überwinden, hat den Personen schon bei früheren Krisen geholfen. Wenn im Alter eine Krise auf die andere folgt, ziehen sie sich ganz aus der Realität zurück. Allein gelassen oder gefangen in ihrem Rollstuhl kehren sie in eine Zeit zurück, wo sie noch „jemand“ waren und stellen dadurch ihre Würde wieder her. Menschen brauchen Stimulierung um zu überleben, also stimulieren sie sich selbst. Sie werden egozentrisch, schalten die Realität aus, das Sprachvermögen verschlechtert sich durch mangelnden Gebrauch und durch organische Schäden. Alte Erinnerungen werden dabei wieder heraufbeschworen und mit den vertrauten Geräuschen, Klängen und Emotionen belebt.

Abb. 2

**Verstehen von Desorientiertheit
nach N. Feil, angelehnt an E. Erikson**

Altersstufen	Aufgaben / Konflikte	Erscheinungsweise von früheren, unbewältigten Aufgaben im Alter
1. Säuglingsalter 0 - 1½ Jahre	Urvertrauen oder Misstrauen	Beschuldigungen, Horten, Hoffnungslosigkeit Angst vor Risiko, Unfähigkeit, „nein“ zu sagen, Selbstzweifel, Fragen nach Erlaubnis
2. Frühkindliches Alter 2 - 3 Jahre	Autonomie oder Scham und Zweifel	Angst etwas zu riskieren, Depressionen, Schuldgefühle, Märtyrer, häufiges Weinen
3. Spielalter 4 - 5 Jahre	Initiative oder Schuld	„Ich tauge nichts“, Beschuldiger, Depression
4. Schulalter 6 - 13 Jahre	Kompetenz oder Minderwertigkeit	„Ich bin so, wie du mich möchtest“, Verwenden von anderen Namen, Sexualisierung: „Unter meinem Bett liegt ein Mann“
5. Pubertät 13 - 18 Jahre	Identität oder Identitätszweifel	Rückzug, Abhängigkeit, bei schwindenden Fähigkeiten noch stärkerer Rückzug
6. Junges Erwachsenenalter 20 - 30 Jahre	Intimität oder Isolierung	Festhalten an alten Rollen, Bevormundung anderer, Ständige Arbeit, Wunsch nützlich zu sein
7. Mittleres Erwachsenenalter 30 - 50 Jahre	Generativität oder Stagnation	Niedergeschlagenheit, Abscheu vor der Welt, Selbstbeschuldigung „Ich tauge nichts“, Vergeblichkeit, Enttäuschung
8. Höheres Erwachsenenalter 60 - 80 Jahre	Integrität oder Verzweiflung	Lebendiger Tod, Dahinvegetieren.
9. Hohes Alter über 80 Jahre	Vergangenheit aufarbeiten und in Frieden sterben oder Vegetieren	

Feil geht davon aus, dass der körperliche Verfall sehr alter Menschen, die noch unbewältigte Lebenskonflikte mit sich tragen, ihnen tatsächlich ermöglicht, ihre letzte Aufgabe zu erfüllen: die Vergangenheit wieder herzustellen, um sie aufzuarbeiten. Es handelt sich dabei aber nicht mehr um ein vollständiges Aufarbeiten, da es für eine solche Einsicht zu spät ist. Personen, die mit älteren verwirrten Menschen Kontakt herstellen wollen, müssen sich darüber im Klaren sein, dass diese kaum mehr dazu gebracht werden können, sich ihren Gefühlen zu stellen.

Fallbeispiele

Der alte Mann hat Angst, seine Männlichkeit, Identität und Sicherheit zu verlieren und hütet seine Stöcke, Messer, seine Brieftasche. Vergisst oder verliert er etwas, beschuldigt er seine Kinder, die Nacharn, das Personal, ihn zu bestehlen. Er hat sich nie den Verlusten in seinem Leben gestellt, das Alter bringt sie aber unweigerlich mit sich.

*

Ein berenteter Top-Manager macht sich über ein Ehrenamt im Alter lustig, seine Zeit ist immer noch „Geld wert“. Im einem späteren Stadium der Desorientiertheit wird aus seinem Rollstuhl ein Büroschreibtisch, an dem der Top-Manager weiter arbeiten kann.

*

Ein Neunzigjähriger schlägt im Rollstuhl mit der Faust. Er sieht aber nicht seine Hand, stattdessen sieht er einen Hammer und einen Nagel. Er war Tischler, wie sein Vater und Großvater, er lernte schon als Kind einen Nagel gerade einzuschlagen. Als alter Mann sitzt er und schlägt mit der Faust, um seine Identität zu rekonstruieren und sich nützlich zu fühlen.

(nach Feil 2000)

4. 2. 5. Desorientierung und Kommunikation

Naomi Feil teilt die Desorientierung in vier Stadien ein und hat verschiedene Techniken für die Kommunikation mit diesen unterschiedlich desorientierten Menschen entwickelt (Feil 2000, S. 49 ff.).

Stadium 1 Mangelhafte Orientierung – teilweise orientiert, aber unglücklich

Personen in diesem Stadium halten an den gesellschaftlich vorgeschriebenen Rollen fest, mit einer Ausnahme: sie haben das Bedürfnis, alte Konflikte in verkleideter Form zu äußern, indem sie Personen der Gegenwart als Symbol für Personen der Vergangenheit verwenden. So kann beispielsweise eine Mitbewohnerin im Heim für die eigene Schwester stehen, auf die der Betreffende früher eifersüchtig war. Gefühle werden von diesen Menschen geleugnet, wichtig sind ihnen Sprache, Verstand und rationales Denken. Sie schätzen ein klares Urteil und Kontrolle, und wünschen sich Autoritäten, wenn es um ihr Wohl geht. Berührung und Blickkontakt weisen sie zurück. Wenn sie bei Gedächtnislücken oder Wiederholungen „erwischt“ werden, sind sie beschämt, leugnen, versuchen, sich hinter erfundenen Geschichten zu verstecken (Konfabulation). Um sich zu rechtfertigen oder ihre starken Gefühle zu leugnen, beschuldigen sie andere, z.B. Ärzte oder Pfleger. Um die Kontrolle im Kampf gegen den Kontrollverlust aufrecht zu erhalten, hamstern und horten sie alles. Dies ist ihr Schutzschild zum Überleben.

Kommunikationsweisen für Stadium 1:

Personen in diesem Stadium reicht es, wenn ihnen die Hand geschüttelt wird oder sie gegebenenfalls kurz am Arm angefasst werden, mehr Berührungen weisen sie als Bedrohung zurück. Mangelhaft, unglücklich orientierte Menschen sind oft verletzend, im Kontakt ist es oft notwendig, sich selbst zurückzustellen. Wer-Was-Wo-Wann-Wie-Fragen stellen, niemals Warum. Die Frage wiederholen und umformulieren, so dass der alte Mensch sie „pflücken“ kann. Sich an das bevorzugte Sinnesorgan wenden: visuelle Worte sind „bemerken“, „Bild“, „vorstellen“, „erinnern“; auditive

Worte sind „hören“, „zuhören“, „laut“, „klingt wie“, „klar“; kinästhetische Worte und Sätze sind „spüren“, „ich bin in Kontakt mit“, „fühlt sich an wie“, „das packt mich“, „trifft mich“, „schmerzt mich“.

Polaritäten verwenden, nach dem Extrem fragen:

Beispiel: Klient: „Sie (häufig unbestimmt) stehlen meine Unterwäsche!“ – Validationsanwender: „Wie oft? Nehmen sie alles?“. Der Person helfen sich vorzustellen, was passieren würde, wenn das Gegenteil wahr wäre:

Beispiel: Klient: „Sie vergiften mein Essen!“ – Validationsanwender: „Gibt es auch Zeiten, in denen das nicht vorkommt?“ Erinnerungen herbeiführen, nach der Vergangenheit fragen – das führt dazu, dass der Klient Vertrauen entwickelt und es hilft ihm, alte, gut bekannte Methoden für Problemlösungen wiederzuentdecken, mit denen er die Krisen der Gegenwart bewältigen kann.

Stadium 2

Zeitverwirrt – Verlust der kognitiven Fähigkeiten

Zeitverwirrte können die Verluste nicht mehr leugnen, sich nicht mehr an die Realität klammern. Sie versuchen nicht mehr, sich an die chronologische Ordnung zu halten, sie ziehen sich zurück. Ein zu hohes Maß an körperlichen und sozialen Verlusten führt dazu, dass mangelhaft orientierte Menschen in das Stadium 2 „abrutschen“. Das zunehmende Schwinden des Seh-, Hör- und Bewegungsvermögens, des Tast-, Geruchs- und Geschmacksinns sowie der kognitiven Fähigkeiten erleichtert den Rückzug. Auch hier sind Symbole die Fahrkarte in die Vergangenheit. Gehirnschäden beeinträchtigen die Kontrollzentren, es schwindet die Selbstkontrolle, das Kommunikationsvermögen, die Fähigkeit zu sozialem Verhalten. Es mangelt an Anregung, die Betroffenen werden ignoriert oder sind isoliert. Sie kehren zu grundlegenden Gefühlen zurück. Eine mangelhaft orientierte Person wird nach einer Vielzahl von Verlusten zeitverwirrt.

Kommunikationsweisen für Stadium 2:

Vorgehen wie in den Punkten 2-8 für Stadium 1, außerdem Berührungen verwenden. Da das Seh- und Hörvermögen bei Zeitverwirrten z.T. erheblich beeinträchtigt ist, muss sehr nahe an sie herangetreten werden, um von ihnen gesehen oder gehört zu werden. Im Unterschied zu mangelhaft orientierten Menschen haben Zeitverwirrte keine Angst vor Berührungen, sondern der Körperkontakt ist sogar notwendig, um mit ihnen zu kommunizieren. Wichtig ist es, sich frontal an die Person zu wenden, von der Seite erschrecken sie eher, da sie meist nicht mehr aus den Augenwinkel sehen können.

Beispiel: Wenn Zeitverwirrte so berührt werden, wie sie in ihrer Kindheit oder von einer geliebten Person berührt wurden, werden Erinnerungen an glückliche Zeiten wach. Echten, direkten, längeren Blickkontakt halten, versuchen mit den Augen zu berühren. Um den direkten Blickkontakt herzustellen, einen Hocker benutzen oder in die Knie gehen.

Vor allem mit klarer, tiefer, warmer, fürsorglicher Stimme sprechen. Scharfe Klänge können Rückzug und Ärger hervorrufen, sanfte Töne werden wegen häufiger Gehörschäden nicht wahrgenommen. Man sollte versuchen, Stimme, Berührungen und Augenkontakt zeitgleich einzusetzen, um eine Antwort anzuregen.

Beispiel: Die Stimme löst Erinnerungen an vertraute Personen aus, Kinderlieder bleiben im Gedächtnis und können „Türen“ öffnen. Mehrdeutige Wörter und unbestimmte Personalpronomen nehmen („er“, „sie“, „es“ oder „jemand“), wenn der alte Mensch etwas sagt, was keinen Sinn ergibt.

Stadium 3

Sich wiederholende Bewegungen als Ersatz für Sprache

Ältere Menschen, die sich im zweiten Stadium niemandem mitteilen und ihre Gefühlswelt verarbeiten konnten, ziehen sich häufig in vorsprachliche Bewegungen und Klänge zurück, um unbewältigte Konflikte zu lösen. Kör-

pertheile werden zu Symbolen. Bewegungen ersetzen Worte auf der Reise in die Vergangenheit. Eine alte Frau, die sich selbstvergessen wiegt, erinnert sich möglicherweise an das eigene Gewiegtwerden durch die Mutter und das bedeutet „Sicherheit“. Lebenslang eingesperrte Gefühle brechen bei diesem Stadium der Desorientiertheit heftig heraus. Der alte Mensch ist gewissermaßen weise genug, diese Gefühle auszudrücken, um seine Konflikte zu lösen. Wenn die logische, sekundär erlernte Sprache schwindet, kehrt der Mensch zu frühen Sprachformen zurück. Die Sprache wird unverständlich, sie dient dem sinnlichen Vergnügen. So erzeugen schmatzende Lippen Klänge („Ma ma mem“) und die Bewegung der Lippen erinnert an die Mutter, was wiederum Sicherheit und Genuss bedeutet.

Kommunikationsweisen für Stadium 3:

Vorgehen wie in den Punkten 2-6 aus Stadium 1, aber dabei die Punkte 3-6 nur verwenden, wenn die Person in der Lage ist, auf verbaler Ebene zu kommunizieren; zudem Vorgehen wie in den Punkten 9-12 aus Stadium 2, außerdem Spiegeln, Nachahmen der Körperbewegung. Man sollte versuchen, ein Spiegelbild zu sein und sich dem Rhythmus der desorientierten Person anzupassen.

Stadium 4

Vegetieren – totaler Rückzug nach innen

In diesem Stadium kämpfen die Menschen nicht mehr darum, ihre Bedürfnisse mit Klängen oder Bewegungen zu vermitteln. Sie haben aufgegeben, ihr Leben zu verarbeiten, sie ziehen sich völlig aus der schmerzhaften Wirklichkeit zurück.

Kommunikationsweisen für Stadium 4:

Vorgehen wie in Punkt 13 aus Stadium 3, wobei ein Schwerpunkt auf Körperkontakt und Musik (Kinderlieder) gelegt werden sollte.

Prophylaxe

Zum Schluss noch ein paar Tipps, auch zum eigenen erfolgreichen Altern. Gehen Sie bewusst an das eigene Alter heran. Bewältigen Sie die Lebensaufgaben des jeweiligen Lebensstadiums. Sie sollten sich der Existenz noch unbewältigter Aufgaben bewusst sein und versuchen ihren „Rucksack“ ständig zu entsorgen. Trainieren Sie vielfältige Verhaltensweisen, übernehmen Sie neue Rollen, wenn die alten überholt sind. Wenn ein Sinn schwächer wird, müssen andere Sinne zum Ausgleich trainiert werden.



Strukturen der Altenhilfe

Jana Wierowski und Burkhard Brückner

In diesem Beitrag informieren wir über die Strukturen der Versorgung alter Menschen in Deutschland. Wir beschreiben nur einen Ausschnitt aus dem Spektrum der Einrichtungstypen, Hilfemöglichkeiten, Gesetze und Vorsorgeoptionen für einen sachorientierten Überblick. Der Schwerpunkt liegt auf den Hilfen für bedürftige und mittellose Personen.

Das Wissen über Versorgungsstrukturen spielt für das Konzept der verstehenden Beratung eine wesentliche Rolle. Da sachgerechte Hilfe meistens einer Hilfekette bedarf, an der mehrere Institutionen beteiligt sind (z.B. Klinik – Krisendienst – Betreutes Wohnen – rechtlicher Betreuer), sind strukturelle Kenntnisse auch für die kollegiale Verständigung unerlässlich. Dies betrifft sowohl das Wissen über die bundesweit einheitlichen Regelungen des Sozialrechts oder die institutionellen Standards als auch die regionalen Besonderheiten, etwa spezielle Einrichtungen und Projekte bis hin zu stadtteilbezogenen Initiativen und „Geheimtipps“ für alte Menschen. Außerdem ist die Altenhilfe als Berufsfeld organisiert, zum einen durch die Berufsverbände und Fachzeitschriften, zum anderen in regionalen Fachgremien und Trägerverbänden. Beispielsweise sind in den letzten Jahren eine Reihe von gerontopsychiatrischen Verbänden entstanden, in denen die Fachabteilungen der Kliniken, die sozialen Dienste und Trägervereine sowie Vertreter der Kommunen den regionalen Bedarf erheben und die institutionelle Planung absprechen. Die verschiedenen Kompetenzen können in solchen Netzwerken für ein gemeindenahes Interventionskonzept gebündelt werden (vgl. Brückner 2005).

Abb. 1

Die Sozialgesetzbücher (SGB)
SGB I - Allgemeiner Teil: Grundlegendes, Verfahrensvorschriften
SGB II - Grundsicherung für Arbeitssuchende
SGB III - Arbeitsförderung, Leistungen der Agentur für Arbeit
SGB IV - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI - Gesetzliche Rentenversicherung, Leistungen zur Rehabilitation
SGB VII - Gesetzliche Unfallversicherung, Berufsgenossenschaften
SGB VIII - Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB X - Verwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
SGB XI - Gesetzliche Pflegeversicherung
SGB XII - Sozialhilfe

Staatliche Unterstützung ist in Deutschland traditionell zwei verschiedenen Bereichen zugeordnet, nämlich zum einem dem Gesundheitswesen zum anderen dem Sozialwesen. Die Unterstützungsmöglichkeiten für ältere und alte Personen lassen sich wiederum in die so genannte „offene Altenhilfe“ und die „stationäre Altenhilfe“ einteilen. Die „offene Altenhilfe“ soll die Selbstständigkeit der Betroffenen in der eigenen Wohnung fördern und sichern. Mit dem Grundsatz „Ambulant vor stationär“ gibt es eine Vielzahl von Einrichtungen, so im Servicebereich (Bildungs- und Begegnungsstätten, Altenclubs, Angehörigengruppen), im Wohnbereich (Betreutes Einzelwohnen, Wohn- und Hausgemeinschaften), im Bereich sozialer Dienste (Mobilitäts- und Mahlzeitendienste, Besuchsdienste, Sozialstationen) oder im Pflegebereich (Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen). Die stationäre Altenhilfe bietet hingegen Wohnraum, Verpflegung und Betreuung unter staatlicher Kontrolle (Heimgesetz) in den Altenheimen und Pflegeheimen. Wer solche zum Teil kostenpflichtigen Hilfen in Anspruch nehmen will, aber diese nicht privat bezahlen kann, kann auf der Grundlage der Sozialgesetzgebung eine Kostenübernahme beantragen. Das zwölfteilige Sozialgesetzbuch enthält zahlreiche, speziell für betagte Menschen

konzipierte Bestimmungen, etwa zur Pflegeversicherung, Sozialhilfe und Grundsicherung (Abb. 1).

In den folgenden Abschnitten verdeutlichen wir zunächst die Unterscheidung von ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen. Anschließend thematisieren wir im zweiten Abschnitt die Grundsicherungsleistungen und die Sozialhilfe. Im dritten Abschnitt werden die Eckpfeiler der Pflegeversicherung dargestellt und der vierte Abschnitt enthält eine Skizze des Betreuungsgesetzes und der möglichen Vorsorgeverfügungen.

5. 1. Die Einrichtungstypen

Im Sozialgesetzbuch werden ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfen unterschieden. Die Kranken- und Pflegekassen sowie die Sozialhilfeträger schließen Leistungsverträge mit den entsprechenden Anbietern ab, deren Leistungen bestimmten Standards entsprechen müssen.

Ambulante Angebote

Alte Menschen, die in der eigenen Wohnung leben, werden im Falle einer Hilfebedürftigkeit mittels ambulanter Dienste versorgt. Die Angebote können unter Umständen dauerhaft im Anspruch genommen werden. Im Krankheitsfall besteht die Möglichkeit der vorübergehenden Nutzung. In den letzten Jahren wurde ein flächendeckendes Dienstleistungsangebot mit einer komplexen Versorgungsstruktur aufgebaut. Beispiele für ambulante Dienste sind: Sozialstationen, Essen auf Rädern, Mobile Soziale Hilfsdienste (MSHD), Individuelle Schwerbehindertenbetreuung (ISB), Haus-Notrufsysteme, Beratungsstellen, Gedächtnissprechstunden, Selbsthilfegruppen, Gemeindedienste u.a. Die ambulante gerontopsychiatrische Betreuung wird zu einem großen Teil auch von den niedergelassenen Ärzten und den sozialpsychiatrischen Diensten übernommen.

Die Aufgaben ambulanter Dienste umfassen Hilfe für die Person und Hilfe an der Person. Zur so genannten „häuslichen Pflege“ gehören die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität), die Behandlungspflege (bei

Krankheiten), persönliche Betreuung, die (geronto-) psychiatrische Pflege sowie Information und Anleitung von Pflegebedürftigen und Angehörigen. Ambulante Dienste übernehmen auch die ambulante Krankenpflege, die Kurzzeitpflege (z.B. bei Urlaub von Angehörigen), die Haus- und Familienpflege (Haushaltsdienste, Besuchsdienste, Beratung), die Altenberatung (Beratung durch Behörden und Beratungsstellen), die Mahlzeitendienste u.a. Diese Hilfen können über den Hausarzt, den Sozialdienst von Krankenhäusern oder die regionalen Sozialstationen organisiert werden.

Seit dem 1. Juli 2005 ist die psychiatrische Pflege als häusliche Krankenpflege bundesweit verordnungsfähig. Ausdrücklich gehört dabei auch die Krisenintervention zum Aufgabenkatalog. Die ambulanten Pflegedienste integrieren zur Zeit diese neuen Möglichkeiten zur Krisenintervention, zur Kompensation von Fähigkeitsstörungen und zur Erhöhung der Akzeptanz der Pflege. Eine Sonderform der ambulanten Betreuung ist das Betreute Wohnen in der eigenen oder durch einen Träger der Altenhilfe angemieteten Wohnung. Dies entspricht den Wohnwünschen vieler älterer Menschen, denn sie bleiben im Haushalt eigenständig, aber können gleichzeitig soziale Dienst- und Pflegeleistungen in Anspruch nehmen.

Teilstationäre Angebote

Teilstationäre Einrichtungen sollen den Verbleib in der eigenen Wohnung sichern. Stundenweise verbringen alte Menschen ihre Zeit in den Einrichtungen, etwa in Tageskliniken, Nachtkliniken oder (gerontopsychiatrischen) Tagesstätten. Tageskliniken verfügen über eine personelle, räumliche und apparative Ausstattung für die Behandlung und Pflege der Patienten während des Tages. Sie sind in der Regel den geriatrischen oder gerontopsychiatrischen Fachabteilungen des Krankenhauses angegliedert. Zur Nachsorge nach Krankenhausaufenthalten bieten manche Kliniken die so genannte Übergangspflege in der Wohnung der Betroffenen an.

Stationäre Angebote und Heime

Stationäre Betreuung findet außerhalb der Wohnung statt, aber nur bei dauerhafter stationärer Unterbringung geben die alten Menschen ihre eigene Wohnung auf. Die Kliniken bieten stationäre Angebote für die Akutversorgung. Die speziellen gerontopsychiatrischen Aufgaben werden auch oft von den psychiatrischen Fachabteilungen oder den Fachabteilungen für Geriatrie und Rehabilitation übernommen oder anteilig in Pflegeheime ausgelagert.

Betreute Wohngruppen sind erst in den letzten Jahren entstanden und bieten einen Mittelweg zwischen Klinik, eigener Wohnung und Heim. In einem überschaubaren Rahmen von bis zu zehn Personen leben die Betroffenen in einem gemeinsamen Haushalt zusammen. Der Alltag wird gemeinsam mit der Unterstützung von Fachkräften gestaltet. Man nimmt an, dass die aktivierende Umgebung körperliche und psychische Beeinträchtigungen vermindert und teilweise ausgleicht.

Die Unterbringung in einem Pflegeheim ist dauerhaft. Sie ist dann notwendig, wenn alte Menschen einer ständigen oder regelmäßigen Pflege und Betreuung oder ärztlicher Hilfe bedürfen. Heime bieten neben der ganztägigen Pflege und Betreuung eine wirtschaftliche Versorgung. Zudem entstehen dort Möglichkeiten des zwischenmenschlichen Kontaktes. Für den Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung sind gesundheitliche Gründe maßgeblich; außerdem kann soziale Benachteiligung dazu führen (z.B. Einkommensminderung und Besitzlosigkeit im Alter). In Pflegeheimen weisen bis zu 60% der Bewohner gerontopsychiatrisch relevante Probleme auf. Man spricht von einem „Institutionalisierungseffekt“ oder von „Hospitalisierung“, wenn der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung negative Folgen hat. Durch den plötzlichen Bruch in der Lebenssituation, die Aufgabe der Selbständigkeit und die Entwurzelung können Depressionen auftreten, das Selbstbild wird erschüttert, Bewegungslust, Neugierde und Interessen lassen nach.

5. 2. Grundsicherung und Sozialhilfe

Das Sozialhilferecht wurde im Jahr 2003 grundlegend reformiert und als zwölftes Buch in das Sozialgesetzbuch (SGB) eingegliedert. Es trat zum 1. Januar 2005 in Kraft. Zugleich wurden die Grundsicherungsleistungen nach dem bis Ende 2004 geltenden Grundsicherungsgesetz (GSIG) in das SGB XII eingearbeitet. Für erwerbsfähige Arbeitssuchende im Alter von 15 bis 64 Jahren wurde das SGB II geschaffen, welches nun die Leistungen der neu eingeführten Grundsicherung für Arbeitssuchende regelt. Dadurch werden alle prinzipiell erwerbsfähigen Personen aus dem Bezug der Sozialhilfe herausgenommen und erhalten künftig Arbeitslosengeld II.

Die Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II) ersetzt ab 1. Januar 2005 die bis dahin geltende Form der Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe. Anspruch haben alle Menschen zwischen 15 und 64 Jahren, die erwerbsfähig und hilfebedürftig sind.

Als *erwerbsfähig* gilt, wer unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich arbeiten kann.

Nicht erwerbsfähig ist, wer wegen Krankheit oder Behinderung gegenwärtig oder auf absehbare Zeit (ca. sechs Monate) außerstande ist, mindestens drei Stunden zu arbeiten.

Als *hilfebedürftig* gilt, wer seinen Lebensunterhalt und den seiner mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen mit seinen Mitteln und Kräften nicht in vollem Umfang decken kann.

Anders als die einstige Arbeitslosenhilfe orientiert sich das Arbeitslosengeld II nicht am früheren Lohn, sondern am Bedarf der Betroffenen, die in einem Haushalt zusammenleben. Die Hilfen werden also nicht Personen, sondern so genannten Bedarfsgemeinschaften gewährt. Zu einer Bedarfsgemeinschaft gehören die erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, die im Haushalt lebenden Eltern und Kinder sowie die nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten oder die Lebenspartner in eheähnlicher Gemeinschaft. Reicht das gemeinsame Einkommen und Vermögen dieser Personen nicht aus, um den Bedarf zu decken, darf Arbeitslosengeld II beantragt werden. Das be-

deutet insbesondere, dass Partnereinkommen künftig deutlich stärker als früher bei der Berechnung der staatlichen Leistung berücksichtigt werden. Die Hilfe besteht in Dienst-, Sach- und Geldleistungen. Erwerbsfähige Hilfebedürftige erhalten Geldleistungen als Arbeitslosengeld II.

Nicht erwerbsfähige Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft (auch bedürftige Kinder, Partner und Eltern) erhalten Sozialgeld. Der Regelsatz für einen Alleinstehenden liegt in den alten Bundesländern derzeit bei 345 Euro im Monat (plus Miete und Heizkosten). Zusätzlich werden in begründeten Fällen Einmalleistungen gewährt (für Erstausrüstung Wohnung, Bekleidung, Klassenfahrten der Kinder, Umzugskosten etc.).

Wer keinen Anspruch auf die hier genannten Leistungen des SGB II oder auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung hat, erhält zur Existenzsicherung Sozialhilfe nach SGB XII („Hilfe zum Lebensunterhalt“).

5. 2. 1. Altenhilfe – Hilfe zur Pflege – Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Der Gesetzgeber hat den Anspruch, mit der Sozialhilfe allen in Deutschland lebenden Menschen ein Leben in Würde zu ermöglichen. Die Hilfeleistungen sollen den Hilfeempfänger so schnell und so nachhaltig wie möglich wieder unabhängig von der Sozialhilfe machen. Sozialhilfe ist immer nachrangig und wird als Dienstleistung (Beratung, Aktivierung), Geldleistung oder Sachleistung gewährt, wobei Geldleistungen grundsätzlich Vorrang gegenüber Sachleistungen haben.

Neben der Grundsicherung im Alter umfasst die Sozialhilfe sechs verschiedene Hilfearten, die für die unterschiedlichen Lebenslagen spezifiziert werden sowie die jeweils angebotene Beratung und Unterstützung (Abb. 2).

Abb. 2

Übersicht zu den Sozialhilfearten nach SGB XII
1. Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27-40)
2. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41-46)
3. Hilfen zur Gesundheit (§§ 47-52)
4. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53-60)
5. Hilfe zur Pflege (§§ 61-66)
6. Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67-69)
7. Hilfe in anderen Lebenslagen (§§ 70-74)

Wir möchten von den Bestimmungen des SGB XII drei Hilfearten gesondert thematisieren, nämlich die Altenhilfe, die Hilfe zur Pflege und die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

Altenhilfe

Auf der Grundlage des § 71 SGB XII haben alte Menschen Anspruch auf besondere Hilfen, um altersentsprechende Schwierigkeiten zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern. Besonderes Gewicht liegt auf den Hilfen zur Beschaffung angemessenen Wohnraums und zur Teilhabe am sozialen Leben. Die Betroffenen können z.B. Kosten für Fahr- und Besuchsdienste beantragen, Umbaumaßnahmen in der eigenen Wohnung vornehmen lassen, Hilfen für den Besuch von kulturellen und geselligen Veranstaltungen beanspruchen oder Beratungskosten vor einem Umzug in ein Altersheim geltend machen. Der Gesetzgeber berücksichtigt dabei das Kommunikationsbedürfnis alter Menschen ebenso wie ihre oftmals eingeschränkten Möglichkeiten zur Teilhabe am sozialen Leben. Die persönlichen Hilfen werden unabhängig von Einkommen und Vermögen gewährt, nur für wirtschaftliche Hilfen gibt es Einkommensgrenzen.

Hilfe zur Pflege

Im Bereich der Altenhilfe ist die sog. „Hilfe zur Pflege“ (§§ 61-68 SGB XII) von erheblicher Bedeutung. Unterstützung gibt es aber nur dann, wenn die Betroffenen aufgrund eines zu niedrigen Einkommens und Vermögens als finanziell bedürftig gelten. Es existieren dabei Unterschiede zu den Regelungen der Pflegeversicherung, die deutlich werden lassen, dass die Sozialhilfe insbesondere bei Hilfen in teil- und stationären Einrichtungen und durch ambulante Dienste für „Lücken“ in der Pflegeversicherung aufkommen muss. Anders ausgedrückt kommen Ansprüche und Leistungen der Sozialhilfe nur in Betracht, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung nicht greifen oder nicht ausreichen. Die Sozialhilfeträger sind vor allem für Personen zuständig, die keine Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten, weil sie

- voraussichtlich weniger als sechs Monate hilfebedürftig sind (beispielsweise nach einem Unfall oder einer schweren Erkrankung);
- zwar hilfebedürftig sind, aber nicht bzw. noch nicht als erheblich pflegebedürftig gelten (Pflegestufe 0);
- Hilfebedarf bei Verrichtungen haben, die nicht zum engen Katalog des Pflegebedürftigkeitsbegriffes der Pflegeversicherung gehören (zum Beispiel Kommunikationsförderung);
- nicht pflegeversichert sind oder die Vorversicherungszeiten nicht erfüllen.

Unter Umständen werden auch Hilfen für Verrichtungen übernommen, die über die Bereiche der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung hinausgehen (§ 61 SGB XII, Abs. 1), worunter auch das Bedürfnis des Pflegebedürftigen nach Kommunikation fallen könnte. Stationäre Hilfe wird erst nach Prüfung von Kosten, Bedarf und möglichen Alternativen (insbesondere ambulanten Hilfsmöglichkeiten) gewährt.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Mit der Zusammenführung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe zum 1. Januar 2005 wurde die Grundsicherungsleistung für Personen im Alter und bei Erwerbsminderung ins Sozialgesetzbuch (§§ 41–46 SGB XII) aufgenommen. Diese Leistung sichert den grundlegenden Bedarf für den Lebensunterhalt von Personen über 65 Jahren oder mindestens 18 Jahren mit voller Erwerbsminderung. Über eine Erwerbsminderung entscheidet der zuständige Rentenversicherungsträger auf Antrag des Grundsicherungsamtes. Dauerhaft voll erwerbsgemindert sind Personen, die

- ständig eine Erwerbsunfähigkeitsrente (EU-Rente) beziehen;
- in einer Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt sind oder aber nicht werkstattfähig sind;
- wegen Krankheit oder Behinderung leistungsgemindert sind, so dass sie dauerhaft außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbsfähig zu sein.

Die Grundsicherung unterscheidet sich von anderen Sozialleistungen dadurch, dass sie ohne Rückgriff auf das Vermögen der Kinder oder Eltern gewährt wird, es sei denn, diese verdienen mehr als 100.000 Euro jährlich. Anspruch haben Personen, die ihren Lebensunterhalt nicht aus ihrem eigenen Einkommen und Vermögen und nicht aus dem Einkommen und Vermögen des Ehegatten oder des eheähnlichen Partners bestreiten können. Die Leistung muss beantragt werden und wird in der Regel für zwölf Monate bewilligt. Zum Bedarf gehören der maßgebliche Sozialhilfe-Regelsatz, die Aufwendungen für Unterkunft und Heizung, die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge sowie Mehrbedarfe im Einzelfall.

Im Antragsverfahren wird der Grundsicherungsbedarf ermittelt und dem vorhandenen Einkommen (Renten, Arbeitslosengeld, Pensionen, Unterhalt, Kindergeld, Zinsen etc.) sowie dem Vermögen (Haus- und Grundvermögen, Guthaben und Bargeld, Wertpapiere, PKW) gegenübergestellt. Liegt das Einkommen unterhalb des Grundsicherungsbedarfs, wird der Unterschiedsbetrag zwischen dem Grundsicherungsbedarf und dem

Einkommen als Grundsicherungsleistung anerkannt. Übersteigt das Einkommen den Grundsicherungsbedarf, kommt eine Leistung nicht in Frage. Keinen Anspruch auf Grundsicherungsleistungen haben Personen,

- bei denen das Bruttojahreseinkommen der unterhaltspflichtigen Kinder oder Eltern gemeinsam den Betrag von 100.000 € übersteigt;
- die vorrangige Ansprüche gegenüber getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten nicht durchgesetzt haben;
- die ihre Bedürftigkeit innerhalb der letzten zehn Jahre vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt haben;
- mit ausländischer Staatsbürgerschaft, die leistungsberechtigt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sind;
- die bereits Wohngeldleistungen in Anspruch nehmen.

5. 3. Die Pflegeversicherung

Das Ziel der 1995 eingeführten und im elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) verankerten Pflegeversicherung ist es, die Betroffenen in erster Linie ambulant zu versorgen. Wenn die präventiven, kurativen und rehabilitativen Leistungen der Krankenkassen nicht mehr ausreichen, soll die Pflegeversicherung insbesondere die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege voraus (§ 3 SGB XI). Erst wenn die häusliche Pflege nicht mehr ausreichend ist, besteht ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Unterbringung im Pflegeheim (§43 SGB XI, Abs. 1). Die Pflegeversicherung deckt dabei nicht jede mögliche Leistung ab, sondern ist eine Teilversicherung. Vermögende können ihre gesetzliche Pflegeversicherung über zusätzliche private Versicherungen aufwerten. Die Hilfe der Pflegeversicherung besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens. Hilfebedarf besteht eventuell auch bei der Beaufsichtigung oder Anleitung solcher Verrichtungen. Der auf die körperliche Pflege zentrierte Pflegebegriff der Pflegeversicherung wird allerdings Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen oft nicht vollständig gerecht.

Wer ist pflegebedürftig?

Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Personen, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf Dauer, und zwar voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens benötigen. Zudem muss die so genannte Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren innerhalb der letzten zehn Jahre vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit erfüllt sein (§33 SGB XI, Abs. 2). Der Definition von „Pflegebedürftigkeit“ liegen laut Gesetz folgende Krankheiten und Behinderungen zugrunde (§14 Abs. 2 SGB XI):

- Verluste, Lähmungen oder Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat;
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder des Sinnesorgane;
- Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Um die Einstufung in eine der Pflegestufen vornehmen zu können, soll der eingesetzte Gutachter das Befinden sowie den Hilfebedarf des Betroffenen anhand eines Kriterienkataloges genau prüfen, und zwar vor allem hinsichtlich der

- *Körperpflege* – Waschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung;
- *Ernährung* – mundgerechtes Zubereiten und Aufnahme der Nahrung;
- *Mobilität* – eigenständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung;
- *hauswirtschaftlichen Versorgung* – Einkauf, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche.

5. 3. 1. Antragsverfahren und Pflegestufen

Derzeit beziehen ca. 2,03 Millionen Personen Leistungen aus der Pflegeversicherung, davon werden ungefähr 660.000 Personen stationär gepflegt. Die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung betragen jährlich ca. 17 Milliarden Euro. Der individuelle Antrag auf Pflegeleistungen wird formlos schriftlich oder mündlich bei der Pflegekasse gestellt; diese ist angegliedert an die jeweilige Krankenkasse. Die Pflegekasse übersendet ein Antragsformular und prüft die Antragsvoraussetzungen durch eine Begutachtung, die von Ärzten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bei einem Hausbesuch durchgeführt wird.

Festgestellt wird der Grad der Pflegebedürftigkeit sowie der Umfang der notwendigen Hilfe. Im Falle einer Bewilligung wird eine Pflegestufe festgelegt. Bei der Bemessung des Hilfebedarfs entscheidet der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere, nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson benötigt! In Abbildung 3 sind die Kriterien der einzelnen Pflegestufen aufgeführt. Eine Härtefallregelung (Pflegestufe III +) garantiert, daß auch Personen, die rund um die Uhr Hilfe benötigen, adäquat betreut werden können.

Die bewilligte Leistung wird ab dem Zeitpunkt der ersten (formlosen) Antragsstellung rückwirkend gewährt. Die Einstufung wird bei den Pflegestufen I und II zweimal im Jahr, bei der Pflegestufe III alle drei Monate überprüft. Sollte sich zwischenzeitlich eine größere Pflegebedürftigkeit einstellen, so kann jederzeit ein Antrag auf eine höhere Einstufung gestellt werden.

Ein Widerspruch ist innerhalb einer Frist von einem Monat möglich und führt in der Regel zu einer Zweibegutachtung. Nach Abweisung des Widerspruchs ist nur noch eine Klage vor dem Sozialgericht möglich. Der Betroffene oder sein gesetzlicher Vertreter (Betreuer) hat das Recht, seine Akte, also auch das angefertigte Gutachten, bei der Pflegekasse einzusehen.

Übersicht Pflegestufen

Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige)

Hilfebedarf für Körperpflege, Ernährung oder Mobilität sowie bei der hauswirtschaftlichen Versorgung wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten, hiervon müssen mehr als 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen (Körperpflege, Ernährung, Mobilität).

Monatliche Sachleistung bis zu 384€, Geldleistung 205€
Mögliche Pflegepersonen: Laien und Fachkräfte.

Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)

Hilfebedarf für Körperpflege, Ernährung oder Mobilität sowie bei der hauswirtschaftlichen Versorgung wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten insgesamt mindestens drei Stunden, davon mindestens zwei Stunden der Grundpflege.

Monatliche Sachleistung bis zu 921€, Geldleistung 410€
Mögliche Pflegepersonen: Laien und Fachkräfte.

Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)

Hilfebedarf für Körperpflege, Ernährung oder Mobilität sowie bei der hauswirtschaftlichen Versorgung täglich rund um die Uhr, auch nachts, insgesamt für mindestens fünf Stunden, davon mindestens vier Stunden der Grundpflege.

Monatliche Sachleistung bis zu 1.432€, Geldleistung 665€
Mögliche Pflegepersonen: Laien und Fachkräfte.

Härtefall – Pflegestufe III+

Hilfebedarf für Grundpflege kann auch nachts nur von mehreren Personen gemeinsam gedeckt werden oder Hilfebedarf beträgt täglich mindestens sieben Stunden, davon wenigstens zwei Stunden während der Nacht.

Max. Zeitannteil Hauswirtschaft: 60 Minuten.
Monatliche Sachleistung bis zu 1.918€
Mögliche Pflegepersonen: nur Fachkräfte.

Häusliche Pflege

Um einem Pflegebedürftigen möglichst lange das Verbleiben in seiner gewohnten Umgebung zu ermöglichen, soll die häusliche Pflege gestärkt werden (§3 SGB XI). Der Pflegebedürftige kann dabei wählen zwischen

- *Pflegesachleistung*, also Pflegeeinsätze durch professionelle Pflegekräfte.
- *Pflegegeld* für pflegende Angehörige, Freunde oder Nachbarn, welche die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung leisten. Um die fachliche Beratung und Unterstützung sicherzustellen, muss halbjährlich (Pflegestufe I + II) bzw. vierteljährlich (Pflegestufe III) ein Pflegeeinsatz durch einen zugelassenen Pflegedienst erfolgen (die Beratungen werden von der Pflegekasse bezahlt).
- Kombination aus Sach- und Geldleistungen.

Vollstationäre Pflege

Ist die Aufnahme in ein Pflegeheim notwendig, übernimmt die Pflegekasse höchstens 75% des Heimentgelts. Die Kosten für die Unterkunft, Verpflegung und Investitionen müssen die Pflegebedürftigen selbst aufbringen. Die Pflegekasse trägt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege und für soziale Betreuung. Für die Pflegestufe I werden zur Zeit 1.023 Euro übernommen, für die Pflegestufe II 1.279 Euro, für die Pflegestufe III 1.432 Euro und für Härtefälle 1.688 Euro. Soweit die Kosten der Heimpflege die Leistungen der Pflegeversicherung übersteigen, hat jeder Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfe.

5. 3. 2. Häusliche Pflege: Ergänzungs- und Zusatzleistungen

Unter bestimmten Voraussetzungen können die Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege durch gelegentliche Ergänzungs- oder regelmäßige Zusatzleistungen erweitert werden.

Ergänzungsleistungen

Verhinderungspflege, falls die Pflegeperson infolge Urlaubs oder Krankheit nicht pflegen kann und das Pflegeverhältnis vor der erstmaligen Verhinderung mindestens zwölf Monate besteht. Der Pflegebedürftige wählt zwischen der Weiterzahlung des Pflegegeldes für höchstens vier Wochen und einer professionellen Pflege durch einen ambulanten Dienst, wobei Kosten bis zu 1.432 Euro für höchstens vier Wochen übernommen werden.

Tagespflege, wenn der Pflegebedürftige tagsüber zu Hause nicht betreut werden kann und deshalb eine Tagespflegestelle besucht. Während der Nacht wird die Pflege durch Angehörige oder einen Pflegedienst sichergestellt. Der tägliche Transfer wird zwar von der Tageseinrichtung übernommen, aber am Wochenende fehlt Betreuung.

Kurzzeitpflege, falls die häusliche oder teilstationäre Pflege zeitweise nicht möglich oder ausreichend ist. Krisensituationen können so aufgefangen werden, etwa bei Ausfall der pflegenden Angehörigen (frühestens nach zwölf Monaten) oder im Anschluss an eine klinische Behandlung des Pflegebedürftigen. Die Pflegekasse übernimmt die Aufwendungen inklusive sozialer und medizinischer Betreuung für eine „kurzzeitige“ stationäre Unterbringung bis zu 1.432 Euro im Jahr für höchstens vier Wochen.

Pflegehilfsmittel, wenn diese notwendig werden. Bei Verbrauchsmitteln (z.B. Inkontinenzmaterial) übernimmt die Pflegekasse die Kosten bis zu 30 Euro monatlich. Die Kasse stellt auch notwendige, technische Hilfsmittel, z.B. ein Pflegebett, vorrangig leihweise, zur Verfügung. Ebenso können Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes bis zu 2.500 Euro je Maßnahme erfolgen, etwa zur Türschwellenentfernung oder Türverbreiterung.

Soziale Sicherung der Pflegepersonen, falls die Pflegeperson einen Pflegebedürftigen mindestens 14 Stunden in der Woche pflegt und keiner anderen Erwerbstätigkeit von mehr als 30 Stunden pro Woche nachgeht. Ehrenamtliche Pflegepersonen (z.B. Angehörige) werden also von der Pflegeversicherung sozial abgesichert; die Pflegekasse übernimmt die Rentenversicherungsbeiträge, abhängig vom Pflegeaufwand und der Pflegestufe und bezahlt eine Unfallversicherung.

Zusatzleistungen

Betroffene mit Pflegestufe I, II oder III haben darüber hinaus die Möglichkeit, neben den Leistungen für Pflege und Hauswirtschaft auch allgemeine Betreuungsleistungen bezahlt zu bekommen. Davon profitieren Personen, die an einer psychischen Erkrankung oder an einer Demenz leiden, sowie deren Angehörige. Besonders demenzielle Erkrankungen gehen häufig mit einem Betreuungsaufwand einher, der über den Pflegeversicherungssatz hinausgeht. Den Betroffenen stehen zusätzlich bis zu 460 Euro pro Kalenderjahr für diese Betreuungsleistungen zu. Der Betrag wird ausschließlich gegen Vorlage von Rechnungen für professionelle Dienste gezahlt (beispielsweise Tagespflege, Kurzzeitpflege).

Diese zusätzlichen Leistungen werden nur gewährt, wenn die Alltagskompetenz der betroffenen Personen auf Dauer erheblich eingeschränkt ist. Dies liegt vor, wenn sie:

- unkontrolliert den Wohnbereich verlassen (Weglauftendenz);
- gefährdende Situationen verkennen oder verursachen;
- mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen unsachgemäß umgehen (zum Beispiel die Herdplatten nicht ausschalten);
- sich tätlich oder verbal aggressiv verhalten, weil sie die Situation nicht mehr richtig einschätzen können;
- allgemein anerkanntes gesellschaftliches Verhalten missachten (zum Beispiel in Wohnungsecken urinieren);
- die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse nicht mehr erkennen und wahrnehmen;
- aufgrund von Depressionen oder Ängsten nicht mehr bei notwendigen therapeutischen oder schützenden Maßnahmen kooperieren;
- aufgrund von Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen) Probleme bei den Alltagsleistungen haben;
- unter einer Störung des Tag-und-Nacht-Rhythmus leiden;
- nicht mehr ihren Tagesablauf eigenständig planen und strukturieren können;

- Alltagssituationen verkennen und unangemessen darauf reagieren;
- sich extrem labil oder unkontrolliert emotional verhalten;
- aufgrund einer therapieresistenten Depression die meiste Zeit unter Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit leiden.

Die Alltagskompetenz gilt als erheblich eingeschränkt, wenn der Medizinische Dienst bei den pflegebedürftigen Personen wenigstens in zwei der genannten Bereiche dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt.

5. 4. Rechtliche Betreuung und Vorsorge

Rechtliche Betreuungen waren bereits im frühen römischen Recht möglich. Betreuung bedeutet die Bestellung einer stellvertretend handelnden Person (Kurator, Vormund) für jemanden, der seine persönlichen Angelegenheiten und Geschäfte nicht (mehr) selbst besorgen kann. Seit 1992 werden Betreuungen durch das Betreuungsgesetz geregelt. Neben Informationen über einige grundlegende Bestimmungen dieses Gesetzes weisen wir in diesem Abschnitt auf die so genannten Vorsorgeverfügungen hin (Vollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen), die für den Fall schwerer Erkrankungen den eigenen Willen im Voraus dokumentieren sollen.

5. 4. 1. Betreuung und Betreuungsverfahren

Seit 1992 ersetzt das Betreuungsgesetz (§§ 1896ff. BGB) die frühere Vormundschaft und Gebrechlichkeitspflegschaft. Der Leitsatz lautet: Betreuung statt Entmündigung! Im Vordergrund soll grundsätzlich das Wohl des Betroffenen stehen und dieses wird vorrangig durch den Betreuten selbst bestimmt. Eine Betreuung wird nur eingeleitet, wenn keine anderen Möglichkeiten der Hilfe zur Verfügung stehen (z.B. Hilfe durch Familienangehörige, Vorsorgevollmacht o.ä.). Gegen den Willen des Betroffenen kann eine Betreuung nur dann eingerichtet werden, wenn dieser seinen Willen nicht frei bestimmen kann (z.B. bei bestimmten psychischen Störungen).

Die Zulässigkeit von Zwangsbehandlungen ist begrenzt und umstritten. Das Vormundschaftsgericht, in dessen Bezirk die zu betreuende Person ihren Wohnsitz hat, kann auf Antrag des Betroffenen oder – nach Anregung durch Angehörige, Nachbarn oder soziale Dienste – von Amts wegen einen Betreuer bestellen, wenn ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann.

Im Betreuungsverfahren muss der Betroffene stets vom Vormundschaftsgericht angehört werden. Das Gericht holt zudem ein Sachverständigengutachten von einem Facharzt ein. Dafür muss der Betroffene gegebenenfalls eine maximal drei Monate währende stationäre Unterbringung in Kauf nehmen: Weitere Personen (Betreuungsbehörde, Verwandte, Vertrauenspersonen) können, müssen aber nicht angehört werden. Die Betreuung kann jederzeit auf Antrag des Betroffenen oder Anregung sonstiger Personen durch das Gericht überprüft werden, da sie nicht länger als notwendig dauern soll. Nach spätestens 5 Jahren muss über eine Verlängerung oder die Aufhebung der Betreuung entschieden werden (§69 FGG, Abs.1 Nr.5).

Der Betreuer wird vom Vormundschaftsgericht ausgewählt. Hierbei muss den Wünschen und Vorschlägen des Betroffenen Rechnung getragen werden – sofern dies seinem (anzunehmenden) Wohl entspricht (§1897 BGB, Abs. 4 Satz 1). Es gibt insgesamt sechs verschiedene Arten von Betreuern:

- private, ehrenamtlich tätige Betreuer (Verwandte u.ä.);
- selbständig arbeitende Berufsbetreuer;
- Mitarbeiter eines Vereins (Vereinsbetreuer);
- Mitarbeiter einer Betreuungsbehörde (Behördenbetreuer);
- ein Betreuungsverein als Organisation;
- die Betreuungsbehörde selbst.

Die Maßstäbe für das Handeln des Betreuers sind grundsätzlich der freie Wille und das Wohl des Betroffenen, Vorsorgeverfügungen sind bindend. Der gesetzliche Betreuer kann sowohl für die Personensorge (Heilbehandlung, Aufenthaltsbestimmung) als auch für die Rechtsgeschäfte (Vermögenssorge, Verträge) zuständig sein. Die Aufgabenkreise, für die ein Betreu-

er im Einzelnen bestellt wird, sind im Beschluss des Gerichtes genau angegeben – es sollen nur die sein, für die eine Betreuung tatsächlich gebraucht wird (§1896 BGB, Abs. 2, Satz 1). Um den Aufgabenkreis des Betreuers so konkret wie möglich bestimmen zu können, werden die großen Bereiche der Personensorge und Rechtsgeschäfte in kleinere Teilbereiche aufgesplittet. Diese Unterteilung kann bis zu eng begrenzten und speziellen Aufgaben vorgenommen werden.

Die anfallenden Kosten (Anwalt, Gericht, Betreuer) trägt im Prinzip der Betroffene, sofern er vermögend ist; bei Mittellosigkeit können die Anwaltskosten per Beratungshilfe und die Gerichts- bzw. Betreuungskosten auf Antrag vom Staat übernommen werden.

5. 4. 2. Vorsorgevollmacht – Betreuungsverfügung – Patientenverfügung

In bestimmten Situationen gibt es sinnvolle Alternativen zur rechtlichen Betreuung, die entweder einen nicht so weitgehenden Eingriff in die Selbstbestimmung darstellen (Vorsorgevollmacht) oder durch die der Betroffene seinen Willen im Fall einer Betreuungsbedürftigkeit (Betreuungsverfügung) oder im Fall einer Erklärungsunfähigkeit hinsichtlich einer Behandlung (Patientenverfügung) dokumentieren kann.

Vorsorgevollmacht

Wenn die persönlichen Angelegenheiten des Betroffenen auch durch einen Bevollmächtigten statt durch einen rechtlichen Betreuer besorgt werden können, ist eine Betreuung nicht erforderlich. Der Betroffene kann also eine Person seines Vertrauens für bestimmte Aufgabenkreise bevollmächtigen und für diese Aufgabenkreise darf das Vormundschaftsgericht keinen Betreuer bestellen.

Eine Vorsorgevollmacht enthält, je nach den persönlichen Bedürfnissen des Betroffenen, Anweisungen oder Verbote zur Regelung der persönli-

chen Angelegenheiten. Häufig wird auf diesem Wege Vermögenssorge betrieben (für das Konto, den Wertbesitz, die Rente etc.). Ebenso sinnvoll können Vollmachten für die Heilbehandlung oder den Aufenthaltsort sein, wenn beispielsweise über eine Unterbringung in einer Klinik oder im Heim oder über die Wahl eines bestimmten Medikaments oder über einen medizinischen Eingriff zu entscheiden ist.

Die Bevollmächtigung sollte schriftlich erteilt werden und möglichst notariell beurkundet werden. Sie muss vom Betroffenen eigenhändig unterschrieben werden. Außerdem ist die Unterschrift eines Zeugen erforderlich (nicht des Bevollmächtigten!), der bestätigt, dass der Verfasser im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist. Beide Unterschriften sollten in Abständen (z.B. nach jeweils zwei Jahren) erneuert werden und die Vollmacht bei den persönlichen Unterlagen, beim Bevollmächtigten oder einer Vertrauensperson hinterlegt werden.

Betreuungsverfügung

Eine Betreuungsverfügung ist eine Erklärung gegenüber dem Vormundschaftsgericht für den Fall der Betreuungsbedürftigkeit. Der Betroffene kann darin eine Person des Vertrauens als möglichen Betreuer benennen, der vom Vormundschaftsgericht eingesetzt und beaufsichtigt wird. Oder er dokumentiert in der Betreuungsverfügung seine Wünsche, die vom Gericht und dem Betreuer, sofern es dem Wohl des Betroffenen entspricht, auch zu berücksichtigen sind.

Formal sind auch hier schriftliche und detaillierte Angaben erforderlich, sowie die eigenständige Unterschrift und die Unterschrift von mindestens einem Zeugen. Die Betreuungsverfügung kann mit einer Vorsorgevollmacht kombiniert werden und dann beim Amtsgericht hinterlegt werden. Sie sollte so aufbewahrt werden, dass sie gegebenenfalls unverzüglich dem Vormundschaftsgericht zugeleitet werden kann.

Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung ist für den Fall gedacht, dass ein Patient nicht mehr selbst seinen freien Willen artikulieren kann (Erklärungsunfähigkeit), etwa bei anhaltender Bewusstlosigkeit. So kann eine einwilligungsfähige Person ihren Willen hinsichtlich ihrer medizinischen Behandlung und Pflege bei schwerster, aussichtsloser Erkrankung dokumentieren, insbesondere in der letzten Lebensphase. Der Betroffene kann Behandlungsmethoden bestimmen oder ausschließen und auch verfügen, dass er keine Behandlung mehr wünscht, wenn diese nur dazu dient, sein Leben künstlich zu verlängern. Die Verfügung sollte schriftlich niedergelegt und bei den persönlichen Unterlagen, oder Personen des Vertrauens (z.B. dem Hausarzt) verwahrt werden. Sie ist für die behandelnden Ärzten um so verbindlicher, je konkreter die Zielvorstellungen beschrieben werden.

II. Teil

Tagungsbeiträge



Zukunft im Alter? – Der Fachtag

Ulrich Klein

Am 15. März 2006 fand im Rathaus Schöneberg in Berlin im Rahmen des Projektes „Zukunft im Alter“ ein Fachtag mit gleichem Titel statt, jedoch mit einem Fragezeichen versehen. Er richtete sich an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen der Altenhilfe der Region Berlin Süd-West, sowie an interessierte Seniorinnen und Senioren.

In diesem Beitrag möchten wir dem Leser einen Eindruck vom Ablauf des Fachtags vermitteln. Die beiden Hauptvorträge wurden uns von den Referenten zur Verfügung gestellt und sind nachfolgend veröffentlicht.

Semantisch tritt das Wort „Alter“ in der Formulierung „Zukunft im Alter“ in der Bedeutung „letzter Lebensabschnitt eines Menschen“ auf. Bleibt der Projektname auch neutral in seiner Intention, so hat er sich nach fünfjähriger Projektarbeit und als Motto des Fachtags zu einer Frage gewandelt. Die Überschrift „Zukunft im Alter?“ hat somit mindestens zwei Lesarten: „Welche Zukunft gibt es heute für Menschen, die sich im letzten Lebensabschnitt befinden?“ wäre die eine, die andere: „Gibt es die Hoffnung, dass Menschen – gleich welchen Alters sie heute sind – ihren letzten Lebensabschnitt in Würde verbringen können?“ Was bedarf es also dazu an persönlichen Bewältigungsstrategien, an politischen Regelungsprozessen, an intellektueller Vorarbeit oder kultureller Bildererzeugung, und an bürgergesellschaftlicher Kreativität?

Im öffentlichen Diskurs herrscht zunehmend Unklarheit darüber, wer als „alt“ zu bezeichnen ist. So wird mit „40+“ oder „50+“ eine Zielgruppe für

Aktivitäten oder Freizeitangebote beschrieben und beworben, die nicht mehr jung ist und sich fragt, ob sie somit schon zu den Alten zählt. Es ist von der „Generation 55 plus“ die Rede. Michael Bochow (2005, S. 12) schreibt in seiner Studie über das dritte Lebensalter homosexueller Männer: „Es besteht Einigkeit in der neueren Literatur zur Alters-/Altenforschung, dass auch das Alter eine sozial konstruierte Kategorie ist.“ Das Alter werde in den dritten und vierten Lebensabschnitt gegliedert und das Bild der fitten und konsumfreudigen Senioren und der hochbetagten Alten entworfen.

Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Altenhilfe kann die Frage „Zukunft im Alter?“ vielleicht auch noch anders formuliert werden: Würde ich die Einrichtung, in der ich heute in der Altenhilfe arbeite, als alter Mensch selber aufsuchen oder mich dorthin wenden?

In der Einladung zum Fachtag hieß es: „Ausgehend von der momentanen Lebenssituation alter Menschen und unter Berücksichtigung der zu erwartenden demographischen Entwicklung in Deutschland, möchten wir uns gemeinsam mit den Referenten und Anwesenden der Frage stellen: Was müssen wir für unsere Zukunft tun? Wie können wir erfolgreich altern? Welche Visionen und Vorstellung müssen wir heute entwickeln, um eine lebenswerte Zukunft im Alter zu gestalten?“ Der Einladung folgten Mitarbeiter von Einrichtungen aus der ambulanten Pflege, Tageseinrichtungen, Seniorenzentren, Seniorenheimen, Wohnungsbaugesellschaften und Nachbarschaftsheimen sowie Vertreter der bezirklichen Verwaltung. Die Mehrzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zählte zu einer der oben genannten Plusgenerationen. Die Veranstaltung wurde mit Grußworten der Schirmherrinnen Frau Dr. Elisabeth Ziemer, Bezirksstadträtin für Gesundheit, Stadtentwicklung und Quartiersmanagement in Tempelhof-Schöneberg und Frau Anke Otto, Bezirksstadträtin für Jugend, Gesundheit und Umwelt in Steglitz-Zehlendorf eröffnet. Frau Dr. Ziemer wies darauf hin, dass Altwerden für jede und jeden ein Thema ist und auch Institutionen, beispielsweise ein Verein wie der Krisen- und Beratungsdienst (K.U.B. e.V.), einen Wachstums- und Entwicklungsprozess durchleben und „in die Jahre“ kommen können. Frau Otto machte für ihren Bezirk anhand von Zahlen deutlich, welche Aufgaben in den nächsten Jahren auf Grund der Altersentwicklung in der Bevölkerung auf die Politik zukommen.

Das Berliner „Theater der Erfahrung“ erzählte danach im zur Bühne umgebauten Saal die Geschichte eines alten Kranichs, der von der Müritz nicht mehr mit seinen Kameraden in den Süden fliegen will und lieber sterben möchte. Er beschließt nach Berlin zu fliegen, das schaffe er wohl noch. In der Stadt ist es im Winter wärmer und er kennt sie bisher nur aus Überfliegen. Dort angekommen, begegnen ihm eigenartige Zeitgenossen. Dank der vielen neuen Eindrücke muss das Sterben verschoben werden, und er kann seinen Freunden zuwinken, als sie im Frühjahr aus dem Süden zurückkommen. Die Spielergruppe „Die Spätzünder“ zeigte damit ihr Stück „Gnadenbrot. Eine viehische Komödie“ und gab einen sehr sinnlichen Eindruck von der Arbeit des „Theater der Erfahrung“.

In dem anschließenden ersten Hauptvortrag beschäftigte sich Norbert Erlemeier mit dem Thema Suizidprävention im Alter. Norbert Erlemeier arbeitet im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland in der „AG Alte Menschen“ mit und hat eine Expertise für die Bundesregierung verfasst (Erlemeier 2001). In modernen Gesellschaften, in denen Unabhängigkeit zum Fetisch erhoben und Abhängigkeit als Makel empfunden wird, erfahre das Konzept des Suizids im Alter eine eigenartige Akzeptanz. Die Bedeutung des Themas lasse sich an der Zahl der Suizidhandlungen alter Menschen mit tödlichem Ausgang ablesen, werde aber in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen. Erlemeier moniert mit Nachdruck die „falsche Toleranz“ gegenüber dem Wunsch alter Menschen, ihrem Leben aktiv ein Ende zu setzen.

Anschließend wurden in fünf gleichzeitig stattfindenden Arbeitsgruppen folgende Themen behandelt:

In der ersten Gruppe wurden die praktische Arbeit und Ergebnisse unseres Projektes „Zukunft im Alter“, die im dritten Beitrag dieses Bandes ausführlich dargestellt werden, von Susan Al Akel vorgestellt und diskutiert.

Zum Thema „Wohnen im Alter“ stellte in der zweiten Gruppe Sylvia Walczek, Dipl.-Soziologin und Mitarbeiterin der Berliner Bau- und Wohnungsgenossenschaft von 1892 eG, Wohnkonzepte für ältere und alte Menschen vor, die dort in den letzten zwölf Jahren entwickelt wurden. Heute ist fast jeder vierte Bewohner der Genossenschaft über 65 Jahre, in

einigen Anlagen sogar jeder zweite. So wurde in einem Wohnkomplex in Kooperation mit einer Pflegeeinrichtung eine Wohnung für an Demenz erkrankte Hochaltrige eingerichtet. Das hat den Vorteil, dass die Menschen zwar aus ihrer Wohnung ausziehen müssen, aber in ihrer Siedlung bleiben können.

In der dritten Gruppe berichtete Viktoria Roseneck, Dipl.-Psychologin, unter der Überschrift „Gemeinsam älter werden, gemeinsam wohnen“ von einem mehrgenerativen Wohnprojekt, an dem sie selber beteiligt ist. Vorzüge und Schwierigkeiten einer solchen Wohnform, die sich immer auch als gemeinschaftliches Handeln versteht, wurden diskutiert.

Eva Bittner, eine der Leiterinnen vom „Theater der Erfahrung“, stellte in der vierten Gruppe das neue Projekt „Kreative Potentiale im Alter“ vor. Es arbeitet nach dem Impulsprinzip und will in Berlin und im Umland kreative Projekte für alte Menschen anstoßen und in Schulen und pädagogischen Einrichtungen intergenerativ arbeiten. Das „Theater der Erfahrung“ gibt es seit 26 Jahren und hat heute ca. 50 Spielerinnen und Spieler.

In der fünften Gruppe zum Thema „Psychotherapie im Alter“ berichtete Roswitha Brühl, Dipl.-Psychologin und niedergelassene Psychotherapeutin, von ihrer Arbeit mit älteren Klientinnen und Klienten. Sie hält eine Flexibilisierung des Settings und der Therapiemethoden in der Arbeit mit älteren Menschen für erforderlich. Mobilitätseinschränkungen machen z.B. Hausbesuche von Psychotherapeuten notwendig, sie werden aber nur selten angeboten.

Als Abschluss des Fachtags stellte Klaus Dörner seine Thesen zur ökonomischen, demographischen und gesundheitspolitischen Entwicklung in Deutschland vor. „Kiezbezogenes Leben im Alter: Freie Nachbarschafts- und Altenhilfe“ war sein Vortrag überschrieben. Seit Mitte der 80er Jahre sei eine Zunahme der Freiwilligen-Arbeit in der Bundesrepublik zu beobachten. Die Zukunft der Organisation von Altenpflege sieht Dörner in diesen sozial engagierten Bürgerbewegungen und entwirft die Vision, dass, wie heute Kinderläden, bald schon kleine und selbstorganisierte Einrichtungen für pflegebedürftige alte Menschen selbstverständlich zu jedem Stadtviertel gehören könnten. Der inhaltlich ähnliche Beitrag, den uns

Klaus Dörner für diese Veröffentlichung zur Verfügung gestellt hat, wurde als Referat am 20. Oktober 2004 in Ratzeburg vor dem Kreissozialausschuss des Landkreises Herzogtum Lauenburg gehalten.

Zum Abschluss könnte man als ein Resümee des Fachtags festhalten, dass wir uns vor einer vorschnellen Akzeptanz überkommener Bilder vom Altern hüten sollten. Im Mittelhochdeutschen wurde das Wort „Zukunft“ hauptsächlich in seiner örtlichen Bedeutung verwendet und hieß soviel wie „Ankunft“, „Herankunft“. In der heutigen, noch nie da gewesenen Situation, die dadurch gekennzeichnet ist, dass eine sehr große Anzahl von Menschen in relativem Wohlstand und mit relativ guter medizinischer Versorgung lebt, über sehr viel freie Zeit verfügt und alt bis sehr alt wird, bedarf es neuer gesellschaftlicher Visionen und gelebter (Vor-) Bilder, um eine „Ankunft im Alter“ zu ermöglichen. An dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe hofft das Projekt „Zukunft im Alter“ auch in den nächsten Jahren seinen Anteil durch die Beratung alter Menschen und durch die Fortschreibung des Beratungs- und Fortbildungskonzeptes übernehmen zu können.

Literatur

BOCHOW, M.: Ich bin schwul und will das immer bleiben. Schwule im dritten Lebensalter. Hamburg 2005.

ERLEMEIER, N.: Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Stuttgart 2001.



Kommunale Daseinssorge und Sparzwang

Klaus Dörner

Ich verstehe einmal „Daseinssorge für *alle* Bürger“ nicht nur – wie üblich – als die zentrale und vornehmste Aufgabe der Kommune, sondern auch als den Grund für die kommunale Siedlungsweise der Menschen; sie umfasst somit die Selbstverwaltung des solidarischen Lastenausgleichs der Bürger für alles, was die Selbsthilfekompetenz des einzelnen „Haushalt + Nachbarschaft“ übersteigt. Damit ist auch schon klargestellt, dass menschheitsgeschichtlich die kleinste tragfähige soziale Einheit für überdurchschnittlichen Hilfsbedarf nie der isolierte (familiäre) Haushalt, sondern immer „Haushalt + Nachbarschaft“ gewesen ist; das gilt grundsätzlich auch heute. „Daseinssorge“ sage ich, weil sie umfassender ist als bloße Daseinsvorsorge.

Ich unterstelle zum anderen, dass es einen „Sparzwang“ bezogen auf Daseinssorge wirklich gibt, und verzichte an dieser Stelle auf die vielen beliebten Überlegungen, wonach eines der reichsten Länder der Welt bei richtiger Ressourcenverteilung gar nicht sparen müsste. Da man – im Gegenteil – gut beraten ist, auch den schlimmsten Fall für möglich zu halten, lasse ich sogar gelegentlich die Frage zu, was denn wäre, wenn wir in 30 Jahren nur die Hälfte des Finanzvolumens für Gesundheit und Soziales zur Verfügung hätten, zumal dieser Fall nicht so abwegig ist: er wäre etwa schon dann gegeben, wenn wir die Zunahme der Alterspflegebedürftigen weiterhin, wie bisher, nur mit der Zunahme der Heimplätze beantworten würden.

Aber auch sonst gibt es gute Gründe, von der Gegebenheit eines Sparzwanges auszugehen. Man muss nur einmal die Frage stellen, warum das

Gesundheits- und Sozialsystem der Moderne über 100 Jahre, nämlich von 1880 bis 1980, ganz gut funktioniert hat, jetzt aber nicht mehr? Dann kommt man darauf, dass in den Jahrhunderten bis zu den Sozialgesetzen von 1880 das überdurchschnittliche Helfen im Wesentlichen über die Solidarität der Bürger in Form der gegenseitigen Gabe von Zeit erfolgt ist, und zwar in kommunaler Organisation. Mit den Sozialgesetzen stellten die Bürger ihre Solidarität von der Gabe von Zeit auf die Gabe von Geld (Steuern/Beiträge) um, nunmehr aber in staatlicher Organisation. Grundlage dafür war es, dass im 19. Jh. das Arbeiten, das bis dahin überwiegend im eigenen Haushalt erfolgte, nun zwecks Steigerung der Produktivität in Fabriken, später Büros, ausgelagert wurde, weshalb die überdurchschnittlich hilfsbedürftigen Haushaltsmitglieder nun tagsüber alleine waren, was deren Auslagerung in flächendeckende Systeme sozialer Institutionen sowie die Professionalisierung des Helfens notwendig machte. So wurde aus dem menschheitsgeschichtlichen bürger-zentrierten Helfen, als kommunaler Lastenausgleich organisiert, nun das profi-zentrierte Hilfesystem, als Ergebnis staatlicher Verteilungsgerechtigkeit. Dieses System der Moderne brachte also für den einzelnen Bürger über den Produktivitätszuwachs einen wesentlich höheren Lebensstandard, eine geregelte Gesundheitsversorgung und über den Freikauf vom Helfen einen dramatischen Freiheits- und Selbstbestimmungsgewinn, was auch den Begriff „Freizeit“ erstmals denkbar machte.

Was hat sich nun seit 1980 geändert? Ich beschränke mich hier auf drei einschneidende Veränderungen:

1. Seit etwa 1980 haben wir kein nennenswert großes ökonomisches Wachstum mehr, an das wir uns aber über 100 Jahre gewöhnt hatten, um neue Bedürfnisse regelmäßig bedienen zu können; die großen Wachstums-sprünge finden jetzt in China statt.
2. Während es zwar immer schon chronisch Kranke und Alterskranke im Einzelfall gegeben hat, sind dank des medizinischen Fortschritts daraus im Laufe des 20. Jh. menschheitsgeschichtlich erstmals immer größer werdende und hilfsintensive Bevölkerungsgruppen geworden, die beide zusammen heute bereits die Hälfte des Hausarztklientels ausmachen. Es gibt jetzt die neuen menschlichen Seinsweisen des Chronisch-krank-Seins und

des Alterskrankseins, was die Gesellschaftsstruktur derart durcheinander bringt, dass wir noch lange brauchen werden, um uns daran zu gewöhnen. Und auch die Behinderten nehmen sich inzwischen heraus, älter zu werden.

3. Schließlich ist das Gesundheitssystem dazu übergegangen, sich nicht mehr auf sein Kerngeschäft der Krankheitsbekämpfung zu beschränken, sondern an die unendliche Steigerbarkeit von Gesundheit zu glauben und dafür ebenso unendlich steigerbare Kosten zu verursachen; das System, das wir daher neuerdings fahrlässig „Gesundheits“-System nennen, ist dadurch buchstäblich unersättlich geworden, obwohl jeder wissen kann, dass Gesundsein in Wirklichkeit weder herstellbar noch steigerbar ist, dass gesundheitsbewusstes Leben schon nicht mehr gesund ist, weil Gesundsein vielmehr das selbstvergessene Weggegebensein an die Vollzüge seines Lebens bedeutet (Gadamer 2002).

Wenn man nun aus all diesen Gründen seit 1980 vom Staatsversagen spricht, hätte nach der 3-Sektoren-Lehre, wonach die Gesellschaft aus Staat, Wirtschaft und Bürgern besteht, der Sozialstaat die Möglichkeit, die Verantwortung für Gesundheit und Soziales an den Markt oder an die Bürger zu delegieren. Der Regierungsberater Karl Lauterbach spricht daher auch gern davon, dass die bisherigen Reformen nicht recht greifen, weil den Bürgern die Entscheidung der Grundsatzfrage vorenthalten wird, ob künftig Gesundheit und Soziales im Kern weiterhin solidaritäts- oder stattdessen markt-gesteuert sein soll. Gleichzeitig werden jedoch fortlaufend Fakten geschaffen; denn seit 1980 führen alle Gesundheits- und Sozialgesetze scheinbar immer mehr Marktinstrumente ein, gerahmt von der globalisierungsbedingten Selbstverpflichtung aller europäischer Staaten, wie etwa der GATS-Richtlinie, wonach sämtliche Dienstleistungen, also auch Gesundheit und Soziales, ebenfalls scheinbar zu privatisieren und dem weltweiten freien Handel auszusetzen sind, was dem Ausverkauf der europäischen Tradition der Solidaritätssteuerung des Helfens gleichkäme.

Nun reichen 25 Jahre zunehmender Vermarktlichung des Sozialen zur Rechtfertigung meiner *1. These*: Das Gesundheits- und Sozialwesen, das heißt die gesellschaftliche Organisation des Helfens, ist, von Teilbereichen abgesehen, im Kern nicht marktfähig.

Denn einmal zwingt das rein betriebswirtschaftliche Betreiben der Unternehmungen über den Wettbewerb alle zu ständiger Expansion, was sich kostentreibend auswirken muss; die Umsteuerung von der Krankheitsbekämpfung auf die Gesundheitssteigerung ist eines von vielen schlagenden Beispielen dafür.

Während zum anderen der kategorische Imperativ des Sozialen und der Solidarität von mir verlangt, stets vom chancenlosesten Letzten her zu denken, befiehlt das Gesetz des Marktes, die jeweils Chancenreichsten – ebenfalls kosten treibend – zu begünstigen. Wie weit wir Sozialprofis uns dieses Marktdenken bereits zu Eigen gemacht haben, kann ich am glaubwürdigsten an meinem eigenen psychiatrischen Tätigkeitsbereich darstellen: Während wir unter Hinweis auf die bedauernswerte Lage gerade der chronisch psychisch Kranken in den letzten Jahrzehnten den Kommunen, und damit den Bürgern, Milliarden für immer neue gemeindepsychiatrische Institutionen und attraktive Arbeitsplätze aus der Tasche gezogen haben, ist dies in Wirklichkeit überwiegend nur den weniger kranken psychisch Kranken zugute gekommen; denn gleichzeitig ist für die chronisch psychisch Kranken vom ersten Tag der Psychiatriereform an kontinuierlich bis heute die Zahl der Heimplätze, also die Institutionalisierungsquote, nicht gesunken, sondern gestiegen. Ähnliches gilt für die geistig Behinderten. So ist ein stationär-ambulantes Doppelsystem entstanden, von dem niemand bestreitet, dass dies für mindestens je die Hälfte der Nutzer nicht erforderlich, vielmehr als Überversorgung eher schädigend sei. Wir haben also mit Erfolg unsere Psychiatriereform als einen Wechsel von einem institutions- zu einem person-zentrierten Konzept (der Patient steht im Mittelpunkt) verkauft; tatsächlich war es aber eher ein Wechsel zu einem profi-zentrierten Konzept, unter betriebs-, nicht volkswirtschaftlicher Federführung. Zwar durchaus nicht alle, aber die meisten Sozialprofis werden, wenn sie selbstkritisch zur Nestbeschmutzung bereit sind, in ihrem Arbeitsbereich auf ähnliche Beispiele stoßen.

Aus solchen Gründen wird drittens die in der Produktionswirtschaft hilfreiche Marktsteuerung bei ihrer verfehlten Übertragung auf den Sozialbereich ebenso gesellschafts- wie gesundheitszerstörend, weil sie (solidarische) Bindungen der instrumentellen Vernunft opfert und weil sie somit hilfsbedürftige Menschen mit Sachen, Kunden oder Waren verwechselt. Eine Ge-

sellschaft ist vielmehr nur dann funktionsfähig, wenn sie über einen markt- ebenso wie über einen solidaritäts-gesteuerten Bereich verfügt - jedoch getrennt voneinander.

Daher meine 2. *These*: Die gesellschaftliche und konkret kommunale Organisation *aller* (informellen wie formellen) Hilfen kann im Kern nur solidaritäts-gesteuert sein. Man kann vom staats-zentrierten nicht zum markt- oder profi-zentrierten, sondern nur zu einem bürger-zentrierten Konzept kommen – in Organisation der kommunalen Selbstverwaltung. Denn:

1. Menschheitsgeschichtlich war das Helfen stets das solidarische Haften der Bürger füreinander als Gabe von Zeit (mit Ausnahme der letzten 100 Jahre). Dies funktionierte – um allen Sozialromantik-Vorwürfen zuvorzukommen – immer nur recht und schlecht. Weil nämlich kein Mensch aus freien Stücken gut ist, kann man nur gegen seinen gesund-egoistischen, willkürlichen Willen, also wider-willig und zähneknirschend helfen, weil es keine Alternative gibt und (moralische) Freiheit auch die Einsicht in die Notwendigkeit ist.

2. Auch während der 100 Jahre der sozialen Moderne 1880-1980 funktionierte die bürgerliche Basis-Solidarität der Zeit-Gabe zumindest für den Nahbereich. Auch jetzt noch wird sie nur da, wo die Kompetenz der Bürger an Grenzen stößt, *ergänzt* durch die technische Kompetenz der Sozial- und Gesundheits-Profis, nun bezahlt durch die Geld-Solidarität der Bürger. Wie auch wäre es sonst verständlich, dass selbst heute noch 70% der Alterspflegebedürftigen von ihren Angehörigen, mit und ohne ambulantem Pflegedienst, versorgt werden.

3. Die beliebtesten Gegenargumente hiergegen sind mit den Ergebnissen der empirischen Geschichtsforschung leicht zu entkräften: Denn – mit Ausnahme der ländlichen und städtischen Oberschichten – waren die Haushalte in früheren Zeiten ähnlich klein wie heute, auch ähnlich brüchig und ähnlich mobil; selbst Singles gab es früher kaum weniger. Und dass bei der Bürger-Zentrierung des Helfens (übrigens auch bei der Profi-Zentrierung) die Frauen einen Vorsprung haben, liegt an der menschheitsgeschichtlichen Dauer dieser Übung, die sich, auch wenn wir das heute mit Überzeugung ändern wollen, nur langsam verschieben lässt.

4. Es ist nur menschlich, dass wir erst heute, seit wir in der Kostenkrise sitzen, nicht nur die Vorteile der Erfolgsstory der Moderne wahrnehmen können, sondern auch die Nachteile. Ich beschränke mich nur auf zwei nachteilige Komplexe. Einmal benötigten die Bürger, weil sie nur widerwillig solidarisch sein konnten, immer schon zumindest vier solidaritätsstabilisierende Institutionen: den Haushalt, die Nachbarschaft, die Kirchengemeinde und die Kommune. Seit der Umstellung der Solidarität von Zeit auf Geld verloren gerade diese Institutionen an Funktion und damit an Autorität. Sie waren die Verlierer der Modernisierung, was aber auch insgesamt zur Labilisierung der Gesellschaft beitrug. Wenn etwa die Institution des Haushalts das Arbeiten an die Fabriken, später Büros, das Helfen an die sozialen Institutionen sowie das Erziehen und Bilden an das Schulsystem, somit an externe Institutionen abtreten musste, blieb für den Rest, den man erst jetzt „Familie“ nannte, als Aufgabe kaum noch mehr als die Kultivierung intimer Gefühle, was seither nur zu steigendem Psychotherapiebedarf führen konnte. Spätestens seit den 1968er Jahren wurde sie nur noch als Auslaufmodell gehandelt – mit allen gesellschaftsschädigenden Folgen. Ähnlich entwickelte sich der Stellenwert der Kommune. Schon dadurch, dass sie die Verantwortung gerade für ihre schwierigsten Bürgergruppen (Behinderte, psychisch Kranke, Alterspflegebedürftige) an eine höhere Instanz abtrat, konnte sie sich zwar entlasten, verlor aber auch an Funktion und Autorität; sie konnte nicht einmal mehr ihre zentrale Aufgabe der Daseinsorge für *alle* Bürger für sich beanspruchen – auch dies mit Auswirkungen auf alle anderen Perspektiven bürgerlicher Selbstverwaltung. Entlastungen und Entlastungsangebote sind eben stets ein gemischtes Vergnügen: leicht passiert es, dass man aus subjektiver Freude über den Freiheitsgewinn den objektiven Verlust an moralischer wie finanzieller Bedeutung nicht mal mehr merkt; entsprechend desolat verläuft heute das Finanzgerangel zwischen Bund, Ländern und Gemeinden. Bedeutung ist aber nicht ohne Gewicht und dieses nicht ohne Last zu haben. Wenn also bürgerchaftliche Selbstverwaltung und Bürgergesellschaft nicht leere Worte bleiben sollen, wie der Markt sich das wünscht, kommen die Kommunen um Wiederbelastungsstrategien nicht herum. So können wir für die Postmoderne gerade nicht von der Moderne, sondern nur von der Vormoderne lernen, natürlich zeitgemäß modifiziert.

Glaubwürdig und mit Aussicht auf Erfolg können die Kommunen dies nur, wenn sie dabei mit dem Wiederernstnehmen ihrer vornehmsten Aufgabe, der Daseinsorge für *alle* Bürger, beginnen und wenn sie ihre Lastenausgleichsfunktion so wahrnehmen, dass sie realisieren, dass die Bürger in der Postmoderne, also spätestens seit 1980, ihre Solidarität nicht mehr nur durch ihre Gabe von Geld, sondern auch wieder durch ihre Gabe von Zeit tätigen müssen, weil die einzige Alternative hierzu die restlose Vermarktlichung des Sozialen wäre. Diese These ist weniger steil, als man denkt, wie ich noch zeigen werde. Wie uns vor allem die Skandinavier vorgemacht haben, sind hierfür die gemeindepsychiatrischen Konzepte wie Normalisierung, Deinstitutionalisierung, Inclusion und vor allem community care durchaus einschlägig. Notwendig hierfür ist aber auch die zeitgemäße Wiederbelebung der solidaritäts-stabilisierenden Institutionen, egal, ob es dabei um die Tragfähigkeit der Haushalte/Familien geht, damit Jugendliche sie – nebenbei – auch wieder ernst nehmen können; ob Städteplaner durch Verdörflichung der Städte und Rückführung der Segregation der sozialen Schichten die Voraussetzungen für die Wirksamkeit von Nachbarschaft verbessern oder ob die Kirchengemeinden für ihr Überleben nur dann eine Chance haben, wenn sie die Zuwendung zu Gott und die Zuwendung zum anderen Menschen wiedervereinigen, indem sie die im 19. Jh. zweckrational an die großen Anstalten abgetretene diakonische Funktion wieder in ihr kleines Territorium zurückholen. All dies zu organisieren, ist ab jetzt die Verantwortung der Kommune, wenn sie das Organ der Selbstverwaltung der Bürger bleiben oder wieder werden will.

Es spricht für die bisherige Beweisführung, dass derselbe Modernisierungsprozess auch in der Brust und im Kopf jedes einzelnen Bürgers neben den auf der Hand liegenden Vorteilen auch die genau analogen schädigenden Nachteile bewirkte: Anstelle des früheren Spannungsfeldes zwischen gesund-egoistischer Selbstbestimmung einerseits und der gleichermaßen vital notwendigen, wenn auch lästigen Hilfe für Andere, der Bedeutung für Andere andererseits, schien seit Beginn der Moderne die letztere Belästigung durch Andere zunehmend zu entfallen. So konnte jeder einzelne Bürger auf den für ihn erfreulichen Gedanken kommen, es gebe jetzt nicht mehr die kontroverse Spannung zwischen diesen beiden Normen, sodass er sich jetzt nur noch an der einen Norm der unendlich zu steigernden Selbstbestimmung zu orientieren habe, was – nebenbei – zu-

gleich nahe legt, warum der selbstbestimmungs-orientierte Markt allein die hinreichende Steuerung für alle sozialen Beziehungen beanspruchen konnte. Auch hier lernen wir erst als Folge der jetzigen Krise allmählich und höchst ungern wahrzunehmen, dass die mit der Modernisierung einhergehende Entlastung von Lasten zwar in der Tat – von einer Überlastung ausgehend – bis zu einem Optimum segensreich war, das jedoch das nur zu verlockende Anstreben eines Maximums der Entlastung wieder krankmachend sich auswirken kann – und dies auf zwei Ebenen. Auf der körperlichen Ebene werden nämlich heute fast alle großen Zivilisationskrankheiten nicht mehr – wie früher – durch Überlastung, sondern eher durch körperliche Unterlastung begünstigt, was uns zu neuen, künstlichen und ebenfalls kostspieligen Wiederbelastungsprogrammen zwingt. Verblüffenderweise scheint dieser Effekt auf der psychosozialen oder moralischen Ebene ähnlich zu sein: Auch hier wirkt die Entlastung von Überlastung zunächst befreiend, während der nachfolgende Umschlag der Überlastung in die Unterlastung zur Folge hat, dass bei zu wenig Bedeutung für Andere, bei zu wenig Belastung durch Andere die Auslastung nicht mehr stimmt und dass Gesundsein als selbstvergessenes Weggegebensein an die Vollzüge seines Lebens nicht mehr möglich ist, so dass auch hier jeder einzelne Bürger über behutsam kalkulierte Wiederbelastungen nachzudenken, sich genötigt sieht; wie auch die Bibel (Gal. 6, 2) meint, dass einer weniger die eigene, sondern besser des Anderen Last trage – schon der Gesundheit wegen.

Zum Abschluss der Begründung dieser zweiten These vielleicht noch der Hinweis: selbst wenn alle Argumente falsch wären, bliebe das Faktum der zwar nicht für alle Gruppen, aber statistisch für alle Bürger zunehmenden „freien“ Zeit (kann es nicht nur negativ, sondern auch positiv „freie“ Zeit geben?) als einzige brachliegende Ressource für die derzeitige Kostenkrise des Helfens. Dies führt zur

3. *These*: Es gibt zunehmend Anzeichen dafür, dass die Bürger selbst bereits zu einer neuen, solidaritäts-gesteuerten, selbstverwalteten, bürgerzentrischen Bewegung längst unterwegs sind. In dem Maße, wie das stimmt, wäre es eine besonders reizvolle Aufgabe der Kommune, solche noch so bescheidenen Ansätze seismographisch aufzuspüren, sie zu fördern und – im Sinne des Lastenausgleichs – zu organisieren.

Dazu ein heterogener, pluralistischer und phantasieanregender Blumenstrauß solcher Bewegungskeimlinge:

1. Erst seit zwei Jahrzehnten steigt jedes Jahr – den angeblichen Zeitgeist widerlegend – die Zahl der Freiwilligen-Bürger, die sich gerade auch im Sozialen engagieren wollen. Aus der ersten Welle Mitte der 80er Jahre ist inzwischen ein fast flächendeckendes System ambulanter Hospize geworden, immerhin mit dem Ziel, den Fehler der Moderne, der Institutionalisierung des Sterbens in Kliniken und Heimen, zu korrigieren, das Sterben wieder lebensweltlich erfahrbar zu machen. Heute wollen Freiwillige vor allem alleinstehenden Alterspflegebedürftigen dienen, haben also intuitiv erkannt, wo künftig die größten Probleme liegen.

2. In Baden-Württemberg haben die Landratsämter und auch viele Bürgermeisterämter Bürgerbüros, in denen u. a. diskutiert wird, welche kommunalen Aufgaben wieder unmittelbar an die Bürger zurückfallen können.

3. Hunderte Nachbarschaftsvereine nur aus den letzten 20 Jahren dokumentieren das bürgergesellschaftliche Bestreben, die Globalisierung mit einer entgegengesetzten Bewegung der Regionalisierung und Lokalisierung auszugleichen. Hier revitalisiert sich die Institution der Nachbarschaft, deren Funktionsgeheimnis ohnehin immer darin bestanden hat, dass ein Bürger, wenn er von der Zuständigkeit für das Elend des Restes der Welt sich freigesprochen sieht, sein Engagement für den Nahbereich, ob er will oder nicht, vervielfacht. Es lohnt heute also wieder die Erinnerung an das Gesetz, dass die kleinste tragfähige soziale Einheit für überdurchschnittlichen Hilfsbedarf nie der Haushalt allein, sondern stets „Haushalt + Nachbarschaft“ gewesen ist, wenn auch heute zunächst noch im Widerstreit mit dem ja auch kostbaren Modernisierungsgewinn der gesteigerten Selbstbestimmung.

4. Ich würde den Mund nicht so voll nehmen, wenn ich nicht selbst in Gütersloh erfahren hätte, dass es für eine Stadt und einen Landkreis möglich ist, die Bürger im Allgemeinen in Nachbarn umzuwandeln; denn die kommunale Integration sämtlicher 435 chronisch psychisch Kranker und verhaltensgestört behinderter Anstalts- und Heimbewohner konnte nur dadurch gelingen, dass der überwiegende Teil der für sie notwendigen Bezie-

hungsarbeit von den bezahlten Profi-Schultern um etwa die Hälfte kosten-senkend auf die unbezahlten Bürger-Schultern umgelagert wurde. Solche Bürger verrieten ihre (natürlich widerwillige) Nachbarschaftsmentalität nach 15 Jahren Gewöhnung etwa so: „Behinderte interessieren mich an sich nicht; aber dies hier sind ‚unsere‘ Behinderten, für die bin ich bereit, einige lästige Lasten in Kauf zu nehmen“. Voraussetzung hierfür war es, dass wir Profis die narzisstische Kränkung ertrugen, uns von den Bürgern beibringen zu lassen, nicht mehr profi-zentriert, sondern bürger-zentriert zu denken und in den Sprachen der verschiedenen Subkulturen der Kom-mune zu sprechen, so wenn wir die Gemeinde als Schulgemeinde systema-tisch einbezogen oder die Wirtschaftsgemeinde durch regelmäßige Auslo-bung eines „Sozial-Oscars“ an einen integrations-mutigen Unternehmer wertschätzten.

5. Erst in den letzten Jahren erleben wir einen Boom an Bürgerinitiativen zur Schaffung „ambulanter“, stadtviertel-bezogener Wohngruppen oder Haushaltsgemeinschaften für Alterspflegebedürftige, besonders „Demen-te“, die nicht teurer, künftig eher billiger, dafür zuwendungsintensiver und vor allem vertrauter sind als konventionelle Altenpflegeheime. Anstelle des nicht mehr funktionsfähigen bisherigen zwei-poligen Hilfesystems für De-mente – eigene Wohnung oder Pflegeheim – stellen sie die erste alltags-wirksame Antwort auf die Frage nach einem „dritten Weg“ dar, in Träger-schaft und unter Dienstteilhabe der Bürger als Angehörige, Freunde, Nachbarn. Von jetzt an werden solche oder ähnliche an die Postmoderne adaptierten „Altenteile“ zur Kultur jedes Viertels oder jeder Dorfgemein-schaft gehören – wie früher die Kindergärten. In Bielefeld gibt es eine Ver-einbarung mit dem wichtigsten Heimträger, Heimplätze Zug um Zug durch solche ambulanten Haushaltsgemeinschaften zu ersetzen.

6. Auch Hausärzte denken zunehmend bürger-zentriert, wenn sie ihre Ver-antwortung auf ein Territorium beziehen, u. a. bestehend aus Bürgern, die Hilfe brauchen, und aus Bürgern, die Helfen brauchen, bei denen sie ein Defizit an Bedeutung für Andere diagnostizieren, um dann überlastete und unterlastete Patienten miteinander zu „verkuppeln“. Hier findet Re-Kom-munalisierung der Medizin praktisch statt, was immerhin daran erinnert, dass die Ärzte ihre Selbstverwaltung ursprünglich im 19. Jh. in Form loka-ler Ärztevereine und im Dienst bürgerlicher Solidarität organisiert hatten,

bis diese Bewegung von unten mit den Sozialgesetzen ab 1880 durch eine Problemlösung von oben ersetzt wurde.

7. In Minden haben vor 15 Jahren 80 Bürger zu Beginn des dritten Lebensabschnittes beschlossen, den Mitbürgern eines Stadtteils im 4. Lebensabschnitt auf Wunsch die Heimeinweisung ersparen zu wollen, was ihnen auch weitgehend gelungen ist. Jetzt sind sie selbst im vierten Lebensabschnitt, und es ist noch offen, ob es ihnen gelingt, den Ball an die jetzt Jüngeren weiterzuspielen und damit eine Tradition anzustiften.

8. Im bayerischen Landkreis Schwandorf hat sich in den letzten Jahren – geradezu modellhaft – ein dreistufiges, nicht profi-, sondern bürgerzentriertes Hilfesystem entwickelt: Auf der ersten Stufe ist fast ein Viertel der 80.000 Einwohner in 40 lokalen Krankenpflegeheimen, angelehnt an die Kirchengemeinden, organisiert, für die unbezahlte Hilfe im Nahbereich und über Beiträge für die Mit-Finanzierung der anderen Stufen. Auf der zweiten Stufe gibt es vier Vereine für solche Bürger, die sich darüber hinaus von den Profis in Grundpflege und ähnlichen Dienstleistungen fortbilden lassen und dafür Geld nehmen, womit diese Bürger einen Teil der Aufgaben und damit ihrer eigenen Sozialgelder, die bisher an das Profisystem verausgabt waren, zu sich zurückholen; diese Bürger – als Zuverdienen – sagen sich zum Teil bewusst: „Unsere Sozialgelder sollen wieder in unser Dorf zurückfließen“. Und auf der dritten Stufe können nun die vier ambulanten Profi-Pflegedienste ihren jetzt verkleinerten Aufgabenbereich, wieder beschränkt auf ihre Kern-Kompetenz, besser bewältigen und ihr Ziel, alle Pflegeheime zu verüberflüssigen, anstreben. Dabei ist es deren Mitarbeitern im Sinne eines Lastenausgleichs mit den Bürgern selbstverständlich, dass sie, nunmehr auch selbst als Bürger, ein paar unbezahlte, freiwillige Wochenstunden dem Gesamthilfesystem beisteuern.

Für einen Großstadtbereich wie Essen-Gladbeck ist es – ähnlich – gelungen, als Angebot an alle Bürger ein „Bürgerjahr“ unter Bezahlung des Existenzminimums zu realisieren.

Wollte man solche bürger-zentrierten Beispiele verallgemeinern, käme man zu einem Gesamthilfesystem, das ausgeht von den Bürgern, die im erweiterten Nahbereich Zeit geben, und den Bürgern, die zwar auch Zeit geben,

für einfachere Dienste und Techniken, die bisher professionalisiert waren, kostengünstiger aber Geld, das sie ohnehin zahlen, wieder zurückholen, sodass für das ja auch von den Bürgern bezahlte Profi-System nur noch für ihre Kern-Kompetenz ein verkleinerter Aufgabenbereich mit einem verringerten Finanzvolumen übrigbleibt, sodass dann die wirklichen Fortschritte insbesondere in der Medizin, die zudem deutlich seltener sind, als das jeweilige Marketing behauptet, leichter bezahlbar sind.

9. Schließlich hat auch der Gesetzgeber sich durch solche Elemente eines neuen bürger-zentrischen Paradigmas dazu bewegen lassen, wenigstens schon mal im neuen Kinder-Jugend-Hilfe-Gesetz eine gleichsinnige Regelung vorzuschreiben: Es ist dies das Konzept des „Sozialraumbudgets“, wodurch alle für einen Stadtviertel-Sozialraum zuständigen öffentlichen und freien Mitarbeiter als Team berechtigt sind, gemeinsam nicht nur über die ambulanten und stationären Hilfen zu entscheiden, sondern auch über einen eigenen Budget-Anteil zu verfügen, der nur dazu bestimmt ist, bürger-schaftliche Ressourcen zu mobilisieren und den jeweiligen städtischen oder ländlichen Sozialraum integrationsfreundlicher zu machen, was u. a. dazu führen kann, die Selektion schwieriger Schüler aus der Schule und damit der Kommune – mitverantwortlich für unsere schlechten PISA-Ergebnisse – unwahrscheinlicher zu machen.

Ein solches bürgerzentrisches Sozialraumbudget wäre auf möglichst alle anderen sozialen Hilfebereiche gesetzlich auszuweiten. Dann könnte man etwa auch das spezialistisch ausgeuferte Beratungswesen in der Zuständigkeit für einen Sozialraum entspezialisieren, wobei für die jeweilige Spezialisierung ein Spezialist im Hintergrund ausreicht. Ein ambulanter Pflegedienst könnte alles pflegen, was es in einem Sozialraum gibt (auch hierfür reicht ein abrufbarer Spezialist im Hintergrund), womit die Pflegenden keine Wege-Hetze mehr hätten. Und die niedrighschwelligen Angebote wie Tagesstätten, Begegnungszentren und Zuverdienstfirmen könnten anteilig ent-professionalisiert und an die Bürger zurückgegeben werden.

Wenn die Kommune so bürger-zentrisch ihre Daseinssorge und damit das Helfen als Lastenausgleich organisiert, wie dies menschheitsgeschichtlich ohnehin vorgesehen ist, würde sie nicht nur Kosten sparen, sondern auch Verwaltungsaufwand und bürokratische Fremdkontrolle verringern, sie

würde auch den sie in ihrer Existenz gefährdenden Marktanspruch aushebeln, die auf ihr Kerngeschäft reduzierten Profis mit Autorität und damit Wirksamkeit anreichern, dem Gesundsein sowohl der überlasteten als auch der unterlasteten Bürger dienen und über die Stärkung der solidarischen Bindungen die gesamte Kommune verlebendigen. Es scheint mir, dass dies der Weg der Zukunft ist.

Literatur

GADAMER, H.-G.: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt 1996.



Suizidprävention im Alter

Norbert Erlemeier

1. Problemaufriss

Alle 47 Minuten nimmt sich in Deutschland ein Mensch das Leben. Die Zahl der Suizidtoten (11.150) übertrifft 2003 die der Verkehrstoten (6.613) um 40%, bei den über 65jährigen gar um 62% (3.532 zu 1.329).

41% der Suizidtoten waren 2003 60 Jahre und älter. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung betrug 24%. Jede zweite tödliche Suizidhandlung bei Frauen wurde von einer über 60jährigen ausgeführt. Alte Menschen sind vom Suizid besonders betroffen, junge Menschen von Suizidversuchen. Deren Zahl wird auf mindestens 100.000 im Jahr geschätzt. Alle 5 Minuten wird bei uns ein Suizidversuch ausgeführt. Das sind Fakten, die uns aufrütteln müssen.

Die Suizidgefährdung alter Menschen wird in der Öffentlichkeit unterschätzt und kaum wahrgenommen. Dafür gibt es mehrere Gründe:

1. Der tödliche Ausgang vieler Suizidhandlungen im Alter spricht für die geringe Wirksamkeit von Krisenhilfe und Therapie in der Erreichung alter Menschen.
2. Die geringe Nutzung von Hilfeeinrichtungen durch alte Menschen rückt sie aus deren Blickfeld. Diese Einrichtungen sind stärker auf jüngere Menschen ausgerichtet.
3. Suizide sind angesichts häufigerer Todesursachen im Alter eine seltene Todesursache. Sie werden deshalb in Prävention und Gesundheitspolitik vernachlässigt.

4. Suizide werden übersehen, weil sich andere Altersprobleme, als Folge der demografische Alterung in den Vordergrund schieben, z.B. Fragen der Alterssicherung und Pflegekosten.
5. Alterssuizide erfahren eine höhere Akzeptanz als Suizidhandlungen junger Menschen, gefördert durch Begriffe wie Freitod, Bilanzselbstmord, die die Entscheidung zum Suizid im Alter zu plausibilisieren scheinen.
6. Diese höhere Akzeptanz ist Ausdruck eines negativen Altersbildes. Altersdefizite werden einseitig überbetont. Die Folge? Alten Menschen wird eher als jüngeren das Recht zugestanden, ihrem Leiden am Alter selbst ein Ende zu setzen.

Angesichts dieser genannten Gründe erscheint der Alterssuizid in der Öffentlichkeit als *marginales Problem*. Das Interesse an ihm ist bisher in Wissenschaft, Politik und Medien eher schwach ausgeprägt. Fortbildungsveranstaltungen, Aufklärungsinitiativen sowie das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland tragen dazu bei, dass die Suizidgefährdung alter Menschen stärker ins Blickfeld der Öffentlichkeit gerückt wird.

2. Zahlen und Trends

2003 nahmen sich 11.150 Personen in Deutschland das Leben, davon 73% Männer und 27% Frauen. Von allen Altersgruppen weisen die über 65jährigen, darunter besonders die über 75jährigen Männer die höchsten *Suizidziffern* in der Bevölkerung auf. Die Suizidziffern steigen mit dem Alter erheblich an, besonders bei den alten Männern.

Zuverlässige *Suizidversuchsziffern* liegen seit einigen Jahren aus einer WHO-Studie über Suizidversuche in 13 Ländern Europas vor. Sie sprechen gegenläufig zu den Suizidziffern für eine Abnahme mit zunehmendem Alter. Bevorzugte „weiche“ Methoden bei Suizidversuchen sind „Vergiftung“ und „Schneiden“.

Über die Verbreitung von *Suizidgedanken* im Alter ist noch weniger bekannt als über Suizidversuche. Die Berliner Altersstudie von 1996 bei Hochaltrigen lieferte einige Informationen: 17% der Teilnehmer zeigten Anzeichen

von Lebensmüdigkeit, 5% wünschten sich den Tod und 0,5 –1,0% berichteten von Suizidversuchen. Bei allen Anzeichen von Suizidalität ergab sich ein Anstieg mit dem Lebensalter.

Suizidhandlungen im Alter verlaufen viel häufiger tödlich als in anderen Altersgruppen, abzulesen an der Wahl der Selbsttötungsmethoden. Es handelt sich vor allem um „harte“ Methoden wie Erhängen, Erdrosseln und Erschießen als Beleg dafür, dass Suizidhandlungen im Alter oft mit stärkerer Selbsttötungsabsicht ausgeführt werden. Dies gilt besonders für alle Männer, aber auch für Frauen, die mit zunehmendem Alter häufiger zu harten Methoden greifen.

Suizidhandlungen im Alter, so kann man schließen, sind seltener als Hilfeappell an die soziale Umwelt zu verstehen, sondern eher als letzter Ausweg aus einer hoffnungslosen und verzweifelten Lebenslage, die der Kontrolle entglitten ist und subjektiv keine Besserung mehr verspricht.

Alle empirischen Anzeichen sprechen eindeutig für ein erhöhtes Suizidrisiko alter Menschen, besonders ausgeprägt bei alten Männern.

Zwischenbilanz: Die empirischen Daten lassen das erhöhte Suizidrisiko bei alten Menschen, besonders bei über 75jährigen, erkennen. Suizidhandlungen im Alter werden meistens mit einer finalen Tötungsabsicht ausgeführt. Sie sind weniger als Hilfeappell an andere zu verstehen, sondern vielmehr als „letzter Ausweg“ aus einer hoffnungslosen Problemlage, vielleicht auch als „Befreiungsakt“ von unerträglichen Lebenszumerungen, besonders körperlich-seelischen Leiden.

Beunruhigend ist allerdings der Zwiespalt zwischen erhöhter Suizidgefährdung bei alten Menschen auf der einen und ihrer geringen Inanspruchnahme von Krisendiensten und psychotherapeutischen Hilfen auf der anderen Seite. Diese Diskrepanz gibt Anlass, Suizidprävention bei alten Menschen mit Nachdruck zu verbessern (Erlemeier 2001).

3. Epidemiologie – Risikofaktoren

Eine verbindliche Rangordnung der Risikofaktoren des Alterssuizids lässt sich nicht aufstellen. Dagegen spricht die *Multikausalität* suizidaler Entwicklung, die aus einem komplexen bio-psycho-sozialen Modell zu erklären ist. Im Einzelfall wirken mehrere Belastungsfaktoren lebensgeschichtlich zusammen. Sie verdichten sich, wenn keine Möglichkeit der Bewältigung mehr gesehen wird, zu einer schweren Krise. Meistens haben Hoffnungslosigkeit und Sinnverlust den Willen zum Leben geschwächt. Eine Antwort auf ungelöste Existenzfragen wird nicht mehr erwartet.

Ein *Beispiel* soll die Multikausalität verdeutlichen: Eine 81jährige Frau, allein lebend, mit chronischer, aktuell zugespitzter Depression, die bereits einen Suizidversuch ausgeführt hat, leidet außerdem unter sehr schmerzhaften arthritischen Gelenkveränderungen. Sie klagt: „Wenn die Schmerzen nicht da sind, kommt die Stimmung von selbst. Sonst ist alles so hoffnungslos, dass ich nicht mehr leben möchte.“ (Nach Wächtler 2001).

Suizidforscher sind sich einig, dass Menschen, die Schluss machen wollen, unter einer extremen *Einengung* ihrer Lebenschancen leiden und ganz selten aus freien Stücken einen Schlusstrich ziehen. Deutlich wird in diesem Beispiel der Einfluss der psychischen und somatischen Beschwerden auf die Befindlichkeit, besonders die Unerträglichkeit der Schmerzen. Das Alleinleben erschwert zusätzlich die allgemeine Situation. Weitere Risikofaktoren für Suizidhandlungen sind frühere Suizidversuche.

Bei Suizidhandlungen im Alter lassen sich grob *drei Verursachungsbereiche* unterscheiden:

- Psychische Erkrankungen, vor allem Depressionen und Anpassungsstörungen;
- körperliche Erkrankungen, oft in Begleitung mit chronischen und schmerzhaften Leiden, die keine Besserung versprechen;
- Soziale Beziehungsprobleme und interpersonale Konflikte. Nicht zu unterschätzen sind auch Suchterkrankungen, besonders Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, in Verbindung mit anderen Belastungsfaktoren.

Psychische Erkrankungen

Weltweit werden in der Psychiatrie *depressive Erkrankungen* als eine der Hauptursachen für Suizidhandlungen diagnostiziert. Menschen, die an einer schweren Depression leiden, stehen unter einem besonders hohen Suizidrisiko. Nach Wolfersdorf (1992, S. 222) ist die Depression „*die tödlichste aller psychischen Erkrankungen*“, das gilt weitgehend unabhängig vom Lebensalter. Depressionen sind – oft in Verbindung mit somatischen, kognitiven und sozialen Defiziten – der zentrale Gefährdungsfaktor für suizidales Denken und Verhalten.

Beziehungsprobleme, soziale Isolation und Vereinsamung sind oft mit depressiven Symptomen und Suizidalität verschränkt. Von sozialen Einbußen sind alte Menschen besonders betroffen. Der Verlust von Geborgenheit, soziale Zurückweisung und Zerwürfnisse in Partnerschaft und Familie können besonders depressions- und suizidfördernd wirken. Es ist bekannt, dass Depressionen im Alter, die häufig von körperlichen Klagen und Alterssymptomen überlagert sind, von Ärzten als solche nicht erkannt und angemessen behandelt werden. Deshalb ist die *Früherkennung und fachkundige Behandlung* von Depressionen ein unverzichtbares Element der Suizidprävention im Alter.

Körperliche Erkrankungen

Stärker als in jüngeren Jahren können *chronisch-schmerzhafte Leiden* und *Mehrfacherkrankung*, oft erschwert durch Einbußen der Mobilität und Alltagsbewältigung, ein Auslöser für suizidale Entwicklungen sein. In der Regel sind es jedoch nicht die ärztlichen Diagnosen, die depressive und suizidale Symptomatik auslösen, sondern quälende Ängste, verbunden mit der Furcht vor Hilflosigkeit, langem Siechtum, Fremdbestimmung in medizinischen oder pflegerischen Einrichtungen sowie einem „unwürdigen“ Sterben.

Noch eine andere Überlegung spricht für den Einfluss chronischer Erkrankungen auf Suizidalität im Alter. Die Janusköpfigkeit des letzten Lebensabschnitts, hohe Lebenserwartung auf der einen, tatsächliche oder antizipierte Altersleiden auf der anderen Seite können Ängste wecken und den Ent-

schluss reifen lassen, im Falle von Hinfälligkeit und Autonomieverlust Zeitpunkt, Ort und Art des Sterbens selbst zu bestimmen. Es gibt zahlreiche Indizien dafür, dass diese Einstellung in der Gesellschaft zunimmt, abzulesen an dem Diskurs über Euthanasie und ärztlich assistiertem Suizid. Wahrung der Autonomie bis zum Tode ist in heutiger Zeit als Gegenwehr gegen „institutionelle Gewalt“ und Entfremdung fast zu einem Fetisch geworden. Schwierig wird es bei dieser Einstellung, zunehmende Autonomieeinbußen, denen man im hohen Alter nicht entkommen kann, zu ertragen und zu akzeptieren.

Beziehungsprobleme und interpersonale Konflikte

Unter den Personen, die Suizidhandlungen ausführen, befinden sich häufiger Geschiedene, getrennt Lebende, Verwitwete oder Ledige. Männer, die ihre Lebenspartnerin im hohen Alter verlieren, stehen unter einem höheren Suizidrisiko als verwitwete Frauen. Ein besonderer Auslöser von Suizidhandlungen im Alter sind *Konflikte* mit dem Lebenspartner oder mit Familienmitgliedern, meistens den Kindern, besonders dann, wenn alte Menschen nicht mehr erwünscht sind und sie spüren, dass sie anderen im Wege stehen.

Ein *Beispiel*: „Ein 82-jähriger Mann, dessen Frau vor fünf Wochen nach 50-jähriger Ehe verstarb, äußert sich völlig niedergeschlagen: „Ich habe alles verloren. Alles! Was soll ich noch hier?“.

Diese als Entwertung erlebte Behandlung kann die Neigung zu einer Suizidhandlung verstärken oder diese auslösen. Zusammenhänge mit dem Alterssuizid ergeben sich auch aus *Isolation und Vereinsamung*. Für suizidale Krisen sind weniger die äußeren Kontaktverluste ausschlaggebend, sondern vielmehr Gefühle des Abgeschobenwerdens, des Überflüssigseins oder der mangelnden emotionalen Unterstützung. Wie beim Krankheitserleben stößt man hier auf die innere Welt der subjektiven Verarbeitung von äußeren Stressoren. Erst durch die subjektive Bewertung der Betroffenen werden kritische Lebensereignisse wie Partnerverlust, chronische Erkrankung, drohende Heimunterbringung suizidal aufgeladen.

Diese „innere Welt“ des Suizidenten, seine Bewertungen äußerer und innerer Ereignisse, ob real oder antizipiert, ein Stück zu erschließen, ist Aufgabe des diagnostischen Gesprächs.

4. Diagnostik von Suizidalität (Warnsignale, Anzeichen)

Wie kann man die suizidale Gefährdung bei alten Menschen erkennen? Zur Diagnostik der Suizidalität liegen grob- und feinmaschige Verfahren vor. Ein grobes Raster ist z.B. die Zuordnung zu einer Risikogruppe. Eine dieser Risikogruppen sind alte Menschen. Feinmaschiger sind Fragebögen, die zur Unterstützung des diagnostischen Gesprächs das Ausmaß der Suizidalität erfassen sollen (z. B. die Pöldinger-Fragen). Das einführende Gespräch können sie nicht ersetzen. Als hilfreich erweisen sich Hinweise zum Erkennen suizidaler Tendenzen, die auch mit dem Vorurteil aufräumen, mit dem offenen Ansprechen des Suizidthemas wecke man nur „schlafende Hunde“.

Als deutliche *Anzeichen* für Suizidgefährdung im Alter haben zu gelten:

- Schwere depressive Symptome,
- zunehmende Einengung der Gefühlswelt bis zur Ausweglosigkeit,
- Suizidphantasien, die bis zur Detailplanung der Ausführung einer Suizidhandlung reichen können (akute Suizidgefahr!).

Weitere *Anzeichen* können hinzukommen:

- frühere Suizidversuche,
- Suizidhandlungen in der Familie oder im engen sozialen Umfeld,
- frühere psychische Erkrankungen,
- schwere chronische Leiden mit schlechter Prognose,
- Vereinsamung, oft im Gefolge gestörter Sozialbeziehungen,
- der Verlust von Wertbindungen. Umgekehrt können Wertbindungen, z. B. religiöser Natur, einem Suizid entgegenwirken.

Für die Suizidprävention gilt vordringlich, dass Personen, die mit alten Menschen Kontakte pflegen oder mit ihnen beruflich arbeiten wie Ärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Seelsorger, ehrenamtliche Helfer, auch Angehörige suizidale Anzeichen frühzeitig erkennen, ansprechen und Hilfen anbieten oder vermitteln. Fehleinschätzung, Verleugnung oder Bagatellisierung der Suizidgefahr können so vermieden werden.

5. Suizidprävention und Krisenhilfe

Präventive und therapeutische Hilfen bei suizidgefährdeten alten Menschen sind oft erschwert. Viele Suizidhandlungen im Alter können nicht verhindert werden. Sie enden tödlich. Suizide alter Menschen werden oft mit *Entschiedenheit* ausgeführt, so dass Hilfe von Seiten der Umwelt zu spät greift, nicht stattfindet oder auch nicht gesucht wird. An Hilfen von außen wird – wie viele Studien belegen – nur selten appelliert. Oft wird auch keine Hilfe in hoffnungsloser Lage mehr von der Mitwelt erwartet.

Hinzu kommt die erschwerte *Erreichbarkeit* alter Menschen, die der Krisenhilfe oder Therapie bedürfen. *Es ist alarmierend, dass alte Menschen in psychischen Notlagen selten einen Krisendienst oder eine psychotherapeutische Praxis aufsuchen, obwohl der Bedarf nachweislich vorhanden ist.* Nur maximal 10% der Klientel von Krisendiensten sind 60 Jahre und älter, während ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung bei 24% liegt. In psychotherapeutischen Praxen sind alte Menschen noch seltener zu finden. Zugangsbarrieren liegen auf beiden Seiten. Bei alten Menschen ist es z.B. Unkenntnis der Hilfemöglichkeiten, bei den Helfern und Einrichtungen die Fokussierung auf Jüngere. Auch Vorurteile sind auf beiden Seiten im Spiel. Sie verstärken die Zugangsbarrieren noch.

Diese Zugangsbarrieren müssen über Informationsangebote, Aus- und Weiterbildung sowie niederschwellige (zugehende) Formen der Beratung und Hilfeleistung abgebaut werden. Das *Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland* setzt in mehreren Arbeitsgruppen hier einen besonderen Akzent.

Eine zentrale Schaltstelle in der Primärversorgung alter Menschen stellen die *Hausärzte* dar. Sie sind Ansprechpartner, Lotsen, Lebenshelfer nicht nur in medizinischen Fragen, sondern auch dann, wenn seelische oder soziale Probleme sich in den Vordergrund schieben. Häufig lässt es die Überlastung der Ärzte nicht zu, vertieft den seelischen und sozialen Problemen ihrer Alterspatienten nachzugehen. Aber auch Abwehrmechanismen, sich mit Alterskrisen und Suizidalität zu befassen, sind bei Ärzten im Spiel.

Seelische Leiden, besonders Depressionen, werden häufig nicht erkannt und deshalb auch nicht angemessen behandelt. Untersuchungen zeigen, dass 60% derjenigen alten Menschen, die Suizidhandlungen ausführten, im Monat davor einen Arzt aufsuchten, der offenbar die suizidale Gefährdung nicht wahrnahm. Dieser alarmierende Befund trug dazu bei, das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ zu initiieren, das unter anderem wegen der Fortbildung von Ärzten in Diagnostik und Behandlung von Depression und Suizidalität Erfolge in der Suizidprävention aufzuweisen hat (Althaus, 2004).

Aber nicht nur Ärzte sollen in die Verantwortung genommen werden, sondern Suizidprävention umspannt ein weites gesellschaftliches, soziales und persönliches Umfeld, in dem alte Menschen wegen ihrer Suizidgefährdung eine besondere Zielgruppe darstellen. Auch andere Professionen sind aufgefordert, sich mit dieser Aufgabe auseinanderzusetzen (z.B. Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Theologen, gesetzliche Betreuer).

Die *Arbeitsgruppe Alte Menschen* im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland hat sich zur Aufgabe gesetzt, besonders für diese Zielgruppe Maßnahmen zu erarbeiten und umzusetzen. Auf Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe soll kurz eingegangen werden.

Die Versorgungslage bei suizidalen alten Menschen ist weitgehend unübersichtlich und in vieler Hinsicht auch mangelhaft (Erlemeier 2004). Weitgehend unvernetzt gibt es vielerorts Initiativen, Professionelle und Ehrenamtliche mit Fragen des Alterssuizids vertraut zu machen. *Es geht darum, Wege zu finden, alte Menschen in seelischen Notlagen besser und frühzeitig zu erreichen, sie zur Zusammenarbeit zu motivieren und in ein soziales Unterstützungsnetzwerk einzuführen.*

Die Arbeitsgruppe Alte Menschen sieht *vier Handlungsebenen*, auf denen Suizidprävention im Alter ansetzen sollte:

1. An erster Stelle steht die Thematisierung *existenzieller Fragen* am *Lebensende*, die Krankheit, Autonomieverlust, Sterben, Tod und Trauer berühren. Die Selbsttötung als Ausweg aus einer hoffnungslosen Lebenslage im Alter sollte nicht fatalistisch hingenommen werden, angesichts der zunehmenden Möglichkeiten von Palliativmedizin, Hospizdiensten, der pflegerischen Betreuung bei Schwerstkranken und Sterbenden. Hier sind Vorurteile und Ängste abzubauen. Angesprochen wird auf dieser Handlungsebene auch die frühzeitige Einstellung auf Altersprobleme und unvermeidliche Autonomieverluste.
2. Es folgt die Ebene der *Sozial- und Altenhilfepolitik* zur Herstellung und Sicherung altersfreundlicher Rahmenbedingungen. Hier ist die Gesundheits- und Sozialpolitik für Ältere besonders gefordert. Ebenso sind Maßnahmen gegen Altersdiskriminierung in der Arbeitswelt und im Gesundheitswesen notwendig. Notwendig sind auch Strukturverbesserungen im medizinischen und psychosozialen Versorgungssektor, insbesondere in der *Vernetzung* der ambulanten Krisenhilfe mit lokalen und regionalen Altenhilfestrukturen. Ferner geht es um den Ausbau gerontopsychiatrischer Beratungszentren und Tageskliniken, die auch für Angehörige wertvolle Hilfe leisten können.
3. Die dritte Ebene umfasst *gesundheitsrelevante Fragen*. Gemeint sind alle Ansätze der Suizidprävention bei alten Menschen, die somatische und psychische Leiden fokussieren. An erster Stelle steht die frühzeitige Diagnostik und Behandlung depressiver Störungen oft in Begleitung chronisch-somatischer Erkrankungen, die die Lebensqualität alter Menschen sehr beeinträchtigen können. Häufig sind es auch psychosomatische Beschwerden, zu denen Anpassungsprobleme, Zukunftsängste und auch suizidale Neigungen gehören.
4. Die vierte Ebene ist übergreifend. Es geht um *Information, Aufklärung und Edukation* zum Zwecke der Einstellungs- und Verhaltensänderung in der Bevölkerung wie in Fachkreisen zur Suizidproblematik.

Angestrebt wird die längerfristige Positionierung dieses Themas in Konzepten und Curricula für Aus-, und Weiterbildung aller Berufsgruppen, die mit der Suizidalität alter Menschen in Berührung kommen. Zwei Projekte zielen in diese Richtung.

Die AG Alte Menschen hat in 2. Auflage eine *Broschüre* zur Suizidprävention im Alter unter dem Dach des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland mit dem Titel „Wenn das Altwerden zur Last wird – Suizidprävention im Alter“ herausgegeben (Unterstützt vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).¹

Ein *Fortbildungsprogramm* für Pflegeberufe zu Thema Suizidprävention im Alter wird in diesem Jahr erprobt und evaluiert. Pflegeberufe haben es häufig mit alten Menschen zu tun, deren Lebensmut geschwunden ist und die sich eine Ende des beschwerlichen Lebens wünschen.

Wichtig ist auch die sachliche Zusammenarbeit mit den *Medien* als ein Element der Suizidprävention. Sie sollten ohne zu dramatisieren die Öffentlichkeit über die unterschätzte Suizidgefährdung im Alter unterrichten und Präventionsmöglichkeiten aufzeigen. Zur edukativen Ebene gehört ferner der *Diskurs über Ethik* im Zusammenhang mit Lebenskrisen, Suizid, Suizidassistentz, Sterbebegleitung und Sterbehilfe, letztlich mit Sinnfragen und schwierigen Entscheidungen am Lebensende.

Bei der Suizidprävention alter Menschen hat sich immer wieder die Schwierigkeit eingestellt, sie frühzeitig in sich anbahnenden oder akuten Not- und Krisensituationen in ihrem Lebensumfeld zu erreichen. Von sich aus suchen sie Krisendienste, Beratungsstellen und ambulante Psychotherapeuten selten auf. Die AG Alte Menschen unterbreitet einige *Vorschläge*, wie diese Schwierigkeiten überwunden werden können. Sie stehen in Einklang mit Vorschlägen, die in Fachkreisen allgemein vertreten werden. Zu nennen ist z.B. die Arbeitsgruppe am Therapiezentrum für Suizidgefährdete in Hamburg (Lindner et al. 2005).

¹ Sie ist kostenfrei zu beziehen über den Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 481009, 18132 Rostock, Tel. 01888-8080800; Fax 01888-108080800. E-Mail: publikationen@bundesregierung.de; oder online: www.bmfsfj.de (Download unter „Publikationen“, Suche unter „Wenn das Altwerden zur Last wird“).

Vorschläge zur Optimierung ambulanter Krisenhilfe

- Zugehende (niederschwellige) Hilfsangebote
- Besuchsdienste (z.B. durch ältere freiwillige Helfer)
- Vernetzung mit der örtlichen Altenhilfe (Aktionskreis Krisenhilfe für Ältere, „Runder Tisch“)
- Aufklärung der kommunalen Öffentlichkeit (z.B. Info-Stand Wochenmarkt, Infos in Altenclubs, Altenzentren, Männertreffpunkten (Stammtischen), Broschüre in Arztpraxen, Apotheken, etc.)
- Fortbildung von Fachpersonal und Ehrenamtlichen

6. Zusammenfassung

Suizidprävention muss weit genug ausgreifen, bis in die Strukturen der Gesundheitspolitik, der geriatrisch-psychiatrischen Versorgung, der Palliativmedizin und hospizlichen Sterbebegleitung. Dazu gehört auch die Qualität von Betreuung und Pflege in Heimen, aber auch die frühzeitige Auseinandersetzung mit dem eigenen Altern, insbesondere die Realisierung, dass Altern uns unausweichlich die Akzeptanz von Hilfebedürftigkeit, Verlust und Abhängigkeit abverlangt.

Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter sind notwendige gesundheits- und versorgungspolitische Aufgaben in unserer Gesellschaft und ihren Untergliederungen. Die Kommune mit ihrer Nähe zur Lebenswelt alter Menschen ist hier besonders gefordert. Es geht um ein abgestimmtes System von Hilfen der Akteure, die als professionelle oder ehrenamtliche Helfer alte Menschen in schweren Lebenskrisen möglichst früh erreichen und ansprechen. Dieses System muss stärker als bisher die existentiellen Anliegen und Probleme alter Menschen am Lebensende adressieren. Die Suizidthematik ist eingebettet in übergreifende Fragen des Lebensendes. Sie berührt aufs Engste das Thema des „würdevollen Sterbens“, das für viele Menschen in einer Zeit, in der sie die Abhängigkeit von einer anonymen, hoch technisierten Medizin und damit den Verlust von Autonomie befürchten, einen hohen Stellenwert einnimmt.

Widersprechen möchte ich mit Nachdruck der „*falschen Toleranz*“, die Suizidprävention und Therapie bei alten Menschen überflüssig erscheinen lässt. Erstens haben alte Menschen das gleiche Recht wie jüngere, in persönlichen Notlagen Hilfe zu erfahren, und zweitens beweisen Studien zur Genüge, dass Einwände gegen Krisenhilfe und Psychotherapie bei alten Menschen keine sachliche Grundlage haben.

Literatur

- ALTHAUS, D.: Das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ – Zwischenauswertung eines depressions- und suizidpräventiven Programms nach 12 Monaten Laufzeit. Dissertation, Universität München 2004.
- ARBEITSGRUPPE ALTE MENSCHEN: Suizidalität und Suizidprävention im Alter. In: Suizidprophylaxe 32 (2005), Heft 3/4, S. 124-128.
- ERLEMEIER, N.: Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 212, Stuttgart 2001.
- ERLEMEIER, N.: Zur Versorgungslage suizidaler alter Menschen in Deutschland. In: Suizidprophylaxe 31 (2004), Heft 4, S. 25-31.
- HAENEL, T. und Pödlinger, W.: Erkennung und Beurteilung der Suizidalität. In: K. P. Kisker et al. (Hrsg.). Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 3. Krisenintervention, Suizid, Konsiliarpsychiatrie, Berlin 1986, S. 107-132.
- LINDNER, R. et al.: „Innenansichten“ – Was wissen wir über die Motive älterer suizidaler Menschen und ihre Bereitschaft, Hilfe anzunehmen? Unveröffentlichtes Manuskript 2005.
- WÄCHTLER, C.: Suizidalität im höheren Lebensalter – Entstehungsbedingungen, präventive Ansätze, therapeutische Möglichkeiten. In: Suizidprophylaxe 28 (2001), Heft 4, S. 133-142.

WOLFERSDORF, M.: Hilfreicher Umgang mit Depressiven. Göttingen 1992.

WOLFERSDORF, M. et al.: Depression und Suizid im höheren Lebensalter.
Suizidprophylaxe 28 (2001), Heft 4, S. 143-157.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. phil. Norbert Erlemeier, Dipl.-Psych.,

Hirschweg 41, D-51519 Odenthal

E-Mail: Norbert.Erlemeier@t-online.de

Literaturverzeichnis

Das Literaturverzeichnis umfasst die bibliographischen Nachweise für die Beiträge des ersten Teils in diesem Band sowie weiterführende Literatur, im zweiten Teil stehen die Nachweise am Ende der jeweiligen Artikel.

AGUILERA, D. C.: Krisenintervention. Grundlagen – Methoden – Anwendung. Bern 2000.

BACKES, G. (Hg.): Lebenslagen im Alter: gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen. Opladen 2000.

BECK, U.: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main 1985.

BERHE, T., B. Puschner, R. Kilian und T. Becker: Home treatment für psychische Erkrankungen. In: Der Nervenarzt 76 (2005), Heft 7, S. 822-831.

BUNDESMINISTERIUM für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin 2002.

BUNDESMINISTERIUM für Gesundheit und Soziale Sicherung: Das neue Sozialhilferecht. Bonn 2004

BERGOLD, J., T. Floeth und R.-B. Zimmermann: Evaluation und Organisationsentwicklung des „Gesamtberliner Krisendienstes“. Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis 33 (2001), S. 71-88.

BERGOLD, J. und I. Schürmann: Krisenintervention – Neue Entwicklungen? In: Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis 33 (2001), S. 5-15.

BERGOLD, J.-B. und R.-B. Zimmermann: Wissenschaftliche Begleitforschung des Berliner Krisendienstes. 2 Bde. (Blaue Reihe Berliner Zentrum Public Health). Berlin 2003.

BERZEWSKI, H.: Der psychiatrische Notfall. Berlin, Tokyo, New York 1996.

- BEZIRKSAMT Zehlendorf von Berlin: Abt. Soziales und Sport (Hg.): Älterwerden in Zehlendorf. Eine Standortbeschreibung zur Lebenssituation von älteren Menschen. Berlin 2000.
- BLONSKI, H. (Hg.): Alte Menschen und ihre Ängste. Ursachen, Behandlung, praktische Hilfen. München, Basel 1995.
- BLONSKI, H.: Wahn und wahnhaftige Störungen im Alter. München, Basel 1996.
- BÖHM, E.: Seelenlifting statt Gesichtsstraffung. Älterwerden akzeptieren – Lebensantrieb reaktivieren. Bonn 2005.
- BORRIES, C.: Alter – Orientierungs-, Sinn- und Lebenskrise. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 47 (1996), S. 32-36.
- BRAUN, S., G. Knoll, B. Krauß und G. Uhlmann (Hg.): Gerontopsychiatrie und Altenarbeit III. Berlin 1995.
- BRONISCH, T.: Psychotherapie im Alter auf einer Kriseninterventionsstation. In: Suizidprophylaxe 27 (2000), H. 1, S. 6-12.
- BRÜCKNER, B.: „Alter schützt vor Torheit nicht“ – Alterskrisen als Aufgabe der Krisenintervention. In: W. Müller und U. Scheuermann (Hg.): Praxis Krisenintervention – ein Handbuch für helfende Beruf: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. Stuttgart 2004, S. 208-215.F
- BRÜCKNER, B.: Krisen im Alter – Die Aufgaben der ambulanten Krisenintervention. In: Sozialpsychiatrische Informationen 35 (2005), Heft 1, 36-39.
- BRÜCKNER, B.: Gerontopsychiatrische Krisenintervention und Beratung über 60jähriger Klienten im Berliner Krisendienst/Region Südwest. Evaluation der Kontakte vom 1.12.2003 bis zum 30.11.2004. Berlin 2005a. [Unveröffentlichter Forschungsbericht].
- BRÜCKNER, B.: Krisenintervention. Den Helfern helfen. In: Der Neurologe und Psychiater 5 (2005), Heft 9, S. 22-26.
- CAPLAN, G.: Principles of Preventive Psychiatry. New York 1964.

- CARLS, R., H. Haupt, T. Lange, B. Mängel, M. Rech, P. Rüger und H.-J. Trauer: 55 und älter in Steglitz. Analyse und Entwicklungsmöglichkeiten bezirklicher Altenplanung. Forschungsbericht des Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrums Berlin-Brandenburg e.V. im Auftrag des Bezirksamtes Berlin-Steglitz. Berlin 1998.
- CARLS, R., H. Haupt, B. Mängel und P. Rüger: Ehrenamtliche Arbeit im Seniorenbereich in Steglitz und ihre Perspektive. Forschungsbericht des Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrums Berlin-Brandenburg e.V. im Auftrag des Bezirksamtes Berlin-Steglitz. Berlin 1999.
- CIOMPI, L.: Krisentheorie heute – ein Überblick. In: U. Schnyder und J.-D. Sauvant: (Hg.): Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern 1993, S. 13-26.
- CULLBERG, J.: Krisen und Krisentherapie. In: Psychiatrische Praxis 5 (1978), S. 25-34.
- DIESSENBACHER, H. und K. Schüttler: Gewalt im Altenheim. Freiburg 1993.
- DROSS, M.: Krisenintervention. Göttingen 2001.
- DUBIN, W. R. und K. J. Weiss: Handbuch der Notfall-Psychiatrie. Bern 1993
- ERIKSON, E.: Identität und Lebenszyklus. Frankfurt am Main 1991.
- ERLEMEIER, N.: Alternspsychologie. Grundlagen für Sozial- und Pflegeberufe. Münster 2002.
- EVERSTINE, D. S. und L. Everstine: Krisentherapie. Stuttgart 1985.
- FARNY, D.: Lebenssituation älterer Menschen. Beschreibung und Prognose aus interdisziplinärer Sicht. Berlin 1996.
- FEIL, N.: Validation – ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 6. Aufl. (Reinhardts gerontologische Reihe, Bd. 16). München 2000.
- FEIL, N.: Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen. München 2001.

- FIEDLER, G.: Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland – Daten und Fakten 2003. Version 5.0, April 2005.
<http://www.suicidology.de/online-text/daten.pdf>
- FÖRSTL, H. (Hg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie: Grundlagen, Klinik, Therapie. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart, New York 2003.
- FREIKAMP, U.: Krisentheorien. In: Rundbrief Gemeindepsychologie 8 (2002), Heft 2, S. 36-56.
- FROMMER, J.: Wie sollen wir seelische Krisen diagnostizieren? Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 43 (1995), S. 134-148.
- GEREBEN, C. und S. Kopinitsch-Berger: Auf den Spuren der Vergangenheit. Anleitung zur Biographiearbeit mit älteren Menschen. Wien 1998.
- GILBERG, R.: Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter. Eine Analyse des Bedarfs und der Inanspruchnahme von Hilfen. Berlin 2000.
- GOLAN, N.: Krisenintervention. Strategien psychosozialer Hilfe. Freiburg 1983.
- GRÄFEN, S.: Krisensituationen im Alter. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie vom 23. bis 25. September in Bamberg. In: Altenpflege 11 (1982), S. 434-437.
- GREENSTONE, J. L. und S. C. Leviton: Elements of Crisis Intervention – Crisis and How to Respond to Them. 2. Auflage. Pacific Grove 2002.
- GROND, E.: Altersschwermut. München, Basel 2001.
- HABERMAS, J.: Theorie des kommunikativen Handelns. 2 Bde. Frankfurt am Main 1981.
- HÄFNER, H. und W. Rössler: Der Begriff des psychiatrischen Notfalls und der Krise. In: H. Katschnig, C. Kulenkampff und Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Notfallpsychiatrie und Krisenintervention. Köln 1987, S. 31-50.

- HEISSLER, M., R. Heißler und T. Bock: Übergänge: Entwicklung und Krisen Erwachsener. In: T. Bock und H. Weigand: Hand-werks-buch Psychiatrie. Bonn 1991, S. 466-490.
- HEUFT, G.: Die Bedeutung der Trauma-Reaktivierung im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32 (1999), S. 225-230.
- HEUFT, G. und M. Teising (Hg.): Alterspsychotherapie – Quo vadis? Opladen 1999.
- HEUFT, G.: Depression, Suizidalität und Sterben. In: R. D. Hirsch (Hg.): Altern und Depressivität. (Angewandte Alterskunde, Bd. 4). Bern, Göttingen, Toronto 1992, S. 119-127.
- HIRSCH, R. D. (Hg.): Altern und Depressivität. (Angewandte Alterskunde, Bd. 4). Bern, Göttingen, Toronto 1992.
- HIRSCH, R. D.: Die Bedeutung von Sprechen und Handeln im therapeutischen Umgang mit älteren Menschen. In: S. Braun, G. Knoll, B. Krauß und G. Uhlmann (Hg.): Gerontopsychiatrie und Altenarbeit III. Berlin 1995, S. 143-178.
- HIRSCH, R. D.: Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung. Baden-Baden 1999.
- HIRSCH, H. D.: Alte Menschen mit Depressionen in der Praxis. Wie sie Wege aus der Einsamkeit aufzeigen. In: Der Neurologe & Psychiater 5 (2005), S. 30-35.
- HOWE, J. (Hg.): Lehrbuch der psychologischen und sozialen Alternswissenschaft. 5 Bde. Heidelberg 1991.
- HÖPFLINGER, F. und A. Stuckelberger: Alter und Altersforschung in der Schweiz. Zürich 1992.
- JAMES, R. K. und B. E. Gilliland: Crisis Intervention Strategies. 4. Auflage. Pacific Grove 2001.

- JOVIC, N.: Notfälle und Krisen in der Psychogeriatric. In: N. Jovic und A. Uchtenhagen (Hg.): Psychische Störungen im Alter. Heidelberg 1990, S. 29- 38.
- JUNKERS, G.: Klinische Psychologie und Psychosomatik des Alterns. Stuttgart 1995.
- KAST, V.: Der schöpferische Sprung – Vom therapeutischen Umgang mit Krisen. München 1991.
- KIPP, J. und G. Jüngling: Verstehender Umgang mit alten Menschen. Eine Einführung in die praktische Gerontopsychiatrie. Überarbeitete Ausgabe. Frankfurt am Main 1994.
- KIPP, J., H.-P. Unger und Peter M. Wehmeier: Beziehung und Psychose. Leitfaden für den verstehenden Umgang mit schizophrenen und depressiven Patienten. Stuttgart 1996.
- KITWOOD, T.: Umgang mit verwirrten Menschen. Bern 2004.
- KLIMKE, A., G. Plaut und T. Schillen: Therapie schizophrener Psychosen im Alter. In: Der Neurologe und Psychiater 5 (2005), Heft 9, S. 36-39.
- KNOBLING, C.: Konfliktsituationen im Altenheim. Freiburg 1990.
- KUNZ, S.; U. Scheuermann und I. Schürmann: Krisenintervention. Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung. Weinheim und München 2004.
- LEDER, C. M.: Über den Umgang mit suizidalen älteren Menschen. (Suizidologie – Suicidology, Bd. 5) Regensburg 1998.
- LEHR, U.: Psychologie des Alterns. Wiesbaden 1996.
- LINDEMANN, E.: Symptomatology and Management of Acute Grief. In: American Journal of Psychiatry 101 (1944) S. 141- 148.
- LINDEMANN, E.: Jenseits von Trauer. Beiträge zur Krisenbewältigung. Göttingen 1985.

- LINDEMANN, R.: Einsamkeit bewältigen. Eine Lern- und Praxisanleitung für die Altenhilfe. Weinheim, Basel 1997.
- LORENZER, A.: Sprache, Sinn und Unbewußtes. Psychoanalytisches Grundverständnis und Neurowissenschaften. Stuttgart 2002.
- MARBURGER, H.: Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Regensburg, Berlin 2003.
- MARBURGER, H.: SGB XII. Die neue Sozialhilfe, mit ausführlicher Kommentierung der neuen Gesetzgebung, Regensburg, Berlin 2005.
- MAERCKER, A. (Hg.): Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Berlin, Tokyo, New York 2002.
- MAYER, K. U. und P. B. Baltes: Die Berliner Altersstudie. Berlin 1996.
- MILLS, M. A.: Narrative Identity and Dementia. A study of autobiographical memories and emotions. Aldershot, Brookfield USA, Singapore, Sydney 1998.
- MÜLLER, W. und C. Ruschke: Krisenbegleitung – ein Konzept in der Praxis. In: R. Freytag und M. Witte (Hg.): Wohin in der Krisen? Orte der Suizidprävention. Göttingen 1997, S. 57-71.
- MÜLLER, W.: Theorie für die Praxis – Vom fraglichen Nutzen der Krisenmodelle. In: W. Müller und U. Scheuermann (Hg.): Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. Stuttgart 2004, S. 47-57.
- MÜLLER, W.: „Du siehst was, was ich nicht seh ... und das bin ich“ – Krisenintervention im Familiensystem. In: W. Müller und U. Scheuermann (Hg.): Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. Stuttgart 2004a, S. 102-103.
- MÜLLER, W. und U. Scheuermann (Hg.): Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. Stuttgart 2004.

- MURPHY, E.: Depressionen im Alter. In: K. P. Kisker et al. (Hg.): Psychiatrie der Gegenwart. Bd. 8. Alterspsychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York 1989, S. 225-251.
- NESTMANN, F.: Ressourcenorientierte Beratung. In: F. Nestmann, F. Engel und U. Sickendiek (Hg.): Das Handbuch der Beratung. Bd. 2. Tübingen 2004, S. 725-735.
- NOUVERTNÉ, K.: Notfallhilfe. In: T. Bock und H. Weigand: Handwerksbuch Psychiatrie. Bonn 1991, S. 384-399.
- OSWALD, W. D. und U. Lehr (Hg.): Altern. Veränderung und Bewältigung. Bern 1991.
- PETERS, M.: Klinische Entwicklungspsychologie des Alters – Grundlagen für die psychosoziale Beratung und Psychotherapie. Göttingen 2004.
- PETERS, M. und J. Kipp (Hg.): Zwischen Abschied und Neubeginn. Entwicklungskrisen im Alter. Beiträge zur psychoanalytischen Entwicklungspsychologie des Alters. Gießen 2002.
- POSZVECK, P., E.-J. Friedl und S. Rudas: Krisenintervention bei Patienten mit dementiellen Syndromen, insbesondere der senilen Demenz vom Alzheimer Typ (SDAT) im extramuralen Bereich. In: V. Gunther, U. Meise, M. E. Kalousek und H. Hinterhuber (Hg.): Dementielle Syndrome. Innsbruck, Wien 1995, S. 115-120.
- RADEBOLD, H., H. Bechtler und J. Pina: Therapeutische Arbeit mit älteren Menschen. Freiburg 1984.
- RADZEY, B. und S. Heeg: Demenzkranke in der stationären Versorgung: Versorgungskonzepte und „offene“ Forschungsfragen. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter. Stuttgart, Berlin, Köln 2001, S. 19-40.
- RAUCHFLEISCH, U.: Menschen in psychosozialer Not. Beratung, Betreuung, Psychotherapie. Göttingen 1996.
- RINGEL, E. (Hg.): Selbstmordverhütung. Bern 1969.

- RÜCKERT, W.: Krisen im Alter – Aufgaben der Altenhilfe. In: Mitteilungen zur Altenhilfe 83 (1983), Nr. 1, S. 3-11.
- SCHEIDT, J. v. und M. L. Eikelbeck: Gerontopsychologie. Weinheim 1995.
- SCHIRRMACHER, F.: Das Methusalem-Komplott. München 2004.
- SCHLEGEL, C.: Pflegeheime im Bezirk Steglitz. Ausgewählte Aspekte von Pflegequalität unter besonderer Berücksichtigung von Bewohnern mit gerontopsychiatrischer Erkrankung. Forschungsbericht des Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrums Berlin-Brandenburg e.V. im Auftrag des Bezirksamtes Berlin-Steglitz. Berlin 1999.
- SCHMIDT-FURSTOSS, U.: Suizid alter Menschen. In: J. Howe (Hg.): Lehrbuch der psychologischen und sozialen Alterswissenschaft. Bd. 4. Heidelberg 1992.
- SCHMITZ-SCHERZER, R., E. J. Zimmermann und G. Rudinger: Krisen im Alter. Ein Versuch einer multivariaten Analyse von Bewältigungsstrategien in Krisen. In: Zeitschrift für Gerontologie 16 (1983), S. 115-120.
- SCHNYDER U. und J.-D. Sauvant: (Hg.): Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern 1993.
- SCHOLZ, O. B. und A. Lippeck: Besonderheiten der Krisenintervention bei Ehepartnern in der zweiten Lebenshälfte. In: Zeitschrift für Gerontologie 17 (1984), S. 209-213.
- SCHULZE, G.: Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart. Frankfurt am Main; New York 1993.
- SIMMICH, T. und C. Reimer: Psychotherapeutische Aspekte von Krisenintervention – Literaturüberblick unter besonderer Berücksichtigung der letzten 10 Jahre. In: Psychotherapeut 43 (1998), S.143–156.
- SONNECK, G.: Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien 2000.

SCHUCHARDT, E.: Warum gerade ich ...? Leben lernen in Krisen – Leiden und Glaube. Fazit aus Lebensgeschichten eines Jahrhunderts. 11., überarbeitete u. erw. Aufl. – Jubiläumsausgabe –. Mit 13 Abbildungen und 11 Grafiken. Mit Bibliographie der über 2000 Lebensgeschichten von 1900 bis zur Gegenwart alphabetisch, gegliedert, annotiert. Göttingen 2002.

SOZIALWISSENSCHAFTLICHES FORSCHUNGSZENTRUM Berlin-Brandenburg e.V.: 55 und älter in Steglitz – Analyse und Entwicklungsmöglichkeiten bezirklicher Altenplanung. Berlin 1998.

STENGEL-GÜTTNER, G.: Krisen im Alter. Psychologische Fallstudien zu Eintritt in den Ruhestand, Krankheit und Partnertod (Schriftenreihe der Kölnischen Rück., Heft 36). Köln 1996.

STRANGE, N.: Keine Angst vor Methusalem! Warum wir mit dem Altern unserer Bevölkerung gut leben können. Springe 2006.

TESCH-RÖMER, C., H. Engstler und S. Wurm: Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden 2006.

UHLMANN, G.: Das helfende Gespräch im Umgang mit älteren Menschen. In: S. Braun, G. Knoll, B. Krauß und G. Uhlmann (Hg.): Gerontopsychiatrie und Altenarbeit III. Berlin 1995, S. 119-142.

WEAKLAND, J. H. und J. J. Herr: Beratung älterer Menschen und ihrer Familien. Bern 1988.

WOLFERSDORF, M. und M. Schüler: Depressionen im Alter. Diagnostik, Therapie, Angehörigenarbeit, Fürsorge, gerontopsychiatrische Depressionssituationen. Stuttgart 2005.

ZIMMERMANN, R.-B.: Was ist eine psychiatrische Krise und was ein psychiatrischer Notfall? Theorien und Methoden psychiatrischer Krisenintervention. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 33 (2001), Heft 1, S. 17-29.

ZIMMERMANN, W.: Ratgeber Betreuungsrecht – Hilfe für Betreute und Betreuer. 6. Auflage. München 2004.

Praxisorientiert und theoretisch fundiert führt dieser Band in die ambulante psychosoziale Beratung alter Menschen ein. Das umfassende Verstehen der Klienten gilt als Schlüssel für die Begegnung im Beratungsgespräch. Die Beiträge reichen vom grundsätzlichen Entwurf der verstehenden Beratung bis zur Skizze der Versorgungslandschaft in der Altenhilfe, sie thematisieren das Basiswissen über Lebensprobleme und Krisen alter Menschen ebenso wie die Bedeutung der aufsuchenden psychologischen Beratung. Zudem werden die Stadien des Beratungsprozesses und der Umgang mit desorientierten Klienten behandelt. Beiträge zum Problem der Alterssuizide und über das bürgerschaftliche Engagement runden den Band ab.