

Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen

Tagungsbericht
Bonn, 3./4.6.1992

Herausgegeben von Caspar Kulenkampff
Siegfried Kanowski
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte
Band 20

1993
Rheinland-Verlag GmbH · Köln
in Kommission bei
Dr. Rudolf Habelt GmbH · Bonn

© Rheinland-Verlag GmbH · Köln 1993

Rheinland-Verlag- und Betriebsgesellschaft
des Landschaftsverbandes Rheinland mbH
Abtei Brauweiler, Postfach 2140, 50250 Pulheim
Alle Rechte vorbehalten
Redaktion: Martina Kalscheur / Birgit Meiners
Gestaltung: Norbert Radtke
Umschlaggestaltung: Renate Triltsch · Köln
Gesamtherstellung: Gebrüder Kopp · Köln
ISBN 3-7927-1377-2

– Vorwort	7
Teil I: Strukturelle und Grundsatzfragen	9
– <i>Willi Rückert</i> Demographie der Supportsysteme in der Altenversorgung	11
– <i>Herbert Loos</i> Versorgung psychisch kranker alter Menschen in den fünf neuen Bundesländern – Situation und Perspektiven für die Zukunft	34
– <i>Jürgen Hans Kretschmar</i> Gerontopsychiatrische Versorgung aus der Sicht des niedergelassenen Nervenarztes	42
– <i>Marianne Heinemann-Koch</i> Die Bedeutung ambulanter sozialer Dienste für psychisch kranke alte Menschen	53
– Diskussion zu den Referaten Rückert, Loos, J. H. Kretschmar und Heinemann-Koch	67
– <i>Christel Kretschmar</i> Die Funktion des psychiatrischen Krankenhauses für die Versorgung psychisch kranker alter Menschen	73
– <i>Beate Baumgarte</i> Die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus als Bestandteil gerontopsychiatrischer Versorgung	80
– <i>Margret Dieck</i> Zukunftsperspektiven der Heimversorgung alter Menschen	86
– <i>Siegfried Kanowski</i> Empfehlungen der Expertenkommission zur Gerontopsychiatrie	95
– Diskussion zu den Referaten Ch. Kretschmar, Baumgarte, Dieck und Kanowski	101

Tell II: Probleme gerontopsychiatrischer Praxis	111
– Jan Wojnar Umgang mit schwerst störendem Verhalten	113
– Johannes Kipp Umgang mit depressivem Verhalten	123
– Hans Gutzmann, Eva-Maria Neumann, Karin Tzschätzsch Organisation tagesstrukturierender Gruppenangebote für gerontopsy- chiatrisch Demenzkranke	130
– Jens Bruder Beratung von pflegenden Angehörigen psychisch kranker alter Men- schen	146
– Rudolf-Maria Schütz Ethik der terminalen Pflege	166
– Diskussion zu den Referaten des Teils II, Wojnar, Kipp, Gutzmann, Bruder, Schütz	175
Anhang:	181
Friedrich Leidinger et. al. Ein Jahr Gerontopsychiatrisches Zentrum Gütersloh – Ein Erfahrungs- bericht	183
Verzeichnis der Referentinnen, Referenten, DiskussionsleiterInnen und -leiter	201

Vorwort

Die Versorgungssituation psychisch kranker alter Menschen hat sich trotz der verbesserten Kenntnisse über Entstehung und Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter kaum verändert. Psychisch kranke alte Menschen gehören einer in der Versorgungsdiskussion vernachlässigten Gruppe an.

Der sukzessiv voranschreitende Ausbau des ambulanten Versorgungsbereiches in den letzten Jahren entspricht bisher weder quantitativ noch qualitativ den speziellen Bedürfnissen psychisch kranker alter Menschen. Es fehlen ambulante Hilfen und hier insbesondere gerontopsychiatrische Tagesstätten; die Möglichkeiten, aus der stationären in die ambulante Versorgung zu wechseln, sind völlig unzureichend und teilstationäre Behandlung und Rehabilitation noch nicht in ausreichendem Maße entwickelt. Andererseits ist im Akutfall der schnelle Zugriff auf die kurzfristige stationäre Unterbringung eines ansonsten ambulant versorgten Patienten meist nicht möglich. Hier erweist sich das Versorgungssystem durch mangelnde Verflechtung der verschiedenen Dienste in beide Richtungen als lückenhaft und unflexibel. Die vorhandenen Angebote reichen bei weitem nicht aus, um den Bedarf der Gruppe der psychisch kranken alten Menschen und ihrer oft entlastungsbedürftigen Angehörigen zu decken.

Ein besonderes Problem stellt in diesem Zusammenhang die strukturelle Veränderung der Alterspyramide in den westlichen Industrieländern und insbesondere auch in der Bundesrepublik Deutschland dar. Hier wurde durch den Aufbau einiger zusätzlicher Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen und -dienste die gesamtgesellschaftliche Versorgungssituation nicht strukturell verbessert. Vielmehr droht sich die Schere zwischen Bedarf und Versorgungsangeboten noch weiter zu öffnen, wenn nicht in naher Zukunft sehr nachdrücklich und mit Hilfe erheblicher Mittel die Weichen für die Versorgung psychisch kranker alter Menschen im Sinne einer flexiblen, gemeindeintegrierten Psychiatrie gestellt werden. Den »Empfehlungen der Expertenkommission«, pro psychiatrische Versorgungseinheit ein gerontopsychiatrisches Zentrum als Motor und Katalysator der Versorgung psychisch kranker alter Menschen zu gründen, wurde bisher kaum Rechnung getragen.

Vor diesem gesellschaftspolitischen Hintergrund – Erfordernis des Ausbaus gerontopsychiatrischer Versorgung bei gleichzeitig notwendiger Verstärkung der allgemeinen altenpolitischen Anstrengungen – war es das Anliegen der Veranstalter, Expertinnen und Experten zum Thema aus unterschiedlichen gerontopsychiatrischen Versorgungseinrichtungen im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich einzuladen, um Beiträge zur Frage, wie psychisch kranke alte Menschen entsprechend ihrer spezifischen Bedürfnisse und Lebenssitua-

tion betreut werden können, und wie sich die unterschiedlichen Versorgungsbausteine sinnvoll ergänzen können, zusammenzutragen. Hierzu gehören sowohl der Ausbau spezieller gerontopsychiatrischer Dienste als auch die Einbettung der Betreuung in ein funktionierendes Verbundsystem.

Die anwesenden Fachleute und Entscheidungsträgerinnen und -träger aus Politik, Psychiatrie und Verwaltung beschrieben ferner die Hindernisse bei der Umsetzung gerontopsychiatrischer Elemente der »Empfehlungen der Expertenkommission«. Hierzu gehören vor allem Schwierigkeiten in der Koordination und Kooperation mit verschiedenen Einrichtungen (insbesondere der allgemeinpsychiatrischen Versorgung und Einrichtungen der Altenhilfe) und die Personalrekrutierung und berufliche Aus- und Weiterbildung der beteiligten Berufsgruppen. Ein besonderes Problemfeld bildet die zukünftige Finanzierung der (verbesserten) Versorgung chronisch psychisch kranker alter Menschen im Hinblick auf die sich verändernde Alterspyramide.

Im Rahmen dieses Themenkreises wurde diskutiert, wie die bisherige Vernachlässigung der besonders benachteiligten Gruppe psychisch kranker alter Menschen durch die Psychiatriereform nunmehr beendet werden kann. Ein aktueller Erfahrungsbericht über ein nach mehrjähriger Vorbereitung 1991 gegründetes gerontopsychiatrisches Zentrum in Gütersloh, das in Intention und Arbeitsweise große Übereinstimmung mit den diesbezüglichen »Empfehlungen der Expertenkommission« aufweist, gibt hierauf erste konkrete Hinweise und Antworten.

Mit dem vorliegenden Tagungsband hofft die AKTION PSYCHISCH KRANKE, sowohl denjenigen Anstöße zu geben, die in der praktischen Versorgung psychisch kranker alter Menschen tätig sind, als auch besonders Leserinnen und Leser aus den neuen Bundesländern zu erreichen, die als Verantwortliche in der Administration, bei Kosten- und Einrichtungsträgern oder in der praktischen Versorgung ganz besonders vor dem Problem stehen, weitgehend fehlende wohnortnahe komplementäre Hilfen für ihre psychisch kranken alten Menschen aufzubauen.

Bonn, im Februar 1993

Die Herausgeber

Teil 1 Strukturelle und Grundsatzfragen

Demographie der Supportsysteme

Willi Rückert

Als Vertreter des Kuratorium Deutsche Altershilfe freue ich mich sehr, daß die AKTION PSYCHISCH KRANKE das Thema der Versorgung psychisch kranker alter Menschen aufgreift, weil dieses Problem eines der drängendsten ist im Bereich der Altenhilfe. Aus diesem Grunde bin ich gerne Ihrer Einladung gefolgt, um Ihnen unsere Erkenntnisse zu dem mir gestellten Thema vorzutragen.

Die Demographie der Supportsysteme läßt sich am besten mit Zahlen beschreiben. Damit meine Ausführungen nicht zu abstrakt bleiben, versuche ich die wichtigsten Zahlen durch Graphiken zu veranschaulichen.

Die Themenstellung beschränkt mich auf die informellen Hilfesysteme, die formellen Supportsysteme werden in den folgenden Beiträgen noch angesprochen. Dennoch halte ich es für wichtig, im letzten Teil meiner Ausführungen auf den Zusammenhang zwischen dem familialen und dem formellen Hilfesystem einzugehen.

Nicht eingehen werde ich auf das informelle Netz von Hilfen durch Freunde, Nachbarn, Bekannte und Sonstige, denn dazu fehlen demographische Befunde.

Beginnen werde ich mit einer kurzen Darstellung der demographischen Entwicklungen bei der Altersbevölkerung bis zum Jahr 2030. Dabei stütze ich mich auf die Ergebnisse der siebenten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für Gesamtdeutschland, die uns das Statistische Bundesamt dankenswerterweise in detaillierterer Form als in Heft 4/1992 von Wirtschaft und Statistik veröffentlicht zur Verfügung gestellt hat. Die bei der siebenten Bevölkerungsvorausberechnung getroffenen Annahmen sind in dem erwähnten Heft 4/1992 von Wirtschaft und Statistik dargestellt.

Nach der Skizzierung der Entwicklung der Altersbevölkerung gehe ich etwas ausführlicher auf die Bedeutung des Familienstandes der Betroffenen und die in dieser Hinsicht zu erwartenden Entwicklungen ein. Danach stelle ich die Entwicklung des Kinder- bzw. des Tochterpflegepotentials dar.

Einleitend möchte ich Ihnen jedoch in sechs Thesen meine Einschätzung mitteilen:

1. Die Demographie der Supportsysteme sagt nichts bzw. nur wenig darüber aus, wie leistungsbereit, wie leistungsfähig und wie leistungsfähig sie im Hinblick auf die Unterstützung für psychisch kranke alte Menschen sind.
2. Es gibt Anhaltspunkte dafür, daß das leistungsstärkste – zugleich aber auch das am meisten überlastete – Unterstützungssystem die Ehe, genauer gesagt, die Altersehe ist.
3. In den kommenden zehn, fünfzehn Jahren nimmt der Anteil der älteren Frauen, die noch verheiratet sind und Hilfe vom Partner erwarten können,

stark zu. Dies ist der für mich erstaunlichste Befund einer detaillierten Analyse der vorliegenden Zahlen.

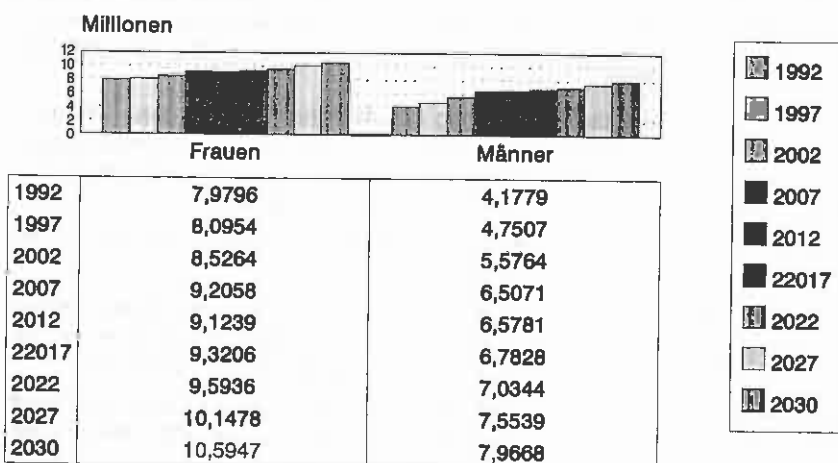
- Bei den Männern hingegen nimmt u.a. durch die Normalisierung des Zahlenverhältnisses zwischen Frauen und Männern in der Altersbevölkerung der Anteil der nicht (mehr) verheirateten »dramatisch« zu.
- Das »Töchterpflegepotential« sinkt langfristig weiterhin, wenngleich zahlenmäßig für einige Jahre ein leichter (Wieder)Anstieg erwartet werden kann.
- Im Vergleich z.B. mit den nordischen Ländern hatten wir bis weit in die 1970er Jahre ein überdurchschnittlich hohes Töchterpflegepotential, das es uns erlaubte, den Ausbau des formalen Hilfesystems zu vernachlässigen, wie ein Vergleich mit dem Ausland zeigt. Da dieses Supportsystem weiterhin schrumpft, muß das formale Hilfesystem erheblich verstärkt werden.

Meine erste Abbildung zeigt, wie angekündigt, die zahlenmäßige Entwicklung der Altersbevölkerung, die unter dem Aspekt der Selbsthilfe zugleich als das wichtigste Supportsystem angesehen werden kann.

Derzeit leben in Gesamtdeutschland 12,2 Millionen Menschen im Alter von 65 und mehr Jahren, davon 8 Millionen Frauen und 4,2 Millionen Männer.

Bis zum Jahr 2030 steigt die Zahl der über 65jährigen von 12,2 auf 18,6 Millionen. Ich möchte nun Ihre Aufmerksamkeit auf die sehr unterschiedliche Entwicklung bei Männern und Frauen lenken.

über 65jährige Frauen und Männer in Gesamtdeutschland



KDA
Abb. 1

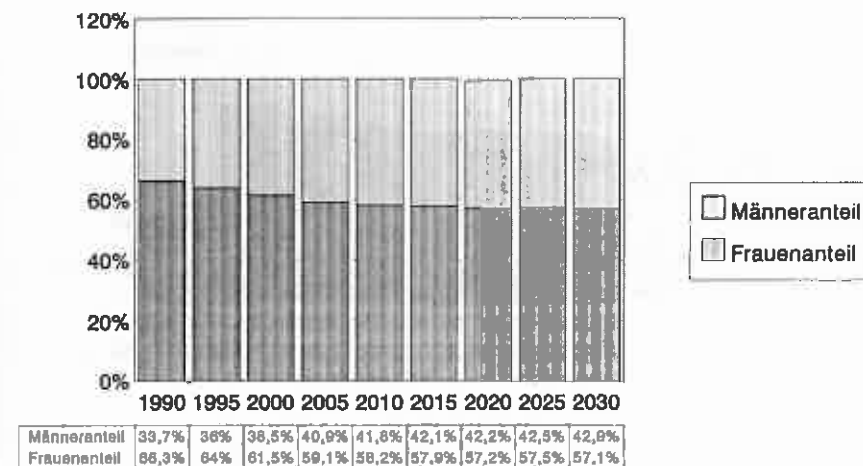
Während bis zum Jahr 2030 die Zahl der älteren Frauen »nur« um 2,6 Millionen ansteigt, wächst die Zahl der Männer um 3,8 Millionen.

Der Grund für diese Entwicklung ist darin zu suchen, daß sich erst in den kommenden Jahren und Jahrzehnten das durch den Zweiten Weltkrieg in hohem Maße gestörte Zahlenverhältnis zwischen Frauen und Männern wieder normalisiert.

Im Jahre 1990 betrug der Männeranteil in der Altersbevölkerung Gesamtdeutschlands nur 33,7%. Im Jahre 2000 bereits wird er 38,5% betragen, eine Normalisierung ergibt sich aber erst weit nach der Jahrtausendwende. Dieses gestörte Zahlenverhältnis zwischen den Geschlechtern hat – wie noch zu zeigen ist – enorme Auswirkungen auf die Situation der Altenhilfe. Die vom Krieg besonders stark betroffenen Jahrgänge 1924, 1925 sind erst 1989/1990 ins »Rentenalter« von 65 Jahren gekommen. Daher ist das Mißverhältnis derzeit besonders hoch. Wie sich die Relationen in den nächsten Jahren entwickeln, mögen Sie der zweiten Abbildung entnehmen.

Da Frau Meiners mir mitgeteilt hat, daß erfreulicherweise rund 50 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den neuen Bundesländern kommen, werde ich im folgenden hin und wieder auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der demographischen Situation in den alten und den neuen Bundesländern eingehen.

Normalisierung des Männeranteils in der Bevölkerung über 65 Jahren

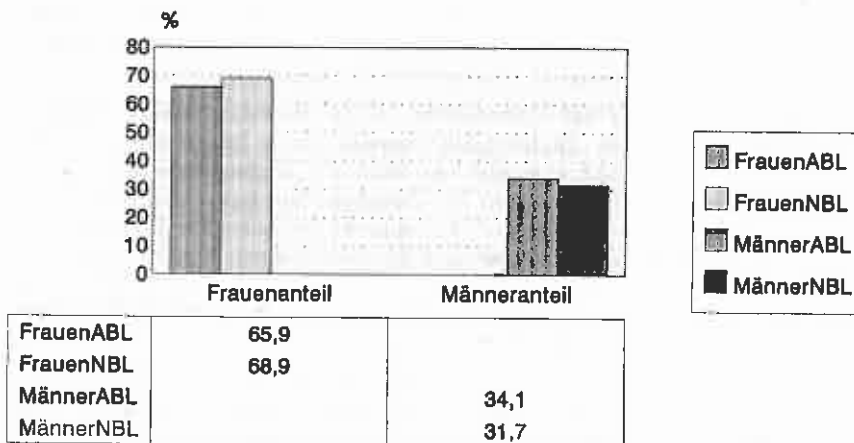


nach der 7. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (1992)

Abb. 2

Zahlenverhältnis zwischen über 65jährigen Frauen und Männern

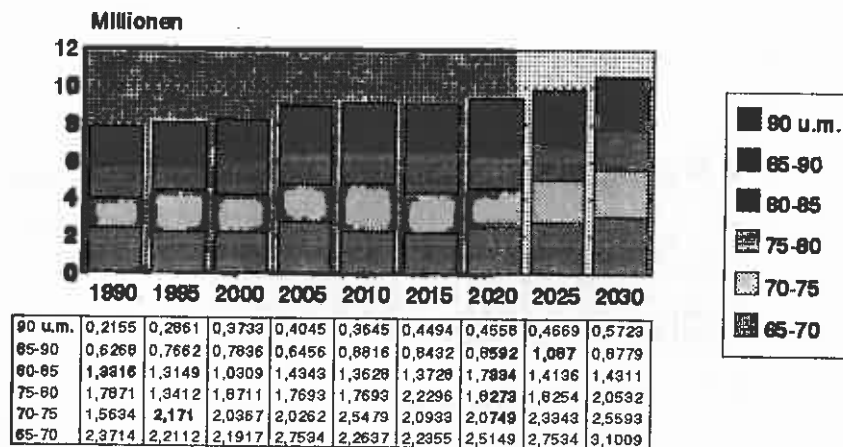
alte Bundesländer (ALB) 1987 - neue Bundesländer (NBL) 1989



KDA

Abb. 3

Frauen 65 und älter in Gesamtdeutschland



KDA

7. koord.Bev.Vorausber.(1992)

Abb. 4

Auch in den neuen Bundesländern ist das Zahlenverhältnis zwischen Frauen und Männern gestört: dort waren 1989 mehr als zwei Drittel der über 65jährigen Frauen (Abb. 3).

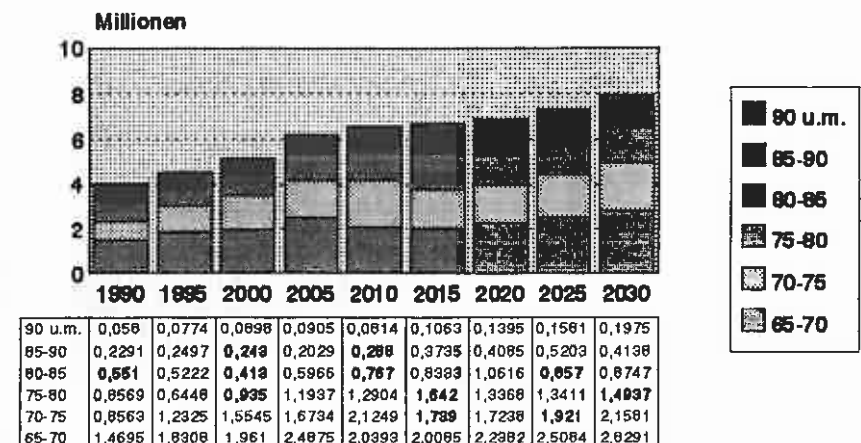
Die Verschiebung des Zahlenverhältnisses zwischen Männern und Frauen stellt eine Besonderheit in den vom Krieg besonders stark betroffenen Ländern dar.

In allen entwickelten Gesellschaften gleichermaßen zu beobachten ist eine andere Verschiebung der Gewichte in der Altersbevölkerung. Ich spreche damit das mit dem Begriff des doppelten Alterns angesprochene Phänomen an: das stark überproportionale Wachstum der Zahl der Hoch- und Höchstaltigen. Infolge der Zunahme der Lebenserwartung wächst die Gruppe der Menschen im Alter $n+1$ Jahren stärker als die n -jährigen. Dies bedeutet, daß die Gruppe der über hundertjährigen stärker wächst als die Gruppe der 95-100jährigen und diese wiederum stärker als die 90-95jährigen (gleiche Stärke der Geburtsjahrgänge vorausgesetzt).

Das Phänomen des doppelten Alterns können Sie in den folgenden beiden Abbildungen und den zugehörigen Tabellen bei Frauen und Männern ablesen.

Die Zahl der älteren Frauen steigt von 1990 bis 2030 in allen Altersgruppen an, besonders stark aber bei den über 90jährigen: deren Zahl nimmt von 1990 215.000 auf 572.000 im Jahre 2030 um das zweieinhalbfache zu. Eine solche Steigerung gibt es in keiner anderen Altersgruppe.

Männer 65 und älter in Gesamtdeutschland



KDA

7. koord.Bev.Vorausber.(1992)

Abb. 5

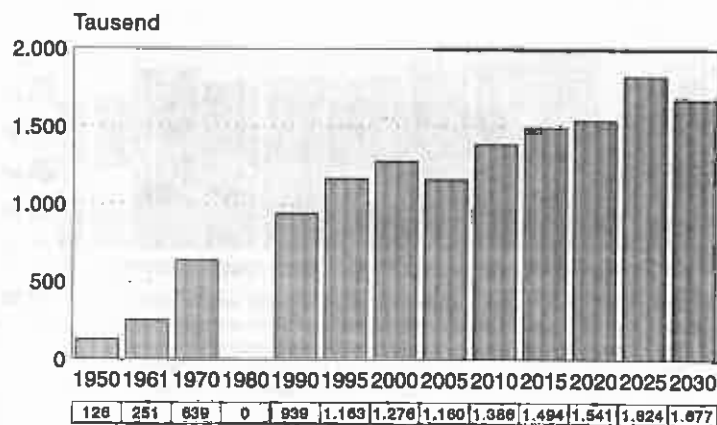
Bei den Männern wächst die Zahl der über 90jährigen von 58.000 auf 197.000 um das Dreifache, eine Steigerungsrate, die ebenfalls in keiner anderen Altersstufe zu verzeichnen ist.

Eine Langzeitbetrachtung der Zahl der über 85jährigen in den alten Bundesländern von 1950 bis heute und darüber hinaus bis zum Jahr 2030 macht deutlich, wie sehr die Bevölkerung im Alter von 85 und mehr Jahren zugenommen hat und noch weiter zunehmen wird (Abb. 6).

Die hier skizzierte Zunahme der Hochaltrigen ist in allen entwickelten Gesellschaften zu beobachten. Bemerkenswert ist, daß die Prävalenzziffern vieler Krankheiten mit dem Alter zunehmen, so z.B. auch die Prävalenzraten bei dementiellen Erkrankungen, das wissen die Mediziner unter Ihnen sehr viel besser als ich. Wir sind bei unseren sozialplanerischen Überlegungen auf die von den Epidemiologen herausgefundenen Prävalenzraten angewiesen.

Wenn wir die von HOYER/OESTERREICH berichteten Prävalenzraten (Abb. 7) mit der weiter oben dargestellten Bevölkerungsentwicklung verknüpfen, dann zeigt sich in einer Modellrechnung, daß in den alten Bundesländern die Zahl der schwer dementiell erkrankten älteren Menschen von derzeit rund einer Million auf über 1,6 Millionen ansteigen könnte und in den neuen Bundesländern von 230.000 auf etwa 360.000. Dies sind die Ergebnisse einer Modellrechnung, keine Prognose (Abb. 8). Wenn es gelänge, die Prävalenzziffern für dementielle Erkrankungen durch Prophylaxe und Frührehabilitation zu senken, dann wären

Entwicklung der Zahl der über 85jährigen in den alten Bundesländern



KDA
Abb. 6

Anteil schwer dementiell erkrankter älterer Menschen

(Mittelwerte nach Hoyer/Oesterreich)

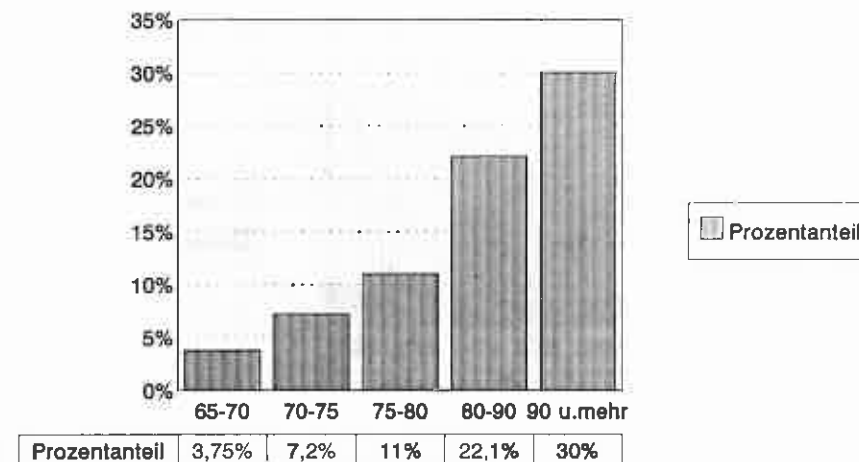


Abb. 7

die Probleme im Bereich der Gerontopsychiatrie, denen wir entgegengehen, geringer. Diese Modellrechnung soll auch als Appell für verstärkte therapeutische Bemühungen verstanden werden.

Von den gegenwärtig etwa 1,3 Millionen dementiell erkrankten älteren Menschen leben die weitaus meisten in Privathaushalten, denn es gibt insgesamt nur etwa 640.000 Heimplätze in den alten und neuen Bundesländern zusammengekommen, und längst nicht alle Heimplätze werden von psychisch kranken alten Menschen bewohnt.

Fragen wir nun, wer den zuhause lebenden kranken alten Menschen hilft, dann sind wir immer noch auf die Ergebnisse der Socialdata-Untersuchung von 1978 angewiesen (Abb. 9). Die Nachfolgestudie ist zwar in Arbeit. Ich habe kürzlich noch mit Professor OLBRICH gesprochen, der maßgeblich an dieser Nachfolgestudie beteiligt ist: erste Ergebnisse werden erst Ende 1992, der Schlußbericht erst Ende 1993 erwartet. Aber selbst wenn die viel kritisierte Socialdata-Studie überholt oder nicht voll zutreffend sein sollte, größenordnungsmäßig zeigt sie die Situation der Supportsysteme sicherlich zutreffend.

Socialdata hat 1978 die Situation der zuhause lebenden jüngeren und älteren Hilfe- und Pflegebedürftigen im Alter über 7jährigen untersucht und u.a. dabei herausgefunden, daß die überwiegende Zahl von ihnen – 58% – Hilfe vom Ehepartner erhält.

Modellrechnung zur Zahl schwer dementiell erkrankter älterer Menschen

Modellrechnung - keine Prognose!

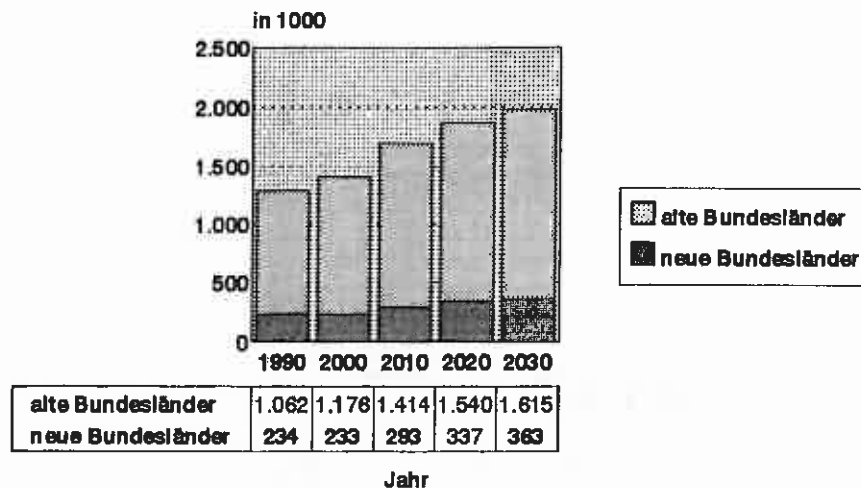
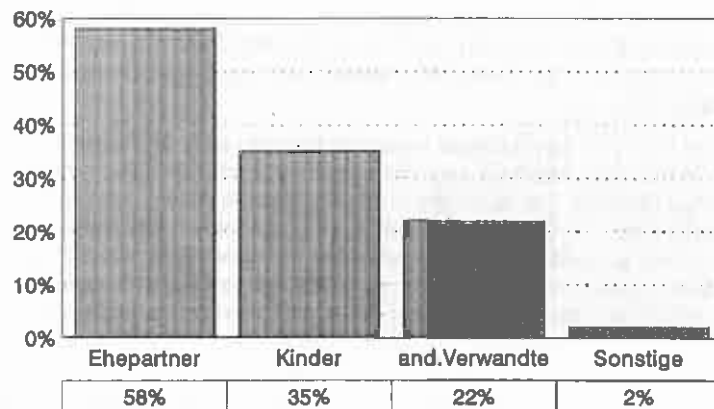


Abb. 8

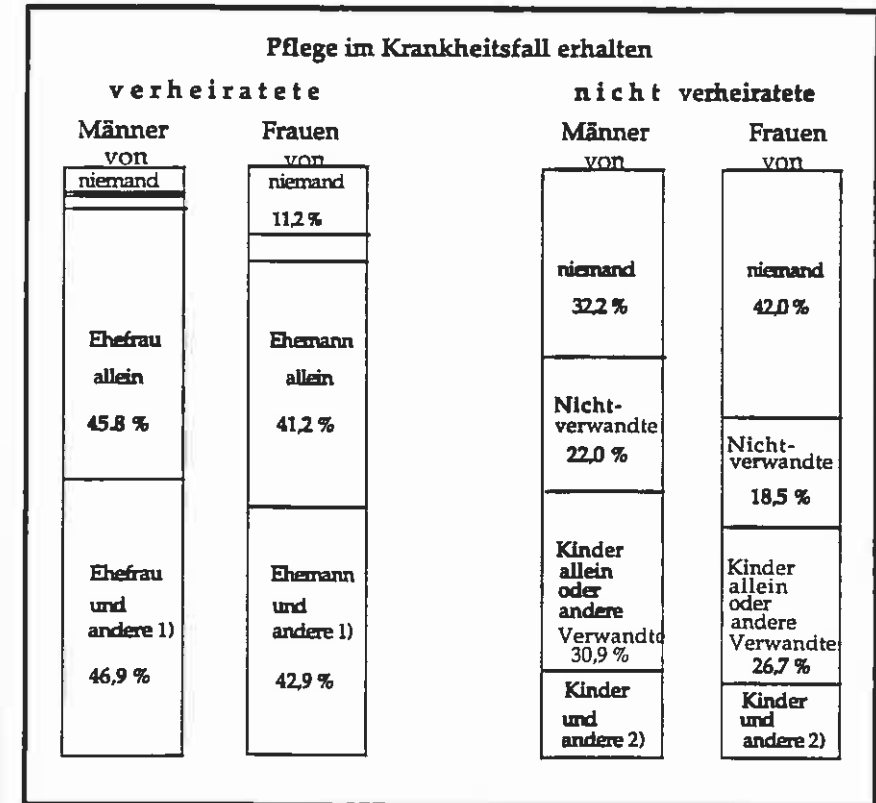
Helfende Haushaltsmitglieder für zuhause lebende Pflegebedürftige



Socialdata-Erhebung 1978, S. 68. Erste Ergebnisse der Nachfolgestudie werden Ende 1992 erwartet.

Abb. 9

Unterstützungspotential 70-90jähriger Frauen und Männer*



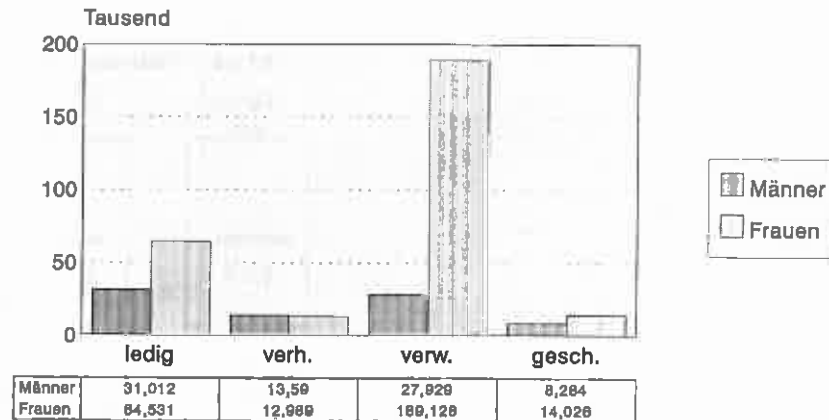
* In Berlin (Garms-Homolová & Hütter 1990).

- 1) Kinder, Schwiegerkinder, Enkel, Geschwister, sonstige Verwandte, Freunde, Bekannte, Nachbarn, Mitbewohner und sonstige Personen.
- 2) Enkel, Geschwister, sonstige Verwandte, Freunde, Bekannte, Nachbarn, Mitbewohner.

Abb. 10

Die jeweiligen Ehepartner sind demnach die am stärksten engagierten Helfer. Dieser Befund wird bestätigt durch eine Regionalstudie von GARMS-HOMOLOVÁ u.a. über das Unterstützungspotential 70-90jähriger Menschen im Krankheitsfall. Es zeigt sich sehr deutlich, daß nicht das Geschlecht, sondern der Familienstand der Kranken die entscheidende Variable darstellt: ein großer Anteil der nicht oder nicht mehr verheirateten Frauen und Männer kann im Krankheitsfall von keinem (Informellen Helfer) Unterstützung erwarten (Abb. 10).

Pflegebedürftige in Heimen der alten Bundesländer 1989/90



Quelle: Uni Trier-Studie, S. 148.

KDA

Abb. 11

Die Bedeutung des Familienstandes in der Hilfe für alte Menschen wird ebenfalls deutlich, wenn man betrachtet, in welchem Ausmaß die verschiedenen Bevölkerungsgruppen darauf angewiesen sind, in ein Pflegeheim umzuziehen.

Von den rd. 361.000 Pflegebedürftigen, die nach der Studie der Uni Trier 1989/90 in einem Heim lebten, waren 280.000 Frauen und nur 81.000 Männer (Abb. 11).

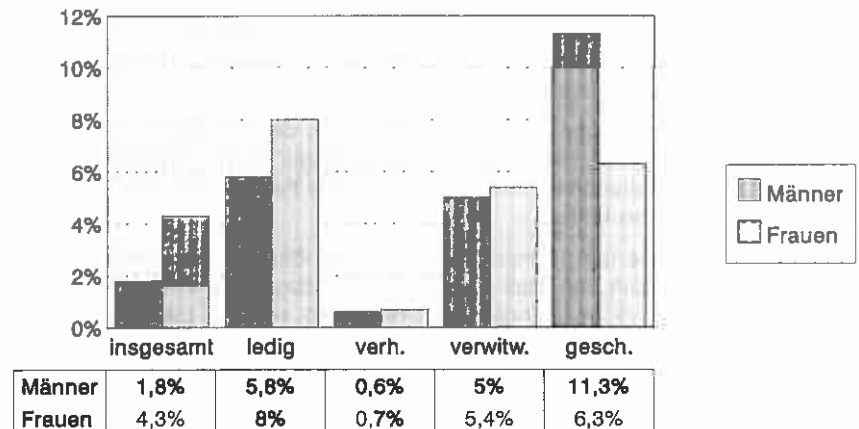
Absolut gesehen leben dreieinhalbmal soviel Frauen wie Männer als Pflegebedürftige im Heim. Sind demnach Frauen pflegebedürftiger als Männer?

Betrachtet man nicht die absoluten Zahlen, sondern den Prozentanteil der (pflegebedürftigen) Heimbewohnerinnen an der weiblichen Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren, so sind das 4,3% gegenüber 1,8% bei den Männern (Abb. 12). In relativen Zahlen ist der Unterschied in der Inanspruchnahme von Heimen zwischen Frauen und Männern schon nicht mehr so hoch wie in absoluten Zahlen.

Vollends verschwindet der Unterschied in der Inanspruchnahme von Heimen, wenn man zusätzlich nach dem Familienstand der pflegebedürftigen Heimbewohner differenziert. Dann zeigt sich, daß von den verheirateten Frauen nur 0,7% und von den verheirateten Männern 0,6% als Pflegebedürftige in einem Heim leben.

Verwitwe(r)te sind nach den in der Abbildung dargestellten Ergebnissen sehr viel häufiger auf einen Umzug in ein Heim angewiesen, und – dies ist aus der

Anteil Pflegebedürftiger in Heimen an der Wohnbevölkerung gleichen Alters und Geschlechts in den alten Bundesländern 1989/1990



Zahl der Pflegebedürftigen gem. Studie der Uni Trier bezogen auf die Bevölkerung VZ 1987.

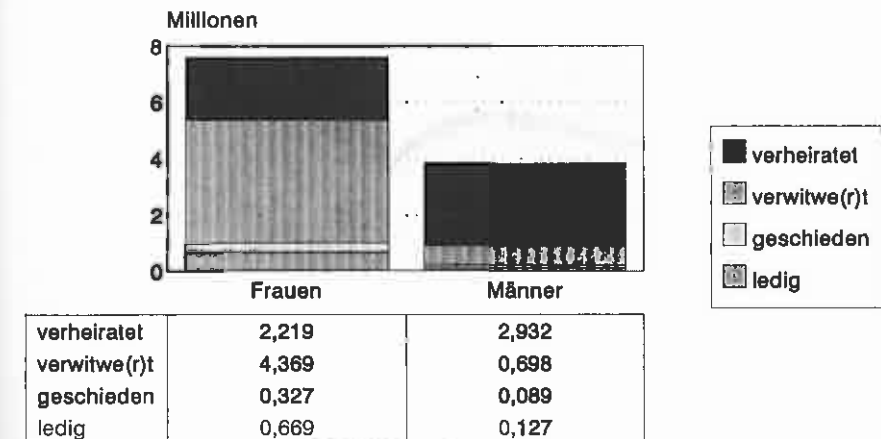
Bei der Berechnung wurde unterstellt, daß die unter 65jährigen ledig sind.

Möglicherweise ist dadurch der Anteil der ledigen Pflegeheimbewohner/innen zu niedrig ausgewiesen.

Abb. 12

über 65jährige in Gesamtdeutschland nach Familienstand

alte Bundesländer 1987 - neue Bundesländer 1989



KDA

Abb. 13

Abbildung nicht zu sehen – sie verbringen auch eine größere Spanne ihres Lebens in einem Heim. 5,4% der Witwen und 5,0% der Wltwer in der Altersbevölkerung wohnen (pflegebedürftig) in einem Heim.

Bei den Geschiedenen ist der Anteil der in einem Helm lebenden noch höher als bei den Verwitweten, und am höchsten ist er bei den Ledigen, deren Unterstützungspotential am schwächsten ausgeprägt ist.

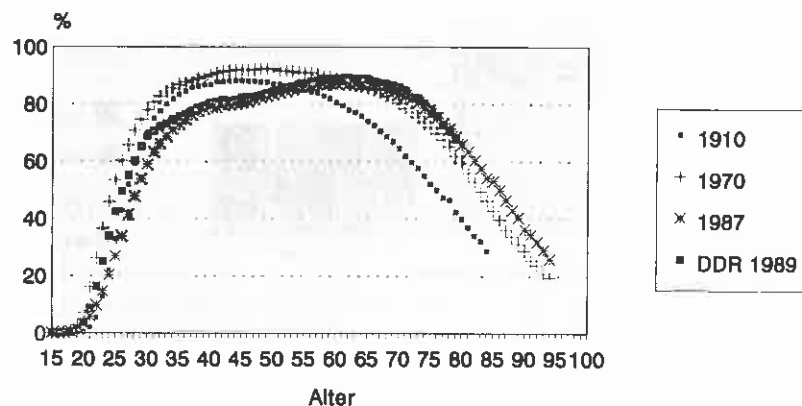
Entscheidend für den scheinbaren Unterschied in der Inanspruchnahme von Heimen durch Frauen und Männer ist, daß es derzeit in der Altersbevölkerung sehr viel mehr verheiratete Männer als verheiratete Frauen gibt, wie Abbildung 13 deutlich vor Augen führt.

Bei einer differenzierten Betrachtungsweise im Sinne einer differenziellen Gerontologie zeigt sich nun, daß es heute in der Bundesrepublik, und zwar in den alten und neuen Bundesländern gleichermaßen, sehr viel mehr verheiratete ältere Männer gibt als früher (Abb. 14).

Bei den älteren Frauen hingegen sind die Verhelratetenanteile in den einzelnen Altersjährgängen kaum höher als 1910 im Kaiserreich. Dies hängt mit dem durch den Zweiten Weltkrieg gestörten Zahlenverhältnis zwischen (den heute alten) Frauen und Männern zusammen.

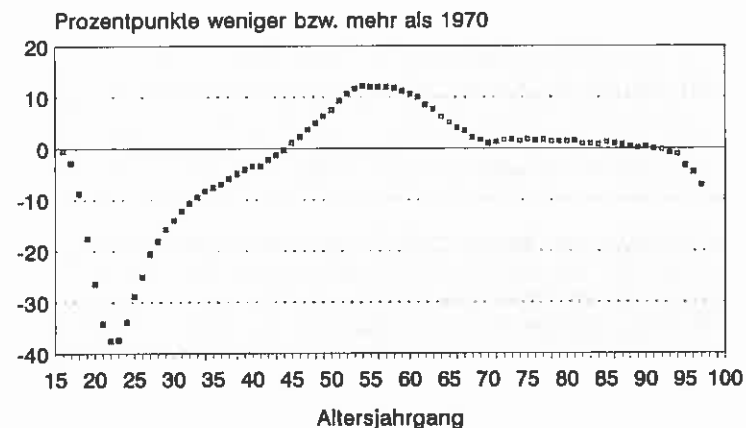
Bemerkenswert ist nun, daß sich für die kommenden Jahre ein ganz entscheidender Wandel abzeichnet, wie aus den beiden folgenden Graphiken (Abb. 15

Verheiratete Männer pro Altersjahrgang



KDA
Abb. 14

Verminderung/Erhöhung des Verheiratetenanteils je Altersjahrgang bei Frauen von 1970 bis zur Volkszählung 1987 (alte Bundesländer)

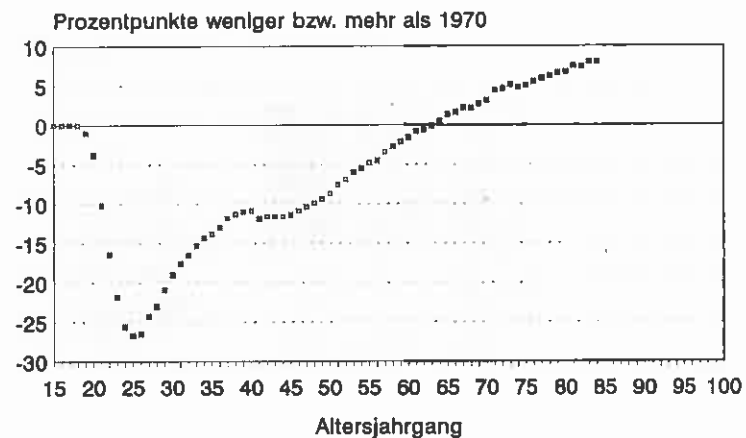


KDA

Berechnungsmethode: Verheiratetenanteil von 1987 minus Verheiratetenanteil von 1970.

Abb. 15

Verminderung bzw. Erhöhung des Verheiratetenanteils je Altersjahrgang bei den Männern von 1970 bis zur Volkszählung 1987 in den alten Bundesländern



KDA

Berechnungsmethode: Verheiratetenanteil von 1987 minus Anteil der Verheirateten im Jahr 1970.

Abb. 16

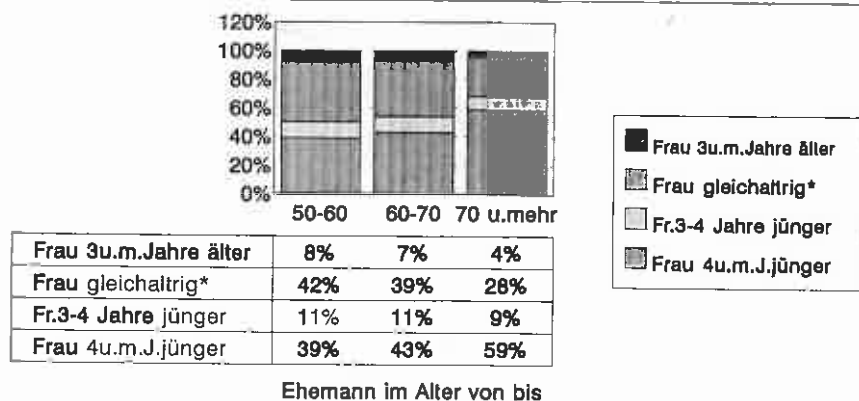
und 16) abzulesen ist. Diese beiden Abbildungen zeigen für die einzelnen Altersjahrgänge, welche Entwicklung von 1970 bis 1987, d.h. im Zeitraum zwischen der vorletzten und der letzten Volkszählung in den alten Bundesländern zu verzeichnen ist.

Von den im Jahre 1987 45- bis 70jährigen Frauen waren deutlich mehr (noch) verheiratet als bei den Frauen dieser Altersgruppe im Jahre 1970. Dies bedeutet, daß eine Gruppe von Frauen ins Alter bzw. ins höhere Alter hineinwächst, von denen sehr viel mehr einen Lebenspartner haben, als die Frauengeneration vorher. Möglicherweise entspannt sich dadurch für viele Frauen das Altersproblem.

Bei den Männern dagegen zeichnet sich eine völlig andere Entwicklung ab: während im Jahre 1987 von den über 65jährigen ein noch höherer Anteil als 1970 verheiratet war, sind von den unter 60jährigen deutlich weniger verheiratet, als dies früher der Fall war. Dies bedeutet, daß viele der ins Alter hineinwachsenden Männer nicht mehr darauf vertrauen können, im Alter von einer im Durchschnitt vier Jahre jüngeren Frau versorgt zu werden. Das Altenproblem der Zukunft wird sehr viel mehr als heute auch ein Problem der Männer sein. Diese Tendenz läßt immerhin hoffen, daß in diesem Fall politisch eher reagiert wird, als wenn es sich – wie in der Vergangenheit und Gegenwart – »nur« um ein überwiegendes Frauenproblem handelt.

Etwas anderes tritt hinzu: die im Jahre 1987 über 70jährigen verheirateten Männer waren zu 59% mit einer Frau verheiratet, die 4 und mehr Jahre jünger war, nur 4% hatten eine drei und mehr Jahre ältere Frau. Bei den Männern im Alter

Altersunterschied zwischen Ehepartnern in den alten Bundesländern (1987)



* gleichaltrig heißt bis 3 Jahre jünger oder älter. Quelle: VZ 1987, Fachserie 1, Heft 7, Teil 2, S. 25

KDA
Abb. 17

von 60–70 und noch ausgeprägter bei den 50–60jährigen Männern ist der Altersunterschied zwischen den Ehepartnern in vielen Fällen geringer (Abb. 17).

Nicht ausgewiesen in der Abbildung, aber nachlesbar in der angegebenen Quelle ist, daß die Haushaltsgröße bei den Ehepaarhaushalten mit dem Altersunterschied zwischen den Partnern korreliert: sie ist am größten bei den Paaren, bei denen die Frau 4 und mehr Jahre jünger ist als der Mann.

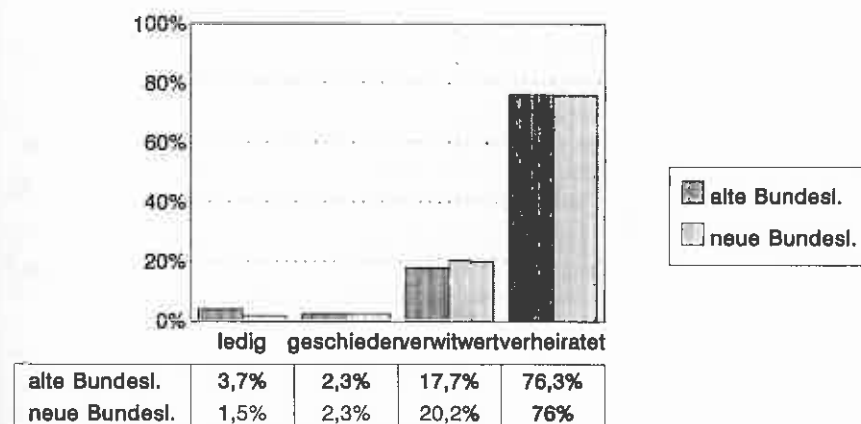
Auch dieser Befund deutet darauf hin, daß bei den künftig alten Männern das informelle Hilfenetz schwächer ausgeprägt sein könnte, als dies gegenwärtig noch der Fall ist.

Ich formuliere bei der Familienstandsentwicklung (Abb. 18 und 19) deshalb vorsichtiger als bei den Bevölkerungszahlen, weil Prognosen auf diesem Gebiet deutlich unsicherer sind: wir wissen zu wenig über Scheidungsraten und Wiederverheirathungsneigung und unterschiedliche Lebenserwartung in Abhängigkeit vom Familienstand, als daß sichere Aussagen möglich wären.

Es gibt übrigens im Hinblick auf den Familienstand älterer Frauen und Männer kleinere Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern: in den neuen Bundesländern ist der Ledigenanteil unter den älteren Männern mit 1,5% extrem niedrig und der Anteil der Witwer etwas höher als in den alten Bundesländern (Abb. 18).

Bei den Frauen der neuen Bundesländer liegt der Ledigenanteil mit 7,2% ebenfalls niedriger als in den alten Ländern (9,2%). Bemerkenswert ist der vergleichs-

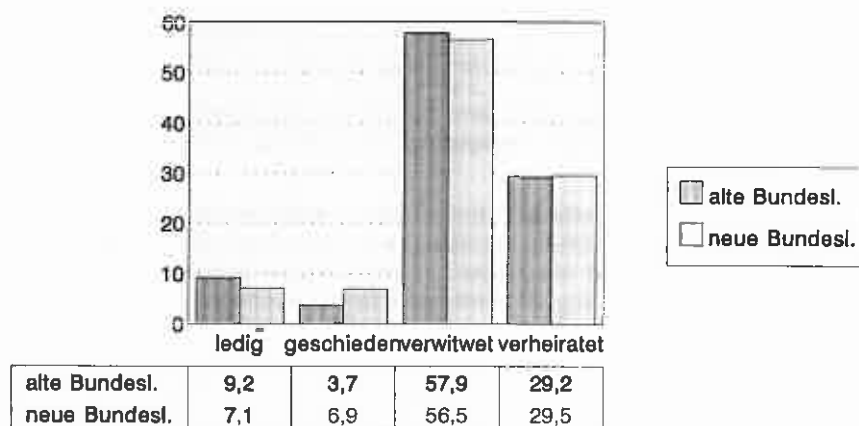
über 65jährige Männer nach Familienstand alte Bundesländer (ABL) 1987 - neue Bundesländer (NBL) 1989



KDA
Abb. 18

über 65jährige Frauen nach Familienstand

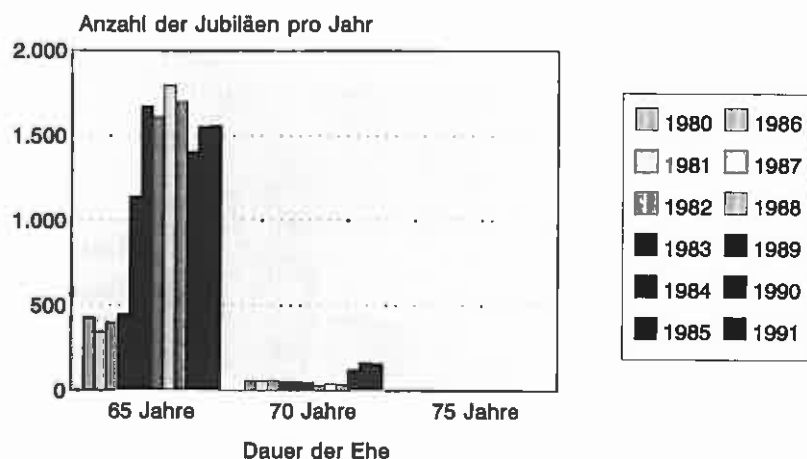
alte Bundesländer (ABL) 1987 - neue Bundesländer (NBL) 1989



KDA

Abb. 19

Seltene Ehejubiläen in den alten Bundesländern



KDA

Abb. 20

weise hohe Anteil Geschiedener unter den älteren Frauen (6,9% gegenüber 3,7% in den alten Bundesländern). Quantitativ dürften diese Unterschiede allerdings nicht sehr ins Gewicht fallen (Abb. 19).

Zum Abschluß dieser Ausführungen über die Bedeutung des Familienstandes für die Stärke der Supportsysteme möchte ich Ihnen kommentarlos eine für unser Thema bedeutungslose, vielleicht aber doch das Thema »Altersehe« abrundende Abbildung zur Entwicklung der Zahl seltener Ehejubiläen (in den alten Bundesländern) zeigen (Abb. 20).

Ich habe sehr ausführlich unsere Erkenntnisse zur Situation und der wahrscheinlichen Entwicklung des leistungsstärksten Supportsystems, der (Alters)Ehe, dargelegt. In diesem Zusammenhang möchte ich noch ein Wort sagen zu den älteren Frauen und Männern, die in freien Lebensgemeinschaften leben: ihre Zahl ist vergleichsweise gering. 111.000 Männer und 105.000 Frauen im Alter von 56 und mehr Jahren leben in einer freien Lebensgemeinschaft, sehr viel weniger als in den jüngeren Altersgruppen. Wie sich ihre Zahl in Zukunft entwickeln wird, ist ungewiß.

Bislang habe ich ausführlich über den Familienstand gesprochen. Ich möchte aber wenigstens kurz noch auf die verschiedenen Haushaltsformen eingehen, in denen ältere Menschen leben und die ebenfalls die Stärke des jeweiligen Supportsystems beeinflussen.

Es gibt natürlich einen engen Zusammenhang zwischen dem Familienstand und der Haushaltsform eines Menschen. Viele Verwitwete leben heutzutage in einem Einpersonenhaushalt, früher war das anders. Ältere Ehepaare wohnen meist in einem Zweipersonenhaushalt ohne Kinder, auch das war früher anders, als die Frauen bis kurz vor der Menopause Kinder bekamen und starben, bevor das jüngste Kind aus dem Hause ging.

In den beiden folgenden Abbildungen (21 und 22) versuche ich darzulegen, wie sich die älteren Menschen nach Haushaltsformen verteilen. Dabei werde ich auf erhebliche Unterschiede von Altersgruppe zu Altersgruppe und zwischen Frauen und Männern hinweisen.

Um Ihnen die »Gesetzmäßigkeiten« dieser strukturellen Unterschiede anschaulichen zu können, zeige ich Ihnen nicht die absolute Anzahl der in den verschiedenen Haushaltsformen lebenden Frauen und Männer, sondern wieviel Prozent der jeweiligen Altersgruppe in welcher Haushaltsform wohnt.

Aus der Abbildung 21 können Sie z.B. ablesen, daß im Jahre 1982 – neuere Daten haben wir leider nicht – etwa 45% der insgesamt 1.928.000 Frauen im Alter von 50–55 Jahren in einem Ehepaarhaushalt mit Kindern und weitere 35% in einem Ehepaarhaushalt ohne Kinder leben. Insgesamt lebten zu diesem Zeitpunkt etwa 80% der 50–55jährigen Frauen in einem Ehepaarhaushalt.

Von den 2.077.000 Frauen im Alter 55–60 Jahre lebten nur noch etwa 70% in einem Ehepaarhaushalt und von den 1.734.000 65–70jährigen nur noch ca. 45%. Sie sehen, wie bei den Frauen der Anteil der in Ehepaarhaushalten lebenden mit steigendem Alter rapide abnimmt, viel stärker als bei den Männern (Abb. 22).

Frauen nach Alter und Haushaltsform (1982)

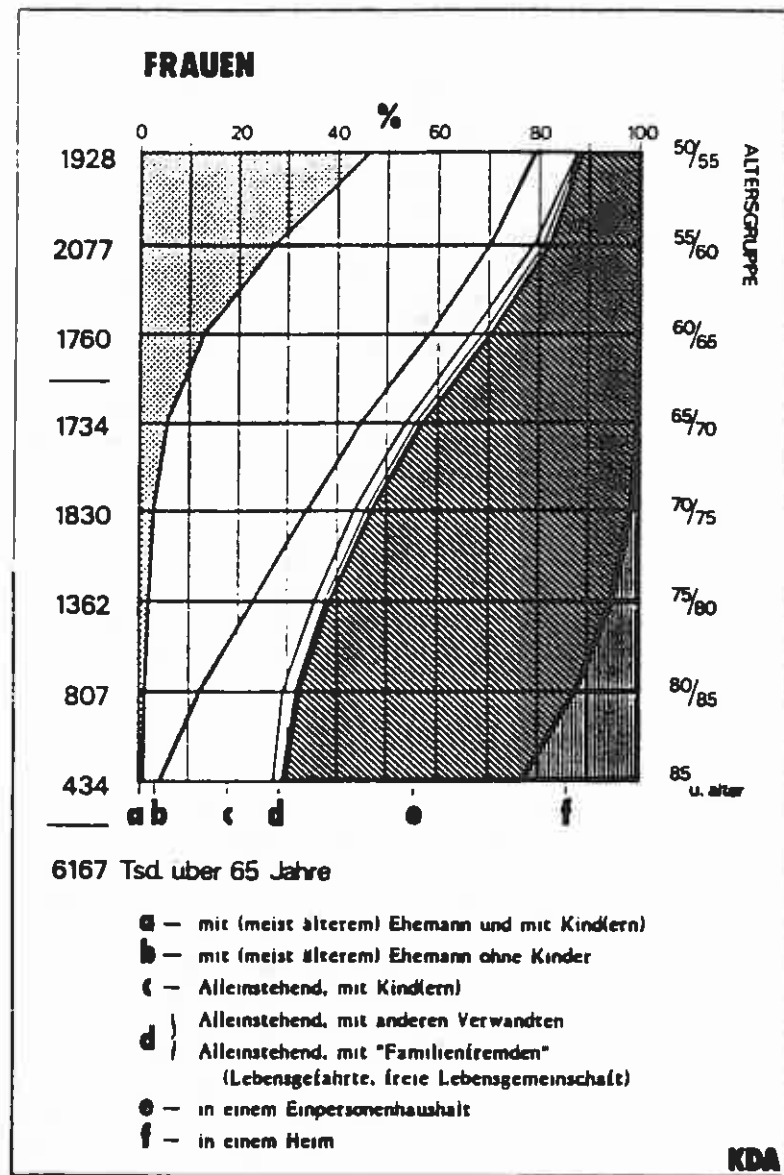


Abb. 21

Männer nach Alter und Haushaltsform (1982)

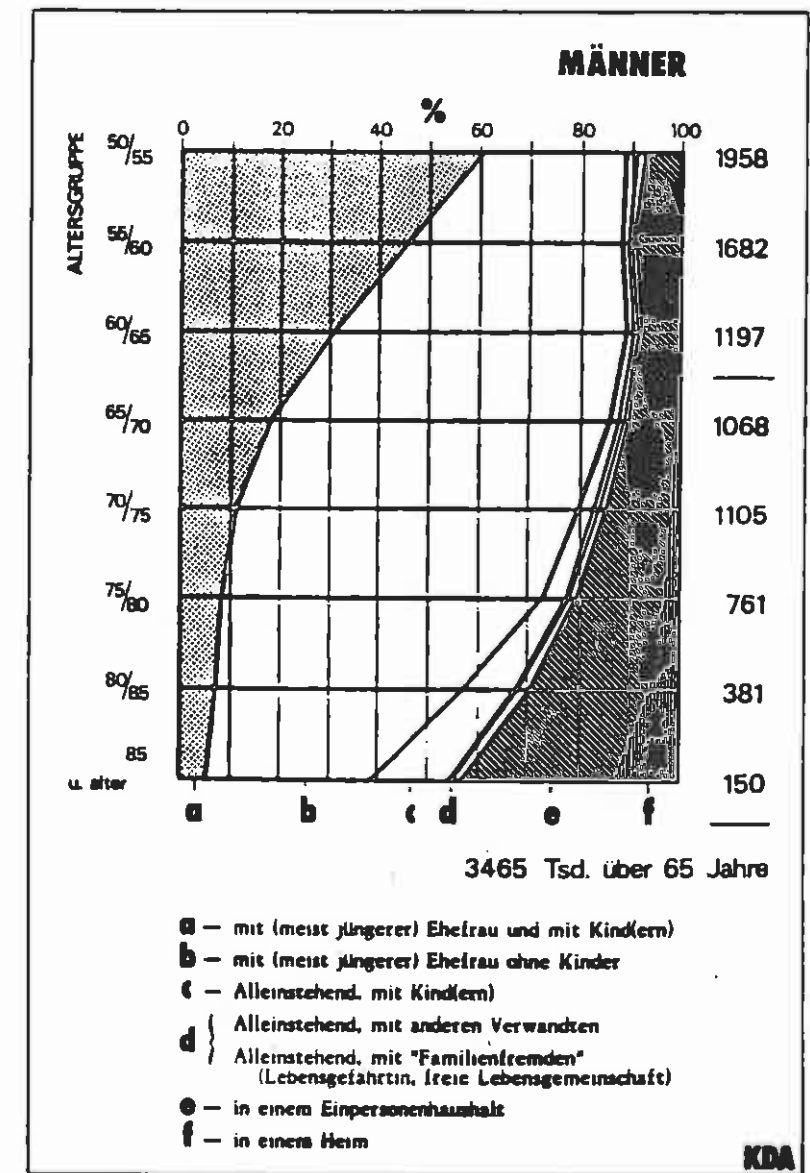


Abb. 22

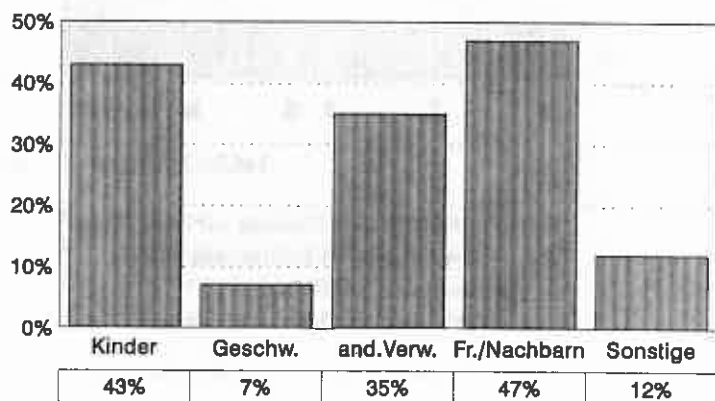
Dementsprechend nimmt bei den Frauen der Anteil der in Einpersonenhaushalten lebenden schon ab dem 60sten Lebensjahr rasch zu, bei den Männern hingegen erst ab dem Alter von 75–80 Jahren.

Sie erkennen aus der Abbildung auch, wie wenig Ältere in einem Heim leben, erst ab dem 70sten Lebensjahr steigt ihr Anteil stärker an, bei Frauen stärker als bei Männern, weil sehr viele Frauen in einem Einpersonenhaushalt leben. Von den über 85jährigen Frauen lebt etwa jede vierte in einem Heim und vergleichsweise viele leben im Haushalt von Kindern. Nach den Zahlen von 1982 haben alte Frauen eher als Männer die Chance, als Alleinstehende im Haushalt eines Kindes zu leben.

Die Abbildungen verdeutlichen auch, daß nur wenige ältere Menschen in einem Haushalt mit »Familienfremden« – dazu zählen die freien Lebensgemeinschaften – wohnen. Nach den weiter oben genannten Zahlen hat sich in dieser Hinsicht von 1982 bis 1990 nichts verändert.

Festzuhalten ist, daß wesentlich mehr Frauen als Männer in Einpersonenhaushalten wohnen und auf weniger Support und Unterstützung hoffen können, als die meisten älteren Männer. Aber dies wird sich – wie oben ausführlich besprochen – mit der Normalisierung des Zahlenverhältnisses zwischen Männern und Frauen ändern. In wenigen Jahren wird mit großer Wahrscheinlichkeit die Zahl der in Einpersonenhaushalten lebenden Männer stark ansteigen.

Helfer von außerhalb des Haushaltes für Pflegebedürftige in Privathaushalten



Socialdata-Erhebung 1978, S. 88. Erste Ergebnisse der Socialdata-Nachfolgestudie liegen Ende 1992 vor
KDA

Abb. 23

Zum Schluß komme ich nun auf das Hilfpotential durch Kinder zu sprechen. Kinder sind, neben den in diesem Zusammenhang nicht zu unterschätzenden Freunden und Nachbarn, die zahlenmäßig stärkste Helfergruppe von außerhalb des Haushaltes der Hilfe- und Pflegebedürftigen (Abb. 23).

Lange Zeit konnten wir in Deutschland auf familiäre Hilfen durch Kinder und insbesondere durch Töchter und Schwiegertöchter vertrauen. Vor dem Ersten Weltkrieg lebte in Deutschland eine extrem jugendliche Gesellschaft, in ihrer Altersstruktur fast vergleichbar mit den heutigen Entwicklungsländern.

Die Kinder und insbesondere die Töchter der geburtenstarken Jahrgänge bis 1914 standen bis in die 1970er Jahre als familiäre Helfer zur Verfügung. Jetzt – im Jahre 1992 – sind die Angehörigen des letzten geburtenstarken Jahrganges 1914 78 Jahre alt, und manche von ihnen sind auf Hilfe und Unterstützung angewiesen, aber es gibt deutlich weniger Kinder, die helfen können.

Meine letzte Graphik (Abb. 24) zeigt, wie das sogenannte »Töchterpflegepotential« in Deutschland bis etwa zum Jahr 1925 angestiegen ist und seitdem kontinuierlich gesunken ist. Ich habe die Größe »Töchterpflegepotential« ziemlich willkürlich definiert als die Zahl der Frauen im Alter von 45 bis 60 Jahren pro 1000 Menschen im Alter von 65 und mehr Jahren. Dies ist sicherlich ein sehr grober, m.E. dennoch brauchbarer Indikator für die Stärke des Supportsystems »Kinder«.

Mit gleicher Berechtigung könnte man das Zahlenverhältnis zwischen der Altersgruppe der 45–65jährigen und den über 60jährigen als Maßgröße heranziehen und vielleicht sollten wir das in Zukunft tun, wenn immer mehr über 90jährige die Unterstützung durch ihrer Kinder erwarten, die dann selbst schon ein Alter um die 70 Jahre erreicht haben.

Zunächst jedoch habe ich bewußt die 45–60jährigen Frauen ins Verhältnis gesetzt zur Zahl der über 65jährigen, weil zu dieser Kennziffer Vergleichswerte aus anderen Ländern vorliegen, die ebenfalls in der Abbildung dargestellt sind.

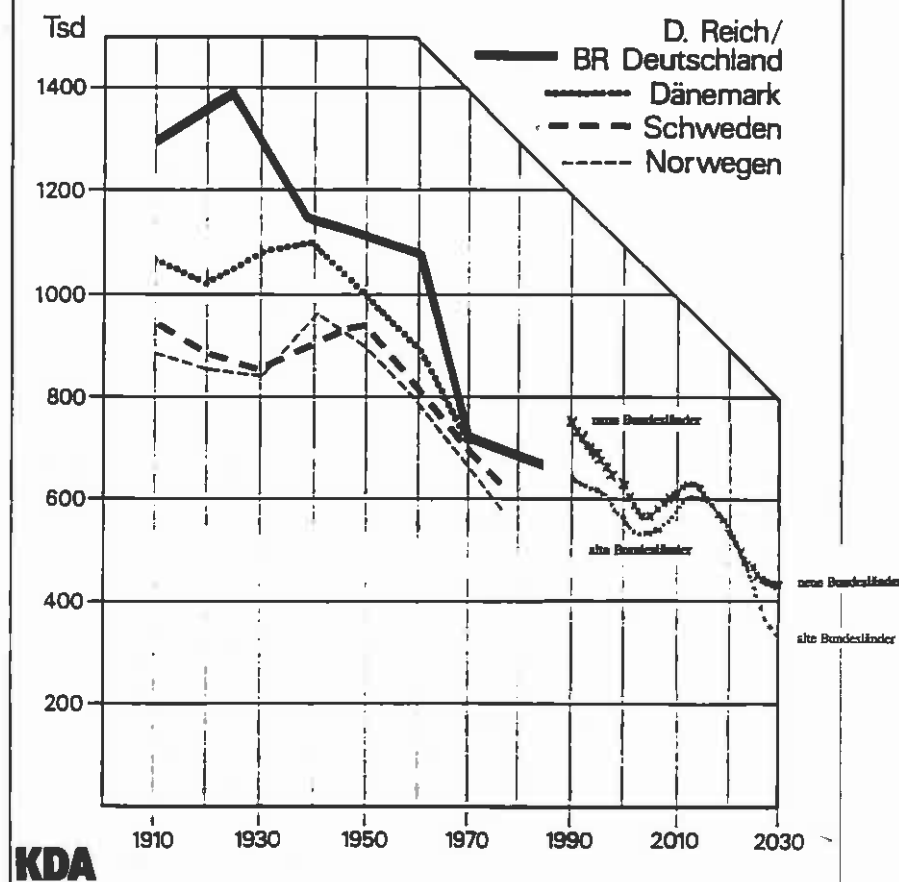
Bemerkenswert erscheint mir der Rückgang des Töchterpflegepotentials seit vielen Jahren. Noch bemerkenswerter ist m.E. jedoch, daß wir trotz des Rückganges des Töchterpflegepotentials bis in die 1970er Jahre ein höheres Töchterpflegepotential besaßen als unsere Nachbarn in Dänemark, Schweden, Norwegen.

Meine These ist nun, daß es einen Zusammenhang gibt zwischen der Stärke des Töchterpflegepotentials und der Notwendigkeit, andere Formen der Hilfe, z.B. Heime und professionelle ambulante und teilstationäre Dienste, anzubieten.

Wir konnten vergleichsweise lange auf die familiären Hilfen durch die »Töchter« vertrauen, stärker jedenfalls als unsere Nachbarn in den skandinavischen Ländern. Dort hat der Prozeß des demographischen Alterns etwas eher eingesetzt als bei uns, das Töchterpflegepotential ist schon längere Zeit sehr niedrig, und darum waren diese Länder eher als wir gezwungen, ihr formales Hilfesystem auszubauen.

Schrumpfendes "Töchter-Pflegepotential"

FRAUEN ZWISCHEN 45 UND 59 JAHREN
PRO 1000 MENSCHEN VON 65 J. U. ÄLTER



Quelle der Zahlen ab 1990: 7. koordinierte Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Bundesamtes. Basis: 31.12.1989.
Zu den Annahmen dieser Bevölkerungsvorausberechnung vgl. Wirtschaft und Statistik 4/1992, Seite 217ff

Abb. 24

Es gehört nicht zum Thema meines Referates, die formalen Hilfesysteme – Heime, ambulante und teilstationäre Dienste – darzustellen, aber lassen Sie mich bitte darauf hinweisen, daß wir in der Bundesrepublik Deutschland vergleichsweise wenig Heimplätze haben, die dazu noch personell sehr viel schlechter ausgestattet sind als die Heime in den Nachbarländern. Vor allem aber ist bei uns das System der ambulanten und teilstationären Dienste allenfalls »oberflächlich flächendeckend« ausgebaut. Die familialen Hilfesysteme – sowohl pflegende Ehepartner als auch pflegende Kinder/Töchter brauchen dringend Entlastung durch massiv auszubauende ambulante und teilstationäre Dienste und auch durch mehr stationäre Dienste, einschließlich Geriatrie und Gerontopsychiatrie.

Versorgung psychisch kranker alter Menschen in den fünf neuen Bundesländern – Situation und Perspektiven für die Zukunft

Herbert Loos

Wie in vielen Lebensbereichen führte die Auflösung des zentralistisch-administrativen Gesellschaftssystems der DDR auch in der Versorgung psychisch kranker alter Menschen zu Bewegung und Veränderung.

Im Verlauf einer 40-jährigen Entwicklung hatten sich unter den spezifischen DDR-Bedingungen Strukturen, Problembereiche, Vor- und Nachteile herausgebildet, deren Kenntnis vorauszusetzen ist, wenn man die derzeitige Situation in den fünf neuen Bundesländern beurteilen und Perspektiven für die Zukunft herausarbeiten will.

Der erste Teil meiner Darlegung beschäftigt sich daher mit den Bedingungen der Ausformung einer Gerontopsychiatrie in der DDR.

Im zweiten Abschnitt möchte ich drei charakteristische Problembereiche der gegenwärtigen Situation darstellen.

In dritten Teil werde ich versuchen, daraus Entwicklungstendenzen abzuleiten und Perspektiven für die Zukunft aufzuzeigen bzw. unterschiedliche Vorstellungen über den weiteren Entwicklungsweg gegenüberzustellen.

1. Gerontopsychiatrie in der DDR

In der Aufbruchphase der DDR-Psychiatrie zwischen 1960 und 1970 wurde die Betreuung psychisch kranker alter Menschen bewußt ausgeklammert und die damit verbundenen Probleme einer nicht genau definierten »Geriatric« zugeschoben.

Anfang der 60er Jahre hatte sich im Fachausschuß für Psychiatrie beim Ministerium für Gesundheitswesen eine Gruppe Gleichgesinnter formiert, die gegen den Widerstand eines großen Teils der Universitäts-Psychiatrie und anfangs auch gegen das hinauszüglernde und beunruhigt reagierende Ministerium eine grundlegende Veränderung der traditionellen Behandlungsbedingungen für psychisch Kranke in den übernommenen Großkrankenhäusern anstrebte, da diese meist aus dem 19. Jahrhundert stammenden Einrichtungen trotz des neuen Namens »Fachkrankenhaus« noch alten Anstaltstraditionen verhaftet geblieben waren. Selbst die Fachgesellschaft für Neurologie und Psychiatrie förderte dieses Anliegen kaum und verhielt sich abwartend, während sich die Gesellschaft für Rehabilitation der DDR hinter diese Reformgruppe stellte. (1)

Das Ergebnis dieser Bemühungen waren die im November 1963 in Rodewisch

formulierten und vom Minister unterschriebenen Thesen, die in der Kernaussage therapeutischen Optimismus an die Stelle des Verwehrprinzips setzten.

Der psychisch kranke *alte* Mensch paßte in diese Aufbruchsstimmung eines therapeutischen Optimismus nicht recht hinein. Noch im Oktober 1969 listete Professor QUANDT, einer jener »gleichgesinnten« von Rodewisch, in einem Festvortrag anläßlich des 20. Jahrestages der DDR die »Perspektiven der Neuropsychiatrie in der DDR« auf und forderte im Punkt 4 d in bezeichnender Kürze: »Die weitere Entwicklung der psychiatrischen Geriatrie.«

»Psychiatrische Geriatrie« umschrieb dabei die *Nicht-Zuständigkeit* der Psychiatrie. QUANDT setzte sicherheitshalber noch als Erläuterung hinzu: »Die notwendige Integration (der psychisch kranken alten Menschen) in die psychiatrischen Fachkrankenhäuser stellt nur ein Durchgangssyndrom dar.« (2)

Auch auf einem spektakulär aufgelegten sog. »Nationalen Symposium: »Sozialismus, wissenschaftlich-technische Revolution und Medizin« im Jahre 1967 kam der Begriff Alters- oder Geropsychiatrie nicht vor. Der Psychiater SCHWARZ prophezeite in Anbetracht der vorgelegten statistischen Daten der *Geriatrie* »in naher Zukunft eine sehr große wissenschaftliche, praktische und vor allem hygienische Rolle.« (3)

Im Jahre 1970 trat die Gesellschaft für Altersforschung der DDR an die sogenannten Problemkommission »Psychiatrie und Neurologie« des Rates für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaft am Ministerium für Gesundheitswesen heran und signalisierte einen Handlungsbedarf in Sachen »Geropsychiatrie«. Im Protokoll der Sitzung vom 20.04.1970 heißt es dazu:

»Herr Poppe informiert darüber, daß die Gesellschaft für Altersforschung (...) bemüht ist, Fragen der Geropsychiatrie verstärkt zu bearbeiten. Es wird daher nach längerer Diskussion entschieden, dem Vorstand der Fachgesellschaft die Bildung einer Arbeitsgruppe zu empfehlen, die sich später zu einer Sektion ausweiten kann (...) Ferner sollte sich die Problemkommission um die Profilierung der Gero-Neuropsychiatrie bemühen.«

Die Gero- oder Gerontopsychiatrie, oder – wie sich die Problemkommission ausdrückte – die »Gero-Neuropsychiatrie« wird also in der DDR erst in den 70er Jahren von den zentralen Instanzen als Aufgabe der Psychiatrie deklariert.

In der psychiatrischen Fachzeitschrift der DDR schlägt sich dies vorerst nicht nieder. Noch 1971 werden in Buchbesprechungen Christian MÜLLERS »Alterspsychiatrie« und der Tagungsbericht »Senile Dementia«, herausgegeben von MÜLLER und CIOMPI, Geriatern und den »im öffentlichen Gesundheitswesen tätigen Ärzten« zur Lektüre empfohlen. (4)

Diese theoretische und administrative Verdrängung des Problems korrespondierte mit einer kontinuierlichen Zunahme psychiatrischer Alterskranken in den Versorgungseinrichtungen.

Die von QUANDT als »notgedrungenes Durchgangssyndrom« charakterisierte Problematik war zum handfesten Dauerzustand geworden. In der Hoffnung auf angekündigte Lösungen außerhalb der psychiatrischen Einrichtungen blieben

eigene Handlungsmodelle aus, und es entwickelte sich ein unerträglicher Notstand. Alterspsychiatrische Patienten sammelten sich vor allem auf Chronikerstationen. Der Versuch, die Patienten in Heimen des Sozialwesens loszuwerden, scheiterte am Platzmangel und am Widerstand der Pflegeheime, die sich mit der Betreuung dieser Kranken überfordert fühlten.

In den Jahren ab 1972 setzte ausgehend von Maxwell JONES auch in der DDR eine Diskussion der intramuralen Gestaltung der Betreuungsverhältnisse für psychisch Kranke ein.

Die sogenannten »Brandenburger Thesen« aus dem Jahre 1974 sollten die Gedanken der »Therapeutischen Gemeinschaft« in das psychiatrische Versorgungssystem der DDR tragen. Gerontopsychiatrische Probleme fanden keine Erwähnung. (5)

»Solange Alterspatienten im psychiatrischen Krankenhaus in der bedrückenden Enge einer vernachlässigten Stationsumgebung leben müssen«, so schrieb OECHEL im Januar 1977 (6), »können deklamierte gemeinschaftstherapeutische Absichten nicht ernst genommen werden.«

Als Ausweg schlug OECHEL eine »Neugestaltung der inneren Struktur« durch kleine Behandlungseinheiten vor, die nach Pflegestufen profiliert sein sollten.

Die inzwischen an vielen psychiatrischen Einrichtungen gebildeten »Geropsychiatrischen Abteilungen« waren durch den hohen Anteil an Langzeitpflege sehr groß und sollten durch Differenzierung nach Pflegestufen menschlicher werden.

Erst in der Phase der Propagierung und Umstellung der psychiatrischen Versorgung nach den Prinzipien einer gemeindenahen Sektorisierung wurde die Gerontopsychiatrie zu einem wesentlichen Teilbereich der Psychiatrie.

Die sinkende Zahl von Einweisungen in jüngerem Lebensalter, der relative und absolute Anstieg von Einweisungen älterer psychisch Kranker hatte nach der Leipziger Autorin GRÜSS und dem Autoren MICHALAK zu einem »gerontopsychiatrischen Versorgungsnotstand« geführt. »Unsere psychiatrischen Krankenhäuser«, so schrieben sie 1980, »sind ... im Begriff, sich zu geriatrischen Einrichtungen zu entwickeln.« Und sie fügten an: »Es gibt nur einen Weg aus diesem Dilemma: sektorielle Versorgung nach den Prinzipien der Gemeindenähe.«

Es sei »fraglich, ob gerontopsychiatrische Abteilungen oder überregionale Spezialeinrichtungen quantitativ und qualitativ effektiver arbeiten.« (7)

Die enge Verzahnung von stationären und ambulanten Behandlungsangeboten, die wirkungsvolle Behandlungskontinuität, die Verlagerung des Behandlungsschwerpunktes auf die Ambulanz und die verbesserten Möglichkeiten, chronisch Kranke und Pflegebedürftige in kommunale Pflegeeinrichtungen unterzubringen, seien unersetzbare Vorteile gemeindenaher Versorgung.

Besonders die enge Zusammenarbeit zwischen Station und Ambulanz schien unter den Bedingungen des zentralistisch ausgerichteten staatlichen Gesundheitswesens gut organisierbar. Es wurde sogar noch angeregt, psychiatrische

Beratungsstellen und nervenärztliche Ambulanzen zu einer einheitlichen ambulanten Versorgungsstrecke zusammenzufügen.

Die guten Ansätze wurden nur sporadisch wirksam. Warum?

Diese Konzepte waren durchweg auf die Mitbeteiligung einer breiten Öffentlichkeit angewiesen. Öffentliche Diskussion und Überzeugung aber waren an die Nennung von Mängeln und Mißständen gebunden. Das aber war nicht möglich. So blieb die Hoffnung, daß interne Zuarbeit die entscheidenden Gremien zu zentralen Festlegungen würde führen können. Noch heute hört man bei uns die Meinung, daß nur die richtigen Leute an den richtigen Stellen hätten sitzen müssen, dann wäre alles besser gelaufen. Jene Selbstverwirklichung im sozialen Raum, die die Psychiater in therapeutischer Gruppenarbeit ihren Patienten vermitteln wollten, fehlte ihnen selbst, wenn es um grundsätzliche und strukturelle Fragen ging. Die repressiv-dirigierende und jede Spontanität fürchtende Gesellschaft stand solchen Anliegen entgegen.

Die zunehmende ökonomische Krise begrenzte wohl auch die Möglichkeiten zu einer Änderung der Versorgungssituation, wichtiger aber war, daß mindestens seit 1985 die Administration fast ausschließlich damit befaßt war, den Zerfallsprozeß aufzuhalten.

Das Symposiums-Ziel von 1967: die Entwicklung eines »effektiven Systems der sozialen, kulturellen und medizinischen Betreuung älterer und alter Menschen« war längst zur Sprechblase verkommen.

2. Problembereiche in der gegenwärtigen Situation

Der Vereinigungsprozeß und die damit verbundene Übernahme gesundheitspolitischer und administrativer Grundlagen der alten Bundesrepublik in die fünf neuen Länder löschte Entwicklungsansätze vielfach aus. Die neue Orientierung auf die Vielfalt niedergelassener Nervenärzte in der ambulanten Versorgung ließ z.B. Planungen einer gemeinsamen Versorgungskette ambulant/stationär nicht mehr in alter Weise zu.

Die scharfe Trennung zwischen Gesundheits- und Sozialwesen unterbrach die häufige Personalunion zwischen stationär tätigem Arzt und Heimarzt u. v. a. m.

Die jedoch mit der neuen Rechtslage verbundenen erweiterten Möglichkeiten bleiben aus objektiven oder subjektiven Gründen auf der Strecke.

Ich möchte – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – drei Problembereiche herausgreifen:

Beispiel 1:

Viele, wenn nicht die meisten Gerontopsychiatrischen Abteilungen sind wegen der vielen Langzeit- und Pflegefälle zu groß. Die Finanzierung der Unterbringung geschah im Krankenhaus wie auch im Heim aus dem gemeinsamen Topf des Staatshaushaltes, und es war für alle Seiten unerheblich, wo ein solcher Mensch

versorgt wurde. Die Heime des Sozialwesens stellten Anträge auf Übernahme sogar häufig deswegen zurück, weil diese Pflegebedürftigen ja versorgt waren. Diese Profilvermischung schlug sich auch in Verordnungen nieder. Alljährlich wurden z.B. Krankenhäuser zur Bereitstellung von »Kältebetten« verpflichtet. Damit war gemeint, daß stationäre Bereiche während der Wintermonate alte Bürger aufnehmen mußten, wenn diese ihre Wohnung nicht beheizen konnten. So gelangten selbst psychisch gesunde alte Menschen in die Gerontopsychiatrie. Der Übergang von einem Behandlungs- zum Pflegefall lag allein im Ermessen des ärztlichen Abteilungsleiters. Der Kostenanteil des Patienten war sehr gering und im Krankenhaus und im Heim identisch.

Die verwaschenen Stationsprofile hatten zur Folge, daß auch die Heime kein differenziertes Angebot entwickelten.

Ab 1.1.1991 war nun plötzlich alles anders. Der hohe Anteil von Patienten, für den die Kassen die Kosten nicht übernehmen wollten, beunruhigte die Mitarbeiter der Krankenhäuser, weil eine drohende Bettenreduktion Arbeitsplätze in Frage stellte. Da andererseits die Heime diese Pflegefälle nicht übernehmen konnten, besteht vielerorts noch heute ein beunruhigender Schwebezustand, der Planungen erschwert. Häufig sortieren die jeweiligen Bereiche lediglich ihre Patienten bzw. Bewohner und rufen nach Lösungen für die sogenannten »Fehlplazierten«, ohne daß es zu einer kreativen Zusammenarbeit kommt.

Beispiel 2:

Der uniforme und übersichtliche ambulante Versorgungsbereich splittet sich auf. In jedem Kreis und jedem Stadtbezirk vereinten »Psychiatrische Beratungsstellen« die Funktion eines Sozialpsychiatrischen Dienstes mit der kurativen Funktion einer nervenärztlichen Ambulanz. Psychiatrische oder gerontopsychiatrische Symptome führten die im Territorium wohnhaften Patienten direkt oder per Überweisung in diese Beratungsstellen. Die von Fallzahlen unabhängigen ärztlichen Kollegen überwiesen in solchen Fällen sehr schnell, so daß die Beratungsstellen den überwiegenden Teil psychiatrischer oder gerontopsychiatrischer Patienten erfaßt hatten und betreuten.

Beim Aufbau gemeindenaher sektorisierter Versorgungsmodelle waren sie daher der kompetente ambulante Ansprechpartner. Die erstrebte Behandlungskontinuität setzte dort an.

Nun aber wird in Zukunft der Sozialpsychiatrische Dienst seine in der Regel nur noch befristete kurative Ermächtigung verlieren. Die wachsende Zahl niedergelassener Kollegen macht das Terrain unübersichtlich. Ein großer Teil der Einweisungen in die gerontopsychiatrischen Stationen werden schon heute über Ärzte für Allgemeinmedizin veranlaßt. Die Existenz der durch Beratungsstellen getragenen Tagesstationen steht in Frage. Neue Wege aber brauchen neue Erfahrungen.

Beispiel 3:

Die von der alten Bundesrepublik übernommenen neuen Rechtsvorschriften bei Zwangsunterbringung verwirrter, desorientierter, psychotisch verändert oder auch nur hilfsbedürftiger Personen mit der Möglichkeit einer Eigengefährdung stießen in den neuen Bundesländern auf alte Denkmuster einer umfassenden Fürsorge. Ich sehe einen inneren Zusammenhang zwischen der Staatsdoktrin einer lückenlosen Überwachung und Reglementierung und einer überstei-

gerten Fürsorge-Helfer-Haltung. Es galt und gilt noch als unmoralisch, einen uneinsichtigen aber harmlosen Patienten in sein mögliches Unglück laufen zu lassen oder einen genesenen Patienten zu entlassen, obwohl berufliche Eingliederung und/oder Wohnsituation noch nicht geklärt sind. Auf den Langzeitstationen der Gerontopsychiatrie gab es vor 1990 demente Patienten, die in guter Absicht und im Zusammenwirken mit Angehörigen festgehalten, d.h. am ungerichteten Weglaufen gehindert wurden, ohne daß eine juristische Legitimation dafür vorlag. Nach den Erfahrungen mit der neuen Gesetzlichkeit wird häufig die Frage aufgeworfen, ob es rechtens ist, die Individualrechte so weit zu fassen, daß der Einzelne daran zugrunde gehen kann.

Auf der anderen Seite kann Handeln im vermeintlichen Interesse eines Uneinsichtigen zum Quell eines politischen Mißbrauchs der Psychiatrie werden. »Das Übel gedeiht nie besser, als wenn ein Ideal davor steht.« sagte Karl Kraus.

Diese Problematik lasse ich hier aus, aber es steht nicht in Frage, daß die neuen gesetzlichen Vorschriften auch den klinischen Alltag und innere Einstellungen veränderten. Offene und geschlossene Stationen, Therapiestrategien und Unterbringungsbedingungen des einzelnen mußten neu bedacht und geregelt werden. Umstellungen aber – und das haben alle drei genannten Problembeispiele gemeinsam – verunsichern. Verunsicherung aber hemmt die Herausbildung neuer Konzeptionen und fester Perspektiven.

Und damit komme ich zum letzten Abschnitt:

3. Perspektiven für die Zukunft

Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen liegt im Grenzbereich zwischen Geriatrie und Psychiatrie. Gerontopsychiatrische Versorgungskonzepte müssen sich daher an die Entwicklungsbedingungen jener zwei Gebiete anlehnen.

Für den Anteil Psychiatrie sind folgende Umstände wesentlich:

Die aus der DDR-Zeit übernommenen, seinerzeit unangefochten das Fachgebiet beherrschenden psychiatrischen Großkrankenhäuser geraten jetzt zunehmend unter Druck. Die Möglichkeiten zur Schaffung kleinerer psychiatrischer Abteilungen an gemeindenahen Krankenhäusern gewinnen plötzlich Freiraum. Zahlreiche Krankenhäuser sehen sich vor die Alternative Bettenreduktion oder Einrichtung einer allgemeinspsychiatrischen Abteilung gestellt und entscheiden sich für die psychiatrische Variante. Lange Zeit blockierte Vorstellungen von einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung können, begünstigt durch die allgemeine Umstrukturierung, jetzt verwirklicht werden.

Einige der in ihren Versorgungsaufgaben beschränkten Großkrankenhäuser versuchen nunmehr, durch Aufwertung, Um- und Ausbau der gerontopsychiatrischen Abteilungen ihre Position zu sichern und den Patientenschwund auf den allgemeinspsychiatrischen Abteilungen zu kompensieren. Das schafft für den psychisch kranken alten Menschen kurzfristig verbesserte Versorgungsbedingungen. Und das ist bitter notwendig. Langfristig aber sind Zweifel erlaubt, ob damit nicht die erwünschte Gemeindenähe auch auf gerontopsychiatrischem Gebiet auf Jahre verhindert wird.

Als Alternative bietet sich an, den gerontopsychiatrischen Patienten sofort in den Vollversorgungsauftrag der kleineren allgemeinspsychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern einzubeziehen. Dem stehen gegenwärtig Schwierigkeiten anderer Art entgegen. Je kleiner eine solche Abteilung ist, um so mehr wirken sich Personalmangel und Mängel in der technischen Ausstattung aus. Begrenzte finanzielle Möglichkeiten, andere Schwerpunktsetzungen und Abwanderung versierter Schwestern in die alten Bundesländer mit den höheren Tarifen schränken die Therapiemöglichkeiten ein. Es besteht die Gefahr, daß die Abstriche im Therapieangebot zuerst den alten Menschen treffen und ihn zur Bettpflege verurteilen. Das betrifft besonders den auf gerontopsychiatrischen Stationen zahlreich vertretenen Patienten um 80, der ein spezifisches Therapieangebot benötigt.

Mit diesen Erwägungen gerät der Gerontopsychiater in die Schußlinie der sich mit Leidenschaft bekämpfenden Vertreter kleiner gemeindenaher Versorgungseinheiten und der Exponenten der Fachkrankenhäuser.

Es fragt sich, ob es tatsächlich nur eine solche zur Weltanschauung erhobene Alternative gibt. Vielleicht sollten gerontopsychiatrische Versorgungskonzepte territoriale Besonderheiten berücksichtigen und differenzierte Modelle entwickeln.

Eine territoriale Besonderheit kann die allgemeine Versorgungssituation in der Geriatrie sein, die Berücksichtigung von geriatrischen Zentren und Schwerpunkten.

Hinsichtlich dieses geriatrischen Aspektes gab es in der DDR in Forschung und Ausbildung eine gute Zusammenarbeit. Die bis in die 70er Jahre reichende Weigerung der Psychiatrie, sich des Problems des alten psychisch kranken Menschen überhaupt anzunehmen, hatte der Geriatrie einen wissenschaftlichen und ausbildungstechnischen Vorlauf gebracht. Das Forschungsprojekt »Soziale Gerontologie« an der Humboldt-Universität Berlin bezog psychiatrische Fragestellungen mit ein. Die jährlichen Fortbildungslehrgänge in »Gerontologie« thematisierten gerontopsychiatrische Themen, und die Kongresse der Gesellschaften für Gerontologie und für Altersforschung erörterten gerontopsychiatrische Themen viel häufiger und sachkundiger als Fachtagungen der psychiatrischen Gesellschaft.

Diese kooperativen Beziehungen sind im Vereinigungsprozeß durch Auflösung und Fusion der Gesellschaften unterbrochen worden.

In der praktisch-klinischen Zusammenarbeit gab es ähnlich enge Verbindungen nicht. Sollten sich in Zukunft die von Professor FÜSGEN propagierten Fachabteilungen für Geriatrie an größeren Krankenhäusern einmal herausbilden, so ergeben sich nach meinem Dafürhalten große Chancen, die Qualität der Betreuung psychisch kranker alter Menschen anzuheben.

Schlußbetrachtung und Ausblick:

Vierzig Jahre DDR-Entwicklung hatten auch in der Versorgung psychisch kranker alter Menschen Besonderheiten herausgebildet. Im Prozeß der Vereinigung lösen Umwertungen und Neuordnungen Spannungen und Verwerfungen auf. Gleichzeitig eröffnen sich gewollt oder ungewollt Chancen für Neuorientierungen, die es zu nutzen gilt. Dies wird nur möglich, wenn sich kritische Situationsanalyse und konzeptionelle Variabilität ergänzen.

Ein Rückblick auf die Zeit vor 1989 hilft dabei nur, wenn subjektiv eingefärbte Erinnerungen zu grundsätzlichen, die gesellschaftliche Situation einbeziehenden Grundaussagen verdichtet werden, denn »Vieles erfahren haben, heißt noch nicht, Erfahrung besitzen.« (Maria v. Ebner-Eschenbach)

Literatur:

- GRÜSS, Ursula; MICHALAK, Udo in: Psychiatrie, Neurologie, Medizinische Psychologie, 32 (1980), S. 598
LANGE, Ehrig in: Psychiatrie, Neurologie, Medizinische Psychologie, 31 (1979), S. 385
OECHSEL, Siegbert in: Psychiatrie, Neurologie, Medizinische Psychologie, 29 (1977), S. 31
QUANDT, Jochen in: Psychiatrie, Neurologie, Medizinische Psychologie, 23 (1971), S. 441
SCHIRMER, Siegfried in: Psychiatrie, Neurologie, Medizinische Psychologie, 23 (1971), S. 184
MÜLLER, Karl; SCHIRMER, Siegfried; SPÄTE, Helmut F.: Neun Thesen zur therapeutischen Gemeinschaft, in: Psychiatrie, Neurologie, Medizinische Psychologie, 26 (1974), S. 50
SCHWARZ, Hanns in: Verhandlungen des Rates für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaft beim Ministerium für Gesundheitswesen der DDR, Band 6, Berlin 1968
SCHWARZ, Hanns in: Psychiatrie, Neurologie, Medizinische Psychologie, 23 (1971), S. 57

Gerontopsychiatrische Versorgung aus Sicht des niedergelassenen Nervenarztes

Jürgen Hans Kretschmar

Einleitung

Die Notwendigkeit gerontopsychiatrischer Versorgung gewinnt mit dem Anwachsen der durchschnittlichen individuellen Lebensdauer und dem dadurch bedingten Anstieg der Häufigkeit psychiatrischer Krankheiten zunehmend an Bedeutung. Der Schwerpunkt der Behandlung dieser Erkrankungen liegt im ambulanten Bereich. BOCHNIK und KOCH (1990) gehen davon aus, daß jährlich insgesamt 7 Millionen Bundesbürger aller Altersklassen mit neurologisch-psychiatrischen Leiden ambulant behandelt werden. Demgegenüber werden jährlich 286.000 Patienten stationär in psychiatrischen und neurologischen Kliniken behandelt. Dies sind nur etwa 4% aller Patienten mit neurologisch-psychiatrischen Diagnosen. Geht man ferner davon aus, daß 34% der 7 Millionen Patienten mit einer psychiatrisch-neurologischen Diagnose nervenfachärztlich behandelt werden, und der Anteil der über 65jährigen in der Nervenarztpraxis etwa 20% beträgt, so werden knapp eine halbe Million psychisch kranker alter Menschen ambulant durch einen Nervenarzt behandelt. Diese globale Schätzung in der Nervenarztstudie (BOCHNIK und KOCH, 1990) basiert auf Untersuchungsergebnissen des Jahres 1986.

Heute liegt der prozentuale Anteil der Rentner in Nervenarztpraxen bereits wesentlich über den Werten von 1986. In unserer Praxis betrug der Rentneranteil 1990 bereits über 50%. Wenn auch unsere Gemeinschaftspraxis mit ihrer gerontopsychiatrischen Orientierung nicht repräsentativ ist, so gilt die Tendenz der Zunahme psychisch Alterskranker für alle Nervenarztpraxen. Die Gründe hierfür sind, neben den demographischen Faktoren und dem zunehmenden Problembewußtsein in der Bevölkerung, hauptsächlich in der Kompetenz des Nervenarztes zu sehen, die verschiedenen Alterskrankheiten zu erkennen und einer adäquaten Therapie zuzuführen.

Krankheitsbilder

Die Krankheitsbilder älterer Menschen, die in der nervenärztlichen Praxis zu diagnostizieren sind, sind vielfältig. Demenzen und Depressionen stehen in der Häufigkeit an erster Stelle. Globale Schätzungen gehen davon aus, daß in den alten Bundesländern etwa 600.000 bis 800.000 Menschen an einer Demenz leiden (Tab. 1).

GERONTOPSYCHIATRISCHE VERSORGUNG DURCH DEN NIEDERGELASSENEN NERVENARZT

Krankheitsbilder

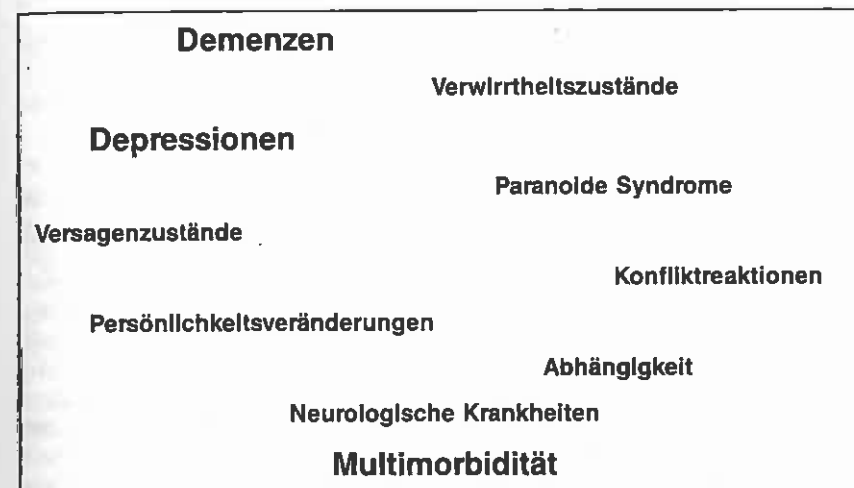


Tabelle 1

Demenzen

Unter Demenz verstehen wir nach den diagnostischen Kriterien des DSM III den Verlust intellektueller Fähigkeiten von ausreichender Schwere, um die sozialen und beruflichen sowie die Leistungen im alltäglichen Bereich zu beeinträchtigen. Die Kriterien für das Vorliegen einer Demenz sind dann erfüllt, wenn neben den obligatorischen Gedächtnisstörungen bei fehlender Bewußtseinsstörung mindestens eine zusätzliche Störung aus den Bereichen des abstrakten Denkens, des Urteilsvermögens, anderer höherer kortikaler Funktionen (z.B. Aphasie, Apraxie, Agnosie) oder Veränderungen der primären Persönlichkeitsstruktur vorliegen.

Aufgabe des Nervenarztes ist es erstens, die Demenz zu erkennen und von blenden Versagenszuständen und dem normalen Nachlassen der Gedächtnisleistung älterer Menschen abzugrenzen.

Da Demenz kein einheitliches Krankheitsbild ist, muß zweitens eine differentialdiagnostische Zuordnung erfolgen, weil die Ursache der Demenz über die Therapie entscheidet. Dies ist insbesondere für die reversiblen Demenz wichtig, bei denen eine ursächliche Behandlung möglich ist.

Es werden unterschieden:

- a) Primär degenerative Demenzen (Demenzen vom Alzheimer-Typ);
- b) vasculäre Demenzen (Multifarktdemenzen);
- c) Demenzen bei anderen degenerativen Hirnerkrankungen (Morbus Pick, Chorea Huntington, Morbus Parkinson, Morbus Wilson, u.a.);
- d) Demenzen bei anderen organischen Hirnerkrankungen (Hirntumoren, Epilepsie, Hydrocephalus, Hirnverletzungen);
- e) Demenzen bei infektiös-entzündlichen Veränderungen des Gehirns (Creutzfeldt-Jacob'sche Erkrankung, Neurosyphilis, progressive Paralyse, Aids, u.a.);
- f) Demenzen bei Allgemein- und Stoffwechselerkrankungen (Schilddrüsenfunktionsstörungen, Vergiftungen, Vitaminmangel, u.a.);
- g) Demenzen bei chronisch psychischen Erkrankungen.

Jede Demenzen stellt für den Betroffenen und seine Angehörigen eine einschneidende Veränderung der Lebensqualität dar. Es ist deshalb notwendig, eine individuelle Differentialdiagnostik zu betreiben, um reversible Demenzen z.B. bei Schilddrüsenfunktionsstörungen, Vitamin- und Folsäuremangel, Hirntumoren, Hydrocephalus, u.a., ursächlich, und die großen Gruppen der senilen Demenzen von Alzheimer Typ (etwa 60%) und der vasculären Demenzen, symptomatisch zu behandeln, wobei die psychiatrisch-therapeutische Führung und Betreuung breiten Raum einnehmen. Besonders wichtig ist die nervenärztliche Führung am Beginn einer Demenz dann, wenn die Patienten mit den verbliebenen intellektuellen Fähigkeiten noch in der Lage sind, den Demenzprozeß zu erkennen und sich Gedanken über die Prognose machen können.

1. Depressionen

Die zweitgrößte Gruppe psychischer Alterskrankheiten stellen die Depressionen, bei welchen als Hauptsymptome eine depressive Stimmung, Störungen der Psychomotorik, Schlafstörungen, Angst, depressive Wahnideen (Schuld-, Verarmungs-, hypochondrischer Wahn) und bei einzelnen Patienten Suizidgedanken bestehen.

Auch der Gruppe der Depressionen liegen ursächlich verschiedene Störungen zugrunde. Eine generelle Einteilung, die heute in der Praxis aus therapeutischen Gründen noch zweckmäßig erscheint, ist die Gliederung in organische, endogene und psychoreaktive Depressionen.

Differentialdiagnostisch wichtig und auch für den Gerontopsychiater oft äußerst schwierig ist die Unterscheidung von Depressionen mit kognitiven Störungen und beginnenden primär degenerativen Demenzen, weil die Behandlung einer Demenz mit trizyklischen Antidepressiva zu einer Verschlechterung der kognitiven Defizite führen kann, die Behandlung einer Depression mit Nootropika nicht nur erfolglos ist, sondern den oft quälenden Depressionszustand nur unnötig verlängert.

Alle anderen Krankheitsbilder treten an Quantität hinter den Demenzen und

Depressionen zurück, dennoch ist ihre diagnostische Zuordnung aus therapeutischen Gründen notwendig.

2. Verwirrheitszustände

Den Verwirrheitszuständen, die häufig mit Aggressivität gepaart sind, liegt bei einer vorgegebenen Allgemein- oder Hirnschädigung nicht selten ein Flüssigkeitsmangel, der durch Infusionen in der Praxis behoben werden kann, zugrunde. Ausgeprägte delirante Verwirrheitszustände bedürfen jedoch einer stationären Therapie in einer gerontopsychiatrischen Abteilung.

3. Paranoide Syndrome

Die paranoiden Syndrome im Alter sind überwiegend hirnnorganisch bedingt. Es werden in der Nervenarztpraxis aber auch chronisch-schizophrene Patientinnen und Patienten mit einem Kontaktmangelparanoid (im Sinne von JANZARIK) behandelt. Die Wahnbilder im Alter sind häufig geprägt durch eine ängstliche Gestimmtheit und dadurch, daß die Ich-Umweltbeziehungen gestört sind und daß »gemachte« Veränderungen in der eigenen Wohnung (z.B. das Einleiten von Gasen) erlebt werden. Oft leben die Patienten mit dem Wahn, bestohlen zu werden und leiden unter Verfolgungswahnideen, die zu aggressiven Reaktionen führen können.

Allgemein gilt, daß Wahnideen auch im hohen Alter rasch durch eine gezielte Behandlung mit Neuroleptika gebessert werden, wenn die Grundkrankheiten behandelt und die Begleitwirkungen, die Auswahl des richtigen Präparates und eine individuelle optimale Dosierung beachtet worden sind.

4. Versagenzustände

Versagenzustände, wie sie unter anderem im Vorfeld der Berentung im Sinne einer Erschöpfung der vitalen Kräfte vorkommen, müssen, wie bereits besprochen, von anderen Krankheitsbildern abgegrenzt werden. Sie bedürfen einer psychotherapeutischen Führung und ergänzender allgemein robrierender und körperlich aktivierender Trainingsmaßnahmen.

5. Konfliktreaktionen

Konfliktreaktionen treten bei älteren Menschen am häufigsten durch Partnerverlust ein. Andere Konfliktmöglichkeiten kommen in den Wechselbeziehungen von Patienten und pflegenden Angehörigen vor, wie sie u.a. von BRUDER beschrieben worden sind. Neben der individuellen Therapie und Beratung der Patienten und ihrer Angehörigen haben sich Konfliktlösungsmöglichkeiten, wie sie in Angehörigen-Selbsthilfegruppen trainiert werden, bewährt.

6. Persönlichkeitsveränderungen

Persönlichkeitsveränderungen ergeben sich durch organische Hirnschädigungen im bestimmten Hirnregionen bzw. nach Enzephalitis, Schädelverletzung und anderen Hirnschädigungen. Charaktereigenschaften spitzen sich zu, ohne daß ein Korrelat dafür gefunden werden kann. Störungen im Affektbereich prägen das klinische Bild. Therapeutisch sind diese Krankheitsbilder schwer zugänglich, am ehesten helfen verhaltenstherapeutische Maßnahmen.

7. Abhängigkeit und Sucht

Abhängigkeit und Sucht unterscheiden sich nach Art und Entstehungsursachen nicht von den Verhältnissen, wie sie bei jüngeren Erwachsenen beobachtet werden. Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Schmerzmittel sind die häufigsten Drogen. Die Therapie ist den individuellen Verhältnissen anzupassen und sollte wie bei jüngeren Menschen Drogenfreiheit anstreben.

8. Neurologische Krankheiten

Auf die neurologischen Krankheiten im Alter (z.B. Morbus Parkinson) soll an dieser Stelle hingewiesen werden. Auch diese Krankheiten werden in der nervenfachärztlichen Praxis diagnostiziert und behandelt.

9. Multimorbidität

Zu berücksichtigen ist für alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen die Multimorbidität, das gleichzeitige Auftreten mehrerer Erkrankungen bei einer Person.

Untersuchungsgang

GERONTOPSYCHIATRISCHE VERSORGUNG
DURCH DEN NIEDERGELASSENEN NERVENARZT

Untersuchungsgang

- ① **Eigenanamnese**
Fremdanamnese
Allgemeine Untersuchung
Neurologischer Befund
Psychiatrischer Befund
Testpsychologischer Befund
- ② **Zusatzuntersuchungen**
Routine Laboruntersuchungen
Technische Untersuchungen:
* EEG, AEP, VEP, SEP, EMG, NLG,
* DS, TCD, DAS, Angiographie
* CT, MRT, PET, SPECT

③ Stellung der Diagnose

④ Festlegung des Schweregrades der Erkrankung

Tabelle 2

Die Diagnostik der vielfältigen Erkrankungen im Alter setzt einen Untersuchungsgang auf mehreren Ebenen voraus (Tab. 2).

Erste Ebene:

Zuerst wird die Krankheitsvorgeschichte vom Patienten erhoben, wobei die Befragung bei älteren Menschen ohne Zeitdruck erfolgen muß, weil so am ehesten Ängste abgebaut und Vertrauen gewonnen werden können. Danach erfolgt die Befragung der Angehörigen und Betreuungspersonen, wobei besonders Beginn, Dauer und Intensität der aktuellen Störungen, Vorerkrankungen, Probleme im sozialen Umfeld, bei der Betreuung im alltäglichen Bereich sowie Probleme auf wirtschaftlichem und rechtlichem Gebiet erfaßt werden müssen.

Den Abschluß der ersten Untersuchungsebene bilden die allgemeine Untersuchung, die Erhebung des neurologischen und psychiatrischen Befundes sowie die sich aus den Befunden ergebenden notwendigen testpsychologischen Zusatzuntersuchungen. Die Untersuchungen auf dieser Ebene können sowohl in der Praxis als auch in der Wohnung des Patienten oder im Heim erfolgen.

Zweite Ebene:

Auf der zweiten Ebene werden die für die Diagnosestellung erforderlichen Zusatzuntersuchungen, die von wenigen Ausnahmen abgesehen in der Praxis des Nervenarztes oder eines Radiologen erfolgen, durchgeführt. Diese gezielte Art der Diagnostik dient der Dämpfung der Kosten und führt zu einer geringeren Beeinträchtigung des Patienten.

Diagnose:

Es erfolgen die Stellung der Diagnosen und die Festlegung des Schweregrades der Erkrankung, Parameter, die für die Auswahl der Therapieverfahren die Grundlage bilden. Dabei kommt der Frühdiagnostik aller Erkrankungen besondere Bedeutung zu. Wie wir aus biochemischen Untersuchungen von HOYER wissen, können z.B. in den Hirnstoffwechsel eingreifende Medikamente nur dann wirken, wenn die Zelle selbst noch nicht zerstört ist. Die Frühdiagnostik setzt jedoch eine rechtzeitige Zuweisung zum Nervenarzt voraus, was leider bis heute trotz intensiver Aufklärung nicht immer erfolgt.

Behandlung

Die Behandlung (Tab. 3) wird eingeleitet durch das ärztliche Gespräch sowie in Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung durch die Einbeziehung der pflegenden Angehörigen und der Betreuungspersonen, die über die Krankheit, Verhaltensauffälligkeiten und mögliche Komplikationen unterrichtet und bezüglich der Pflegemaßnahmen unterstützt werden müssen.

Die allgemeine Behandlung schließt neben der Behandlung von Grundkrankheiten, Maßnahmen zur richtigen Ernährung, der Flüssigkeitszufuhr, der Medikamenteneinnahme, der Körperhygiene und der Pflege ein.

Spezielle neuropsychiatrische Behandlungsverfahren reichen von den übenden

Behandlung

- * Ärztliches Gespräch
- * Gespräch mit Angehörigen und Betreuern
- * Allgemeine Behandlung
- * Spezielle neuro-psychiatrische Therapie
- * Spezielles Hirnleistungstraining
- * Spezielles Bewegungstraining
- * Spezielles Sozialtraining

Tabelle 3

Verfahren (z.B. autogenes Training) über Psycho- und Verhaltenstherapie bis hin zur Behandlung mit Nootropika und Psychopharmaka, die den Vorgaben durch den älteren Organismus und möglichen hirnanorganischen Vorschädigungen angepaßt und nebenwirkungsgeleitet verabreicht werden müssen.

Unterstützend und aktivierend sind *Bewegungsübungen*, die sowohl in der Wohnung des Patienten als auch im Heim durchgeführt werden können.

Hirnleistungs- und Sozialtrainingsprogramme, wie wir sie in einem von uns betreuten Heim in Gruppen durchführen, dürfen den älteren Patienten weder unter- noch überfordern. Im Gegensatz zu Lernvorgängen in jüngeren Jahren müssen Trainingsprogramme der gestörten Encodierung der älteren Menschen Rechnung tragen.

Bei *Sozialtrainingsprogrammen* wird auf den Erhalt und die Förderung praktischer Fähigkeiten geachtet, die im täglichen Leben gebraucht werden. Die Trainingsprogramme müssen sinnvoll sein, Spaß machen, regelmäßig wiederholt werden und dürfen nicht unter Zeitdruck ablaufen. Alle Therapiemaßnahmen bedürfen der *Erstellung eines individuellen Therapieplans*, der durch regelmäßige Verlaufskontrollen dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität angepaßt werden muß.

Aktivitäten außerhalb der Praxis (Tab. 4)

1. Hausbesuche

Hausbesuche gehören zu den obligatorischen Aufgaben des niedergelassenen

Aktivitäten außerhalb der Praxis

- * Hausbesuche
- * Heimversorgung
- * Aus-, Fort- und Weiterbildung
- * Zusammenarbeit mit den komplementären Diensten
- * Klärung von Rechtsfragen (BtG)
- * Selbsthilfegruppen

Tabelle 4

gerontopsychiatrisch tätigen Nervenarztes. Hausbesuche ermöglichen nicht nur die bessere Einschätzung der Behinderungen, des sozialen Umfeldes und der Wohnverhältnisse, sie ermöglichen vielmehr auch ein besseres Verständnis für psychotische Erlebnisweisen, Ängste und Depressionen. Es tritt gerade beim alten Menschen während des Hausbesuchs eine Arzt-Patienten-Bindung ein, die sich von Begegnungen in der Praxis in ihrer Intensität und dem Grad des Verstehens oft erheblich unterscheidet.

Bei der Bedeutung, die Hausbesuche für die gerontopsychiatrische Versorgung haben, ist die in der Nervenarztstudie angegebene Zahl von 0,1 % von Patienten, die durch einen Nervenarzt besucht werden, sehr gering. Die Zahlen der Hausbesuche in unserer Praxis liegen wesentlich höher (9,3%) im ersten Quartal 1990, einschließlich Notdiensthausbesuche). Aus unseren Erfahrungen erscheint für eine Verbesserung der Qualität der Versorgung psychisch Alterskranker die Intensivierung der Hausbesuche durch den niedergelassenen Nervenarzt notwendig zu sein.

2. Heimversorgung

Die Rolle des niedergelassenen Nervenarztes im Heim ist abhängig von der Struktur des Heimes, der Morbidität der Bewohner, der Einstellung der Heimleitung sowie des Personals zum Psychiater und zu psychischen Krankheiten, dem Einfluß der Hausärzte und letztlich der Haltung des Psychiaters selbst. In der Summe der genannten Faktoren spiegelt sich die Einstellung zur Bereitschaft der Aufnahme und Behandlung psychisch Alterskranker in Heimen und die Notwendigkeit der Präsenz des Psychiaters wider. Unsere Erfahrungen reichen von nicht ausgesprochenen, aber durch die Zahl der Anforderungen dokumentierter

Zurückhaltung der Heime, Kontakte mit dem Psychiater aufzubauen und zu unterhalten, bishin zu Einrichtungen von geschlossenen Abteilungen für psychisch Alterkranke, in denen dann regelmäßige Visiten durchgeführt werden. Dementsprechend sind auch die Zahlen der Patienten in den von uns versorgten Alten- und Pflegeheimen unterschiedlich. Sie reichen von einem Patienten in einem Heim bis zu 122 Patienten (54 Patienten davon geschlossen) in der größten von uns betreuten Einrichtung.

3. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Neben der diagnostischen und therapeutischen Versorgung stellt sich das Problem der Fort- und Weiterbildung des Personals, besonders in den Heimen. Wir organisieren in einem Heim eine ständige Mitarbeiterschulung und Fortbildung. In anderen Heimen haben wir gerontopsychiatrische Seminare durchgeführt und uns an Weiterbildungsveranstaltungen mit Programmen oder einzelnen Vorträgen beteiligt. Das wichtigste, effektivste, jedoch auch zeitaufwendigste Verfahren ist das patientenbezogene Gespräch während oder im Anschluß an die Visiten.

4. Sozialsprechstunde

Eingerichtet wurde eine Sozialsprechstunde, die von einem Sozialarbeiter des SKFM zunächst einmal im Monat in unserer Praxis durchgeführt wird und überwiegend jüngere Patienten erfaßt. Eine Ausdehnung auf gerontopsychiatrische Patienten steht noch aus.

5. Zusammenarbeit mit den komplementären Diensten

Für den gerontopsychiatrisch tätigen niedergelassenen Nervenarzt sind Aktivitäten im komplementären Bereich unverzichtbar. Diese Aktivitäten werden in der Praxis selbst oder größtenteils außerhalb der Praxis durchgeführt. Es sind Kontakte mit Sozialstationen, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, Gerichten, Begegnungsstätten und anderen Einrichtungen komplementärer Dienste. Das neue Betreuungsgesetz stellt eine besondere Anforderung an den niedergelassenen Nervenarzt bezüglich der Aufklärung der Patienten und seiner Angehörigen.

6. Selbsthilfegruppen

Im Rahmen der Alzheimer-Gesellschaft Düsseldorf-Mettmann e.V. beraten wir seit fast 4 Jahren im Kreishaus des Deutschen Roten Kreuzes eine Selbsthilfegruppe von Angehörigen, die ihre dementen Familienangehörigen pflegen. Problemstellungen, wie sie in Untersuchungen von BRUDER und KLUSMANN beschrieben worden sind, werden in diesen Gruppen angesprochen und bearbeitet.

Zusammenfassung

Für die gerontopsychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist die Kompetenz des niedergelassenen Nervenarztes auf den Gebieten der Diagnostik und Therapie unentbehrlich. Der Nervenarzt erfüllt die Voraussetzungen zur Versorgung psychisch Alterskranker, wie sie in den Empfehlungen der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich niedergelegt sind.

Die überwiegenden Mehrzahl der psychischen Krankheiten im Alter kann durch den niedergelassenen Nervenarzt ambulant diagnostiziert und behandelt werden, was den Bedürfnissen der Patienten entspricht und nach Angaben von BOCHNIK und KOCH (1990), verglichen mit anderen Institutionen, die kostengünstigste Versorgung ermöglicht.

Die Voraussetzung für eine optimale und kostengünstige ambulante Therapie ist die rechtzeitige Zuweisung zum niedergelassenen Nervenarzt, weil in vielen Fällen nur die frühzeitige Diagnose Therapiemöglichkeiten eröffnet und stationäre Behandlungen vermeiden hilft.

Bezüglich der rechtzeitigen Überweisung an den Nervenarzt bestehen in der Praxis noch erhebliche Defizite. Eine Neuregelung durch ein Primärarztsystem würde diese Defizite mit Sicherheit verstärken und einen Rückfall in die Vor-Enquête-Ära bedeuten, es sei denn, der Psychiater würde Primärarztfunktion auf diesem Gebiet erhalten.

Die nervenfachärztliche Versorgung muß sich auch auf die Kooperation mit den komplementären Diensten erstrecken und diesen Hilfe bei der Bewältigung ihrer Aufgabe geben. Darüber hinaus sollte sich der niedergelassene Nervenarzt der Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals in den Heimen verpflichtet fühlen.

Der Nervenfacharzt muß sich als unabhängiger Sachwalter der Interessen psychisch Alterskranker verstehen, d.h. bei allem Kostenbewußtsein auch den Einsatz neuer und teurer technischer Diagnoseverfahren und Therapieformen verantworten und durchsetzen, wenn dies erforderlich ist. Es ist unredlich und zutiefst unmoralisch, wenn man die Menschen, die unseren Wohlstand aufgebaut haben, im Alter, wenn sie psychisch krank geworden sind, an diesen Fortschritten nicht mehr teilhaben lassen würde.

Literatur

BOCHNIK, H. J., KOCH, H. (1990):

Die Nervenarztstudie
Deutscher Ärzteverlag, Köln

BRUDER, J., KLUSMANN, D. (1977):

Probleme der Messung von Belastung durch Alterskranke
In: LAUTER, H. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie 6
Janssen Symposium, Düsseldorf 1977, pp. 361–375

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988):

Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich.

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V., Bonn 1988

DEUTSCHER BUNDESTAG (1975):
Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland
Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode
Drucksache 7/4200, Heger, Bonn

HOYER, S. (1988):

Alzheimer'sche Krankheit – aktuelle neuropathologische Aspekte
In: HOYER, S. (Hrsg.): Zugänge zu Ursachen, Klinik und Pharmakotherapie
der Demenz vom Alzheimer-Typ
F. Wieweg und Sohn, Braunschweig/Wiesbaden, pp. 5–10

JANZARIK, W. (1973):

Über das Kontaktmangelparanoid des höheren Lebensalters und den Syndromcharakter schizophrener Krankseins
Nervenarzt 44, pp. 515–526

Die Bedeutung ambulanter sozialer Dienste für psychisch kranke alte Menschen

Marianne Heinemann-Knoch

1. Der Stellenwert von Sozialstationen

»Die inzwischen als wesentliche Träger der ambulanten Krankenpflege weit verbreiteten Sozialstationen sind bisher an der ambulanten Versorgung psychisch Alterskranker im besonderen wenig zufriedenstellend beteiligt gewesen; obwohl sie mit der Problemsituation häufig konfrontiert werden, sehen sie sich selten in der Lage, darauf angemessen zu reagieren. Schwer zu kontrollierendes, deviantes, störendes Verhalten (Verwirrtheit, Umtriebigkeit, Aggressivität), das zu entsprechenden Umweltkonflikten führt, spielt hierbei eine ebenso bedeutsame Rolle wie die psychiatrisch-pflegerische Betreuung zurückgezogener, antriebsgehemmter oder agitierter Depressiver. Die Ursachen hierfür liegen zum einen in der Tatsache, daß die Mitarbeiter in den Sozialstationen primär aus der somatischen Medizin kommen und keine psychiatrische Vorbildung und Erfahrung haben, zum anderen darin, daß im abrechnungsfähigen Leistungsspektrum der Sozialstationen die Pflege psychisch Kranker bisher kaum Berücksichtigung gefunden hat. Aus der Sicht der Alterspsychiatrie ist dies als eine dringend veränderungsbedürftige Situation anzusehen.« (Empfehlungen der Expertenkommission 1988, S. 443/44)

An dieses Resümee der Expertenkommission schließt sich die Frage an, ob sich seither, also seit der Veröffentlichung der Empfehlungen im Jahr 1988, Wesentliches verändert hat.

Um die Frage beantworten zu können, habe ich zunächst nach neueren Zahlen über die ambulante Versorgung psychisch kranker, alter Menschen gesucht. Die wenigen neueren verfügbaren Zahlen lassen vermuten, daß sich nach wie vor nur in Modellversuchen und -einrichtungen situative Veränderungen abzeichnen – dabei habe ich aufgrund eines Forschungsprojektes unseres Instituts (vgl. HEINEMANN-KNOCH, v. KARDOFF, KLEIN-LANGE (1992) den besten Überblick über die Versorgung verwirrter älterer Menschen, die zusammen mit den älteren Menschen mit Depressionen die häufigste Gruppe des psychisch kranken Älteren bilden (HÄFNER 1986).

Ganz allgemein berichten Experten von einer Zunahme des Problems Verwirrung wie allgemeiner, psychisch alterskranker Menschen. Die Nutzung ambulanter Dienste bei der Pflege älterer Menschen wird andererseits relativ konstant und niedrig geschätzt: so beanspruchten z.B. in Mannheim innerhalb eines Monats (Januar 1990) 3,7% der Altenpopulation die Dienste von Sozialstationen (SCHÄUFELE/COOPER 1991). Nach Einschätzung des Personals ging »der Anteil versorgungsbegründender psychischer Störungen (...) vorwiegend zu Lasten der hirnorganischen Psychosyndrome, die bei 9,8% der Stichprobe

lagen. Die sog. funktionellen psychischen Störungen, zu denen u.a. depressive Zustände, Schizophrenie und Alkohol- oder Medikamentenmißbrauch zählten, wurde mit 3,7% vergleichsweise selten als Betreuungsgrund angegeben.« (SCHÄUFELE/COOPER 1991, S. 6) Rund ein Viertel dieser Patienten litten an dementiellen Zuständen unterschiedlichen Grades (Beurteilt nach dem kognitiven Zustand), die häufig mit körperlichen Beeinträchtigungen verbunden waren (ebd., S. 6).

Die Zahl der Betreuten mit entsprechenden Symptomen variierte in Mannheim gegenläufig zu den üblichen Trends der Prävalenz und Versorgung älterer Menschen mit Faktoren wie

- * Alter: vergleichsweise mehr jüngere als ältere Patienten litten an Verwirrungen,
- * Geschlecht: vergleichsweise mehr Männer als Frauen litten an Demenzen,
- * und Haushaltgröße: vergleichsweise sehr wenige Alleinlebende mit Verwirrungssymptomen wurden betreut.

Diese Trends verweisen darauf, daß die unterrepräsentierten Gruppen früher in stationäre Pflege übernommen werden (ebd.). Versorgungsalternativen zur stationären Pflege für verwirrte wie insgesamt psychisch kranke ältere Menschen müßten also vermehrt Angebote gerade für diese Gruppen beinhalten, also für Ältere, Frauen (ohne pflegende Ehe-Partner) und Alleinlebende.

Die Angaben über Anteile verwirrter bzw. allgemein psychisch kranker älterer Menschen an dem Klientel von Sozialstationen schwanken allgemein sehr stark und liegen zwischen etwa 13% in Kassel und mehr als 40% in Berlin (vgl. ebd., S. 1 und BRACKER u.a. 1988; Senator f. Gesundheit und Soziales 1987; KETTLER/HAMER 1989; KRETSCHMANN 1988). Zumeist steht im Vordergrund der Bemühungen um dieses Klientel auch nicht die psychische Krankheit oder Auffälligkeit, sondern vielmehr ein somatisch-körperliches Geschehen, für das Grund- oder Behandlungspflege gegeben wird. Gleichwohl ist der Aufwand von Sozialstationen für dieses Klientel doch erheblich, zumal wenn man bedenkt, daß der zeitliche Rahmen und der Leistungsaufwand im Bereich von Haushaltshilfen und sozialpflegerischen Diensten überdurchschnittlich groß ist, was ebenfalls alle einschlägigen Untersuchungen belegen (vgl. auch die Erfahrungen des SOFA in Nürtigen bei KREUZER u.a. 1988; MARX-MAGER 1991).

Aufgaben psychiatrischer ambulanter Pflege in der eigenen Häuslichkeit bedeutet ja auch ein Bündel unterschiedlicher Leistungen, zusammengefaßt als Hilfen zur Bewältigung des Alltagslebens (vgl. BAGFW 1990, S. 45/46) die mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege oder mit KRETSCHMANN folgende Elemente beinhalten (vgl. KRETSCHMANN 1988):

- Sicherung der ärztlichen Behandlung
- Sicherung der psychischen Existenzbedingungen
- Sicherung der somatischen Existenzbedingungen
- Sicherung der sozialen und materiellen Existenzbedingungen und Lebensvollzüge.

SCHLEGEL (1987) und DICKS (1987) nennen die Kontaktaufnahme, Medikamenteneinnahmen-Überwachung, Planung von Tages- und Wochenablauf, Angehörigenarbeit (SCHLEGEL 1987, S. 6/7); DICKS fügt noch die Krisenintervention hinzu (DICKS 1987, S. 11).

Von diesen Hilfestellungen können Sozialstationen problemlos lediglich zwei Aufgaben übernehmen, nämlich die Sicherung der ärztlichen Behandlung und die Sicherung der somatischen Existenzbedingungen. Die für Sozialstationen möglichen Hilfestellungen sind aus Gründen des Personalmangels, aus Gründen der Finanzierbarkeit umfangreicher Hilfen und wegen organisatorischer Probleme (oft müßten Entlastungen sehr schnell, z.B. nach einer besonders unruhigen Nacht für die Angehörigen geleistet werden) begrenzt. Dennoch sind Sozialstationen unter gewissen Voraussetzungen darüber hinausgehende effizientere Hilfestellungen in der psychiatrischen ambulanten Pflege möglich; hierbei geht es sowohl um Vermittlung von anderen Hilfen als auch um die Aktivierung von Ressourcen aus dem nachbarschaftlichen und ehrenamtlichen Bereich. Gerade bei der Organisation zusätzlicher Hilfen erweisen sich Sozialstationen mit entsprechendem Vermittlungsrepertoire (z.B. einer Anlaufstelle für Beratung) und mit einer gut ausgebauten Kooperation zu anderen Diensten der Versorgungskette als effektiv in den Hilfestellungen für psychisch Kranke. Nur dann können sie auch wichtige Funktionen für Alleinlebende übernehmen, die normalerweise – wie oben bereits ausgeführt – in ihrer häuslichen Umgebung nicht ausreichend gestützt werden können. Dies gilt allerdings auch nicht für schwere Formen von Demenzen.

Die örtlich bzw. regional vorhandenen Ressourcen werden – so auch der Erfahrungsbericht des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Nürtigen – für Alleinlebende in der Regel sehr spät eingeschaltet: dies gelte sowohl bezüglich des Stadiums der Erkrankung als auch hinsichtlich der Fähigkeiten, den Alltag zu bewältigen (MARX-MAGER 1991). Dienste können darüber hinaus nur tätig werden, wenn der Kontakt durch Dritte hergestellt und von den Betroffenen akzeptiert wird. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Dienste müssen dann offensichtlich ungleich häufigere, schwierigere und zeitaufwendigere Arbeits-einsätze erbringen als in Lebenssituationen mit Angehörigen (MARX-MAGER 1991). Eine Mitarbeiterin der Alzheimer-Gesellschaft in München berichtet uns:

*»... sind die Betreuungen dann eben auch oft so umfangreich. Wir haben jetzt zwei Leute gehabt ..., die haben dann pro Tag vielleicht drei Helfer, die sich abwechseln, weil die eben doch im Prinzip ständig jemanden brauchen. ... Ganz Alleinstehende (haben) wir nicht. Wir hatten einmal Kontakt, da hat uns jemand aus der Nachbarschaft angerufen, und wir wären auch bereits gewesen, da zu helfen. Da war die Abwehr aber so groß, und die Frau selbst wollte niemanden reinlassen, so daß wir das auch nicht machen konnten, denn aufzwingen kann man das ja auch niemandem. Mittlerweile haben wir gehört, daß die Frau jetzt in der Psychiatrie ist. Das ist halt tragisch ... das ist halt das Problem: Man kommt an Alleinstehende oft nicht ran.«
(Alzheimer-Gesellschaft München)¹*

¹ Sozialpädagogin, Angehörigenberatung der Alzheimer-Gesellschaft München e.V.

Die Problematik einer rechtzeitigen zugehenden Hilfe stellt sich bei psychisch kranken Alleinlebenden deshalb besonders schwerwiegend dar, weil mit den Krankheitsbildern ja häufig das Fehlen einer Krankheitseinsicht verbunden ist. Gute Erfahrungen mit einer rechtzeitig zugehenden Hilfe werden von Mitgliedern eines freiwilligen HelferInnenkreises in Stuttgart berichtet, die in Zusammenarbeit mit einer Sozialstation und der dortigen Anlaufstelle zur Stärkung der ambulanten Altenpflege eine Reihe alleinlebender Verwirrter betreuen. Die Gruppe wurde initiiert von einer Bezirksleiterin des Allgemeinen Sozialdienstes (ASD), der die Nöte derjenigen ein Anliegen geworden waren, die alleine leben und verwirrt sind und durch die sporadischen Kontakte des ASD nur unbefriedigende Hilfe und diese meist auch zu spät bekommen konnten. Bei den Erstkontakten der freiwilligen HelferInnen handelt es sich in der Mehrzahl um Alleinlebende mit Verwirrungen leichteren Grades, die ihren Haushalt noch selbständig führen können und ambulante Hilfen, z.B. Essen auf Rädern oder Hilfen von Sozialstationen bekommen, jedoch keine regelmäßigen sozialen Kontakte haben. Die Helferinnen haben den Eindruck, daß durch ihre regelmäßigen Kontakte, deren Häufigkeit sie z.B. auf die Gedächtnis- und Orientierungsleistungen abstimmen, eine vertrauensvolle Beziehung hergestellt wird, die den Krankheitsprozeß der Betroffenen verlangsamt. Nur durch die Zusammenarbeit mit der Sozialstation und die Aufmerksamkeit ihrer Mitarbeiterinnen kann also hier eine Gruppe Alleinlebender durch offensichtlich frühzeitige Intervention vor der vorzeitigen Institutionalisierung bzw. Vereinsamung und Verwahrlosung bewahrt werden.

Für die geleistete Hilfe bekommen die Helferinnen einen monatlichen Pauschbetrag in Höhe von DM 25,- für Fahrtkosten. Zusätzlich werden die Kosten der regelmäßig stattfindenden Supervision von der Stadt getragen. Die beschriebene Hilfe ist – als freiwillige Leistung der Helferinnen – für die Betroffenen kostenlos. Gerade die Kosten für Hilfe spielen für Alleinlebende aber eine noch größere Rolle, da sie – wie oben dargestellt – häufig eine Intensivere, zeitaufwendigere Hilfe benötigen als Verwirrte, die mit Angehörigen zusammenleben. Zudem erfordern die spezifischen Probleme der Verwirrten häufig spezielle Kenntnisse, die freiwillige, unausgebildete HelferInnen nicht erbringen können, so daß ihr Einsatz begrenzt bleibt (wenn man einmal davon absieht, daß ihre Zahl ohnehin begrenzt ist und es äußerst schwierig ist, geeignete Personen für diese Art von Hilfen zu finden).

Nur in den seltensten Fällen werden nach übereinstimmender Aussage der Mitglieder spezieller ambulanter Dienste für Verwirrte von den Krankenkassen Betreuungskosten abgerechnet. Die Kosten einer intensiven Betreuung können von den Betroffenen in der Regel jedoch nicht getragen werden; die bisher erprobten finanziellen Ersatzregelungen bleiben unbefriedigend. Bei der Alzheimer-Gesellschaft in München werden die Kosten der freiwilligen Helferstunden von den Betroffenen selbst oder durch Spendenaufkommen gedeckt; in Nürtingen/Esslingen wird die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes für Alte Menschen durch den Kostenträger, den Landkreis Esslingen, finanziert. Ausgewertete Ergebnisse hinsichtlich der Bereitschaft der Kassen, ab 1991 Leistungen nach § 53 ff SGBV zu finanzieren, liegen noch nicht vor – doch selbst diese

Leistungen decken nicht den von der Alzheimer-Gesellschaft e.V. in München angegebenen Betrag von monatlich DM 2.000 für eine intensive Helferbetreuung ab.

Insgesamt bleibt unverständlich, daß diejenigen Leistungen, die psychisch Alterskranke vor allen anderen benötigen – neben Behandlungspflegen wegen körperlicher Gebrechen –, in der Regel nicht mit Krankenkassen abrechenbar gewesen sind. Auch bleibt zu bedenken, daß es sowohl bei den Krankenkassen wie in der Sozialhilfe immer wieder Schwierigkeiten der Kostenträgerschaft gibt, da ein nicht bettlägeriger, körperlich sogar rüstiger älterer Mensch häufig nicht als pflegebedürftig anerkannt wird, obgleich diese Menschen den höchsten, vor allem auch psychischen, aber auch körperlich-physischen Betreuungsaufwand rund um die Uhr verursachen.

Die Ergebnisse der Modellversuche mit einer ambulanten gerontopsychiatrischen Pflege durch Sozialstationen stellen darüber hinaus den Erfolg eines flächendeckenden Regelangebotes gerontopsychiatrischer Pflege (wie es in NRW geplant ist) in Zweifel, solange neben den aufgezählten Kostenfaktoren nicht auch anderen Rahmenbedingungen geändert werden: nämlich neben personellen und organisatorischen Voraussetzungen in den Sozialstationen und Zuweisungsinstanzen selbst gute Kooperationsformen mit den Zuweisungsinstanzen der Landes- bzw. Bezirkskrankenhäuser und der niedergelassenen Ärzte (MAGS 1991, S. 63; vgl. auch Kretschmann 1988; vgl. zu den Bedingungen auch ausführlicher: BAGFW 1990, S. 42). Immerhin aber wird – als ein konkretes Ergebnis des Modellversuches – die psychiatrische Pflege durch Sozialstationen in NRW zu einem Regelangebot ausgebaut. Derzeit (Mai 1992) gibt es in NRW 60 Sozialstationen mit diesem Regelangebot (Auskunft des MAGS), das auch in den kommenden Jahren weiter ausgebaut werden soll. Es liegen jedoch noch keinerlei Daten über die Auswirkungen dieser Reform vor.

Wenn man das durch die Kostenträger, durch das Personal und durch die Organisationsebenen der Sozialstationen definierte Leistungsspektrum im Hinblick auf Verwirrte, aber auch psychisch Kranke insgesamt bewerten will, dann zeigt sich, daß für intensivere Formen psychosozialer Betreuung vor allem auch wegen der fehlenden tagesstrukturierenden Hilfsmöglichkeiten keine angemessenen Hilfen verfügbar sind. Mit viel Geschick, z.B. durch Ressourcenmobilisierung (s.o.) oder den Einsatz von Zivildienstleistenden lassen sich in Krisenfällen kurzfristige Hilfen auch für Verwirrte oder auch psychisch gestörte alte Menschen organisieren. Eine wirklich spürbare Entlastung pflegewilliger Angehöriger ist jedoch im erforderlichen Umfang weder zeitlich noch von der Ausbildung des Personals her zu leisten. Dieser Mangel ließe sich allerdings durch einen Ausbau von Tagespflegeangeboten und entsprechenden Bring- und Holidiensten beheben.

»Wenn unsere Zeit ausreichen würde, die reicht halt nicht aus. Ich hab schon ... darüber nachgedacht, wie könnte man den Herrn X. beschäftigen, daß er nicht ständig hinter seiner Frau steht? Ich hab ihm ein Puzzle-Spiel mitgenommen ... Da hat sie am nächsten Tag gesagt: »Er hat zwar angefangen damit,

aber seine Geduld war sehr schnell zu Ende.« Dann müßte man ja unheimlich viel Zeit aufwenden und ich hab da auch zu wenig Erfahrung, muß ich ehrlich sagen, ... daß man solche Leute versucht, sinnvoll zu beschäftigen. ... Ich hab dann zu Frau X. gesagt, Wie wär's mit Malen? Sie sagt: »Aber da muß jemand dabei sein.« Wenn sie das nun wieder machen muß, ist sie auch nicht entlastet, also, wer tut es? Ich kann nicht mit Malstiften da anrücken und den beschäftigen. Da müßt man ja fast extra jemanden haben ... würde sich für unsere Station fast lohnen, ja 'ne Beschäftigungstherapeutin, die ein Programm hat und die genau weiß, wie sie mit diesen Leuten, wie sie sie sinnvoll beschäftigen kann, damit die Angehörigen entlastet werden. Also, ich muß schon ehrlich sagen, unsere Hilfe geht da auch nicht sehr weit ... Wenn wir jemanden waschen und anziehen morgens.« (Interview Sozialstation, S. 8)

Zwar erfahren Angehörige durch die somatisch orientierten Hilfen der Sozialstationen eine erhebliche Entlastung. Andererseits ergeben sich jedoch häufig dann Probleme, wenn die Sozialstation nicht flexibel auf die besonderen Bedürfnisse der verwirrten Menschen – bzw. auch ihrer Angehörigen – eingehen kann. Wiederholt berichten Angehörige, daß sie die Hilfeangebote einer Sozialstation nicht annehmen konnten, weil z.B. die zeitlichen Besuchsvorgaben mit dem Tagesablauf der verwirrten Patienten nicht in Übereinstimmung zu bringen waren und daher auf die Angehörigen statt einer Entlastung eine zusätzliche zeitliche Anforderung zugekommen wäre. Hier zeigt sich vor allem im Hinblick auf Verwirrte im Leistungsangebot und der Praxis der Sozialstationen eine, von den Mitarbeiterinnen selbst beklagte, Diskrepanz zwischen starrem Rahmen der ambulanten Dienste und den Bedürfnissen der Betroffenen nach flexiblen und ausreichenden Leistungen.

Im Hinblick auf die Angehörigen von psychisch Kranken kommt ein weiteres Problem hinzu: sie benötigen häufig neben den Entlastungen in der Pflege der psychisch Kranken auch selbst Aussprachemöglichkeiten, Ratschläge in bezug auf die spezifischen psychischen Probleme und häufig auch Empathie hinsichtlich der Wesensveränderungen ihrer Pflegebedürftigen.

In der wissenschaftlichen Begleitung von drei Anlaufstellen zur Stärkung der Altenhilfe in Stuttgart² ergab die Analyse von fast 1.500 Anfragen, daß sich bei der Mehrzahl der Anfragen Angehörige von Pflegebedürftigen meldeten und neben dem Anliegen des Pflegebedarfes meist auch einen eigenen Hilfebedarf zum Ausdruck brachten. Sie hatten zumindest Beratungs- und Informationsbedarf, suchten aber »häufig Entlastung durch Gespräche und konkrete Hilfestellungen durch die Dienste«. (IGF 1991, S. 150)

Insofern umfaßt der Bedarf der ambulanten Altenpflege nicht nur Hilfeleistungen der älteren Menschen selbst, sondern häufig auch – andersgeartete – Anliegen von Angehörigen, auf die bislang noch selten genug reagiert wird. Diese Anliegen dürften bei psychischen Erkrankungen besonders ausgeprägt sein, wie auch unsere Befragungen von Angehörigen verwirrter Pflegebedürftiger ergeben haben. Die Initiierung von Angehörigengruppen bieten hier einen

² Unter Projektleitung der Verfasserin

Ausweg, der noch zu selten im Leistungsangebot von Sozialstationen berücksichtigt wird.

Belastung der Fachkräfte

Obwohl von den Mitarbeiterinnen der Sozialstationen das Problem psychischer Erkrankungen in seinem komplexen Anforderungsprofil erkannt wird, stehen sie seiner Bewältigung nicht allein aus den genannten strukturellen Gründen, sondern auch aufgrund fehlender einschlägiger Informationen und fehlender spezifischer Qualifikation (psychologische Beratungskompetenz, Wissen über Verhaltenskompetenzen gegenüber psychisch Kranken, spezifische rehabilitative und institutionelle Hilfen) unvorbereitet und teilweise hilflos gegenüber; von den Ärzten fühlen sie sich alleingelassen und in der alltägliche Konfrontation mit den Erwartungen der Angehörigen überfordert. Nur an wenigen Sozialstationen gibt es regelmäßige Supervisionsgespräche, die die psychischen Belastungen des Personals auffangen können.

Man darf auch nicht vergessen, daß der geringere Teil der MitarbeiterInnen von Sozialstationen professionell qualifiziert ist. In der Zusammenschau der eigentlichen ambulanten Pflegedienste, also Sozialstationen, Gemeinde-, Kranken- und Altenpflegedienste wie Haus- und Familienpflegestationen, ergibt sich z.B. in NRW für 1987 folgende berufliche Zusammensetzung des Personals: es dominieren bei diesen Diensten die HelferInnen, also MitarbeiterInnen mit ungelernten Berufen, mit etwas mehr als 40%; ein Drittel der Beschäftigten sind Krankenschwestern und -pfleger; lediglich 6% der MitarbeiterInnen sind AltenpflegerInnen. Der Rest des Personals hatte einen Beruf als Kranken- oder Altenpflegehelferin³. Qualifizierte professionelle Hilfe ist demnach vorrangig medizinisch-somatische Pflege; sozialpflegerische Arbeit wird angesichts der geringen Zahl von Altenpflegerinnen von professionell weniger qualifizierten HelferInnen ausgeführt. Im Vergleich der Beschäftigungsverhältnisse zeigt sich außerdem, daß die MitarbeiterInnen mit qualifizierten Berufen (Krankenschwester/-pfleger, AltenpflegerInnen) in der Mehrzahl vollbeschäftigt sind, während die Angehörigen ungelernter Berufe in der Mehrzahl nebenamtlich beschäftigt sind (vgl. MAGS 1991b, S. 178). In der Praxis bedeutet dies, daß Tätigkeiten der Grund- und Sozialpflege einschließlich der hauswirtschaftlichen Hilfen von nebenamtlich beschäftigten HelferInnen ausgeführt werden, die stundenweise eingesetzt werden. Es ist anzunehmen, daß psychisch Kranke, die besonders qualifizierte Hilfen benötigen (wenn man einmal von den Haushaltshilfen absieht), vermutlich sozialpflegerische Hilfen vorrangig von angelernten und ungelernten MitarbeiterInnen und Zivildienstleistenden bekommen.

Diese bisher nicht nur für NRW globale Personalsituation in den ambulanten Betreuungs- und Pflegediensten dürfte sich u.U. durch die neuen Richtlinien zur Förderung von ambulanten gesundheits- und sozialpflegerischen Diensten, ins-

³ Vgl. dazu MAGS 1991 und CLAUSSEN-HEINEMANN-KNOCH 1992. Im Vergleich ergeben sich für 1984 sowohl bundesweit als auch für NRW die selben Relationen (vgl. Dt. Verein 1987, S. 42/43).

besondere von Sozialstationen mit der expliziten Förderungsabsicht der ambulanten gerontopsychiatrischen Kranken- und Altenpflege in NRW längerfristig ändern.

Anforderungen für angemessenere Hilfen

Aus den geschilderten Problemlagen und Defiziten ergeben sich zusammenfassend folgende Anforderungen zur Verbesserung der Versorgung, Betreuung und Förderung psychisch Kranker durch Sozialstationen:

- Herstellung größerer Flexibilität durch organisatorische Maßnahmen (z.B. durch externe Institutionenberatung) und
- verbesserte Personalausstattung
- Möglichkeiten zur Tagesbetreuung in eigenen Räumen und Trägerschaft oder in enger Kooperation mit anderen vorhandenen oder aufzubauenden Einrichtungen; in diesem Zusammenhang
- Bring- und Holidienste;
- erweiterte und neue Abrechnungspositionen für psychosoziale Hilfen;
- Rehabilitations-Angebote (in der Tagesstätte oder ambulant zuhause durch entsprechend ausgebildetes Personal);
- verstärkte und auf das Problem der psychischen Krankheiten zugeschnittene Angehörigenberatung;
- einschlägige Personalfortbildung und Supervision;
- verstärkte Ressourcenmobilisierung: freiwillige HelferInnen und Anstöße zum Aufbau von Angehörigengruppen;
- verbesserte Koordination und Kooperation zu Kurzzeitpflegeeinrichtungen und vor allem zu den niedergelassenen Ärzten.

2. Die Hilfen von Sozialpsychiatrischen Diensten

Die folgenden Überlegungen beziehen sich auf qualitative empirische Erhebungen unseres Instituts in zwei unterschiedlich strukturierten Versorgungsregionen, nämlich einer großstädtischen in München und einer ländlichen im Landkreis Uelzen. In den beiden von uns in die Untersuchung einbezogenen Regionen gibt es je einen Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi; vgl. HEINEMANN-KNOCH/v. KARDORFF/KLEIN-LANGE 1992).

In München liegt der Dienst zentral in einem Satellitenstadtgebiet, im 11. Stock eines Hochhauses mit einer Reihe von Arztpraxen, u.a. auch einer Praxis eines Nervenarztes, zu dem eine intensive Kooperation besteht. Zu dem Mitarbeiterstab des SpDi gehört ebenfalls eine halbtags angestellte Nervenärztin, eine Diplom-Psychologin, zwei Sozialpädagogen, zwei Verwaltungskräfte, mehrere Praktikantinnen und zwei Zivildienstleistende. Einer der Sozialpädagogen hat seit 1988 eine ausgewiesene Stelle zur Erarbeitung eines Konzeptes für einen gerontopsychiatrischen Fachdienst in einem angrenzenden Stadtgebiet mit Stadtrandcharakter, in dem 1987 bereits 31 % der Bewohner 60 Jahre und älter

sind; der Fachdienst konnte im Sommer 1990 nach langwierigen Verhandlungen eröffnet werden. Ihm gehören eine Psychologin, ein Sozialpädagoge, ein Altenpfleger, eine Fachschwester für Psychiatrie und eine Verwaltungskraft an; eine Ärztin wird ebenfalls zu dem Team gehören. Unsere Gespräche im SpDi führten wir vor der Eröffnung des Fachdienstes.

Im Jahre 1988 hatte der SpDi 390 Klienten, zu denen ein persönlicher Kontakt bestand; mehr als zwei Drittel der Klienten waren Frauen, 15% der Patienten waren 65 Jahre und älter, weitere 14% hatten ein Alter zwischen 55 und 64 Jahren. 5% der männlichen (6 Männer) und 9% der weiblichen Klienten (24 Frauen) litten an einer präsenilen oder senilen Demenz (nach ICD-Schlüssel; vgl. zu den Zahlen: Projekte für Jugend- und Sozialarbeit 1988). Weiter Angaben zu den Krankheitsbildern der älteren Patienten ließen sich aufgrund des verfügbaren Zahlenmaterials nicht machen. Insgesamt war die Zahl älterer Klienten in dem von uns untersuchten Beispiel eines SpDi im Vergleich zu anderen sozialpsychiatrischen Diensten hoch. Aus der Literatur ist bekannt, daß ältere, psychisch kranke Menschen eine ungleich geringere Chance haben, eine fachspezifische Betreuung, z.B. von Sozialpsychiatrischen Diensten, zu bekommen als jüngere; das Zahlenmaterial aus München bestätigt diesen Trend im Vergleich der Sozialpsychiatrischen Dienste ohne bzw. mit spezifischen Angebot für ältere Menschen: obwohl sich der gerontopsychiatrische Fachdienst zur Zeit unserer Befragung noch in der konzeptionellen Phase befand, war der Prozentsatz der älteren Betreuten bereits 1988 fast doppelt so hoch wie in beiden SpDi's desselben Trägers, die keinerlei spezielles Angebot für ältere Menschen vorzuweisen hatten. Spezielle, zugehende gerontopsychiatrische Angebote sind daher in der Regel Bedingung dafür, daß ältere Menschen verstärkt diese Hilfen nachfragen.

Der in freier Trägerschaft betriebene Sozialpsychiatrische Dienst in Uelzen liegt ebenfalls im Stadtzentrum. Im Hinblick auf gerontopsychiatrische Diagnosen (unter einschluß der Verwirrung hat sich von 1988 auf 1989 fast eine Verdoppelung eingestellt (1988: 5,7%; 1989: 11,3 %). Der Zugang erfolgt hier – anders als bei den SpDi's in München, wo vorrangig durch Eigeninitiative und Angehörige ein Kontakt zustande kam (vgl. Projekte für Jugend- und Sozialarbeit 1988) – vor allem über das Kreiskrankenhaus und über das städtische Gesundheitsamt; hier handelt es sich meistens um alleinlebende verwirrte Menschen, bei denen sich Erscheinungen der Verwahrlosung (Haushalt; Hygiene) und der Selbstgefährdung (Gas, Elektrogeräte; Weglaufen) zeigen. Mit Abstand an dritter Stelle folgen ratsuchende Angehörige, die den SpDi in Anspruch nehmen; dies dürfte in erster Linie mit dem in unseren Gesprächen auftauchenden Negativbild der Psychiatrie zusammenhängen.

Bei unseren Gesprächen mit den Mitarbeitern der Sozialpsychiatrischen Dienste bestätigten diese den aus der Literatur bekannten Trend der Zunahme psychiatrischer Alterserkrankungen als eigene Erfahrung. Zugleich arbeiteten die befragten MitarbeiterInnen in den mit uns geführten Gesprächen die Problemlagen älterer, insbesondere verwirrter Menschen und ihrer Helfer heraus, auf die diese bislang nur unzureichende Antworten finden konnten:

- Sozialpsychiatrische Dienste werden gegenwärtig meist erst zur Krisenintervention eingeschaltet – viel zu spät, *»Wenn das Kind schon in den Brunnen gefallen ist«* und eine ambulante Versorgung nicht mehr möglich ist.
- Oft sind die Verwirrten vorher medizinisch undiagnostiziert bzw. ärztlich und pflegerisch unzureichend betreut; viele leiden an einem multimorbiden Krankheitsgeschehen und benötigen z.B. tägliche Grundpflege, die sie bislang nicht bekamen.
- Angehörige bzw. Helfer zeigen sich oft in den Situationen mit den Erkrankten und mit dem Erscheinungsbild der Erkrankungen hilf- und ratlos; wenn dann ein Sozialpsychiatrischer Dienst herangezogen wird – und dies geschieht in der Regel erst nach einer Reihe von mehr oder weniger erfolglosen anderen Hilfeersuchen – so häufen sich folgende Reaktionen der Angehörigen:
 - Erstaunen gegenüber den Phänomenen
 - Unvermögen, das Krankheitsbild zu begreifen
 - große Ängste (vor nicht abgestellter Herdplatte u.dgl.) und allgemeine, diffuse Angst vor Nicht-Einschätzbarem
 - Hoffnung auf die Wunderpille der Medizin.

Die Hilfslosigkeit der Angehörigen, mit der sie auf Verwirrungen reagieren – und dies dürfte für psychische Krankheiten insgesamt gelten – hindert sie daran, frühzeitige und angemessene Bewältigungsstrategien zu entwickeln und Hilfen zu organisieren. Diese Unfähigkeit mag damit zusammenhängen, daß die Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste ihr Klientel eher der Unterschicht und der unteren Mittelschicht zugehörig einordnen.⁴

Im Vergleich städtischer und ländlicher Lebenswelten wird darauf hingewiesen, daß die Beratung von Angehörigen besonders schwierig in ländlichen Regionen zu organisieren sei. Die Bedeutung von Hilfestellungen wird für ländliche Gebiete auch insofern größer eingeschätzt, als das familiäre Netz dort häufiger greife und die Angehörigen noch stärker Belastungsgrenzen hinausschieben. Es wird aber auch hervorgehoben, daß die nachbarschaftliche Hilfe (und Kontrolle, z.B. bei Weglaufgefährdeten) in ländlichen Regionen größer ist.

Weiterhin wird betont, daß zur Entlastung der Angehörigen und zur Beschäftigung der Betroffenen tagesstrukturierende Angebote (z.B. Tagespflegeheime) fehlen.

Kooperation und Koordination

Möglichkeiten von Kooperationen und Koordinationen der Sozialpsychiatrischen Dienste mit anderen Einrichtungen der Altenhilfe sind in den Pilotregionen noch nicht sehr weit entwickelt. Mit dem Kreiskrankenhaus hat sich in Uelzen mit den

⁴ Exakte Daten zu dieser Vermutung liegen allerdings nicht vor. Unsere Interviews stützen diese Vermutung jedoch: Angehörige mit städtischem Hintergrund, besserem Versorgungsangebot und höherer Schichtzugehörigkeit scheinen besser informiert und eher in der Lage zu sein, Bewältigungsstrategien in Bezug auf Verwirrungszustände zu entwickeln und Angebote organisierter Hilfe vor krisenhaften Zuspitzungen zu mobilisieren.

Jahren eine eindeutige Zusammenarbeit entwickelt – eine Mitarbeiterin wird z.B. wöchentlich mindestens einmal zu Patienten mit psychiatrischen Grundkrankheiten hinzugezogen (die wegen einer internistischen Krankheit ins Krankenhaus eingewiesen wurden). Auch mit dem Gesundheitsamt gibt es eine geregelte Zusammenarbeit, wobei zur Abklärung von Situationen sowohl das Gesundheitsamt als auch der SpDi eine Mitarbeiterin entsendet. Die Zusammenarbeit mit den Sozialstationen wird mit der oben erwähnten Einschränkung der zu schnell angeführten Kapazitätsgrenzen als zufriedenstellend dargestellt. Die Kooperation mit Ärzten wird sehr unterschiedlich beurteilt und ist stark personenabhängig. Die Kooperation ist immer fallbezogen, bezieht sich also personenspezifisch auf Situationsabklärung und Vermittlung von Hilfen. Auffällig ist, daß eine institutionalisierte Kooperation und Koordination in der Versorgungskette fehlt. Es existiert z.B. auch keine Information über die orts- und landkreisansässigen helfenden Berufe (wie Krankengymnasten, Ergotherapeuten), obwohl es offensichtlich eine Reihe von ambulant tätigen professionellen Helfern gibt.

Auch in München ist die Koordination und Kooperation eher fallspezifisch. Hier wird aber die Bedeutung der institutionalisierten Koordination und Kooperation herausgestellt und betont, daß sie bewußt z.B. in Arbeitskreisen und Gremienarbeit gestaltet werden muß. Dies könne jedoch erst in Zukunft mit der personellen Besetzung des konzipierten Fachdienstes geschehen, da eine solche Arbeit personal- und zeitintensiv sei.

Die Zusammenarbeit mit Sozialstationen wird in beiden Regionen im Einzelfall als gut beschrieben; Zweifel werden angemeldet, ob Sozialstationen in der Tendenz zu vorzeitig kapazitätsmäßige Grenzen verschieben, und sich zeitlich Engpässe nicht durch Umorganisation vermeiden lassen. Mangelnde Kenntnisse werden ebenfalls erlebt, doch auch hier lasse sich prinzipiell Abhilfe schaffen. Andererseits werden ambulante Hilfen als sehr wichtig eingestuft, da nur mit ihrer Unterstützung die alten Menschen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können. Der Wunsch seitens der Betroffenen, ihre Wohnung nicht verlassen zu müssen, wird fast regelmäßig geäußert; mit einem Ortswechsel ist immer auch eine Verschlechterung ihres Zustandes verbunden.

Defizite in der ambulanten Versorgung werden vor allem im Fehlen von tagesstrukturierenden Angeboten und von Menschen gesehen, die den täglichen Kontakt zu den Verwirrten halten.

3. Sozialstationen und Sozialpsychiatrische Dienste im Vergleich⁵

Von ihrer Verankerung im System der Altenhilfe bietet sich m.E. vor allem die Sozialstation als die zentrale Hilfeeinrichtung für psychisch kranke alte Menschen und ihre Angehörigen an. Zwar wird auch von den MitarbeiterInnen von Sozialstationen und auch der Sozialpsychiatrischen Dienste von einer

⁵ vgl. zum Nachfolgenden auch HEINEMANN-KNOCH/v. KARDORFF/KLEIN-LANGE 1992

Zunahme der Problematik berichtet. In auffälligem Gegensatz dazu ist aber die Zahl der als psychisch krank eingestuft und von diesen Einrichtungen betreuten Menschen relativ gering – insbesondere wenn man z.B. die hohe Zahl der von den Angehörigen zuhause versorgten Verwirrten einerseits und die rapide Zunahme Verwirrter im Heimsektor in Betracht zieht. Ein Grund hierfür liegt darin, daß die Sozialstationen die Funktion einer »intermediären Instanz« zu einer ausreichenden ambulanten und tagesstrukturierenden Versorgung Verwirrter nicht wahrnehmen (können). Gründe für dieses Systemversagen zeigen sich u.a. in folgenden Defiziten:

- Überforderung des für die normale Altenpflege schon knapp bemessenen Leistungsprofils durch die betreuungsintensive Gruppe der psychisch Kranken, insbesondere Verwirrten;
- zeitliche Inflexibilität der Angebotsstruktur;
- mangelnde Risikobereitschaft und mangelndes Engagement vieler Träger zu neuen Angebotsformen;
- Personalmangel (quantitativ wie qualitativ);
- Fehlen rechtzeitiger zugehender Hilfen, vor allem für Alleinlebende;
- Fehlen spezifischer Rehabilitationsangebote, vor allem Ergotherapie, in Tagespflegeeinrichtungen;
- Fehlen materieller und räumlicher Ressourcen;
- begrenzte Abrechnungsmöglichkeiten des erforderlichen Leistungsspektrums durch die Krankenkassen.

Die Einbindung der Sozialstationen und auch der sozialpsychiatrischen Dienste in einen sozialpflegerischen Versorgungsverbund ist bislang unzureichend; für die Probleme psychisch kranker älterer Menschen hat sich im Vergleich zum Urteil der Expertenkommission wenig verändert; dabei müssen allerdings die neuesten Entwicklungen in NRW, Berlin und Baden-Württemberg wegen fehlender Daten unberücksichtigt bleiben.

Literatur

- BRAKER, M., KORTE, W., MIDDEKE, M. Hrsg. (1988). Psychiatriereform in Kassel 1981–1985 (ASG-Veröffentlichung Nr. 13). Kassel.
- BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE (1990). Arbeitsfelder Gerontopsychiatrie: Häuslichkeit – Tagespflege – Heim (KDA, Reihe: Forum, 12). Köln, Bonn.
- CLAUSSEN, F., HEINEMANN-KNOCH, M. (1992). Pflegepotential und Pflegebereitschaft von Familien in NRW. (Endbericht zum Forschungsprojekt für das Ministerium für die Gleichstellung von Frau und Mann in NRW). Köln.

DER BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT, Hrsg. (1988). Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn.

DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE, Hrsg. (1987). Bestandsaufnahme der ambulanten sozialpflegerischen Dienste im Bundesgebiet (Schriftenreihe des BMJFFG, Bd. 195). Stuttgart.

DICKS, U. (1987). Beschreibung des Modellprogramms nach einjähriger Laufzeit (Vortrag anlässlich der 4. gerontopsychiatrischen Arbeitstagung am 25.11.1987 in Düren).

HEINEMANN-KNOCH, M., v. KARDORFF, E., KLEIN-LANGE, M. (1992). Verwirrte Alte Menschen. Empirische Studien zur Versorgungslage und zur alltäglichen Problembewältigung durch Betroffene, Angehörige und Versorger. Köln. (KDA, Forum 19).

HÄFNER, H. (1986). Psychische Gesundheit im Alter. Stuttgart – New York.

INSTITUT FÜR GERONTOLOGISCHE FORSCHUNG (Hrsg.). (1991). Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung der Modellprojekte zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Sozial- und Diakoniestationen bzw. des ASD in den Bereichen »Pflegedienstleistung; Information und Beratung; Koordination« der Landeshauptstadt Stuttgart. München.

KETTLER, U., HAMER, H. (1989). Modellprogramm »Ambulante Dienste für Pflegebedürftige«. Eine Vor-Ort-Untersuchung in Münster. Münster.

KRETSCHMANN, R. (1988). Ambulante psychiatrische Pflege durch Sozialstationen. Bericht zum Modellversuch des Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Freiburg/Br.

KREUZER, S. et al. (1988). Sozialpsychiatrischer Dienst für alte Menschen (SOFA) (Bericht über die Arbeit in den Jahren 1986 und 1987). Nürtingen-Neckarhausen.

MARX-MAGER, T. (1991). Sozialpsychiatrischer Dienst für alte Menschen (SOFA). In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), die Alzheimersche Krankheit. Unsere Verantwortung als Familie und Gesellschaft für chronisch verwirrte ältere Menschen (Fachtagung für Angehörige, MitarbeiterInnen und PolitikerInnen, S. 52. 59). Köln.

MINISTERIUM FÜR ARBEIT GESUNDHEIT UND SOZIALES/NRW (MAGS), Hrsg. (1991). Politik für ältere Menschen 2. Landesaltenplan für Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES/NRW (MAGS), Hrsg. (1991b). Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990. Düsseldorf.

PROJEKTE FÜR JUGEND- UND SOZIALARBEIT e.V. MÜNCHEN, Hrsg. (1989). Tätigkeitsbericht der Sozialpsychiatrischen Dienste München-Perlach, München-West, München-Giesing u.a. München.

- SCHÄUFELE, M., COOPER, B. (1991). Demenzerkrankung und kognitive Beeinträchtigung bei den älteren Patienten von Sozialstationen: eine Studie in Mannheim. Mannheim. (MS, zur Veröff. vorgesehen)
- SCHLEGEL, J. (1987). Ambulante gerontopsychiatrische Pflege durch Sozialstationen (Vortrag anlässlich der 4. gerontopsychiatrischen Arbeitstagung am 25.11.1987 in Düren).
- SENATOR FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES, Hrsg. (1987). Psychogeriatrische Pflege durch Sozialstationen. (Verfasser: SEITZ, B., STÜRMER, W., PROGROS). Berlin, Köln.

Diskussion zu den Referaten Rückert, Loos, J. H. Kretschmar, Heinemann-Knoch

Moderation: Frau Kretschmar

Herr Kulenkampff: Also ich hatte mir eigentlich gewünscht, daß auch zur Frage der Ressourcen des professionellen Sektors Stellung genommen wird. Wenn, wie das hier dargestellt worden ist, der Leistungsumfang in dem Maße fortschreitet, wie wir annehmen, müssen die Ressourcen für die professionelle Seite ebenfalls gewaltig ansteigen. Und das ist ein Generationenproblem. Kann man eigentlich abschätzen, wieviele Leute wir überhaupt noch in den entsprechenden Altersklassen zur Verfügung haben werden, bzw. wo die Schallmauer ist und die Sache nicht mehr läuft, weil keiner mehr vorhanden ist?

Herr Rückert: Ich bin ganz zum Schluß erst auf die professionellen Helfer eingegangen, als ich im Vergleich zu anderen Gesellschaften darlegte, wie wenig Mitarbeiter wir in den Heimen haben, und wie wenig Mitarbeiter wir in den ambulanten Diensten haben. Insbesondere auch durch den Vortrag von *Frau Heinemann-Knoch* ist deutlich geworden, wie schwach die ambulanten Dienste ausgebaut sind. Wir haben in der Bundesrepublik nur etwa 30.000 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in sämtlichen ambulanten und teilstationären Diensten, sprich in Sozialstationen, Dorfhelferinnenstationen, Beratungsstellen, Tagesstätten, Tagespflegeeinrichtungen. Die Devise »ambulant vor stationär«, die die Politik in den letzten 10 Jahren gegeben hat, ist überhaupt nicht eingelöst worden. Wir haben nur einen minimalen Zuwachs der Helfer in den ambulanten Diensten zu verzeichnen. Ich erwähnte Holland, ich erwähnte Dänemark, die nordischen Länder, die ihr Hilfesystem ganz anders organisiert und ausgebaut haben. Wir brauchen 3,4 bis zu 10 Mal mehr Helfer in den ambulanten Diensten, wenn wir unser Hilfesystem so weit professionalisieren wollten, wie beispielsweise Dänemark. Da stellt sich natürlich die Frage: wie ist das finanzierbar, und Sie haben es schon angesprochen, wo bekommen wir die Mitarbeiter her? Ein ähnliches Problem haben wir in den Heimen. Auch das ist angesprochen worden. Wir haben quantitativ viel zu wenige MitarbeiterInnen, und vorwiegend sind es auch angelernte Qualifikationen. Wir haben also viel zu wenig Fachkräfte in den Heimen und Einrichtungen. In den letzten Jahren ist das etwas besser geworden, auch durch die Diskussion um den Pflegenotstand. In manchen Bundesländern haben wir Verbesserungen zu verzeichnen, und das Bewußtsein ist größer geworden. Aber unsere große Sorge ist in der Tat, *Herr Professor Kulenkampff*, wo kriegen wir denn in Zukunft die professionellen Helferinnen und Helfer her? Es zeichnet sich ja heute schon ab, daß die Stellen nicht besetzt werden können. Das ist auch eine Frage des Stellenwertes, der diesem Bereich zugemessen wird, der Finanzierung, der Tariflöhne, der Arbeitszeiten. Wir müssen doch sehen, daß neue Arbeitszeitmodelle eingeführt werden müssen, bessere Vergütung für Dienste zu ungünstigen Zeiten und dergleichen. Wir haben insgesamt in der BRD um die 200.000 berufliche Helfer, und wir schätzen, daß wir langfristig, wenn die

Entwicklung sich so fortsetzt, wie sie angezeigt ist, fast eine Verdoppelung benötigen. Das kostet Geld.

Herr Kulenkampf: Wollen Sie überhaupt so massiv professionalisieren? Sie haben so glatt gesagt, in Dänemark und Schweden sind die Töchter oder sonstige Familienangehörigen weniger geworden, und deswegen hat man dann viele Profis eingestellt. Das kann ja auch umgekehrt gewesen sein: daß sie viele Profis eingestellt haben, und dann haben die Töchter aufgehört zu pflegen. Das ist ein Vorgang, den wir nicht selten beobachten, und das Problem ist ja: sollen wir diese ganzen Hilfeleistungen eigentlich massiv mit 100.000en von Leuten professionalisieren und damit jegliche anderen Supportsysteme überflüssig machen oder nicht?

Herr Rückert: Ich darf vielleicht darauf aufmerksam machen, daß ich nicht die pflegenden Töchter in den nordischen Ländern dargestellt habe, sondern demographische Daten. Es gibt nicht mehr Töchter, die pflegen können. Das sind die Relationen: die Menschen im mittleren Lebensalter von 45 bis 60 Jahren im Vergleich zu den über 60-jährigen. Diese Relation haben sich verändert durch die Langlebigkeit, durch die Veränderung unserer Altersstruktur, die Alterspyramide. Uns bleibt gar nichts anderes übrig, als zu überlegen, wie wir die Dienste erbringen wollen, und höchstwahrscheinlich ist eine massive Professionalisierung erforderlich. Ich denke, daß wir in dem Bereich der pflegenden Berufe überhaupt eine viel zu geringe Professionalisierung haben, beispielsweise im Vergleich zu anderen Berufen, zum Beispiel auch der medizinischen Berufe. Wenn Sie das noch mit anderen Ländern vergleichen, ist insbesondere im Bereich der pflegerischen Berufe die BRD sehr schlecht gestellt.

Herr Kretschmar: Es ist schon angesprochen worden, daß wir ganz massiv die pflegenden Angehörigen zu Hause unterstützen müssen. Und das ist eine Aufgabe, die uns alle betrifft. Der Professionalisierung in den Heimen sind Grenzen gesetzt, wenn es uns nicht gelingt, die sozialen Komponenten für die pflegenden Personen zu verbessern. Ich will das mit einem kurzem Beispiel erläutern: Wenn jemand in der Verwaltung tätig ist, dann kann er am Freitag um 16.00 Uhr oder um 14.00 Uhr nach Hause gehen und hat das ganze Wochenende für sich. Dieser Mensch ist mit einer Schwester eines Altenheimes verheiratet. Die muß jetzt alle 14 Tage Samstag und Sonntag ihren Dienst versehen, und das führt zu Spannungen. Jeder, der in ein Heim kommt, weiß, wie diese Spannungen dann ausgetragen werden, und da müssen wir zu völlig veränderten Arbeitsplatzsituationen kommen. Wir müssen die Tätigkeiten der Schwestern und Pfleger in den Heimen dramatisch aufwerten und verhindern, daß sie alle 14 Tage samstags und sonntags und an den Feiertagen Dienst tun müssen. Nur wenn das gelingt, werden wir auch ausreichend Personal in den Heimen haben.

Herr Kanowski: Ich denke, daß die Problematik, die hier angerissen ist, ungeheuer komplex ist. Ich möchte ein paar Grundzüge markieren. Die eine Tatsache ist, daß die Inanspruchnahme der Familienpflege dadurch begrenzt ist, daß über die Reduktion der Kinderzahlen in den nächsten Jahrzehnten nicht nur Kinder

fehlen werden, die die Familienpflege übernehmen könnten, sondern auch das, was neben den Töchtern noch trägt: Nichten, Neffen, Geschwister etc.: die Gesamtfamilie schrumpft über die schrumpfenden Kinderzahlen. Und professionelle Kompensation, wenigstens in dem überschaubaren demographisch voraussagbaren Zeitbereich, wird notwendig sein. Was im Jahre 2500 ist, weiß ja keiner. Man wird also die Familienpflege schon aus diesem demographischen Grund nicht als die Lösung der Finanzierungsproblematik ansehen können. Es kommt noch ein zweiter Aspekt dazu. Die sehr stark forcierte beruflich-professionelle Emanzipierung der Frauen schließt aus, daß in Zukunft die Töchter noch die gleiche Aufgabe übernehmen, wie heute. Das sind gesellschaftspolitische Kontradiktionen. Der dritte Punkt in diesem Zusammenhang ist, daß wesentliche Schichten – bis hinein in die Mittelschichten – den Lebensstandard der bundesrepublikanischen Lebensweise nur über Doppelverdienertum aufrechterhalten können, so daß auch ökonomische Zwänge bedingen, daß beide Partner arbeiten gehen. Der vierte Punkt betrifft die Sozialpsychiatriestationen. Man kann sich ja fragen, warum wird es nur in der Gerontopsychiatrie kritisch, und warum nicht in der Psychiatrie generell? Warum sind die Sozialstationen eigentlich nur mit alterspsychiatrischer ambulanter Krankenpflege konfrontiert und nicht mit generell psychiatrischer Krankenpflege? Weil es für die jüngeren psychisch Kranken eine Menge komplementärer Einrichtungen seit dem Ausgang der 60er Jahre gibt, die aber alle nicht zuständig sind und von den psychisch kranken Älteren nicht in Anspruch genommen werden können. Wird die Zahl chronisch Kranker unter 65 Jahren in einem Versorgungsbezirk um ca. 200 geschätzt, so liegt die Zahl der chronisch Kranken über 65 Jahre im gleichen Standardversorgungsbezirk zwischen 2000 bis 3000. Das heißt, diese 200 psychisch chronisch Kranken pro Standardversorgungsgebiet sind über Clubs und über alles, was die Psychiatrie an ambulanten komplementären Diensten entwickelt hat, ganz gut zu versorgen, aber für die Alterspsychiatrie existiert praktisch nichts an komplementären Diensten. Deshalb steht da die Sozialstation in der Verpflichtung, Psychiatrie zu leisten. Ob sie dazu in der Lage ist, und wie sie instand gesetzt werden kann, ist eine brennende Frage. Und der fünfte und letzte Punkt, der eine gewisse Zusammenfassung darstellt: Ich glaube, wenn wir die Probleme der Finanzierung auch nur angemessener – nicht einmal optimaler – ambulanter Pflege ins Auge fassen wollen, dann müssen wir wohl den Politikern sagen, daß die Tendenz »ambulant vor institutionell«, zumindest aus finanziellen Aspekten angesichts der Gesundheitsfinanzkatastrophe falsch ist. Es muß wieder mehr in die Institutionen verlagert werden, weil institutionell mit geringerem finanziellem Aufwand mehr Menschen zu versorgen sind als einzeln in ihrer Wohnung. Die Maxime »ambulant absolut vorrangig vor institutionell«, ist deshalb eine formulierbare politische Lüge, weil der Großteil der Kosten den Familien anheim fällt. Und wenn die Professionalisierung notwendig wird und die finanziellen Mittel schrumpfen, dann müssen sie konzentriert eingesetzt werden und können nicht dispersiv in wohnungsbezogene Einzelpflege für psychisch Kranke vergeben werden. Die institutionelle Pflege muß gerade im geriatrischen Sektor Vorrang erhalten. Und sofern ambulante Pflege das Weiterleben im eige-

nen Wohnraum ermöglichen soll, müssen auch hier tagespflegerische, konzentrierbare Maßnahmen weiter ausgedehnt werden. Ich denke, das müssen wir den Politikern klarmachen.

Frau Heinemann-Knoch: Ergänzend zur Familienpflege: es ist nicht nur so, daß Töchter pflegen, sondern, das hat Herr Rückert auch schon gesagt, zu einem großen Teil sind die Ehepartner beteiligt. Insgesamt weiß man aus Erhebungen, daß über 50% der pflegenden Familienangehörigen jenseits ihrer Lebensmitte stehen, das heißt, sie sind selbst schon häufig in der Gesundheit angeschlagen und übernehmen eine Aufgabe, die sie weiterhin erheblich sowohl in ihrer psychischen als auch in ihrer körperlichen Verfassung beeinträchtigt. Zudem, es wurde ja mehrfach gesagt, gibt es effektiv weniger Familienangehörige, und man muß die wenigen anders motivieren. Dazu gibt es eine Reihe von Überlegungen, und ich denke, in diesem Bereich muß noch mehr Phantasie entwickelt werden. Man muß ja nicht, so wie es jetzt üblich ist, der ambulanten die stationäre Versorgung entgegenhalten. Man könnte durchaus auch betreute Wohnformen finden, in denen mehrere alte Menschen zusammen leben, die zum Beispiel psychisch krank sind und trotzdem ihre eigenen vier Wände haben, und die eben leichter als alleinlebend auch untereinander Kontakt aufnehmen könnten und gleichzeitig in den Funktionen, in denen sie Hilfe brauchen, versorgt werden könnten.

Herr Korte: Zu Herrn Kanowski muß ich noch sagen: Insgesamt ist dieser Unterschied zwischen der Versorgung für die psychisch kranken Erwachsenen und für die altgewordenen psychisch Kranken bzw. die psychisch Alterskranken richtig. Die NRW-Lösung heißt: psychiatrische Pflege über Sozialstationen. Das schließt schon die jüngeren psychisch Kranken mit ein. Das Problem, daß dieses Vorgehen noch nicht flächendeckend greift, ist ja von Frau Heinemann-Knoch genannt worden. Das liegt an den Schwierigkeiten der Finanzierung, genau gesagt an der Weigerung der Krankenkassen, hier ihre Beiträge zu leisten. Aber es gibt natürlich auch eine ganze Menge organisatorische Probleme, denn Psychiatrie und Altenhilfe fallen organisatorisch sehr weit auseinander. Wenn jetzt Sozialstationen die Pflege jüngerer psychisch Kranker mitübernehmen sollen, fehlt es da zum Teil auch an der Kompetenz, und wenn andere Träger die Pflege älterer Kranker mitübernehmen – etwa von Institutionen aus dem psychiatrischen Bereich – fehlt es da oft an gerontopsychiatrischen und gerontologischen Kenntnissen.

Herr Picard: Meine Damen und Herren, wenn wir, die wir hier sitzen, uns mit der Analyse beschäftigen, die Diagnose exakt stellen und dann voller Stolz da oder dort eine funktionierende Sozialstation ausgraben, gehen wir befriedigt nach Hause. Aber auf die Gefahr hin, daß ich mich unbeliebt mache, möchte ich sagen: es darf eine solche Veranstaltung nicht geben, ohne daß von ihr eine Wirkung ausgeht, ob das eine Wirkung des Ärgernisses ist oder der Zustimmung, ist im Prinzip egal, es muß eine Wirkung sein, die Aufmerksamkeit erregt. Die Neue Zürcher Zeitung hat einen sehr ausführlichen Beitrag gebracht über eine

Möglichkeit, wie man dem Problem des Personalmangels in der Altenhilfe gerechtwerden könnte. Die Schweiz scheint dabei zu sein, ein Jahr des Dienens für die Allgemeinheit einzuführen, weil wir bei der Verlängerung unserer Lebensdauer ein Jahr eigentlich geben können – gegen ein geringes Saläre. Dieser Gedanke, deswegen sprach ich von unbeliebt werden, ist bei uns natürlich verpönt, weil wir einmal einen Arbeitsdienst hatten und die Bausoldaten in der DDR und dergleichen Dinge mehr. Wir brauchen die professionelle Säule und zwar sehr stark. Wir können eine Menge leisten, mit Menschen, die gegen ein geringes Saläre (eigentlich müßte es möglich sein, ohne ein Saläre) ein Jahr Dienst leisten an dieser Gesellschaft.

Herr Rückert: Es tut mir leid, daß ich nicht intensiver auf das professionelle Hilfesystem eingegangen bin, sondern wegen der Themenstellung Demographie mehr auf das familiäre Hilfesystem. Festzuhalten ist, daß die Bevölkerungsentwicklung in den letzten Jahrzehnten unser professionelles Hilfesystem überrollt hat. Der Krankenhaussektor zieht sich tendenziell aus der Versorgung älterer Menschen zurück. Die Kürzungen der Aufenthaltsdauer bei älteren Menschen sind überdurchschnittlich hoch. Die älteren Menschen werden früher und weniger geheilt wieder in ihre Häuslichkeit entlassen, mit dem Alltagsmanagement belastet, und dann kommt es zu den Krisensituationen, die aufgefangen werden müssen. Wir haben ein Wachstum der Heimplätze zu verzeichnen. Wir stehen da gerne zu. 100.000 Plätze sind in jedem der letzten Jahrzehnte gebaut worden, aber wenn man das auf die Altersbevölkerung bezieht, stellt man fest daß die Versorgungsgrade zurückgegangen und weiter rückläufig sind. Das heißt, ein geringerer Anteil älterer Menschen, lebt in Alten- und Altenpflegeheimen, abgesehen von den über 85-jährigen. Die Familien leisten heute mehr, als sie jemals in Deutschland geleistet haben, und das werden sie auch in Zukunft. Und die Familien sind in unserem Lande gedeckelt worden. Immer und immer wieder. Der ambulante Bereich ist lange propagiert worden, aber er ist unterproportional ausgebaut worden. Ich bin Herrn Picard dankbar, daß er auf die Schweiz hingewiesen hat. Wir können von der Schweiz eine ganze Menge lernen, zum Beispiel auch im Hinblick auf den Ausbau ambulanter Dienste. Ob man eine Dienstverpflichtung einführen sollte, das ist eine grundsätzliche Frage. Man kann auch über andere Wege nachdenken, und das müssen wir auch tun. Mein Anliegen war, zu zeigen, daß die Familien ungeheuer viele Leistungen für kranke, pflegebedürftige, psychisch kranke Menschen erbringen, mehr als jemals zuvor in unserer Geschichte, und daß sie jetzt am Ende ihrer Leistungskraft bzw. schon längst überfordert sind. Und insbesondere sind es doch die pflegenden Ehefrauen, die, wenn sie ihren Mann zu Tode gepflegt haben, überfordert, selbst zu Pflegefällen werden, und dann auf Heim und Einrichtungen angewiesen sind. Herr Kanowski hat natürlich Recht, wenn er sagt, die Heime sind betriebswirtschaftlich günstiger als eine angemessene ambulante Versorgung. Dennoch plädieren wir natürlich für den Ausbau der ambulanten Hilfe, weil es humaner ist. Vor allen Dingen sollte man den betroffenen Menschen ein Wahlrecht zugestehen, so daß sie selbst entscheiden können, ob sie ambulant oder in Heimen versorgt werden wollen. Das sind die Dinge, über die wir intensi-

ver nachdenken müssen, neue Wege, neue Sozialstationen, neue Wohnformen für ältere Menschen, betreutes Wohnen. Die Hauptschwachstellen in unserem Hilfesystem sind noch nicht einmal die medizinisch-pflegerischen Bereiche, sondern das Alltagsmanagement. Die Bewältigung des Alltags, tagesstrukturierende Hilfen, das ist das Entscheidende. Der Bereich der Hilfen für die Aufrechterhaltung des normalen Lebens und Haushaltes ist ungeheuer wichtig, und daran müssen wir vorwiegend arbeiten.

Herr Kipp: Die Diskussion ist ja von der Gerontopsychiatrie zur allgemeinen Lösung des Altersversorgungsproblems gegangen. Ich habe immer etwas Grausen davor, wenn Psychiater Totallösungen phantasieren. Wir haben ja auch eine eigene Geschichte. Ich möchte aber noch einmal auf die Gerontopsychiatrie zurückzukommen. Ich meine, daß wir kleinräumiger – vielleicht regional – denken müssen, und hier bietet der Expertenbericht von 1988 Lösungen für die Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung an: im sogenannten Gerontopsychiatrischen Zentrum, wo nicht neue Wohninstitutionen gegründet, sondern im bestehenden System Verbesserungen durch Konsiliardienste, Beratungsdienste, teilstationäre Einrichtungen vorgenommen werden sollen. Wichtig ist, daß eben nicht das Problem der gesamten Altenhilfe von der Psychiatrie her aufgeklärt wird.

Die Funktion des psychiatrischen Krankenhauses für die Versorgung psychisch kranker alter Menschen

Christel Kretschmar

Die Funktion des psychiatrischen Krankenhauses für die Betreuung und Behandlung psychisch Alterskranker ist vor dem Hintergrund des Strukturwandels zu sehen, der seit Anfang der 70er Jahre in unterschiedlicher Ausprägung in den verschiedenen psychiatrischen Großkrankenhäusern stattgefunden hat. Gleichzeitig hat aber auch die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung überhaupt generelle Umstrukturierungen erfahren. Großes Interesse hat die Behandlung chronisch psychisch Kranker und die Rehabilitation und Enthospitalisierung langjährig Untergebrachter, insbesondere nach dem Bericht der Expertenkommission der Bundesregierung gefunden, der 1988 vorgelegt wurde.

Es soll kurz auf die Entwicklung der psychiatrischen Kliniken eingegangen werden (1). Erst nach der Aufklärung Anfang des 19. Jahrhunderts entstanden erste sogenannte Irrenanstalten, eine damals durchaus fortschrittliche Entwicklung. Sie dienten allerdings mehr der Verwahrung als der Behandlung. Gegen Ende des letzten Jahrhunderts entstanden dann sogenannte Heil- und Pflegeanstalten, die an landschaftlich besonders reizvollen Orten angesiedelt wurden, damit die Geisterkranken in einer landschaftlich schönen Umgebung und abgeschirmt von den vielen Reizen der Stadt bessere Heilungsaussichten haben sollten. Diese Theorie entsprach damals modernsten therapeutischen Erkenntnissen. Auch hatte man schon hochgerechnet, wieviele Plätze eine solche Anstalt haben mußte. Die Zahl wuchs rascher an als man glaubte, so daß die mit 300 Betten in den 5 Rheinischen Kliniken projektierten Häuser bald mehr als die doppelte Anzahl Patienten zu betreuen hatten.

Leider hat auch die Entwicklung der damals nach modernsten Erkenntnissen gestalteten Anstalten nicht zu einer echten Verbesserung der Lage psychisch Kranker geführt. Im Gegenteil war ihre isolierte Lage dazu angetan, die Kranken insgesamt von der Öffentlichkeit fernzuhalten. Man hatte im Grunde neue Verwahranstalten geschaffen, die immer mehr überbelegt wurden mit Patienten und Pflegefällen, die anderswo keinen Platz fanden. Die Ausstattung wuchs nicht mit den massenhaften Überbelegungen, und sie entsprach in keiner Weise den hinzukommenden wissenschaftlichen Erkenntnissen in Diagnostik und Therapie psychiatrischer Krankheiten. Die Altersabteilungen wuchsen überproportional, woraus eine nicht mehr zu verantwortende menschenunwürdige Verwahrung gerade dieser Patientengruppe resultierte.

Schon Anfang der 60er Jahre wiesen Mitarbeiter von Universitäten, aber auch vereinzelt Direktoren psychiatrischer Krankenhäuser auf die katastrophalen Verhältnisse hin. Hier sind insbesondere zu nennen: fatale Überbelegungen, therapeutischer Nihilismus, unverantwortlicher Personalmangel, Fehlplatzierungen, hoffnungslose Prognose wegen fehlender ambulanter Therapie- und Rehabili-

tationsmöglichkeiten für alle Kategorien psychisch Kranker in den Gemeinden. Auf den Altersstationen entwickelte sich geradezu ein fatalistischer Nihilismus, da die Einweisung in eine Altersstation eines psychiatrischen Krankenhauses praktisch immer eine Einbahnstraße war, auf der es kaum ein Zurück gab.

Die Enquête von 1975 hebt diese Mängel deutlich hervor und betont, daß eine ausschließlich auf stationäre Behandlung zentrierte Versorgung alter Menschen völlig unzureichend sei.

Wir wissen heute, daß viele psychisch Alterskranke durch frühzeitige Diagnostik, ambulante Therapie und Betreuung durch Familienangehörige, soweit vorhanden, oder ambulante Dienste noch lange in ihrer eigenen Häuslichkeit leben können. Wir wissen auch, daß durch eine Optimierung der Therapie (2) – als kombinierte Pharmakotherapie, Hirnleistungstraining, Bewegungstherapie und diätetische Maßnahmen – Institutionalisierungen in Heimen oder schwere Pflege über lange Zeit hinausgeschoben und stationäre Krankenhausbehandlungen oft vermieden werden können.

Die Funktion eines psychiatrischen Krankenhauses läßt sich vielleicht am besten an Hand eines Beispiels beschreiben. Das psychiatrische Krankenhaus Düsseldorf hat insofern günstigere Voraussetzungen als andere psychiatrische Krankenhäuser, als es Pflichtversorgungs-Krankenhaus für Teile der Stadt selbst ist. Für die psychisch Alterskranken, die aufgenommen werden müssen, heißt das, daß sie keine langen Anlaufwege haben. Für andere Krankenhäuser sind diese Bedingungen nicht so günstig. So ist das Krankenhaus für die Pflichtversorgung der Bevölkerung von Essen nach wie vor die Landeslinik Bedburg-Hau an der holländischen Grenze, so daß sozialpsychiatrische Aktivitäten wie Belastungstraining oder tagesklinische Behandlung gerade für alte Patienten sehr schwierig sind.

Durch die Aufstockung einer psychiatrischen Abteilung im Norden der Stadt um 30 Betten konnte dieses Haus für einen Teil Düsseldorfs die Vollversorgung übernehmen. Eine gerontopsychiatrische Station an einem Allgemeinkrankenhaus ist eher irrelevant, da sie ohne Pflichtversorgungsauftrag die Patienten selektiert, auf kurze Verweildauern bedacht zu früh entläßt und kurzfristige Wiederaufnahme weiterverweist.

Der gerontopsychiatrische Versorgungsbedarf ist auch für Düsseldorf nicht zu bestreiten. Je nach Stadtviertel finden sich hier 14–23% über 65jährige Bürger. Folgt man demographischen und epidemiologischen Voraussagen, so ist davon auszugehen, daß die Zahl alter und hochaltriger Menschen noch bis zum Jahre 2030 zunimmt. Zusätzlich ist der Versorgungsbedarf für Frauen z.Zt. noch höher, da

1. die statistische Lebenserwartung deutlich höher liegt als die der Männer,
2. bisher noch Frauen an den psychischen Krankheitsprozessen des höheren Lebensalters einen mehr als doppelt so hohen Anteil wie Männer haben und sie erst in einem Lebensalter erkranken, wenn sie bereits meist Witwen

sind und ihre eigene Versorgung und Pflege über familiäre Strukturen nicht mehr überall sichergestellt ist.

Die Rheinische Landeslinik Düsseldorf hatte vor 20 Jahren über 500 gerontopsychiatrische Betten, die hauptsächlich mit chronisch kranken und pflegebedürftigen Patienten belegt waren. Es war also wichtig, und dies sind noch heute Eckpfeiler unseres Handelns,

1. alle in der Klinik hospitalisierten Patienten mit der Fragestellung zu untersuchen, ob ihr Aufenthalt in einer vollstationären klinischen Einrichtung nötig ist.
2. Eine Bestandsaufnahme aller in der Gemeinde vorhandenen Einrichtungen durchzuführen und sie auf ihre Eignung hin zu überprüfen, psychisch Alterskranke nach ihrer Entlassung aus der stationären Behandlung weiter zu versorgen.
3. Die therapeutischen Strategien zu überdenken und zu überprüfen, insbesondere auf Fragestellungen wie Behandlungspläne für Akutkranke, Behandlungspläne für chronisch Kranke, mögliche Rehabilitations- und Enthospitalisierungsprogramme für psychisch kranke alte Langzeitpatienten.
4. Intensive Kontaktaufnahme zu flankierenden Einrichtungen herzustellen, diese durch Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie durch Beratungsangebote in die Lage zu versetzen, psychisch Alterskranke aufzunehmen und zu versorgen, die primär aufgrund einer psychischen Krankheit über lange Zeit oder für dauernd in psychiatrischen Krankenhäusern hospitalisiert waren.
5. Noch vorhandene familiäre Strukturen und Versorgungskapazitäten gleich bei Aufnahme eines Patienten in die psychiatrische Klinik zu registrieren und zu stützen und sie keinesfalls mit der Aufnahme eines psychisch Kranken in stationäre klinische Behandlung aus ihrer Verantwortung zu entlassen. Dazu ist es jedoch nötig, aufzeigen zu können, welche Hilfsmöglichkeiten in der Gemeinde vorhanden sind und welche Möglichkeiten es gibt, die Angehörigen ggf. in ihrer Verantwortung durch besondere Angebote zu entlasten.

Auf diese Weise hat sich die Struktur der gerontopsychiatrischen Abteilung entscheidend verändert. Die Zahl der noch vorhandenen stationären Betten konnte drastisch verringert werden, die Verweildauern konnten verkürzt werden, und das Entstehen neuer chronisch kranker oder dauerhospitalisierter Patienten wird versucht zu vermeiden. Durch die oben genannten zusätzlichen stationären Behandlungskapazitäten hat sich auch das Einzugsgebiet für die Landeslinik verkleinert und beträgt zur Zeit etwa 523.000 Einwohner. Die Zahl der Akut-Aufnahmen ist allerdings seit Jahren konstant, zwischen 450–550 pro Jahr.

Für dieses Einzugsgebiet arbeitet die Landeslinik mit 134 vollstationären gerontopsychiatrischen Betten, 15 Tagesklinikplätzen und ambulanter Behandlung und Beratung im Rahmen der Poliklinik.

Die einzelnen Elemente haben vielfältige Verknüpfungen, Kontakte und Verbindungen zu allen Versorgungsstrukturen im Bereich der Stadt. Besonders leb-

hafte Verbindungen bestehen zum psychiatrisch-neurologischen Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf, welches im Vergleich zu anderen neurologisch-psychiatrischen Gesundheitsdiensten insofern eine Sonderstellung einnimmt, als der leitende Psychiater sich der Gerontopsychiatrie besonders verpflichtet fühlt und spezielle Vorkenntnisse und wissenschaftliche Arbeiten auf diesem Gebiet vorzuweisen hat. So wurde von dort aus für einen bestimmten Stadtbezirk ein ambulantes Beratungs-, Betreuungs- und Kriseninterventionsnetz, welches mobil ist, aufgebaut. Dieses mobile Team übernimmt auch gerontopsychiatrische Kriseninterventionen und Betreuung chronisch psychisch Alterskranker.

Ein lebhafter Austausch besteht mit Altenheimen, Seniorenwohnheimen und Altenkrankenheimen der Region. Dieser Kontakt entwickelte sich zunächst aus unseren eigenen Beratungsangeboten für die Heime. Er wird jetzt von unseren Sozialarbeitern intensiv gepflegt und durch eine Reihe von gemeinsamen Veranstaltungen, insbesondere Fortbildungsveranstaltungen für die Mitarbeiter der Heime, fortgesetzt. Zusätzlich bestehen intensive Austauschkontakte mit Sozialstationen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit ambulant psychisch Alterskranke versorgen. Die Sozialstationen können weitgehend adäquate Pflege und Versorgung chronisch psychisch Alterskranker durchführen. Sie bedürfen hierzu gerontopsychiatrischer Qualifikation, damit sie in der Lage sind, ein angemessenes Angebot für psychisch Alterskranke, die allein zu Hause oder im Rahmen ihrer Familien leben, vorzuhalten. Der Kostenfaktor – leidige Hürde für den Aufbau optimaler Versorgungsstrukturen und Dauerbrenner in der öffentlichen Diskussion – ist politisch wie persönlich relevant. Die Frage nach der Sinnhaftigkeit oder Sinnentleerung eines alternden Lebens erhält durch die permanente Diskussion um die Kosten der »Alten« in allen Medien nicht gerade positive Impulse. Auch bei der Abrechnung psychiatrischer und speziell gerontopsychiatrischer ambulanter Leistungen tun sich die Krankenkassen schwer, wenn auch bei der Übernahme von Pflege durch Angehörige und Kurzzeitpflege wesentliche Fortschritte zu registrieren sind.

Betrachten wir das Aufnahmespektrum für unser Krankenhaus, so stellen wir fest, daß in den letzten 6 Jahren Patienten, die in die gerontopsychiatrische Abteilung aufgenommen werden, durchschnittlich etwa 3 Jahre älter geworden sind. Mit der zunehmenden Hochaltrigkeit der Aufnahme steigt die Häufigkeit verschiedener Krankheitsbilder auf somatischem und psychischem Gebiet. So haben die bei uns aufgenommenen Kranken praktisch alle Mehrfachdiagnosen.

Für die Zeit von September 1989 bis 1990 haben wir in einer Untersuchung einmal die Hauptdiagnosen zusammengefaßt: von 443 aufgenommenen Patienten litten 222 an akut behandlungsbedürftigen Begleitsyndromen hirnorganischer Erkrankungen, insbesondere Erregungszuständen, Wahnsyndromen und schwerst einstellbaren nächtlichen Schlafstörungen und Verwirrheitszuständen. Weitere Diagnosen sind Depressionen, Wahnkrankheiten, Delirien, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit und andere.

Alle diagnostischen Möglichkeiten, auch internistische Konsiliaruntersuchungen – sind am Haus vorhanden oder über Kooperations- und Konsiliarverträge

UNTERSUCHUNGSVERFAHREN ZUR DIFFERENTIALDIAGNOSE VON DEMENZPROZESSEN

1. Anamnese und Fremdanamnese
2. Erhebung des psychopathologischen Befundes
3. Neurologische und internistische Untersuchung
4. EEG
 - * einschließlich evozierte Potentiale (AEP)
5. Neuroradiologische Untersuchungen:
 - * Röntgenbild des Schädels
 - * CT des Schädels
 - * evtl. MNR
6. Laboruntersuchungen:
 - * Blutbild
 - * Elektrolyte
 - * harnpflichtige Substanzen
 - * Leberstatus
 - * TPHA
 - * Blutfettwerte
 - * Vitamin B12 und Folsäure im Serum
 - * (HIV)
 - * (Bei Bedarf Medikamenten-Spiegel)
7. Testpsychologische Untersuchungen
8. Weitere spezielle Untersuchungen, (z.B.):
 - * Liquor
 - * Ultraschall-Sopplersonographie
 - * Transcranielle Dopplersonographie
 - * Positronen-Emissions-Tomographie
 - * Spect

Abb. 1

jederzeit durchführbar. Ein breit gefächertes Therapiespektrum bietet praktisch alle in Frage kommenden Behandlungsmöglichkeiten.

Von den 134 klinischen Betten sind 110 praktisch ausschließlich mit Frauen belegt und nur 22–25 mit Männern. Auch in der Tagesklinik überwiegen die

Frauen, auf 4 Frauen kommt durchschnittlich 1 männlicher Patient. Während die günstige regionale Lage des psychiatrischen Krankenhauses Düsseldorf und die bereits sehr weit ausgebauten ambulanten Strukturen dazu beigetragen haben, eine im Grunde genommen gut funktionierende gemeindeorientierte gerontopsychiatrische Behandlungseinheit aufzubauen, die in Annäherung an die Vorstellungen der Expertenkommission praktisch alle Bausteine eines gerontopsychiatrischen Zentrums bietet, läßt sich dies für viele andere Regionen sicher noch nicht verwirklichen. Soll das psychiatrische Krankenhaus, insbesondere die alterspsychiatrische Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses, eine funktionierende klinische Einrichtung sein, so muß in allen seinen Teilbereichen eine individuelle, auf das jeweilige Krankheitsbild bezogene Behandlung möglich sein. Die personelle Ausstattung darf nicht hinter der anderer Fachabteilungen nachhinken. Die neue Personalbedarfsverordnung Psychiatrie bietet relativ gute Voraussetzungen für eine Verbesserung insbesondere der personellen Ausstattung. Weiterhin wird in Zukunft mehr denn je darauf zu achten sein, daß insbesondere die wenig mobilen alten Menschen – falls stationär psychiatrische Behandlung notwendig wird – nicht in entfernt gelegene Großkrankenhäuser verfrachtet werden, in denen sie von ihren Angehörigen oder anderen betreuenden Personen praktisch nicht besucht werden können. Inwieweit kleine psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in der Lage sind, den Bedürfnissen psychisch Alterskranker, die integriert auf normalpsychiatrischen Abteilungen behandelt werden, gerecht zu werden, ist im Einzelfall sehr verschieden und hängt von dem fachlichen und menschlichen Geschick der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter und deren Ausbildung in gerontopsychiatrischen Fragen nicht unwesentlich ab. Oft geraten die psychisch Alterskranken sehr leicht unter den Druck kurzer Verweildauern, oder es stehen ihnen nicht ausreichend spezielle Behandlungsmöglichkeiten wie Hirnleistungstraining, Realitätsorientierungstraining, Training verbliebener sozialpraktischer Fähigkeiten und ähnliches zur Verfügung. Immer öfter werden daher an kleineren psychiatrischen Abteilungen Halbstationen mit psychisch Alterskranken belegt.

Eine weitere wesentliche Erleichterung wird meines Erachtens dadurch geschaffen werden, daß bei Entstehung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern oder kleinen psychiatrischen Kliniken darauf geachtet wird, daß ein fest definiertes Pflichtversorgungsgebiet übernommen wird, für welches das Krankenhaus Patienten mit allen psychiatrischen Diagnosen aufnimmt. Dabei wird es nicht ausbleiben, daß auch mittelfristig und langfristig zu behandelnde Patienten – auch psychisch Alterskranke – aufgenommen werden müssen. Bei weiterer Verbesserung der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten wird sich die Lage der stationären Einrichtungen in Zukunft hoffentlich noch mehr entspannen. Insofern kommt einer Verflechtung und Kooperation aller im gerontopsychiatrischen Bereich arbeitenden Dienste eine wesentliche Bedeutung zu, und das psychiatrische Krankenhaus ist nur *ein* Baustein zur Krisenintervention, falls diese nur unter stationären Bedingungen möglich ist, oder zu einer mittel- bis langfristigen Spezialbehandlung von Krankheitszuständen, die ohne stationäre Intervention nicht ambulant versorgt werden können analog den somatisch aus-

gerichteten geriatrischen Krankenhäusern. Aus dem Gesagten geht hervor, daß jeder psychisch Alterskranke die ihm gemäße und für ihn als Individuum förderliche Therapie oder Versorgung erhalten muß. Das psychiatrische Krankenhaus ist nicht mehr für alles zuständig, was für einen psychisch Alterskranken getan werden muß. Insofern hat sich die Krankenhauslandschaft – insbesondere die psychiatrische Krankenhauslandschaft – stark gewandelt von einer intramuralen Zentrierung zu den bereits in der Psychiatrie-Enquête aufgestellten Leitprinzipien einer Verzahnung von stationärer, ambulanter und tagesklinischer Behandlung mit allgemein-medizinischer und psychiatrischer Fachbehandlung und der Schaffung gemeindenaher Beratungs- und Behandlungsangebote. Wenn auch aufgrund des enormen Drucks, insbesondere der Kostenträger in den Krankenhäusern und Altersstationen, heute sehr die Tendenz zu einer Verkürzung der stationären Verweildauern besteht, so darf dies doch nicht das Leitprinzip werden zu einer unausreichenden Therapie und Vorbereitung auf qualitativ und quantitativ ausreichende ambulante häusliche Versorgung. Gerade für psychisch Alterskranke muß mit längeren Verweildauern gerechnet werden wegen ihres sehr vulnerablen Allgemeinzustandes mit Multimorbidität, langsamerer Wiedererlernung alltäglicher Fähigkeiten und Störungen des erreichten psychophysischen Gleichgewichtes bei zu frühzeitiger und abrupter Situationsveränderung. Auch hier hat das psychiatrische Krankenhaus oder die psychiatrische Abteilung einen wesentlichen Beitrag zu leisten.

Literatur

1. SCHADEWALDT, H.: Geschichtlicher Überblick über die Entwicklung der Rheinischen Landes Klinik der Universität Düsseldorf von 1876 bis 1976 in: H. Kranz, K. Heinrich (Hrsg.) Bilanz und Ausblick der Anstaltspsychiatrie, F. K. Schattauer-Verlag, Stuttgart, New York
2. BESKE, F., KUNCZIK T.: Frühzeitige Therapie kann Milliarden sparen, in: Der Kassenarzt, Heft 42 (1991) 36–42 Kassenarzt-Verlag GmbH, Frankfurt

Die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus als Bestandteil gerontopsychiatrischer Versorgung

Beate Baumgarte

Die Entwicklung der Abteilung an den Allgemeinkrankenhäusern hat in den letzten 20 Jahren – seit sie in der Psychiatrie-Enquête gefordert wurden – einen großen Aufschwung genommen, und wenn man den Gerüchten im Lande glauben darf, wird sich diese Entwicklung, sicherlich in geringerem Umfang, auch weiter fortsetzen.

Die Gerontopsychiatrie als eigenständiges Fach in den Abteilungen hat sich leider keineswegs in diesem Maß etabliert, soweit wir es denn überhaupt wissen. Gerade zu dieser Frage gibt es nur sehr wenig systematische Forschung. Am Hilfsreichsten ist die Arbeit von FISCHER, GRÜNHERRZ und KIPP von 1991: »Gerontopsychiatrie in psychiatrischen Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus«. Auf sie werde ich im Folgenden auch immer wieder zurückkommen.

Es gibt derzeit etwa 90 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinen Krankenhäusern (ohne die neuen Bundesländer). Alle diese Abteilungen nehmen an der stationären gerontopsychiatrischen Versorgung teil, wenn auch in unterschiedlichem Maß und unterschiedlichen Formen. Generell kann man drei Modelle unterscheiden:

- Abteilungen ohne eigene spezialisierte gerontopsychiatrische Stationen
- Abteilungen mit gerontopsychiatrischen Stationen
- Abteilungen, die die Patienten über einen psychiatrischen Konsillardienst auf den somatischen Stationen betreuen.

Die Entscheidung, welche Form der Versorgung gewählt wird, hängt mit der Größe der Abteilung zusammen. Je größer die Abteilung – und damit in der Regel auch das Versorgungsgebiet – desto eher gibt es auch eigene gerontopsychiatrische Stationen. Eine Entscheidung darüber, welche Möglichkeit jedoch für die Patienten die besten Behandlungsbedingungen bietet, ist damit noch keineswegs gefallen.

Einen sehr wesentlichen Impuls zur Entwicklung einer gerontopsychiatrischen Identität an den psychiatrischen Abteilungen hat sicher die zunehmende Übernahme von Pflichtversorgungsgebieten dargestellt. Wenn man die Pflicht hat, ein Problem zu lösen, wird man auch Wege finden, es anzugehen. Wir Menschen sind so.

Eine andere – sehr persönliche Sicht – ist, daß auch wir als Chefärzte der Abteilungen vielleicht erst in die Jahre kommen müssen, um nach der Sturm- und Drangzeit der Behandlung jugendlicher Schizophrener mehr auf die nachfolgenden Jahre des Alterns und der Endlichkeit des Lebens blicken zu können, was es uns eher ermöglicht, uns mit der Möglichkeit gerontopsychiatrischer Versorgung auseinanderzusetzen.

Ein sehr handfester Grund ist natürlich die demographische Entwicklung mit der Zunahme alter Menschen. Nach FISCHER liegt die Prävalenz psychischer Erkrankung Älterer im Allgemeinkrankenhaus bei 40 bis 55 Prozent. Das bedeutet, daß ein großer Bedarf an fachlich qualifizierter psychiatrischer Behandlung besteht, der zunehmend auch von den Kollegen aus den somatischen Fächern eingefordert wird, da die Akzeptanz der Psychiatrie sowohl bei den ärztlichen Kollegen als auch in der Gesamtbevölkerung erfreulicherweise langsam steigt. Dies ist sicher eine Entwicklung, zu der die psychiatrischen Abteilungen in den Allgemeinkrankenhäusern deutlich beigetragen haben.

Wo liegen nun die Unterschiede zwischen der Versorgung psychisch kranker alter Menschen in der Abteilung auf der einen Seite und dem psychiatrischen Krankenhaus auf der anderen Seite?

Ich selbst komme aus einer Klinik, die sozusagen eine Zwitterstellung einnimmt. Auf der einen Seite haben wir eine Abteilung am Allgemeinkrankenhaus mit 115 psychiatrischen Betten und davon 34 gerontopsychiatrischen Akutbetten. Als zweitens gibt es räumlich davon getrennt eine psychiatrische Fachklinik mit insgesamt 180 Betten und davon 25 gerontopsychiatrischen Akutbetten und eine kleine gerontopsychiatrische Tagesklinik mit acht Plätzen. Wir versorgen damit zwei Landkreise mit insgesamt 450.000 Einwohnern.

Die Vorteile der Abteilung scheinen zunächst augenfällig. Psychische Krankheit im Alter ist nur in der geringen Zahl der Fälle ein rein psychiatrisches Problem. Fast immer ist zumindest eine relativ umfassende Diagnostik zum Ausschluß organischer Krankheiten nötig, häufig auch die Mitbehandlung durch andere Disziplinen wie Innere Medizin, Neurologie, Urologie etc., da der Anteil der multimorbiden Patienten hoch ist.

Leider ist es auch immer noch so, daß gerade für alte Menschen die Psychiatrie und insbesondere die psychiatrischen Krankenhäuser stigmatisiert sind, so daß es oft leichter ist, sie ins allgemeine Krankenhaus einzuweisen, selbst wenn sie dort auf einer psychiatrischen Station aufgenommen werden. Das allgemeine Krankenhaus mit seinen vielen Disziplinen bietet eine Art Tarnkappe. Gleiches gilt auch immer noch für die Angehörigen, die es lieber sehen, wenn ihre kranken älteren Verwandten im Allgemeinkrankenhaus aufgenommen werden, statt in der Psychiatrischen Klinik.

Was schon aus der Erwachsenenpsychiatrie gut bekannt und dokumentiert ist, gilt in noch größerem Maße für den psychisch kranken alten Menschen. Je größer das Einzugsgebiet ist, je größer die Entfernung vom Wohnort zum Krankenhaus, desto geringer werden die Einweisungen und damit die Chance auf eine frühzeitige und qualifizierte Behandlung. Dies ist besonders gravierend in ländlichen Gebieten mit in der Regel schlechter Infrastruktur. Eine Strecke von 50 km ist kaum von den Angehörigen, geschweige denn vom Patienten selbst, um z.B. eine Tagesklinik zu erreichen, zu bewältigen.

Umgekehrt ist es auch von der Klinik aus kaum möglich, zu allen extramuralen Einrichtungen, insbesondere ambulanten Diensten, Heimen, nachbehandeln-

den Ärzten genügend Kontakt herzustellen und zu halten. Die Gefahr, daß die sozialen Kontakte der Patienten abreißen, daß die ambulanten Möglichkeiten nicht optimal genutzt werden können, ist groß, und damit steigt die Wahrscheinlichkeit, daß entweder gar keine oder eine unzureichende Behandlung stattfindet oder eine Heimeinweisung als Ultima ratio nötig wird. Hier sind die Abteilungen ganz eindeutig im Vorteil. Nicht umsonst wird im Bericht der Expertenkommission von 1988 noch einmal eindrücklich die Einrichtung gerontopsychiatrischer Zentren mit einem Standardversorgungsgebiet von 150.000 Einwohnern gefordert.

Ein sehr wichtiger Vorteil der Abteilung ist die bessere personelle Ausstattung gegenüber den Psychiatrischen Krankenhäusern, auch wenn dies umgekehrt, verzeihen Sie das harte Wort, ein politischer Skandal ist. Bleibt nur zu hoffen, daß dieser Mißstand durch die PsychPV endlich beseitigt wird. Derzeit aber, und das hat die Studie von FISCHER eindrücklich belegt, ist die personelle Ausstattung immer noch weit besser als in den Krankenhäusern, und dies ist auch nicht damit zu erklären, daß in den psychiatrischen Krankenhäusern, ein größerer Anteil an sog. »Pflegestationen« vorgehalten wird.

Diese a priori schon bessere personelle Ausstattung wird noch einmal dadurch verbessert, daß ein allgemeines Krankenhaus in der Regel Dienste vorhält, die psychiatrischen Krankenhäusern meist wenig oder gar nicht vertreten sind, die in der Gerontopsychiatrie aber eine große Rolle spielen. Ich denke hier insbesondere an Physiotherapie und Krankengymnastik.

Auch gelingt es in der Regel leichter, mit dem Rückgriff auf eine Krankenpflegeschule Personal im Krankenpflegebereich zu rekrutieren, es auch zu behalten ist dagegen eher ein Problem. Gerade in die Gerontopsychiatrie gehen manche Berufsanfänger mit der Vorstellung, das sei ja gar keine »richtige Psychiatrie«, sondern eher Somatik mit einer Betonung der körperlichen Pflege. Wenn diese Schwestern und Pfleger sich dann in ihren Erwartungen enttäuscht sehen, ist es für sie relativ leicht, auf eine somatische Station abzuwandern, da sie im gleichen Haus bleiben können und nur einen Versetzungsantrag stellen müssen. Und bei der derzeitigen Situation des zunehmenden Mangels an Pflegepersonal sind sie dort meist sehr willkommen.

Damit komme ich zu den Nachteilen, die nicht so ins Auge fallen mögen, die aber für mich auch nicht zu unterschätzen sind. Als ich an meiner jetzigen Abteilung anfang, war ich voller Euphorie und dann um so verblüffter, die Nachteile sehen zu müssen. Wie vielen Ärzten meines Alters, die mit der Psychiatrie-Enquête angefangen haben, erschien mir zunächst die Abteilung als das einzig Wahre und die optimale Lösung. Wenn auch nicht gerade weit gefehlt, so bleiben doch einige deutliche Nachteile bestehen.

Zum einen sind Abteilungen nur selten von vorneherein für psychiatrische Bedürfnisse geplant und gebaut worden, für gerontopsychiatrische Bedürfnisse schon gar nicht. Aber damit läßt sich in der Regel leben. Schwerer leben läßt sich schon mit den vorgegebenen Abläufen in einem allgemeinen Krankenhaus,

die in vieler Beziehung auf Schnelligkeit, Effektivität und Rationalität ausgelegt sind und wo wenig Platz für individuelle Gestaltung bleibt. Eins der wichtigsten Beispiele ist für mich die Versorgung über eine zentrale Küche, heute fast immer in Form des Tablettsystems, was uns für unsere älteren Patienten überhaupt nicht sinnvoll erscheint. Ein wichtiger Teil der gerontopsychiatrischen Behandlung ist ja gerade ein lebenspraktisches Training mit Erhalt der Fähigkeit, sich so weit wie möglich selbst versorgen zu können. Es kostet viel Mühe, einen Verwaltungsleiter zu überzeugen, daß es für die Psychiatrie nötig und sinnvoll sein kann, daß das Essen eben nicht auf einem Tablett auf die Station kommt, sondern daß wir uns Schlüssel wünschen, aus denen sich jeder individuell bedienen kann.

Ein besonderes Problem, das mir früher niemals aufgefallen war, ist der hohe Anpassungsdruck, den ein Allgemeinkrankenhaus erzeugt. Eines unserer jüngeren Patienten hat das einmal treffend so formuliert: »Hier darf man ja gar nicht richtig verrückt sein«. Das bedeutet, daß abweichendes, auffälliges Verhalten in viel stärkerem Maße stigmatisiert wird als gemeinhin im psychiatrischen Krankenhaus, wo es sozusagen zur »Normalität« gehört. Das birgt dann auch die Gefahr, daß man als Behandler glaubt, sehr viel früher für Ruhe und Ordnung sorgen zu müssen mit allen Konsequenzen wie geschlossenen Türen, mehr Medikamenten und leicht in eine ständige Rechtfertigungshaltung gerät im Sinne von »Wir sind es nicht gewesen«.

Die relativ wenigen Betten der Abteilung erzeugen meist einen höheren Entlassungsdruck, so daß eine gestaffelte Behandlung mit Ausschöpfung insbesondere der rehabilitativen Möglichkeiten nur selten ausgenutzt werden kann. Gleichzeitig ist der Übernahmepressure aus den somatischen Abteilungen relativ hoch. Die Kollegen aus der Somatik neigen dazu, in der Psychiatrie immer noch ein Sammelbecken für alle Patienten zu sehen, bei denen es keine vernünftigen anderen Alternativen gibt oder die längerer intensiverer körperlicher Pflege bedürfen. Hier wird praktisch aus allen psychiatrischen Abteilungen beklagt, daß immer wieder versucht wird, jüngere Patienten mit hirnerkranklichen Schäden in die Gerontopsychiatrie abzuschieben, weil es keine anderen geeigneten Behandlungsmöglichkeiten gibt. Ich erachte dies allerdings für ein sozialpolitisches Problem, hier Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen, und die Psychiatrie sollte sich hüten, diesen Patientenkreis klanglos aufzunehmen. Vorbeugen kann man dieser Tendenz in der Regel nur mit einem guten Konsildienst und dem immer wieder neu geführten persönlichen Gespräch mit den somatischen Kollegen.

Die geringe Bettenkapazität hat auf der anderen Seite den Vorteil, daß man sich um so intensiver um den Ausbau des extramuralen Netzes kümmern muß und weniger Gefahr läuft, zu einer »totalen Institution« zu werden, die meint, alles selber machen zu müssen und zu können.

Das größte Problem der Abteilung scheint mir allerdings zu sein, eine eigene gerontopsychiatrische Identität auszubilden. Das hat weniger damit zu tun, ob es eigenständige gerontopsychiatrische Stationen gibt. Ich kann mir gut vorstellen,

daß verschiedene Altersgruppen auf einer Station zusammen wohnen und daß man die gegenseitigen Ressourcen auch positiv nutzen kann. Unverzichtbar ist aber ein differenziertes eigenes Therapieangebot für die älteren Menschen, das ganz eigene Zugangsweisen und Behandlungsziele hat. Praktisch umsetzbar erscheint mir das nur durch die Einrichtung eines gerontopsychiatrischen Teams, das sich für diese Patientengruppe zuständig fühlt. Die Erfahrungen der Vergangenheit zeigen sehr deutlich, daß gute gerontopsychiatrische Arbeit viel mit persönlichem Engagement zu tun hat und daß es eher schwierig ist, sich auf verschiedenen Feldern gleich gut zu engagieren. Damit verbunden muß aber auch die Möglichkeit sein, dies auf der hierarchischen Schiene in der Klinik durchzusetzen. Hier tun sich die Psychiatrischen Krankenhäuser mit ihren eigenständigen Funktionsbereichen mit entsprechenden Funktionsbereichsleitern meist leichter, während die Abteilungen mit in der Regel nur einem Chefarzt auf dessen Kooperation oder auf sein eigenständiges Interesse gerade an diesem speziellen Bereich angewiesen sind.

Insbesondere ist diese Identitätsbildung beim Pflegepersonal wichtig, weil Gerontopsychiatrie immer eine Gratwanderung zwischen hinreichender somatischer Versorgung und spezieller psychiatrischer Pflege ist. Gerade in der Abteilung ist die Gefahr groß, zu sehr auf die Seite der Diagnostik und der somatischen Therapie zu gehen und die eigentlichen psychiatrischen Aufgaben zu vernachlässigen.

Ich habe versucht, Ihnen zu zeigen, wo die Vor- aber auch die Nachteile der gerontopsychiatrischen Behandlung in der Abteilung im Allgemeinkrankenhaus liegen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist es keine Frage, daß Gerontopsychiatrie an psychiatrischen Abteilungen bereits eine wichtige Rolle spielt und diese Bedeutung eher noch zunehmen wird, wenn es uns gelingt, uns noch mehr als eigenständiges Fach zu profilieren. Daß dies sehr nötig ist, hat mir kürzlich ein Aufsatz von Herrn Priv. Doz. Dr. H. P. BAUMGARTNER in »Arzt und Krankenhaus« (5/92) deutlich gemacht, wo er unter dem Titel »Geriatric als Fachabteilung im Krankenhaus« schreibt: »Die Gerontopsychiatrie wird als eigenständige Abteilung im Rahmen der Psychiatrischen Klinik geführt ... Patienten, die nicht einer speziellen gerontopsychiatrischen Behandlung, der Behandlung auf einer geschlossenen Station bedürfen, sollen in geriatricen Stationen mitbehandelt werden.«

Welch ein Jammer, wenn es uns nicht gelungen sein sollte deutlich zu machen, daß Gerontopsychiatrie weit mehr ist als nur Behandlung auf einer geschlossenen Station. Die Gefahr scheint also aus der geriatricen Ecke zu drohen, aber da ich eher optimistisch bin, glaube ich, daß sich so wenig, wie sich Abteilungen aus der psychiatrischen Versorgung heute wegdenken lassen, so wenig wird die Gerontopsychiatrie ihren Platz in eben diesen Abteilungen verlieren. Das Rad der Geschichte läßt sich nicht zurückdrehen. Und im persönlichen Kontakt erlebe ich eher die Geriatricer, denen an Zusammenarbeit liegt und die oft froh sind, die gerontopsychiatrischen Patienten zu uns verlegen zu können, wie wir auch umgekehrt deren Möglichkeiten gerne nutzen.

Literatur

- 1) BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT: »Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung« (1988)
- 2) FISCHER, GRÜNHERT, KIPP: »Gerontopsychiatrie in psychiatrischen Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus (1991)
- 3) H. P. BAUMGARTNER: »Geriatric als Fachabteilung im Krankenhaus«, in: »Arzt im Krankenhaus« (5/92)

Zukunftsperspektiven der Heimversorgung alter Menschen

Margret Dieck

1. Einleitung

Konzeptpapiere und Zukunftsanalysen, die sich mit der Entwicklung von Sozial- und Gesundheitsdiensten für alte Menschen befassen, haben seit Anfang der 90er Jahre Konjunktur. Gespeist wird das Interesse an alten Menschen in diesem Zusammenhang durch das Gespenst einer demographischen Entwicklung, die von der Gesellschaft mehr Leistungen erzwingen mag, als diese bereit ist aufzuwenden. Doch ist dies noch keine hinreichende Erklärung. Betrachtet man den Markt für Leistungen mit Relevanz für alte, in ihrer Selbstversorgungsfähigkeit bzw. in ihrem Gesundheitszustand stärker beeinträchtigte Menschen, so hat er eine größere Entwicklungsdynamik, als die um seine Strukturierung bemühten öffentlichen Instanzen vorhergesehen haben. Diese Veränderung betrifft u.a.

- die Anbieter, bei denen trotz der öffentlichen Kontrolle des Marktes von Sozial- und Gesundheitsleistungen und trotz der Präferenz freigemeinnütziger Träger zunehmende Anteile privat-erwerbswirtschaftlicher Träger zu verzeichnen sind;
- die Angebote, die immer stärker geprägt sind von der Bedarfssituation chronisch kranker, pflegebedürftiger Menschen im Bereich der Heime und bei denen der seit mehr als einem Jahrzehnt postulierte Vorrang ambulanter Hilfen immer noch nicht greift;
- Die Bedeutungsverschiebung der Sicherungssysteme, die unter deutschen Bedingungen zu einer stärkeren Einbeziehung der Krankenversicherung in die Finanzierung von altersrelevanten Angeboten und Dienstleistungen führt;
- und nicht zuletzt gewinnen Berufsgruppen an Bedeutung, die im Kontext der Altenversorgung spezifische Qualifikationen und Zuständigkeiten ausbilden.

Hinzu kommen Impulse, die von der verstärkten Entwicklung eines einheitlichen europäischen Marktes ab 1993 ausgehen und die in diesem Zusammenhang von den Initiativen zur Schaffung eines Sozialen Europa mitgetragen werden. Es gibt zweifellos eine verstärkte Aufmerksamkeit für die Entwicklungen, Konzeptionen, Normen, die in anderen europäischen Ländern zur Geltung gelangen und die im Zuge der Schaffung Europas auch die national und regional geprägten Dienste beeinflussen. So kommt es zu verdeckten Wettbewerbsprozessen zwischen den nationalen Sicherungs- und Dienstleistungssystemen, von denen die rückständigeren Staaten (auf dem Gebiet der Altenhilfe u.a. auch die Bundesrepublik) profitieren können, während die fortschrittlicheren unter Umständen eine Gefährdung ihrer Wohlfahrtstraditionen befürchten müssen (so z.B. die skandinavischen Staaten bei ihren Überlegungen zu einem EG-Beitritt).

Im folgenden soll eine Auswahl von Konkretisierungen gegebener Veränderungsimpulse vorgestellt und erörtert werden, die gezielt oder auf Umwegen mit Zukunftsperspektiven der Heime für alte Menschen verbunden sind.

2. Entwicklung und Chancen der Freien Wohlfahrtspflege im zukünftigen Europa

Wenden wir uns zuerst der europäischen Entwicklung zu. In der alten Bundesrepublik befanden sich von den Heimen für alte Menschen und für Behinderte (wir verzichten an dieser Stelle auf eine Aufgliederung) 1990 58% mit 67% der Plätze in der Hand freigemeinnütziger Träger. Weitere 16 bzw. 17% der Plätze befanden sich in privater bzw. öffentlicher Trägerschaft, wobei die privaten Heime kleiner und die öffentlichen Heime größer sind als der Durchschnitt. In den neuen Bundesländern, so ist anzunehmen, erhalten die freigemeinnützigen Träger mindestens so hohe Marktanteile wie in den alten Bundesländern durch die öffentlichen Hände quasi zugewiesen, als Ergebnis eines stattfindenden Prozesses der Privatisierung öffentlicher Einrichtungen.

Die Träger aus dem Kreis der freien Wohlfahrtspflege sind in einer begünstigten Marktposition, da ihnen das Bundessozialhilfegesetz auf der Grundlage des Subsidiaritätsprinzips eine primäre Zuständigkeit für die Organisation und das Angebot sozialer Dienste bei gleichzeitiger faktischer Kostendeckungszusicherung zuweist. In einem durch PROGROS (1991) erstatteten Gutachten zu den vorhersehbaren Einflüssen des zukünftigen europäischen Marktes wird u.a. auf folgende Veränderungen aufmerksam gemacht:

- Angebot und Nachfrage werden sich zukünftig stärker als bisher über die Preise regulieren.
- Leistungen werden weniger nach der weltanschaulichen Position des Anbieters bzw. seinem sozialen Engagement beurteilt werden und stärker nach der Effizienz der Angebotsorganisation, dem Wert der Leistung und ihrer Marktfähigkeit.
- Es findet ein Prozeß fortschreitender Säkularisierung statt auf dem deutschen Markt für Soziale Dienste, der bisher durch die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege beherrscht wird.
- Aufgebaute Schutzzonen für einzelne Anbietergruppen werden fallen, wenn Sozialunternehmen aus anderen europäischen Staaten die gleichen Zugangsbedingungen zu dem Markt für Soziale Dienste erhalten wie die inländischen Anbieter. Von einer im Laufe der Zeit zunehmenden internationalen Konkurrenz auf dem vergleichsweise gut dotierten Markt von Heimen für alte Menschen in der Bundesrepublik ist auszugehen.
- Finanzierungsaspekte werden an Bedeutung gewinnen. Hier besteht der größte nationale Reformbedarf, da die gegebenen Einengungen des Finanzgebarens der Dienstleistungsträger seitens der öffentlichen Hand bei gleichzeitiger Bevorzugung in der Finanzzuweisung zu Inflexibilitäten und mangelnder zukunftsgerichteter Planung geführt haben.

Die Autoren der PROGROS-Studie gehen davon aus, daß sich die Wohlfahrtsverbände ein leistungsfähigeres Management zulegen müssen, daß ihre Organisationsstrukturen verstärkt auf eigenständige qualifizierte Dienstleistungserbringung und weniger auf die enge Verknüpfung des eigenen Handels mit jenem staatlicher Instanzen auszurichten sein werden.

3. Entwicklung neuer und zukunftsweisender Heimstrukturen

Der zuletzt genannte Punkt war implizit auch Ausgangspunkt einer Diskussion zu den »Heimkonzepten der Zukunft«, deren Ergebnis im Frühjahr 1991 – also praktisch zeitgleich mit der bereits behandelten PROGNOSE-Studie – vorlagen (DZA/KDA 1991). Die Autoren gehen aus von vielerorts verkrusteten Heimstrukturen und von vielfältigen, oftmals wenig einsichtigen Reglementierungen, die Heimbewohnern und Heimpersonal Schwierigkeiten bereiten und langfristig die Wettbewerbsposition traditioneller Anbieter auf dem Heimmarkt untergraben. Verfestigte und fesselnde Traditionen der Gestaltung des Heimlebens sollen aufgebrochen werden zugunsten von Leistungen, die stärker an dem Bedarf und den Wünschen der älteren Heimbewohner orientiert sind. Es kann die These vertreten werden, daß der Altenhilfemarkt weniger leistungsfähig und bedürfnisadäquat ausgerichtet wäre, gäbe es die privat-erwerbswirtschaftlichen Anbieter nicht. Präferenzpositionen und Verwaltungsverkrustungen sind in ihrer langfristigen Wirkung leistungsbehindernd, nicht leistungsfördernd.

Die öffentliche Marktregulierung hat ihren Teil zu massiven Verwerfungen der Angebotsstrukturen und der Leistungskonzepte beigetragen. In dem von ihr beeinflussten Bereich. Bedarfsadäquate Leistungen sind keineswegs ein erwartbares Ergebnis darartiger Marktregulierung, sondern stellen vielmehr ein Zufallsergebnis dar. Es gibt Regionen der Bundesrepublik, in denen über Jahrzehnte hinweg maximal 30% der Heimplätze als Pflegeplätze finanziert wurden, obwohl die faktische Belegung mit Pflegebedürftigen seit langem über diese Marge hinausgewachsen war und inzwischen 70% erreicht bei steigender Tendenz. Es gibt zudem Regionen, in denen keine Funktionsräume für die Pflege in Wohntrakten bei Inanspruchnahme öffentlicher Förderung eingeplant werden dürfen, obwohl unzweifelhaft ist, daß diese Wohntrakte tatsächlich für die Pflege genutzt werden müssen. Während in dem einen Bundesland Zwei-Bett-Zimmer zur aufoktroierten Norm erhoben sind, erlaubt das andere hohe Anteile von Ein-Bett-Zimmern in Pflegebereichen und wendet sich nicht gegen flexible Grundrisse, die Nutzungsanpassungen in der Zukunft begünstigen. Es gibt Bestimmungen zu Abschreibungssätzen und in die Pflegesätze einrechenbare Kapitalfinanzierungskosten, die entweder Substandardheime nach heutigen Qualitätsvorstellungen erzwingen oder aber den Einsatz unverzinsten Eigenkapitals. Hinzu kommen Fehlsteuerungen der Dienste zwischen dem ambulanten und dem stationären Angebotssektor, da im erstgenannten Bereich Kostenunterdeckung systematisch hingenommen wird, und folglich im zweitgenannten Sektor Mittel zur internen Subventionierung von Diensten abgezogen werden müssen.

Eine Marktsteuerung, so eine weitere These, würde zu einem anderen Diensteszuschnitt führen, kostendeckende Stundensätze erzwingen und die letztlich unredliche Praxis der Teilkostenfinanzierung in einzelnen Leistungsbereichen beenden. Moderne Pflege- und Leistungskonzepte der Heime können kaum und wenn doch, dann nur unter sehr großen Durchsetzungsschwierigkeiten unter den gegebenen Bedingungen durch die Heimträger eingelöst werden.

Der Markt des Wohnangebotes für alte Menschen und verbundener Dienstlei-

stungen kann sich als freier Markt entwickeln, gesteuert durch Verbraucher, deren Rechte und Kontrollmöglichkeiten es auszubauen gilt. Aufgabe des Staates auf diesem *Verbrauchermarkt* ist es, die Bereitstellung notwendiger Infrastruktur zu fördern und gegebenenfalls Anreize zu schaffen. Ein wirksamer Anreiz liegt in der Ausstattung der Verbraucher mit den notwendigen Finanzmitteln – ein Ziel, das auf dem Wege der Subjektförderung (Finanzierung von Wohngeldern, von Pflege- oder Hilfosengeldern u.a.m.) unter Wahrung individueller Präferenzen zu erreichen ist.

Gesundheitsleistungen und Leistungen der Pflege und Behandlung sowie der Rehabilitation hingegen werden in unserem Normensystem nicht frei zugänglich gemacht werden können; ihre Notwendigkeit wird durch Experten beurteilt, die somit den Marktzugang regulieren. Es handelt sich um einen *Expertenmarkt*, dessen Leistungen primär nicht aus dem eigenen Einkommen der Betroffenen, Patienten und/oder Klienten, sondern über Versicherungs- und Versorgungssysteme (Krankenkassen, Beihilfen, Sozialhilfeleistungen u.a.m.) finanziert werden. Auch in diesem Falle jedoch ist eine Abkehr von der Objektförderung (Beispiel: Heimplatzfinanzierung oder pauschale Zuweisung an Sozialstationen zur Finanzierung ihrer Verwaltungen) und eine Hinwendung zu einer strikten Subjektförderung denkbar und möglich (über die Zahlung von Pflegegeldern, Behandlungsgeldern, Therapiegeldern).

Es wird die These vertreten, daß unklare Grenzziehungen zwischen Verbraucher- und Expertenmarkt in Verbindung mit der Objektförderung Strukturen geschaffen und erhalten haben, die den Interessen der Klienten weniger förderlich sind als jene etablierter Träger von Diensten und Angeboten. Zentrales Motiv für den Übergang von der Objektförderung zur Subjektförderung (wobei Sachleistungsberechtigungen der Patienten die Geldzahlung ersetzen können) ist die Stärkung der Entscheidungsmöglichkeiten des einzelnen Bedarfsträgers (im Falle der stationären Altenhilfe: des alten Menschen mit Hilfebedarf) bei gleichzeitiger Förderung eines freieren Marktes für Angebote und Dienstleistungen auf der Trägerseite.

Vorbedingungen dafür, daß *Sozialunternehmen* auf diesem freieren, weniger geschützten Markt bestehen können, ist ihre Handlungsfähigkeit. Regiebetriebe und Eigenbetriebe sind nicht nur im Krankenhaussektor überholte Rechtsformen, sie sind dies auch im Heimbereich für alte Menschen: denn öffentliche Verwaltungen denken und handeln in Verwaltungskategorien, nicht in Marktkategorien. Problematisch ist auch der eingetragene Verein als Rechtsform großer Sozialunternehmen, da ihm weder Bilanzierungspflicht noch Publizitätspflicht auferlegt sind, und weiterhin der oftmals ehrenamtliche, dem Betriebsgeschehen wenig verbundene Vorstand in eine formale Pflicht genommen ist, der er nicht selten nicht gerecht wird. Ein nicht weniger bedeutender Aspekt solcher Organisationsvoraussetzungen der Heime betrifft die Zusammensetzung der Leistungsorgane in fachlicher Hinsicht. Die aus einer Person bestehenden Heimleitungen von heute genügen für kleine Heime, die sich auf einem vorstrukturierten und übersichtlichen, regionalen Markt bewegen und deren Finanzierung durch die öffentliche Regulierung des Marktes gesichert ist. Dieser Typ der

Heimleitung reicht nicht zur Führung umsatzstarker Sozialunternehmen mit differenzierten Leistungsanforderungen. Finanzierung und Kostenrechnung, Hauswirtschaft und Pflege, ärztliche Behandlung und Rehabilitation, Sozialarbeit und Sozialpädagogik können in wechselnder Zusammensetzung in den Leitungsorganen vertreten sein. Gefordert ist zukünftig, so die These, eine Repräsentation zentraler Entscheidungsbereiche in qualifizierten Unternehmensleitungen, die über entsprechende Entscheidungsbefugnisse verfügen und – als notwendiges Pendant – auch Verantwortung übernehmen.

Tendenzen zur Deregulierung verkrusteter, öffentlich reglementierter Märkte zu stützen, heißt nicht, einem nur durch die Macht der Anbieter und der Verbraucher bestimmten Markt das Wort zu reden. Der Hinweis auf den Wirkungsbereich des *Expertenmarktes* verdeutlichte dies bereits; auch die Verantwortlichkeit des Staates für die Infrastrukturbereitstellung auf dem Verbrauchermarkt, wie oben angeführt, unterstreicht die ungebrochen bestehende soziale Verpflichtung, die in diesem Zusammenhang Geltung besitzt und weiterhin besitzen muß.

Gedacht ist an vielfältige Verfahren und Mechanismen einer Qualitätsnormierung, der Setzung von Qualitätsstandards gewollter Leistungen. Hilfreich im Prozeß ihrer Durchsetzung ist die Herausarbeitung von Gestaltungsprinzipien – für den Heimbereich etwa (1) die Individualisierung der Heimleistungen und (2) die Normalisierung des Heimaltags. Nicht minder bedeutsam ist die Anerkennung von Handlungsgeboten – insbesondere (a) des Gebotes der Wahrung des Voranges der Rehabilitation vor der Pflege und (b) des Gebotes einer das Leben bejahenden Sterbebegleitung. Kurz, es muß anerkannte Maßstäbe geben, an denen Heimleistungen gemessen werden. Mittel der Durchsetzung gewünschter Standards sind beispielsweise Beratungsangebote, Verfahren der Qualitätskontrolle, wie auch die Einsetzung von Ethikkommissionen.

In Heimen mit größeren Zahlen pflegebedürftiger (d.h. schwer chronisch krank) alter Menschen, ist gezielte ärztliche Behandlung, Erhaltentherapie und gegebenenfalls auch Rehabilitation (sofern die Voraussetzungen für eine systematische Rehabilitationsleistung tatsächlich gegeben sind) notwendig.

Die geforderte ärztliche Leistung kann, so lautet die These, durch tradierte Hausärzte, die in großer Zahl in das Heim kommen, nicht erbracht werden. Es bedarf eines im Heim präsenten und verfügbaren Arztes, der selbst in die Heimleistungen eingebunden und somit Teil der Belegschaft ist. Von ihm wäre zu fordern: Mitarbeit im Heimteam, Koordinierung und Kontrolle des Therapieplans für seine Patienten, regelmäßige Patientenbeobachtung, Rufbereitschaft. Die Inanspruchnahme eines Arztes des eigenen Vertrauens durch Heimbewohner ist durch das Angebot eines Heimarztes ebenso wenig unterbunden, wie im Falle der Ärzte, die die Heime für die Betreuung einzelner Pflegestationen verpflichten. Es zählt zu den Selbstverständlichkeiten, daß gegebenenfalls Konsiliarärzte herangezogen werden, die Spezialgebiete der Medizin vertreten. Es bedeutete eine Überforderung und hier und da eine Selbstüberhöhung der Sozial- und Pflegedienste, wenn sie sich erhaltenstherapeutische oder gar rehabilitative Leistungen ohne adäquate Leistungs- und Beratungsanteile des Arztes zu-

trauen. Die Heimträger zutrauen. Die Heimträger müssen anerkennen, daß der Weg der Angliederung von Pflegebereichen an Allgemeinkrankenhäuser durch das Gesundheits-Reformgesetz von 1988 geebnet ist in Einlösung einer alten Forderung der Ärzteverbände und des Krankenhausverbandes. Der Leistungswettbewerb um *Pflegepatienten*, für viele Heime heute fast undenkbar, wird zukünftig einsetzen.

4. Positionszuweisung an die Geriatrie in zwei gegensätzlichen Konzeptionspapieren

Es ist die Regie des Zufalles, die uns zur gleichen Zeit zwei durch Vertreter der Geriatrie geprägte Konzeptpapiere zugespielt hat, und es uns somit erlaubt, nicht nur Positionen zu analysieren, sondern auch im Vergleich und Wettbewerb miteinander zu bewerten.

Eine Expertenkommission aus Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie sowie der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie hat sich mit der Definition des Faches Geriatrie befaßt und die Ergebnisse 1991 veröffentlicht (BRUDER/LUCKE/SCHRAMM/TEWS/WERNER 1991). Der Geriater definiert sich, dem Duktus der Darstellung folgend, nicht abstrakt über sein spezifisches Fachwissen, sondern konkret über (insgesamt 17) Dimensionen seines Handelns. Die Figur des Geriaters (die auch den Gerontopsychiater umfaßt und einschließt, trotz der Unterschiedlichkeiten der Qualifikation, worüber kritisch zu diskutieren wäre) gerät übergroß, da sich der Text voll auf sie konzentriert. Es ist die Zukunftsvision einer mit Omnipotenz ausgestatteten Berufsgruppe und keine Schrift zur Versorgung alter Menschen und deren Entwicklungshorizonte. Dies darf angemerkt werden trotz des Insiderwissens, daß mit dieser Positionsdarstellung primär die Berufsposition im Konkurrenzkampf verschiedener ärztlicher Fachrichtungen markiert werden sollte und eine Profilierung eben des Geriaters angestrebt war und ist. Uns interessiert an dieser Stelle, was die Schrift zur Rolle des Arztes in der Versorgung chronisch kranker Heimbewohner aussagt.

Der Arzt im Heim kommt nicht vor, geschweige denn der Heimarzt. Insoweit wird das Betätigungsfeld, das die »Heimkonzepte der Zukunft« dem Arzt nicht nur anbieten, sondern von ihm geradezu fordern, nicht aktiv okkupiert. Der Geriater des dargestellten Zuschnitts agiert im Krankenhaus, er ist in der Akutversorgung und Langzeitrehabilitation engagiert. Heime treten als Einrichtungen in Erscheinung, in die ein Patient nach Krankenhausaufenthalt überwiesen wird, auch als Orte konsiliarischer Tätigkeit des Geriaters (ebenda, S. 33, 36). Sie finden Erwähnung als eine Einrichtung unter anderen, in die hinein geriatrische Strukturen expandieren und in denen sie sich differenzieren (ebenda, S. 40). Geht es um Irreversibilität und Todesnähe (ebenda, S. 27 ff.), so kann das Heim mitgedacht werden, ohne allerdings explizite Erwähnung zu finden.

Da wir davon ausgehen, daß Pflegeheime angesichts der Krankenhausstrukturen in der Bundesrepublik die Orte sind, in denen chronisch kranke und sterbende ältere Menschen vorwiegend versorgt und gepflegt werden, ist die Ausblendung

dieses wichtigen Arbeitsortes des Geriaters der Zukunft eine vielleicht zeitbedingt verständliche, aber dennoch bedauerliche Unterlassung. Dieses Vorgehen ist nun keineswegs *arztypisch* oder gar *geriatrietypisch*, wie in gewissem Kontrast ein Konzeptpapier englischer Mediziner unter Einschluß von Geriatern verdeutlicht, das wir in Konkurrenz vorstellen.

1992 veröffentlichte das ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON ein Dokument das bemüht ist um fachlich gestützte Handlungsnormen im Umgang mit langzeitkranken älteren Menschen und um die Herausarbeitung klarer Anforderungen an die Institutionen Krankenhaus, Pflegeheim, Altenheim, die hier als gleichrangige Arbeitsorte des Arztes gesehen werden. Das Papier fordert eine fortlaufende kritische Analyse von

- Strukturen der Einrichtungen
- Prozessen der Leistungserbringung
- Ergebnissen der Gesundheitsversorgung
in einer Situation, in der auch in England immer höhere Anteile der Langzeitversorgung in Heimen an Stelle des Langzeit-Krankenhauses zu finden sind. Als Indikatoren der Qualität der Versorgung gelten:
- Erhaltung der Autonomie des Patienten
- Förderung von Harn- und Stuhlkontinenz
- Optimierung der Medikation
- Umgang mit Stürzen und sonstigen Unfällen, u.a. mit dem Ziel der Beseitigung ihrer Ursachen
- Verhütung von Liegegeschwüren
- Optimierung der Lebensbedingungen durch ein entsprechendes Wohnungs- bzw. Raumangebot, dessen Ausstattung und durch die Vorhaltung von Hilfsmitteln
- Wahrnehmung der Rolle des Arztes in der Langzeitversorgung.

Dem bereits etablierten englischen Geriater und Gerontopsychiater droht durch Umstrukturierungsprozesse eine Reduktion der Bettenbasis in Krankenhäusern, so daß er sich – ganz im Gegensatz zur derzeitigen Situation in der Bundesrepublik – sein Aktivitätsfeld als Konsultationsmediziner und als in den Heimen tätiger Arzt sichern muß. Angestrebt wird eine Rolle, die über die Behandlung des individuellen Patienten hinausgeht und die dem Geriater Mitverantwortung für die Qualität der Versorgung generell, für die Fort- und Weiterbildung des Heimpersonals, für die Gestaltung des Lebensraumes Heim und die Sterbebegleitung überträgt. Explizit wird auch die Sensibilisierung für Probleme der Gewaltausübung gegen ältere Menschen in Pflegesituationen gefordert (ebenda, S. 22). Die Broschüre enthält für alle genannten Indikatoren der Versorgungsqualität von Langzeitpflege Forderungs- und Checklisten, die einen sehr konkreten Zugang zu den eingangs abstrakter formulierten Handlungsnormen vermitteln. Versucht man diesen Ansatz im Vergleich zu dem bundesdeutschen Konzeptpapier zu charakterisieren, so wird an die Stelle der Omnipotenz des Arztes seine allgemeine und umfassende Mitverantwortung für Leistungsqualitäten gesetzt, ausgehend von der Annahme, daß soziale und medizinischen Faktoren zusammenwirken in der Bestimmung der Lebensqualität des Bewohners von Langzeitversorgungs-Einrichtungen. Wie unsere Darstellung deutlich macht,

sehen wir das Engagement der englischen Geriater und Gerontopsychiater als zukunftsträchtig an – und zwar langfristig auch unter den Bedingungen der Bundesrepublik.

5. Qualitätssicherung als neue Handlungsmaxime

Das englische Konzeptpapier zur Qualität der Langzeitversorgung alter Menschen paßt sich ein in eine breite und weiter an Bedeutung gewinnende Diskussion um Kriterien der Bestimmung von Leistungsqualitäten und um Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Dabei geht es um folgende Aktionsebenen:

- Setzung von Qualitätsstandards
- Überwachung der Qualitätsentwicklung
- Durchsetzung und Sicherung des angestrebten Versorgungsniveaus.

Wenn wir an dieser Stelle auch primär Heime für ältere Menschen diskutieren, so darf das Interesse an diesen Institutionen doch keineswegs zu einer künstlichen Verengung des Interessensfeldes führen. Qualitätssicherung muß sich unsers Erachtens beziehen auf:

- Institutionen der Langzeitversorgung (also Heime, Krankenhäuser, teilstationäre Angebote)
- ambulante Dienste (insbesondere Pflegedienste, Haushaltshilfedienste)
- Bereiche informeller Leistungserbringung (durch Familienangehörige in erster Linie).

Eine institutionalisierte Beurteilung von Leistungsqualitäten, auf gesetzlicher und/oder auf freiwilliger Grundlage, ist Teil der Überlegungen. Damit führt das Konzept fort von *wissenden Einzelpersonen* und hin zu Gruppenentscheidungen und Gruppenbeurteilungen, in die jeweils unterschiedliches und unter verschiedenen Aspekten relevantes Fachwissen einbezogen wird. Das *Behandlungsteam* aus unterschiedlichen Professionen zusammengesetzt, wird ergänzt durch das Evaluationsteam. Eine weitere Vielfalt der Gesichtspunkte gerät ins Blickfeld, werden nicht nur die betroffenen älteren Patienten, sondern auch ihre Angehörigen als Teil der *relevanten Meinungen* mitgehört. So wie den Professionellen erfahrene Vertreter ihrer eigenen Profession als Orientierung und zur Meinungsbildung zur Verfügung stehen, so können auf der Ebene der Älteren und ihrer Angehörigen Beratungsdienste hilfreich sein. In jedem Falle verbietet sich eine einseltige Betrachtung von Institutionen der Langzeitversorgung mit dem Ziel der Qualitätsbeurteilung und Qualitätssicherung, wenn diese Einrichtungen – wie gewollt – am Ende einer Versorgungskette stehen, die sehr gewichtig auch den Einzelhaushalt und die Dienstbereitstellung dort einbezieht. So wenig die Vermutung einer optimalen Leistungsgestaltung zukünftig für die Heime freige-meinnütziger Träger genügen wird, so wenig kann die Vermutung besonders qualitätsvoller Pflege und liebevoller Behandlung in den Familien von Überprüfungen im Einzelfall entlasten. Damit treten wir keineswegs für ein System strikter Kontrollen vom Heim bis hin zum Einzelhaushalt ein, sondern für eine Vielfalt von Querverbindungen zwischen einzelnen Diensten, für Selbstkontrolle seitens der Professionen, für eine aktive Diskussion zu den Rahmenbedingungen der Leistungserbringung, für tatsächlich greifbare Alternativen in der Wahl von Wohn- und Versorgungsformen.

Literatur

BRUDER/LUCKE/SCHRAMM/TEWS/WERNER, Was ist die Geriatrie? Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Deutschen Gesellschaft für Gerontologie zur Definition des Faches Geriatrie, Rügheim 1991

Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. (DZA);
Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V. (KDA);
Heimkonzepte der Zukunft. Berlin/Köln 1991

PROGNOS 1991, Freie Wohlfahrtspflege in zukünftigen Europa. Herausforderungen und Chancen im Europäischen Binnenmarkt, Studie der Prognos AG im Auftrag der Bank für Sozialwirtschaft GmbH, Köln 1991

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON, (eds): High Quality Long-Term Care for Elderly People, London 1992

Empfehlung der Expertenkommission zur Gerontopsychiatrie

Sigfried Kanowski

Die Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich hat im November 1988 ihre Empfehlungen vorgelegt. Sie basieren auf den Ergebnissen des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung und dem Wissen und den Erfahrungen der in die Kommission berufenen Experten.

Das Modellprogramm wiederum hatte, ausgehend von den vier Hauptempfehlungen der Psychiatrie-Enquête (1975) – gemeindenähe Versorgung, bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten, Koordination aller Versorgungsdienste, Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken –, eine nahtlose, aufeinander abgestimmte Gesamtversorgung in ausgewählten Versorgungsgebieten modellhaft zu erproben. Hierbei sollte der Schwerpunkt im ambulanten, komplementären und rehabilitativen Bereich liegen. Die der Expertenkommission vorausgehende Sachverständigenkommission zur Beratung des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung hat in der initialen Beratungsphase beschlossen, die Versorgung chronisch psychisch Kranker und Behinderter mit besonderem Nachdruck zu verfolgen. Dem entspricht, daß in den Empfehlungen der Expertenkommission neben der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, Abhängigkeitskranker und neurotisch-psychosomatisch Kranker der Versorgung psychisch kranker älterer Menschen ein besonderes Kapitel gewidmet worden ist.

Die Expertenkommission ging davon aus, daß die Gerontopsychiatrie in Forschung und Versorgung international etabliert ist. Die Gerontopsychiatrie befaßt sich mit allen psychischen Erkrankungen, die im höheren Lebensalter vorkommen. Sie hat enge Verbindungen zur Gerontologie und Geriatrie, ist aber als fest in der Psychiatrie verankerte Teildisziplin derselben zu betrachten. Bezug und Ausgangspunkt für die Expertenempfehlungen zur alterspsychiatrischen Versorgung bildeten die Aussagen der Psychiatrie-Enquête zu den Hauptmängeln der damaligen Situation und die daraus abgeleiteten Prinzipien für eine zukünftige Versorgung dieser Patientengruppe (s. S. 250–254 der Enquête). Basis für die Diskussion von Empfehlungen für die zukünftige gerontopsychiatrische Versorgung war die übereinstimmende Erkenntnis, daß:

- psychisch kranke ältere Menschen in der Konkurrenz um diagnostische und therapeutische Chancen gegenüber Jüngeren in der Regel benachteiligt sind,
- diese Benachteiligung durch gesundheits- und finanzpolitische Regulationen noch akzentuiert wird,
- psychisches Kranksein Älterer besondere Charakteristika aufweist, wie z.B.:
 - Multimorbidität,

- hoher Anteil hirnorganisch begründeter psychischer Erkrankungen (z.B. Demenzen),
- Chronizität somatischer und psychischer Erkrankungen,
- begrenzte Lebenserwartung,
- soziale Stigmatisierung des Alters,
- Bewältigung krisenhafter Lebenssituationen.

Insbesondere was den letzten Punkt betrifft, ist davon auszugehen, daß im Alter kritische Lebenssituationen von ähnlicher Schwere und Dynamik wie in der Pubertät entstehen, die hohe Ansprüche an Bewältigungs- und Adaptationskapazitäten (Coping strategies) stellen. In diesen Situationen wirken häufig psychische, soziale und krankheitsbedingte Faktoren konstellativ zusammen. In diesem Zusammenhang ist auf das im Alter deutlich steigende Gesamtmorbiditätsrisiko, vor allem im Hinblick auf chronische Erkrankungen, hinzuweisen, das im speziellen Fall dementieller Erkrankungen zwischen dem 65. und 85. Lebensjahr sogar eine exponentielle Steigerung aufweist. Das dramatisch steigende Morbiditätsrisiko führt häufig zu einer Abhängigkeit von familiären und nachbarschaftlichen Supportsystemen. Im Rahmen familiärer Hilfen sind häufig Jüngere (Kinder) in Anspruch genommen, was grundsätzlich andere psychologische und soziale Belastungen und Aspekte hat als die Abhängigkeit jüngerer psychisch Kranker von älteren Familienmitgliedern.

Der Einfluß ungünstiger und unproportioneller finanzieller Ressourcenverteilungen ist mit Hilfe der in der Modellregion Oberbergischer Kreis populationsbezogen analysierten Finanzierung der psychiatrischen Versorgung konkretisiert worden (s. S. 454 der Expertenempfehlung). Hierbei ergab sich, daß von den für die über 60jährigen im Laufe eines Jahres insgesamt ausgegebenen 10,4 Millionen DM allein 64 % für den Heimbereich, 30 % für die stationäre Versorgung und nur 6 % für die ambulante Versorgung aufgewendet worden sind. Bei den dementiellen Erkrankungen war die Finanzierungsverteilung noch ungünstiger; hier entfielen nur 2 % auf den ambulanten Bereich, obwohl aus epidemiologischen Untersuchungen bekannt ist, daß 80 % der dementiell Erkrankten ambulant versorgt werden.

Die kritische Analyse der nach der Psychiatrie-Enquête im psychiatrischen Versorgungssystem stattgefundenen Entwicklung ließ klar erkennen, daß besonders beim Aufbau extramuraler Versorgungsangebote psychisch kranke ältere Menschen eindeutig vernachlässigt worden sind. Als eine sich für die Versorgung psychisch kranker älterer Menschen besonders ungünstig auswirkende Barriere ist die grundsätzliche Finanzierungstrennung zwischen Gesundheitshilfen und Sozialhilfe anzusehen. Während die ersteren im Prinzip voll kostendeckend nach dem Versicherungsprinzip wirksam werden, tritt die letztere lediglich subsidiär ein. Dieses Subsidiaritätsprinzip der Sozialhilfe wirkt sich generell auf Rehabilitationsmaßnahmen bei chronisch Kranken hinderlich aus, führt bei chronisch psychisch Kranken sehr häufig zu ökonomischer Verarmung und trifft chronisch psychisch Alterskranke nahezu deletär, denen vom lebenslang erarbeiteten Alterseinkommen letztlich noch 80 bis 120 DM Taschengeld im Monat übrigbleiben, wenn eine Pflege- oder Krankenhausversorgung unumgänglich geworden

ist. Für die Rehabilitation chronisch psychisch kranker älterer Menschen findet sich faktisch außer der Sozialhilfe kein sich verantwortlich fühlender Träger. Insbesondere die Rentenversicherungen äußerten im Rahmen der Diskussionen im Kosten- und Finanzierungsausschuß, daß ihre Verpflichtung gegenüber alten kranken Menschen im wesentlichen durch die Rentenzahlung erfüllt sei und berufliche Rehabilitation zur Vermeidung von Rentenansprüchen ja nicht mehr infrage komme.

Auf diesem Hintergrund war von der Expertenkommission zu entscheiden, ob die Gerontopsychiatrie als ebenso eigenständige und parallel zur Allgemeinpsychiatrie zu organisierende Versorgungsstruktur zu entwickeln sei, wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie, oder ob sie auch fürderhin voll als Versorgungsaufgabe der Allgemeinpsychiatrie anzusehen sei.

Die Expertenkommission entschied sich hier im Prinzip für einen Kompromiß, wofür drei Gründe maßgebend waren:

1. kann die bisherige Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht als sehr stimulierendes Beispiel einer parallelen Versorgung angesehen werden,
2. würde eine eigenständige gerontopsychiatrische Versorgungsentwicklung mit Sicherheit zu einer erheblichen zusätzlichen Kostenbelastung führen und
3. sollte der Ausgliederung älterer Menschen aus dem gesamtgesellschaftlichen Verbund durch die Entwicklung eigenständiger gerontopsychiatrischer Versorgungsstrukturen kein Vorschub geleistet werden.

Der Kompromiß besteht nun darin, daß zwar einerseits die Versorgung psychisch kranker Älterer grundsätzlich Aufgabe der Allgemeinpsychiatrie bleiben soll, andererseits aber pro Versorgungsgebiet eine fachpsychiatrische »Lobby« dafür Sorge tragen soll, daß deren besondere Versorgungsbedürfnisse im Rahmen der regionalen Psychiatrieplanung berücksichtigt und realisiert werden. Diese Motorfunktion wird dem gerontopsychiatrischen Zentrum (GZ) zugewiesen. In den Empfehlungen heißt es hierzu wörtlich: »Als treibende Kraft der gerontopsychiatrischen Versorgung ist in jeder Planungseinheit (kreisfreie Städte und Landkreise) ein *gerontopsychiatrisches Zentrum* vorzusehen, daß in seinem Kernbestand eine *teilstationäre Behandlungs- und Rehabilitationseinrichtung (Tagesklinik)* und einen *ambulanten Dienst* umfassen und *Altenberatung* mit einbeziehen soll: (S. 457 der Expertenempfehlungen). Dabei griff die Expertenkommission auf die Psychiatrie-Enquête zurück, in der ebenfalls bereits die Gründung gerontopsychiatrischer Zentren empfohlen worden war (Enquête S. 256/257). Allerdings wurde das GZ aufgrund inzwischen vor allem im Ausland erworbener Erfahrungen hinsichtlich Aufgabenstellung und Struktur gegenüber den Enquête-Empfehlungen modifiziert. Anstelle der damals vorgesehenen stationären Assessment-Unit wurde als drittes Glied der Altenberatungsdienst eingefügt. Das GZ besteht somit aus:

- ambulantem Dienst
- Tagesklinik
- Altenberatungsdienst.

Auf die mit diesen drei Funktionen des GZ verknüpften Aufgabenstellungen kann in diesem Rahmen nicht detailliert eingegangen werden. Der *ambulante Dienst* soll im wesentlichen für Einrichtungen der Allgemeinmedizin und vor allem auch dem Heimberich konsiliarisch zur Verfügung stehen. Wobei im letzten Fall nicht nur eine Verbesserung der einzelfallbezogenen Patientenversorgung angestrebt wird, sondern auch ganz wesentlich die konsiliarische fachpsychiatrische Beratung der Heimleitung im Blickfeld stand. Eine zweite Aufgabe des ambulanten Dienstes stellt die Beratung von Angehörigen chronisch psychisch Kranker, insbesondere Demenzkranker, dar. Und schließlich soll der ambulante Dienst Lücken in der ambulanten Therapie schließen, wobei speziell an differenzierte und auf spezifische Krankengruppen zugeschnittene Gruppentherapieangebote gedacht ist.

Die *Tagesklinik* als im Ausland längst bewährtes Glied gerontopsychiatrischer Versorgung hat sowohl die Aufgabe, Patienten, deren Versorgung nachts und an Wochenenden zu Hause gewährleistet ist, notwendige vollstationäre Behandlung zu ersparen, als auch rehabilitatives Glied nach unvermeidlicher vollstationärer Behandlung zu sein. Gemeinsam mit dem ambulanten Dienst obliegt ihr auch die Aufgabe intensiver diagnostischer Abklärung und des Assessments, wofür in den Enquête-Empfehlungen noch die eigene stationäre Einheit des GZ vorgesehen war.

Die *Altenberatung* schließlich ist der Funktionsbereich, über den eine enge Verzahnung von gerontopsychiatrischer Versorgung und dem Bereich der offenen und geschlossenen Altenhilfe erreicht werden soll. Deshalb soll an Orten, wo Altenberatung bereits durch freie Träger realisiert ist, ein gemeinsamer Beratungsdienst im GZ angeboten werden. Dort wo das, wie in weiten Teilen der Bundesrepublik Deutschland, nicht der Fall ist, hat das GZ die Aufgabe, Altenberatung autochthon zu realisieren.

Neben diesen patientenbezogenen Aufgaben sollte das GZ öffentlich wirksam werden und sich an der regionalen Aus- und Weiterbildung der in der Psychiatrie Tätigen aufgrund seiner gerontopsychiatrischen Expertise engagieren. Das GZ sollte im Hinblick auf die Planung in regionalen kooperativen Gremien der psychiatrischen Versorgung vertreten sein. In diesem Zusammenhang wird außerdem empfohlen, daß das GZ in Absprache mit Einrichtungen der Altenhilfe darüber Erwägungen anstellt, ob die Gründung eines regionalen Altenwohlfahrtsausschusses in Analogie zu den Jugendwohlfahrtsausschüssen für notwendig erachtet wird.

Es versteht sich, daß diese vielfältigen Aufgaben des GZ nur auf der Basis eines interdisziplinären Teams wahrgenommen werden können. Dem hat die Personalstruktur Rechnung zu tragen (s. S. 470 der Expertenempfehlungen)*.

* Leider ist bei der Endredaktion der Expertenempfehlungen in der Aufstellung die vorgesehene Sozialarbeiterstelle herausgefallen. Sie ist zu ergänzen.

Verschiedene Möglichkeiten des stufenweisen Aufbaus und der Anbindung des GZ sind in den Expertenempfehlungen skizziert (s. S. 466–468 der Expertenempfehlungen). Bedingung für alle Varianten ist, daß das GZ in Leitung und Team eigenständig ist. Unter den verschiedenen Möglichkeiten organisatorischer Anbindung sprechen Tagesklinik und Institutsambulanz dafür, das GZ an das für die Versorgungsregion zuständige psychiatrische Krankenhaus bzw. an die zuständige psychiatrische Abteilung in einem Allgemeinkrankenhaus anzubinden. Bei dieser Lösung muß allerdings die gemeindezentrierte Ansiedlung des GZ unbedingt berücksichtigt werden. Als zweite Möglichkeit wäre auch die Angliederung des GZ an einen Träger denkbar, der für das Versorgungsgebiet maßgebende Einrichtungen der Altenhilfe, in Sonderheit Heime, unterhält. Für diesen Fall müßte allerdings gesichert sein, daß labor- und geräteabhängige diagnostische Leistungen in Kooperation mit nahegelegenen Krankenhäusern oder ambulanten diagnostischen Einrichtungen erbracht werden können. Schließlich wäre es auch denkbar, das GZ in eigener Trägerschaft zu etablieren, wenn garantiert ist, daß diese Eigenständigkeit nicht zur funktionalen Isolierung führt.

Abschließend sei auf zwei nicht unwesentliche Punkte der Expertenempfehlungen zur gerontopsychiatrischen Versorgung hingewiesen. Die Probleme des Heimbereiches werden ausführlich dargestellt und vor allem unterstrichen, daß eine psychiatrisch fachliche Beratung der Heimleitung zukünftig von essentieller Bedeutung sein wird. Neben der vollen Heimversorgung wird die Notwendigkeit betont, teilszeitliche Pflegeheimangebote zu erproben und Formen beschützten Wohnens und zeitlich begrenzter Heimaufnahme zur Verfügung zu stellen. Schließlich unterstreichen auch die Empfehlungen der Expertenkommission noch einmal nachdrücklich, daß die Folgen chronischer Krankheit versicherungsrechtlich dringend abgesichert werden müssen, weil Pflegebedürftigkeit im Alter von ganz verschwindenden Ausnahmen abgesehen, nicht Folge physiologischer Altersgebrechlichkeit, sondern stets Folge chronischer Erkrankung ist. Der bislang beschrittene Weg, daß diese Folgen unter dem Stichwort der Pflegebedürftigkeit ausschließlich sozialrechtlich abgesichert werden, führt mit den steigenden Kosten ambulanter Pflege und im Heimpflegebereich zur gesetzmäßigen ökonomischen Deprivation der Betroffenen. Dies wird als ein Zustand nicht zunehmender sozialer und humaner Ungerechtigkeit angesehen, der alte Menschen in unserer Gesellschaft ganz besonders bedroht.

Obwohl die Empfehlungen der Expertenkommission zur alterpsychiatrischen Versorgung gerade von ärztlicher Seite heftiger Kritik ausgesetzt waren, weil hier angeblich eine weitere Form der Staatsmedizin geplant werde, so sind nach eigenem Eindruck gerade diese Empfehlungen von Fachkennern und auf der Planungsebene verschiedener Bundesländer sehr positiv aufgenommen worden. Damit ist die Hoffnung gegeben, daß auch dieses Kapitel einen Weg zur Verbesserung der gegenwärtigen Versorgungssituation aufzeigt, der von der Praxis, angepaßt an regionale Gegebenheiten, verwirklicht wird. Dennoch ist nicht zu übersehen, daß bisher in den alten Bundesländern seit Abgabe der Expertenempfehlungen nur wenige Initiativen in Gang gekommen sind, Geronto-

psychiatrische Zentren zu realisieren. Es erschien sinnvoll und nötig, wenn Fachgesellschaften, wie die AKTION PSYCHISCH KRANKE oder die Europäische Arbeitsgemeinschaft für Gerontopsychiatrie die Empfehlungen der Expertenkommission zur gerontopsychiatrischen Versorgung aufgriffen und mit Nachdruck erneut an die Träger psychiatrischer Versorgungsplanung herantrügen.

Literatur

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Unterrichtung durch die Bundesregierung, Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200, 1975.

Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich.

Aktion Psychisch Kranke e.V., Bonn (Hrsg.), 1988.

Diskussion zu den Referenten Ch. Kretschmar, Baumgarte, Dieck, Kanowski

Moderation: Herr Kretschmar, Herr Korte

Herr Kipp: Ich wollte fragen, ob von Ihnen, *Frau Kretschmar* und von Ihnen, *Frau Baumgarte*, eine Aussage gemacht werden kann, wieviele Betten pro 1000 Einwohner für Gerontopsychiatrie eigentlich notwendig sind. Zweite Frage: Wie geht es dann mit dem Personal? Wir haben in der psychiatrischen Abteilung der städtischen Kliniken in Kassel ein gemischtes Konzept (alte und jüngere Patienten zusammen) und haben bisher keine Schwierigkeiten Pflegepersonal zu rekrutieren. Wie werden von Ihrer Seite die Integration oder die Trennung von jüngeren und älteren Patienten und damit die veränderten Aufgaben des Pflegepersonals eingeschätzt?

Frau Kretschmar: Ich kann Ihnen nicht sagen, wieviele Betten pro 1000 wir brauchen. Ich bräuchte ungefähr 135 Betten für unser Einzugsgebiet von ca. 400.000 Einwohnern. Allerdings brauche ich mehr tagesklinische Betten, alldieweil die Tagesklinik hoffnungslos überlastet ist. Und zur zweiten Frage: Wir haben in den letzten Jahren unseren Personalbestand recht gut erhalten können auf unseren gerontopsychiatrischen Stationen; ich habe ein sehr langfristig bei mir tätiges relativ junges Team, aber z.B. für diesen Herbst können wir nicht alle Krankenpflegerausbildungsplätze besetzen. Aus jedem Krankenpflegekurs von ungefähr 18 Schwestern, haben sich bisher ungefähr 2 für die Gerontopsychiatrie entschieden. Viele wandern ab. Ich denke, daß wir jetzt allmählich auch Schwierigkeiten bekommen. In diesem Berichtszeitraum für die Krankenkassen können wir eventuell 20 Pflegestellen im Haus nicht besetzen.

Frau Baumgarte: Zur Frage des Krankenpflegepersonals: Da ist ganz eindeutig eine Veränderung. Wir haben zwei Krankenpflegeschulen: eine psychiatrische in der Klinik in Marienheide und eine am allgemeinen Krankenhaus. Wir kriegen die Kurse in Marienheide nicht mehr voll und haben die Schulen deshalb zusammengelegt. Da wir eine sehr aktive Schulleitung haben, gibt es noch keine Probleme die Kurse zu besetzen. Wir kümmern uns sehr um die Leute, wenn sie auf den Stationen im Einsatz sind. Wir haben ein Mentorensystem, durch das sie besonders betreut werden. Da wird eine zusätzliche psychiatrische Fortbildung für sie angeboten, vor allem mit dem Ziel, ihnen die Ängste vor der Psychiatrie zu nehmen. Aber es gibt eben auch das Problem, daß ein Teil abwandert und dann doch in die Somatik geht.

Herr Levershausen: Heute morgen wurde von *Herrn Rückert* das Bild einer großen Welle von Alten gezeichnet, die auf uns zukommt und die versorgt sein will. Man könnte die Phantasie bekommen, daß es nur noch die Alten zu versorgen gibt und dann eine Minderzahl von überlasteten Helfern, und daß eigentlich keiner mehr etwas anderes tut. Ich habe mich dabei gefragt, wo

das eigentliche Problem liegt und bin so auf die Sinnfrage gekommen. Ich denke, das hat sehr viel damit zu tun, wie die Motivation, auch im Pflegebereich zu arbeiten, zu steigern ist, ganz abgesehen natürlich von so formalen Dingen, wie der Entlohnung und den Arbeitsbedingungen. Aber ich denke, die Sinnlosigkeit der Arbeit auf gerontopsychiatrischen Stationen, die von vielen Mitarbeitern gespürt wird, und die auch dazu führt, daß eine hohe Fluktuation vorhanden ist, das ist mehr oder weniger ein Spiegelbild dessen, wie Alter gesellschaftlich eingeordnet wird. Ich denke, diese Diskussion müßte auch angestoßen werden, daß wir hier nicht einen Berg Alter – mehr oder weniger als »Wohlstandsmüll« – zu versorgen haben, sondern daß es auch um eine Sinnfrage des Alterns geht. Ich hab den Eindruck, daß die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über diese Fragestellung auch zu motivieren sind.

Herr Drost: Ich bin in einer beruflichen Position, wo ich denjenigen, die dauernd angesprochen werden, nämlich Kommunalpolitikern, die das Geld geben sollen, stimmige Konzepte anbieten muß. Ich garantiere Ihnen: drei Gerontopsychiater gefragt, fünf verschiedene fachliche Meinungen bekommen. Mich würde einmal interessieren, wie Sie denn als Fachleute kommunale Versorgungskonzepte mit einem Standardanspruch definieren, so daß man sie einigermaßen gut überbringen kann. Ich bezweifle, daß das alles so finanzwirtschaftliche Aspekte hat. Ich habe mich, um irgendeine Versorgung hinzukriegen, mindestens an fünf an verschiedenen Orten sitzende Kostenträger zu wenden, die untereinander nur sehr gering in Zusammenhang stehen, und die ich auf eine sehr diffizile Weise in Verbindung bringen muß. Das ist komplizierter als es sich auf den ersten Blick darstellt, und ich bekomme Unbehagen, wenn man es sich so einfach macht und sagt, das sind alles sozioökonomische Tatbestände und Düsseldorf und Mettmann sind reich, und deshalb ist das Versorgungssystem besser. Das hat auch etwas mit Organisationsstrukturen zu tun, das hat etwas mit Strategien zu tun, das hat etwas mit Menschen zu tun, und ich bezweifle nach 17 Jahren, daß wir das über solche relativ einheitliche Leistungen geschoren kriegen.

Herr Kanowski: Das eine ist natürlich richtig: Evaluativ vergleichbare Standardkriterien aufzustellen, ist keine einfache Sache, und da sind selbst Fachleute sich nicht einig in den Details. Was sind denn die Standards? Die Ärzte sind ja geneigt, zunächst einmal den individuellen Kasus zu beurteilen, und das müssen wir auch sein, dazu sind wir ja verpflichtet. Aber oberhalb dieser ganz individuellen Betrachtungsweise müssen wir im Sinne der gesundheitspolitischen Planung auch generelle Standards haben und setzen. Ich stelle dann fest, daß es zu den Standards der gerontopsychiatrischen Versorgung gehört, psychosoziale Kommunikationsfähigkeit und Wiedereinbindung in soziale Gruppen zu trainieren, Alltagsaktivitäten zu trainieren. Und wenn ich bemerke, daß es für die über 65-jährigen psychisch Kranken weitgehend in den Regionen der BRD keinerlei solche therapeutischen Angebote im ambulanten Sektor gibt, dann muß ich sagen, habe ich bisher einen Standard, der nicht erfüllt wird. Und wenn ich dahergehe und sehe, wie werden Demente betreut, die im Krankenhaus sind, wie werden Depressive betreut, welcher Standard der Pharmakotherapie, welche Intensität der ärztlichen Betreuung, um Nebenwirkungsrisiken zu vermei-

den, welche Kenntnisse, Erfahrungen im Umgang mit Psychopharmaka haben die Ärzte in den psychiatrischen Krankenhäusern, wie werden diese beide Gruppen Demenz und Depressivalltagskranke im Heimbereich und in den Tageskliniken betreut? Und wenn ich dann überlege, wie werden sie ambulant versorgt, dann habe ich, meine ich, Standards, an denen ich bemessen kann. An denen kann ich dann nachweisen, daß die ambulante Versorgung aus der Sicht der Gerontopsychiatrie in unserem Lande außerordentlich schlecht ist, und daß es nicht dazu paßt, daß wir die gesundheitspolitische Fluchtlinie ganz anders definiert haben.

Zum anderen: Wir haben große Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit dem Heim, obwohl wir uns auch um Konsiliarbeziehung, Ausbildungsabkommen etc. gekümmert haben. Es gibt große Probleme mit der selektiven Aufnahme, nicht so sehr mit der Rückverlegung von Patienten, die wir von dort bekommen haben. Das größere Problem ist, Patienten, die noch nicht im Heim waren, dorthin zu bringen, und da setzt die Selektivität der Einrichtung ein. Das fängt damit an, daß wenn der Patient sagt: »Ich will hier nicht bleiben«, er eigentlich von sich aus der Heimunterbringung widerspricht. Ob wir dann eine Betreuung einrichten oder nicht, in dem Moment, wo er Patient im Heim vorgestellt wird und sagt: »Bei ihnen will ich aber überhaupt nicht bleiben, ich möchte im Krankenhaus bleiben«, nimmt kein Heim den Patienten auf. Das sind die Probleme, die sich in der Zusammenarbeit mit den Heimeinrichtungen ergeben. Von daher bin ich im Rahmen der Psychiatrieplanung Berlins in Zusammenarbeit mit den Stadträten übereingekommen, daß eine sektorbezogene Versorgung nicht funktionieren kann, wenn nur der Akutbereich zur unselektiven Aufnahme verpflichtet ist und der Heimbereich für Chroniker nicht. Das heißt, in das Berliner Papier der AG Gerontopsychiatrie im Rahmen der Kommission zur Fortschreibung der Generalpsychiatrieplanung haben wir dezidiert hineingeschrieben, daß der Chronikbereich außerhalb der psychiatrischen Facheinrichtung Aufnahmezwang für den Distrikt erhalten und die Selektivität wegfallen muß.

Herr Kipp: Ich denke es ist sinnvoll, daß gerade für Demenzkranke – wenn sie plötzlich, meist durch eine akute Erkrankung, oder durch einen akuten Verlust, zu Hause nicht mehr tragbar sind, ins Krankenhaus kommen und dort im Sinne einer Assessment-Funktion diagnostiziert werden – das soziale Netz zu Hause geklärt wird, bevor eine Heimeinweisung erfolgt. Es ist immerhin so, daß doch ein ganzer Teil von Demenzkranken sowohl stabilisiert werden könnte, daß er wieder nach Hause gehen könnte. Ambulante Hilfsangebote können das ermöglichen, und ich denke, es wäre völlig falsch, solche akut sich verschlechternde Demenzkranken sofort ins Heim zu verlegen und die Wohnung aufzugeben, einfach aufgrund des Finanzierungsmodus. Von daher denke ich, stationäre Behandlung, Krisenintervention bei Demenzkranken hat eine ganz ausgesprochen wichtige Bedeutung und ist sicher auf Dauer die sparsamste Form der Versorgung – wenn Sie jeweils nur begrenzt ist. Ferner möchte ich sagen, daß wir gerade in der Region Kassel vor 14 Jahren angefangen haben, einen sehr intensiven Konsiliardienst mit dem Altenzentrum zu unterhalten. Das PKH Merxhausen hat inzwischen zahlreicher solcher Konsiliarbeziehungen, die für die psychogeriatrische Versorgung in Heimen sehr förderlich sind. Problematisch sind sicher

die ganz schwierigen Patienten in Heimen. Ich möchte benennen: Leute, die Tag und Nacht schreien, Leute, die weglaufen, und da haben wir sehr deprimierende Erfahrungen in den Heimen gemacht: z.B. daß Heime sich gerade bei Wegläufern am liebsten auf die nahe Straße beziehen, die vorbeigeht. Wir tendieren dann dazu, sie nicht als Dauerpatienten bei uns zu lassen. Dann greifen private Heime mit niedrigem Pflegesatz, die solche Patienten aufnehmen. Und ich denke, daß es nicht nur ein Problem der Region Kassel ist, sondern, daß es ähnliche Selektionsmechanismen auch anderswo gibt: daß frei gemeinnützige Häuser eher einen Trend zur Selektion haben, während private, die auf Vollzahlen ausgerichtet sind, dann jeden nehmen, mit der entsprechenden Konsequenz der wirklich schlechten Versorgung.

Herr Kanowski: Mich wundert immer ein bißchen die Einstellung, die wir selbst unter uns Fachleuten haben, als sei Demenz eigentlich gar nichts, was in die Medizin hineingehörte. Die Demenz, in Sonderheit diejenige vom Alzheimer Typ, ist eine der schwerst destruktiven Erkrankungen, die den Menschen überhaupt befallen kann. Sie ist vergleichbar der Destruktion durch ein Karzinom, nur daß das Karzinom unter Umständen schneller geht. Sie führt zum Tode und sie vernichtet die gesamte Persönlichkeitsstruktur, was bei beim Karzinomkranken in der Regel nicht passiert. Von daher ist grundsätzlich zu sagen, daß Demenzkranke Schwerstkranke sind und in ärztlich hervorragend geführte Institutionen gehören, und das sind Heime schon per se nicht. Mit den vielen Komplikationen und der Dynamik von Komplikationen, die im Verlauf von Demenzerkrankungen eintreten, befassen sich auch nur die Leute, die Demenzen jahrelang in ihren Mauern haben und sehen, was da alles alle 2 bis 4 Wochen passiert.

Herr Drost: Ich finde, die Diskussion schwankt in einer sehr fruchtbaren Weise zwischen einer krankheitsbezogenen, individuellen Betrachtungsweise und dem Versorgungsaspekt. Das ist hilfreich, weil beides zusammengehört, und ich will den Versorgungsaspekt wieder ansprechen. Es war deutlich geworden, *Herr Kanowski* hat darauf hingewiesen, daß klare Strukturen und Planungskonzepte notwendig wären, denn ohne Pflichtversorgung haben wir den Selektionsmechanismus institutionalisiert. Das ist für mich eine ziemlich klare Sache. Aber es stellt sich die Frage: Wie werden solche Planungen vollzogen? Wie wird denn die Pflicht eingeklagt? Es reicht ja nicht, Pflichtversorgung zu etablieren. Es reicht ja auch nicht das fachlich gute, kollegial geführte Gespräch, wenn es wirklich der schreiende, störende Wegläufer ist, dann wird es hart, egal für welche der Institutionen. Dann muß es Strukturen geben, die auch mit einer gewissen Macht ausgestattet sein müssen, in einem Fall zu entscheiden. Und dann muß über Konditionen gesprochen werden, das kann man nicht mit dem Schwert machen. Wer macht das? Die unmittelbar Beteiligten können es in der Regel nicht. Da können sie jetzt wählen. Und da ist Vielfalt angesagt, ob sie den Amtsarzt nehmen, ob sie einen Dezernenten nehmen, ob sie das im politischen Gesundheitsausschuß diskutieren oder, je nachdem welche Öffentlichkeitsstrukturen vorhanden sind, können sie da eine Menge machen.

Herr Staub: Wir haben uns heute überlegt, ob gerontopsychiatrische Patienten

eher geriatrisch sind, ob sie psychiatrisch sind, oder ob sie einen eigenen Fachbereich darstellen. Auch in unserem Krankenhaus nehmen die Zahlen der Alterspatienten immer mehr zu, und die kommen auf die Innere, auf die Chirurgie oder auch in die Psychiatrie. Die Schnittstelle ist der Konsiliardienst. Die Internisten versuchen uns dann beizubringen, wie man einen Blutzucker einstellt. Wir versuchen den Internisten beizubringen, daß man bei einem 90jährigen Patienten nicht unbedingt die ganze apparative Diagnostik ablaufen läßt, sondern, daß hier vielleicht andere Dinge wichtiger sind, z.B. ein Gespräch mit dem Patienten. Die Internisten fragen uns mitunter, ob eine wirre geriatrische Patientin bei uns in der Beschäftigungstherapie mitmachen kann. Wir fragen manchmal die Internisten, ob sie sich intensiver um einen Durchblutungsstörungen, also Zerebralsklerotiker, kümmern können. Ich hab daraufhin versucht, den Internisten an unserem Hause und den Träger für die Idee zu interessieren, ob es nicht sinnvoll wäre, eine interdisziplinäre geriatrisch-gerontopsychiatrische Station im Haus zu installieren. Mich würde die Meinung des Forums interessieren, und ob es hierfür vielleicht schon Beispiele in Deutschland gibt.

Herr Kipp: Wir hatten anfangs eine aus der historischen Situation entstandene gemischte Station: internistisch-geriatrisch-gerontopsychiatrisch; und es war dadurch, daß es ganz unterschiedliche – von den verschiedenen Chefs getragene – Ideologien gab, eine sehr schwierige Station. Ein guter internistischer Patient liegt während der Visite im Bett und ist jederzeit bereit seinen Bauch zu zeigen; ein guter gerontopsychiatrischer Patient sitzt da, ist auf dem Sprung in eine Beschäftigungstherapie oder in eine Gruppe zu gehen oder irgendetwas in dieser Richtung zu machen. Und diese unterschiedlichen medizinischen Ideologien brachten das Pflegepersonal in sehr viele Entscheidungsdilemmata.

Frau Konopka: Wir versorgen Patienten ab dem 60. Lebensjahr und zwar auf gemischten Stationen, also neurologische Patienten und psychiatrische Patienten in unterschiedlichen Abteilungen, daß heißt in Abteilungen für eher Leichtkranke und in Abteilungen mehr für Schwerstkranke. Die Mischung auf der Abteilung für Schwerstkranke besteht aus neurologischen Fällen – das heißt apoplektischer Insult, Hirnblutungen, Ischemien und andererseits auch verwirrten Patienten. Bei den Leichtkranken betrifft es mehr depressive Erkrankungen, auch paranoide und neurologische Krankheitsbilder – also periphere Neurologie, leichtere neurologische Erkrankungen. Wir haben auf der Station, auf der ich tätig bin, ein Therapieangebot für alle diese Patienten, z.B. eine Beschäftigungstherapie, an der sowohl die neurologischen Kranken teilnehmen, als auch die psychiatrischen, und auch ein physiotherapeutisches Angebot, wo z.B. im Rahmen einer Allgymnastikgruppe oder auch Nopagionsonnengymnastik durchaus einmal ein psychiatrischer Patient mit dabei ist. Ich muß sagen, daß die Erfahrungen zumindest auf dieser Leichtkrankenstation aus meiner Sicht sehr positiv sind. Ich empfinde, daß da eine gegenseitige Befruchtung stattfindet.

Herr Kanowski: Ich finde es höchstinteressant, daß in Zusammenhang mit der Geriatrie immer ganz unterschiedliche Integrationskonzepte vertreten werden.

Zunächst die Tendenz alt und jung zu integrieren und damit den Zwang zu einer geriatrischen Spezialisierung zu torpedieren. Ich sehe darin unter anderem die Abwehr, sich mit der Altersproblematik auseinanderzusetzen. Dann entsteht die Überlegung, Geriatrie und Psychiatrie integrativ zu behandeln. Die einzige rationale Argumentation, Geriatrie und Gerontopsychiatrie in der Betreuung der Alterspatienten quasi zu vereinen, ist die Multimorbidität. Dieses Rational der Multimorbidität reicht aber nicht aus, denn die Multimorbiditätsfrage haben wir quer durch die ganze Medizin zu erledigen, und wir haben sie über die sicherlich nirgendwo optimal funktionierende Konsultantentätigkeit zu erledigen. Für noch gravierender als die divergenten ärztlichen Konzepte über das Umgehen mit Patienten halte ich die divergierenden Konzepte beim Pflegepersonal.

Internistisches Pflegepersonal und psychiatrisches Pflegepersonal unterscheiden sich so grundsätzlich – auch vom Wunsch her, wo sie arbeiten wollen – daß ich es für absolut unsinnig, undurchführbar und unververtretbar halte, daß man internistische und psychiatrische Aspekte ausgerechnet in der Geriatrie zu einer optimalen Zusammenarbeit im Interesse unserer Patienten zusammenführen kann.

Herr Krisor: Ich wollte, *Herr Kanowski*, auf die von Ihnen geschlossene Definition noch kurz eingehen, ob die Versorgung älterer Menschen integriert oder spezialisiert stattfinden soll. Sie haben ja eine definitive Antwort gegeben, eben die Spezialisierung, gegen die ich etwas polemisieren möchte. Die eindimensionale Anordnung integriert versus spezialisiert erfaßt die gerontopsychiatrische Praxis in vielen gemeindepsychiatrischen Abteilungen überhaupt nicht; Duisburg, Rheinhausen, Kassel, Herne, Bad Driburg, Olpe nur als einige wenige willkürlich herausgegriffene Beispiele. Dort wird ein Konzept der Versorgung, welches sowohl integriert als auch spezialisiert ist, praktiziert. Das sieht folgendermaßen aus: 1 bis 2 oder 2 bis 3 ältere Patienten befinden sich auf einer normalen, selbstverständlich offen geführten psychiatrischen Station unter 17 bis 20 jüngeren Patienten. Sie profitieren von diesem heterogenen Durchmischungsprinzip vielfältig. Hilfestellung untereinander ist möglich, an den Lebenserfahrungen der älteren Menschen besteht Interesse. Es finden vielfältige Begegnungen zwischen jüngeren und älteren Menschen statt. Jean OURY aus der institutionellen Psychotherapie sagt dazu, es kommt darauf an, den Zufall zu programmieren, wir müssen Begegnungen herstellen, ermöglichen, fördern. Während die Spezialstation und die spezialisierte Station, die Sie ja schon beim Betreten an ihrem Geruch erkennen können, der Ausgliederung aus dem sozialen Verbund Vor-schub leisten, wird durch die integrierte, heterogene Form ein ganz großer Teil dieser Nachteile aufgehoben. Die älteren Patienten auf der integrierten Station haben teil an unzähligen allgemeinen Aktivitäten, wie auch die jüngeren Patienten. Darüber hinaus, jetzt komme ich zu integriert und spezialisiert, gibt es in mehreren Abteilungen vielfältige stationsübergreifende Aktivitäten für die gerontopsychiatrischen Patienten. Bei uns in Herne finden jeden Tag 1 bis 2 spezielle Veranstaltungen für ältere Menschen statt. Meine Antwort auf die Frage integriert oder spezialisiert: integriert in die therapeutische Gemeinschaft der allgemeinspsychiatrischen Station, darüber hinaus ein ganz spezifisches Ange-

bot für die älteren Menschen, welches auch vorangetrieben und weiterentwickelt wird von einem spezifischen gerontopsychiatrischen Team, also einer multiprofessionell zusammengesetzten Gruppe innerhalb der psychiatrischen Klinik, die sich besonders der Belange der älteren Menschen annimmt.

Herr Korte: Eine Frage zum Vortrag von *Herrn Kanowski*: Die vielen Soll-Formulierungen verweisen auf die Erfahrung mangelnder Realisierung gerontopsychiatrischer Zentren. Die Frage ist, woran liegt das? Sie haben einige Gründe diskutiert. Vielleicht kommt noch etwas hinzu: Das gerontopsychiatrische Zentrum ist das Paradebeispiel einer Institution, die auf Koordination und auf die Kooperation mit vielen anderen gesundheitlichen und sozialen Institutionen angewiesen ist. Die Kooperation in einem sehr heterogenen und sehr zersplitterten Versorgungsfeld ist ein Aspekt, der auf dieser Tagung bisher so gut wie noch nicht berücksichtigt worden ist.

Herr Leidinger: Wir sind vor einigen Wochen mit einer Stellenanzeige im Ärzteblatt in die Öffentlichkeit gegangen. Wir suchten eine leitende Ärztin bzw. den leitenden Arzt für das gerontopsychiatrische Zentrum in Gütersloh. Es hat sich leider niemand gemeldet. Wir haben in Gütersloh ein Gerontopsychiatrisches Zentrum aus der gerontopsychiatrischen Abteilung des Großkrankenhauses heraus aufbauen können; allerdings fehlt uns noch der Teil der Altenberatung. Wir konnten ein kleines Gebäude herrichten lassen, und wir haben eine Tagesklinik, die nach 14 Monaten mit einer durchschnittlichen Belegung von 19 bis 20 Plätzen arbeitet. Die Durchschnittsbelegung war bereits nach einem halben Jahr erreicht. Sie ist jetzt in der ursprünglichen Zielgröße konstant geblieben. Bereits seit einigen Jahren haben wir eine gerontopsychiatrische Ambulanz. Das Ambulanzteam besteht aus einer halben Arztstelle und einer Altenpflegerin mit einer gerontopsychiatrischen Zusatzausbildung. Im Prinzip könnte man sagen, es ist nichts einfacher, als ein gerontopsychiatrisches Zentrum aufzubauen. Man muß lediglich eine Tagesklinik in Betrieb nehmen, was in NRW sehr einfach ist, wenn man erst seinen Träger von der Notwendigkeit überzeugt hat. Es wurde vorhin von den Betten gesprochen, die dann abzubauen sind. Bei uns sind es etwa 6 bis 8 Betten, die de facto weniger belegt waren, als wir die volle Inbetriebnahme der Klinik erreicht hatten. Der Grund dafür liegt auf der Hand, denn die gerontopsychiatrische Versorgung ist natürlich allgemein nicht ausreichend, und durch ein zusätzliches Versorgungsangebot wird auch ein Bedarf befriedigt, der bislang gar nicht befriedigt worden ist, so daß in der Gerontopsychiatrie die sonst übliche Aufrechnung »ein Tagesklinikplatz pro abzubauenes Bett« meiner Meinung nach nicht gelten kann. Es gibt aber Probleme in der Umsetzung: man muß die Krankenkassen davon überzeugen, daß sie einen Pflegesatz finanzieren müssen. Das ist uns leider noch nicht gelungen, aber wir haben jetzt die PsychPV im Rücken. Allerdings haben wir eine PsychPV im Rücken, die das Klientel, das wir in unserer Tagesklinik betreuen, nicht kennt. Denn diese G 6-Patienten sind nach den Minutenwerten Leichtkranke. In unserer Tagesklinik aber haben wir allein etwa 40% Demenzkranke, und der Rest verteilt sich auf die übrigen im Alter vorherrschenden Diagnosen. Wir wollten ein tagesklinisches Angebot als Alternative zur vollstationären Behandlung machen. Das

heißt, wer im Krankenhaus aufgenommen werden muß, soll in der Regel tagesklinisch behandelt werden. »In der Regel« heißt auch für Zwangseingewiesene, für Patienten, die möglicherweise weglafen oder suizidal sind – das klappt nämlich. Und es geht auch für Patienten, die alleinstehend sind. Große Schwierigkeiten bereitet uns die vergleichsweise niedrige Personalbemessung, die nach der PsychPV für die Patienten vorgesehen ist. Wir müssen daher ständig am Rande der physischen und psychischen Überforderung der Mitarbeiter arbeiten, und wir sehen uns da eklatant benachteiligt – gegenüber der psychiatrischen Versorgung jüngerer Menschen. Ich denke, daß die Zahlen der G 6 von Leuten gemacht worden sind, die nicht wußten, daß in gerontopsychiatrischen Tageskliniken auch Grundversorgung geleistet werden kann. Das zweite, was uns sehr viel größere Probleme bereitet, ist, daß die Ambulanz trotz großer Bemühungen und kräftiger Unterstützung durch Mitarbeiter aus dem stationären Bereich ein chronisches Defizit von etwa 20% der anfallenden Kosten produziert. Für die hier anwesenden Niedergelassenen sei gesagt, daß wir den Krankenschein mit ca. 150 DM pro Quartal auslasten, dazu kommt die Pauschale von knapp 150 DM, also pro Fall und Quartal haben wir etwa 300 DM. Trotzdem können wir damit nicht kostendeckend arbeiten. Solange das Vergütungssystem so aussieht, und solange alte Menschen mehr Zeit brauchen als jüngere – das wird wohl so bleiben –, solange bei unserem Erstbesuch zu Hause mindestens 40 bis 50 Minuten Zeit nur für den Patientenkontakt da sein müssen, solange können wir mit den ökonomischen Bedingungen nicht kostendeckend arbeiten.

Wir könnten sehr viel mehr machen, wenn dafür Geld bereitgestellt würde. Ich sehe in Moment niemanden, der bereit ist zu sagen: »Für die psychisch kranken älteren Menschen muß mehr ausgegeben werden«. Daher muß die Finanzierung planbar und überschaubar sein, das Geld muß endlich in den ambulanten Bereich gelenkt werden.

Herr Levershausen: Wenn Herr Leidinger sagt, daß in Gütersloh ein gerontopsychiatrisches Zentrum aufgebaut werden konnte, mit dem Ausschluß der Altenberatung, dann zeigt dies recht deutlich, daß genau der Bereich, in dem eine Kooperation mit den Trägern der freien Wohlfahrtspflege notwendig ist, hier ausgespart wurde. Es fehlt einfach an Richtlinien der Koordination, und die Träger der freien Wohlfahrtspflege lehnen an dieser Stelle die Kooperation ab, weil sie hier staatlichen Dirigismus vermuten und sich in bestimmten konzeptuellen Angelegenheiten nicht hereinreden lassen möchten.

Herr Leidinger: Unser Kooperationsproblem liegt nicht daran, daß die freien Träger mit uns nichts zu tun haben wollen, sondern daß der Kreis für die Altenberatung kein Geld gibt. Das ist wirklich der einzige Grund. In allen übrigen Bereichen ambulanter Pflege, Betreuung etc. funktioniert die Kooperation hervorragend, besonders seitdem eine Gruppe von Mitarbeitern aus unserer Abteilung einen eigenen Verein unter dem Dach der AWO gegründet hat und ihr Tagespflegehaus aufgemacht hat.

Herr Drost: Es ist bedauerlich, wenn in einer solchen Veranstaltung kommunale Kooperation aus dem Verbandsbereich als staatlicher Dirigismus bezeichnet

wird. Die Kommune ist eine antistaatliche Gründung und Institution. Kommunale Vertreter, die sich selbst als staatliche Dirigisten verstehen, besitzen kein angemessenes Grundverständnis von dem, was Kommune in unserem gesellschaftlichen staatlichen Aufbau darstellt. Sie sind natürlich in dieser Rolle in vielfältiger Weise korruptiert, teilweise pervertiert, wenn ich über kommunale Finanzstrukturen spreche, aber sie bieten eine Chance, die leider zu wenig genutzt wird, und die sich auch im Tagungsprogramm nicht angemessen widerspiegelt. Sie bieten eine Chance, hochkomplexe Strukturen wie ein gerontopsychiatrisches Zentrum zu etablieren. Da müssen in der Tat hochdiffizile Interessenkonflikte fachlicher Art ausgeglichen werden. Die Trägervielfalt müßte zusammenbegracht werden, und dann geht es noch um's Geld – ein hochkomplexer Vorgang. Die Kooperations- und Koordinationsfunktion, die ein solches Zentrum letztlich haben soll, kann überhaupt nicht unterschätzt werden.

Teil 2
Probleme gerontopsychiatrischer
Praxis

Umgang mit schwerst störendem Verhalten

Jan Wojnar

1. Einleitung

Der Anteil der über 65jährigen, die in den westlichen Industrieländern in Alten- und Pflegeheimen versorgt werden, schwankt zwischen 4 und 6% (1). Durch den hohen Anteil der Heimbewohner an den Todesfällen der entsprechenden Altersgruppe (2) bedingt, verbringen jedoch weit mehr alte Menschen, nämlich ca. 10% der Männer und ca. 25% der Frauen über 65 Jahren die letzte Zeit ihres Lebens in einem Heim (2). In Deutschland lebten 1980 fast 27% aller über 65jährigen Heimbewohner in den Pflegeheimen. Neben den schweren körperlichen Erkrankungen in Verbindung mit einer starken Beeinträchtigung der Beweglichkeit, gehören psychische Störungen (bes. die Demenz) zu den häufigsten Ursachen einer Institutionalisierung insbesondere dann, wenn sie mit ausgeprägten Verhaltensstörungen verbunden sind (3). Als besonders belastend für die pflegenden Personen erweisen sich:

- das Schreien
- das Schmieren mit den Exkrementen
(oder unkontrolliertes Verrichten der Notdurft in den Zimmerecken)
- aggressives Verhalten
- motorische Unruhe mit Neigung zum Fortlaufen.

Angesichts der Bedeutung dieser Störungen für das Schicksal der Betroffenen, ist das Desinteresse der Fachleute für diese Verhaltensauffälligkeiten bemerkenswert. In der Fachliteratur finden sich nur vereinzelt Fallbeschreibungen oder Berichte über die Wirkung bestimmter Medikamente bei störendem Verhalten. Die Fallzahlen sind dabei sehr gering und die Aussagekraft der Studien entsprechend eingeschränkt. Hinzu kommt eine unzulängliche diagnostische Zuordnung der behandelten Störungen, häufig sehr unterschiedliche Dosierungen der untersuchten Medikamente und sehr kurze Beobachtungszeiten.

2. Was unterscheidet das störende Verhalten von den Krankheitssymptomen?

Nicht nur medizinische Laien, sondern auch Pflegepersonal und Ärzte, die nur am Rande mit der Problematik des störenden Verhaltens alter pflegebedürftiger Menschen konfrontiert werden, erwarten vom »Fachmann« klare Anweisungen zur Behandlung einzelner Auffälligkeiten. So, wie es gegen Schmerzen oder Halluzinationen entsprechende Medikamente gibt (und »nur« das geeignete Mittel ausgesucht werden muß), so hofft man auch auf Medikamente (oder andere Therapiearten) gegen »das Schreien« oder »das Schmieren mit Kot« usw.

Dabei vergißt man zu leicht, daß die Schmerzen und Halluzinationen auf *pathologische*, willkürlich unbeeinflussbare Vorgänge innerhalb des Nervensystems zu-

rückzuführen sind, und somit durch die Beeinflussung beteiligter Strukturen (z.B. medikamentöse Blockierung der Schmerzfaser oder Veränderung der Menge bestimmter Neurotransmitter im Gehirn), unabhängig von der zugrunde liegenden Ursache behandelt werden können.

Bei dem »Schreien«, »Schmieren« und ähnlichen Störungen handelt es sich dagegen um *auffälliges Verhalten*, also eine (in den meisten Fällen) dem Willen, den momentanen Denkipulsen oder dem Affekt entspringenden komplexen Reaktionen auf bestimmte intrapersonelle Vorgänge oder äußere Reize. Das Verhalten ist nur in seltenen Fällen medikamentös beeinflussbar (wenn wir die starke Sedierung, die den Willen, das Denken und die Affekte – das Bewußtsein also – ausschaltet, nicht als »Behandlung« betrachten). Eine richtige Behandlung setzt die Kenntnisse der inneren Vorgänge voraus, die in dem unerwünschten Verhalten gipfeln.

Die Schmerzen und Halluzinationen sind als undifferenzierte Antworten (Symptome) des Nervensystems auf sehr heterogene Krankheitsprozesse (z.B. Intoxikationen, Fieber, Dehydratation, Stoffwechselstörungen usw.) zu verstehen. Wir behandeln zunächst diese Symptome, um den Patienten zu entlasten und versuchen im zweiten Schritt die eigentliche Ursache der Störung zu finden und zu beseitigen.

Das störende Verhalten ist nur sehr selten ein Krankheitssymptom (z.B. sog. vocale Ticks, Aggressivität während der epileptischen Aura oder bei Verletzungen des Stirnhirns sowie Palilalie bei bestimmten Lokalisationen der cerebralen Insulte u.ä.). In den meisten Fällen ist es zunächst eine Reaktion auf innere oder äußere Reize, die nicht adäquat verarbeitet werden können. Wegen der intellektuellen oder funktionellen Einschränkungen (z.B. Demenz oder Aphasie) ist eine differenzierte Ausdrucksform nicht möglich. Den Betroffenen stehen nur primitive Verhaltensformen zur Verfügung.

Durch die falsche Reaktion der Umgebung (im Sinne einer positiven Verstärkung des störenden Verhaltens) kommt es zur Verfestigung und »Verselbständigung« solchen Verhaltens.

3. Bedeutung der ausführlichen Diagnostik

Jede gute Behandlung stützt sich auf diagnostische Überlegungen und zielt auf die Beseitigung der Krankheitsursachen und nicht deren Symptome.

Das auffällige Verhalten eines alten, multimorbiden Menschen wird nur in seltenen Fällen durch eine neurotische Störung oder eine abnorme Persönlichkeitsstruktur bedingt. Die Verhaltensanalyse allein liefert also nicht die erhoffte Erklärung.

Entscheidend ist eine genaue internistische, neurologische und psychiatrische Untersuchung des Betroffenen. Sie erlaubt uns die (medikamentös) behandelbaren Ursachen der Störung auszuschließen und an Hand der neuropsychologi-

schen Testergebnisse zu beurteilen, inwieweit der »Reifegrad« der Reaktion mit den intellektuellen Fähigkeiten des Betroffenen übereinstimmt, und die Lernfähigkeit des Betroffenen abzuschätzen (was für die Erstellung des Therapieprogramms sehr wichtig sein kann).

Der behandelnde Arzt darf sich dabei nicht unkritisch auf die bereits vorliegenden Diagnosen verlassen. Es ist immer notwendig genau zu klären, wie sie zustande gekommen sind, d.h. welche Untersuchungen durchgeführt wurden und welche Ergebnisse sie geliefert haben. Besonders die Diagnose einer Demenz wird noch häufig ohne ausreichend fundierte Befunde gestellt, und ist entsprechend unsicher (4). Ähnliches gilt auch für seltene Krankheitsbilder wie z.B. Polymyalgia rheumatica u.ä.

Durch die häufig eingeschränkte Mitteilungsfähigkeit der Betroffenen müssen die neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen durch eine ausführliche Fremdanamnese ergänzt und durch apparative Methoden objektiviert werden (z.B. EEG, EMG, CCT usw.).

4. Das »Schreien« – Ursachen und Behandlung

Besonders bunt ist die differentialdiagnostische Palette des »Schreiens«. Darunter verstehen wir nicht »das laute Erschallen der Stimme«, sondern fassen den Begriff viel weiter, als Lautbildung, die in ihrer Intensität und/oder Inhalt der Situation nicht adäquat eingesetzt, oder ungeachtet der Reaktion der Umgebung mehrfach wiederholt wird. Es handelt sich also um ein breites Spektrum zw. lautem Kreischen und wiederholten Fragen, wie z.B. »Schwester, was soll ich tun?« oder »Bin ich hier richtig?«

Das »Schreien« gehört zu besonders unerträglichen Störungen für die pflegende(n) Person(en). Nicht selten droht das Personal auf den Stationen mit schreienden Menschen mit der Kündigung oder – in extremen Fällen – sogar »letzten Konsequenzen« für den Betroffenen.

Eine wirksame Therapie soll deshalb möglichst schnell gefunden werden, was leider nicht immer gelingt.

In einer Studie mit 408 Bewohnern eines großen Pflegeheimes (5) konnte gezeigt werden, daß das »Schreien« (verbal agitation) hoch signifikant mit dem Vorliegen anderer psychischer Störungen als Demenz, Schizophrenie oder affektive Psychosen, sowie mit der Zahl der internistischen Diagnosen und den Klagen über Schmerzen korreliert war.

Auch FISCHER (6) fand eine Korrelation zwischen der Aggressivität (insbes. verbale Aggressivität) und der Hilfsbedürftigkeit, die durch körperliche Erkrankungen bedingt war. Die Aggressivität stieg deutlich mit dem Grad der Abhängigkeit vom Pflegepersonal.

In unserer Gruppe von 27 »schreienden« Pflegeheimbewohnern befanden sich 4 geistig Behinderte mit z.T. leichter Demenz, 1 Patientin mit Chorea-Huntington,

6 psychisch weitgehend unauffällige Heimbewohner mit ausgeprägten sensorischen Einschränkungen (davon 4 fast blind und 2 schwerhörig), 4 mit Zuständen nach rechtshirnigen Insulten, 2 mit chronischen Schmerzen bei Osteoporose, 6 Demente (davon einer mit Decubitus), 2 abnorme Persönlichkeiten und 2 Bewohner, bei denen das »Schreien« als eine Nebenwirkung der Behandlung mit Neuroleptika aufgetreten war.

Diese Angaben machen deutlich, wie wichtig die genaue internistische, neurologische und psychiatrische Untersuchung dieser Patienten ist.

Bei den diagnostischen und therapeutischen Überlegungen sollen zunächst die *Schmerzen als Ursache der Störung* ausgeschlossen werden, was beim Vorliegen einer Demenz oder einer geistigen Behinderung sehr schwierig sein kann. Neben den Neuralgien und Polyneuropathien (die apparativ objektiviert werden können), sollen auch solche Krankheitsbilder wie Osteoporose, rheumatoide Beschwerden, Polymyalgia rheumatica sowie Schmerzzustände nach Herpes zoster und chronische Kopfschmerzen berücksichtigt werden. Neben den üblichen Untersuchungen spielt hier auch die ausführliche Fremdanamnese eine besonders wichtige Rolle. Bei einem begründeten Verdacht auf das Vorliegen eines Schmerzsyndroms, soll zunächst eine entsprechende Schmerzbehandlung erfolgen.

Geistig Behinderte und Patienten mit ausgeprägten Funktionsstörungen der Sinnesorgane waren unter unseren »schreienden« Heimbewohnern überproportional stark vertreten. Überwiegend handelte es sich um Personen, die in ihrer häuslichen Umgebung mit sehr viel Aufwand und Aufmerksamkeit betreut wurden («die ganze Familie war nur für sie da« ...), und nach dem Tod oder Erkrankung des Betreuers in ein Pflegeheim verlegt wurden. Ähnliches galt auch für die meisten Patienten mit Störungen der Sinnesorgane.

Das Leben auf einer Pflegestation war für sie mit einer erheblichen Reizdeprivation verbunden. Die Suche nach Zuwendung und einer intensiven persönlichen Betreuung wirkte auf das Personal überwiegend als eine lästige Anklammerung oder Versuch, auf Kosten anderer, »bedürftigerer« Heimbewohner Sonderstellung zu erlangen. Das unauffällige Verhalten wurde übersehen, das störende dagegen (das »Schreien«) mit Aufmerksamkeit und persönlichen Kontakten belohnt, was nach einiger Zeit zur Verfestigung der Störung führte. Insbesondere die Unzuverlässigkeit des Personals (z.B. Versprechungen wie »ich komme gleich« oder »sie bekommen sofort ihre Zigarette«, die nicht eingehalten wurden) wirkte sehr frustrierend auf die Betroffenen und erzeugte erhebliche Spannungen auf den Stationen. Schon durch relativ einfache Korrekturen des Umgangs mit den Patienten gelang es (leider nicht immer) das störende Verhalten weitgehend zu verändern. Das erwünschte Verhalten wurde mit viel Zuwendung und Aufmerksamkeit belohnt, feste Absprachen bezüglich der Routineversorgung, der Mahlzeiten und der Zigaretteinteilung eingeführt und die Interessen der Kranken (z.B. Musik, Fernsehen, Ausflüge usw.) soweit wie möglich berücksichtigt.

Bei der Betreuung der »schreienden« Bewohner mit Funktionsstörungen der

Sinnesorgane erwies sich eine ruhige Umgebung mit einer intensiven persönlichen Zuwendung (z.B. eine Pflegekraft für 3–4 Bewohner) als besonders günstig. Eine »normale« Station im Pflegeheim ist voll von Geräuschen, die nicht immer richtig zugeordnet werden können und z.T. angstaussendend wirken (lautes Zuschlagen der Türen, Streit, Schreie, fallende Gegenstände u.ä.). Das führt zu einer Überflutung mit unangenehmen akustischen Reizen bei gleichzeitiger Verarmung der normalen, intellektuell anregenden Kommunikation. Die Wirkung ist der sensorischen Deprivation (7) mit »intensivem Verlangen nach Sinnesreizen und Körperbewegung, starker Suggestibilität, Störung des normalen Denkablaufs, Konzentrationsschwäche, depressiver Stimmung und in einzelnen Fällen Halluzinationen« vergleichbar. Die Gespräche mit den Pflegepersonen, gemeinsames Singen, Vorlesen, gymnastische Übungen und Spaziergänge führen zu einer weitgehenden Normalisierung des Verhaltens.

Eine Therapie mit Medikamenten (Ausnahme bilden wie bereits gesagt die Schmerzsyndrome) ist nur in relativ seltenen Fällen gerechtfertigt. Aus der neurophysiologischen Literatur ist bekannt, daß durch elektrische Reizung der motorischen Supplementärarea (SMA), die sich im Interhemisphärenspalt unmittelbar vor dem primären motorischen Cortex befindet, repetitives Äußern einzelner Silben ausgelöst werden kann (8). Für Verletzungen der vorderen Zonen der limbischen Region und für bestimmte Verletzungen der rechten Hemisphäre sind nicht unterdrückbare Konfabulationen, derer sich die Betroffenen nicht bewußt sind, sehr charakteristisch (9). Diese Beispiele zeigen, daß das »Schreien« auch als *Symptom* einer Störung der Hirnfunktion auftreten kann. Typisch für diese Patienten ist die Tatsache, daß sie meistens das Schreien selbst nicht wahrnehmen und sich über »die Unterstellung« des Untersuchers (oder des Personals) wundern.

Solche »vocalen Tics« können z.T. mit Haloperidol oder sehr niedrig dosiertem Clonidin behandelt werden. Die Wahl der Medikation stützt sich auf die Beobachtungen, die bei der Behandlung der Patienten mit sog. Gilles de la Tourette-syndrom (gekennzeichnet durch vocale Tics mit Koprolalie, wobei die besondere Art der Wortwahl transkulturell unverändert bleibt) gemacht wurden. Diese Erkrankung wird in der neuesten Literatur einer Abnormalität der Basalganglien oder des striären und limbischen Systems zugeschrieben (10). Sie spricht in ca. 75% der Fälle sehr gut auf die Behandlung mit Haloperidol an. Als wirksam erwiesen sich auch Pimozid (Orap) und Clonidin (11).

Das »Schreien« von einigen Patienten mit einem rechtshirnigen Insult kann z.T. auf die bereits erwähnten Konfabulationen zurückgeführt werden. Bei unseren 2 Bewohnern schien es sich aber eher um sog. Aprosodie zu handeln. Darunter versteht man die Unfähigkeit zu einer melodischen Intonation und einer affektiven Färbung der Sprache. Patienten mit einer Störung im Bereich der vorderen rechten Hemisphäre können den affektiven Inhalt des Gesprochenen mit der Stimme nicht ausdrücken (die Stimme wirkt monoton, klingt häufig zu laut und »unfreundlich«); diejenigen mit Läsionen in hinteren Anteilen dagegen erkennen nicht den effektiven Ausdruck der Sprache. Da sie gleichzeitig sehr häufig de-

pressiv oder dysphorisch verstimmt und affektlabil sind, kommt es zu massiven Auseinandersetzungen mit dem Personal. Sedierende Antidepressiva insbes. Trazodon (Thombran) zeigen in diesen Fällen sehr gute Wirkung (12).

Bei der Untersuchung und Behandlung »schreiender« Patienten darf nicht vergessen werden, daß das »Schreien« auch als Nebenwirkung der Neuroleptika auftreten kann (13).

5. Das »Schmieren« – Ursachen und Behandlung

Die Harn- und Stuhlinkontinenz sind unter den Demenzkranken weit verbreitet. Die Zahl der Betroffenen schwankt stark abhängig vom Grad der Demenz und der Betreuungsart (z.B. Kontinenztraining). Berrios (14) fand unter 100 Demenzkranken 35% Inkontinente. Sie waren signifikant älter, litten unter stärkeren Gedächtnisstörungen, Desorientierung und Hyperaktivität als die Vergleichsgruppe ohne Inkontinenz.

Besondere Probleme bereiten den Pflegenden die Demenzkranken, die ihre Notdurft unkontrolliert im Wohnraum verrichten, mit den Exkrementen »schmieren« oder sie aufessen. Das Problem wurde bisher nicht weiter erforscht. In der Literatur findet sich nur eine Arbeit zu diesem Thema (15). Die Autoren untersuchten 14 »schmierende« Heimbewohner und stellten bei allen eine ausgeprägte Obstipation fest. Das »Schmieren« sistierte nach einer erfolgreichen Behandlung der Verstopfung. In diesem Zusammenhang muß auf die Verbreitung gastrointestinaler Störungen bei alten Menschen erinnert werden. Sie wurden bei ca. 80% geriatrischer Langzeitpatienten beobachtet (16), wobei bei ca. 27% rezidivierende Durchfälle unterschiedlicher Genese im Vordergrund standen. Fast 40% dieser Durchfälle wurden als Folge einer länger bestehenden Obstipation erkannt und entsprechend behandelt. Ein Durchfall schließt also das Vorliegen einer chronischen Obstipation (mit dem oben beschriebenen »Schmieren«) nicht aus.

Unsere Beobachtungen konnten nur begrenzt die Obstipation als Ursache des »Schmierens« bestätigen. Betroffen waren in den meisten Fällen Menschen mit einer Demenz mittleren Grades, und einer noch relativ gut erhaltenen Fassade. Das »Schmieren« oder das Aufessen der Exkremente (begünstigt durch die ausgeprägte Störung des Geruchs- und Geschmackssinns) konnte überwiegend als ein verzweifelter Versuch, sie vor der Umgebung zu verstecken, gedeutet werden. Die Störung verstärkte sich, wenn das Personal mit Entsetzen oder vorwurfsvoll reagierte und den Betroffenen ausschimpfte. Hilfreich erwies sich ein Kontinenztraining auch nachts und ein »Übersehen« der »Schmiererei« (d.h. das Personal handelte so, als wäre nichts Besonderes geschehen). Wichtig ist auch die Gestaltung der Stations-Toiletten mit hellen, von oben gut beleuchteten Halbkreisen vor der Tür, die die Orientierung auch nachts erleichtern. Vermeiden soll man dagegen alle Motive, die zum »Schmieren« oder zur Verrichtung der Notdurft animieren (wie z.B. eine schöne Phototapete mit dem Waldmotiv am Ende des Flurs).

6. Aggressives Verhalten

Wie bereits erwähnt, gehört bei den nicht dementen Heimbewohnern das aggressive Verhalten zu besonders erfolgreichen Daseinstechniken (6). Das Maß der Aggressivität steigt mit zunehmender körperlicher Behinderung, was z.T. als Reaktion auf die steigende Anpassung an die organisatorischen Notwendigkeiten des Pflegeaufwands zu verstehen ist. Der Gepflegte wird immer mehr in die assoziative Nähe zum Kleinkindalter gedrängt und verteidigt seine Identität, indem er sich durchzusetzen versucht (was als Aggressivität empfunden wird). Es wäre unsinnig solche Patienten mit Psychopharma zu sedieren oder zu »dämpfen«. Entscheidend ist hier die Veränderung des Umgangs mit den Betroffenen mit dem Ziel, die Selbständigkeit und die erhaltenen Kompetenzen zu fördern, und die notwendige Hilfe entsprechend den Erwartungen des Patienten und nicht abhängig von organisatorischen Notwendigkeiten (z.B. schon um 19 Uhr ins Bett legen usw.) anzubieten.

Bei den Demenzkranken ist aggressives Verhalten (ohne ersichtlicher äußerer Ursachen) sehr verbreitet. Ca. 85% aller Patienten mit SDAT werden zweitweise im Verlauf der Erkrankung tödlich aggressiv, leiden unter plötzlichen Wutanfällen oder einer motorischen Unruhe (17). Besonders bei den jüngeren (unter 75 Jahren), nicht depressiven dementen Patienten ist die Wahrscheinlichkeit eines tödlich-aggressiven Verhaltens groß (18). Die Bedeutung der Interaktionen mit dem Pflegepersonal ist noch nicht genügend untersucht. Es konnte jedoch gezeigt werden, daß aggressives Verhalten einer Person in ihrer Umgebung ähnliches Verhalten erzeugt (und umgekehrt) (19).

Unsere Beobachtungen auf einer Station mit schwer dementen Bewohnern bestätigen diese Erfahrung. Der Streit zw. den Bewohnern, lautes Schreien oder unfreundlicher, fordernder Umgangston des Personals führen zu einer unerträglichen Zunahme der Aggressionsbereitschaft unter den Patienten. Es ist also besonders wichtig sehr unruhige/aggressive Bewohner rechtzeitig zu behandeln (z.B. durch eine intensive Betreuung in einer kleinen Gruppe, Spaziergänge u.ä.). In einigen Fällen ist eine medikamentöse Therapie unumgänglich, wobei die Auswahl der Mittel sehr sorgfältig erfolgen muß. Die genaue Beobachtung der Symptome, des Verhaltens und der Stimmung des Patienten liefert wichtige Informationen über die möglichen Ursachen der Störung (z.B. optische oder akustische Halluzinationen, Angstzustände, paranoide Ideen usw.) und ermöglicht gezielte Therapie. Immer noch gehören Neuroleptika zu den am häufigsten verschriebenen Medikamenten zur Behandlung von Unruhezuständen bei dementen Patienten (17), obwohl ihre Wirksamkeit bei etlichen Störungen fraglich ist (20). Wegen der ausgeprägten Nebenwirkungen insbes. bei älteren Patienten sollten unbedingt andere Medikamentengruppen (12) berücksichtigt werden.

7. Motorische Unruhe mit Neigung zur Fortlaufen

Die motorische Unruhe (das »Wandern«) gehört zu den typischen Störungen bei der Demenz und führt besonders häufig zu einer geschlossenen Unterbringung

der Betroffenen. Diese Gruppe der Demenzkranken unterscheidet sich von den »Nicht-Wanderern« durch größere Sprach- und Lesestörungen, Inkontinenz, persistierende Orientierungsstörungen und Unfähigkeit zu erkennen, daß sie sich verlaufen haben. Sie zeigen aber gleichzeitig bessere soziale Fähigkeiten, besseres Hörvermögen, ziehen sich weniger zurück, sind sehr mobil und allgemein aktiv (21).

Nach unseren Beobachtungen neigen vor allem leicht bis mittelgradig demente Patienten, die zeitweise im Stande sind ihre Beeinträchtigungen zu erkennen, zum plötzlichen Fortlaufen. Wenn wir den freien Willen nach ECCLES (8) als »die Fähigkeit, Handlungen auszuführen, die in Gedanken geplant worden sind, oder wenigstens den Versuch zu machen, sie auszuführen« verstehen, dann scheint das »Wandern« für die Betroffenen eine der letzten Möglichkeiten einer willentlichen Handlung zu sein.

Betrachtet man die »Gefühlsdynamik im Erlebnisablauf« (22), so taucht vor der Handlungsschwelle die Angst auf, die erst durch die Handlung beseitigt wird. Ein dementer Mensch erträgt schlecht Situationen, in denen er glaubt zu versagen oder befürchtet, ihm unverständlichen Anforderungen genügen zu müssen. Die Angst vor einer unbekannten Handlung wird durch eine »willkürliche« Tätigkeit, mit der eine konstruktive Aggression und das Gefühl der Freude verbunden sind, beseitigt. Interessant ist dabei zu beobachten, daß meistens das Gehen durch eine »Anfeuerung« (z.B. »ich muß jetzt gehen!«, »ich gehe nach Hause!«, »komm, wir gehen!«) eingeleitet wird. Neurophysiologisch entsteht der Entwurf der Bewegung in der motorischen Supplementärarea (SMA). Nach WIGOTSKIJ (9) werden Nervenzellen in diesem Bereich zunächst durch die Verständigung zwischen Kind und Erwachsenen (z.B. »Nimm das!«, »komm hier!« usw.) aktiviert. Wenn das Kind zu sprechen gelernt hat, erteilt es sich selbst entsprechende Anweisungen im Medium des inneren Sprechens und lernt das Ziel der Handlung nicht zu vergessen.

Der demente Mensch scheint das innere Sprechen durch impulsive, laut geäußerte Entscheidung zu ersetzen. Um die Unsicherheit bei der Verfolgung des Ziels zu überspielen, nimmt er noch andere Bewohner mit.

Eine Behandlung mit Medikamenten ist in diesen Fällen nicht zu verantworten. Viel sinnvoller ist der Versuch einer intensiven Betreuung im Sinne des sog. »Domus-Prinzips« (23). Durch ständige Anwesenheit einer »gesunden« Person in einer kleinen Gruppe Dementer, die Gespräche und einfache alltägliche Tätigkeiten anregen, verwandelt sich der Tag in eine Kette von »unauffälligen« Handlungen, die mit konstruktiver Abfuhr der Aggressionen und dem Abbau der Ängste verbunden sind.

Ist solche intensive Betreuung nicht möglich, so erweist sich in vielen Fällen eine Verlegung auf eine geschlossene Station als sehr günstig für den Patienten. Nach unseren Beobachtungen können bestimmte »Wanderer« dem Reiz einer offenen Tür nicht widerstehen (besonders wenn sie beobachten, daß andere Bewohner oder Pflegekräfte rausgehen). Sie geben dem Drang nach der Bewe-

gung nach und leiden draußen unter ausgeprägten Ängsten oder brechen vor Ermüdung zusammen. Auf einer geschlossenen Station wirken sie dann entspannter und fröhlicher.

8. Abschließende Bemerkungen

Die Betreuung dementer Menschen gehört zu den schwierigsten und psychisch stark belastenden Aufgaben. Es ist aber auch ein Bereich, welcher uns täglich mit neuen Überraschungen, heiteren Begebenheiten und erstaunlichen Reaktionen der Kranken konfrontiert. Das Pflegepersonal und die beteiligten Ärzte betreten täglich ein Neuland und sind ständig gezwungen die Behandlungsmethoden zu korrigieren. Jeder demente Mensch ist anders, jeder ist in seinem Erleben faszinierend. Nicht alle Störungen lassen sich behandeln. Wahrscheinlich liegt die Ursache in unserer Unfähigkeit das Erleben der Betroffenen und deren Verhalten zu verstehen. Je näher wir aber mit den dementen Menschen leben, desto besser werden unser Einfühlungsvermögen und die therapeutischen Fähigkeiten sein.

Literatur

- 1) HÄFNER, H.: »Psychische Gesundheit im Alter«. Fischer, Stuttgart, New York (1986)
- 2) BICKEL, H., Jaeger, I.: »Die Inanspruchnahme von Heimen im Alter«. Z. Gerontol. 19: 30–39 (1986)
- 3) REISBERG, B., Borenstein, J., Salob, S. P.: »Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment«. J. Clin. Psychiatry 48(5) (supp.): 9 (1987)
- 4) WOJNAR, J.: »Differentialdiagnose der Demenz«. Ärztliche Praxis, 41: 12–14 (1992)
- 5) COHEN-MANSFIELD, J., BILLIG, N., LIPSON, S., ROSENTHAL, A. S., PAWLSON, L. G.: »Medical correlates of agitation in nursing home residents«. Gerontology, 36: 150–158 (1990)
- 6) FISCHER, L.: »Aggressivität als Daseins Technik in Altenpflegeheimen«. Z. f. Gerontol. 14: 459–468 (1981)
- 7) PETERS, U. H.: »Wörterbuch der Psychiatrie und medizinische Psychologie«. Urban & Schwarzenberg, München (1990)
- 8) ECCLES, J. C.: »Das Gehirn des Menschen«. Piper, München (1984)
- 9) LURIJA, A. R.: »Das Gehirn In Aktion«. Rowohlt, Reinbek (1992)

- 10) GARCIA, C.: »Über die klinischen Grenzen des Gilles de la Tourette-Syndroms«. *Nervenarzt*, 58: 748–753 (1987)
- 11) FRIEDHOFF, A. J.: »Gilles de la Tourette Syndrome«. In: ADELMAN, G. (ed): »Encyclopedia of neuroscience«. Birkhäuser, Boston, pp.: 461–462 (1987)
- 12) SCHNEIDER, L. S., SOBIN, P. B.: »Non-neuroleptic medications in the management of agitation in Alzheimer's disease and other dementia: a selective review«. *Int. J. Geriatr. Psychiat.*, 6: 691–708 (1991)
- 13) GARCIA, C.: »Neuroleptisch bedingte Palilalie«. *Nervenarzt*, 61: 676–683 (1990)
- 14) BERRIOS, G. E.: »Urinary incontinence and the psychopathology of the elderly with cognitive failure«. *Gerontology*, 32: 119–124 (1986)
- 15) BEGG, A. H., McDONALD, C.: »Scatolia in elderly people with dementia«. *Int. J. Geriatr. Psychiat.*, 4: 53–54 (1989)
- 16) KINNUNEN, O., JANKONEN, P., SALOKANNEL, J., KIVELÄ S.-L.: »Diarrhea and fecal impaction in elderly long-stay patients«. *Z. Gerontol.*, 22: 321–323 (1989)
- 17) JESTE, D. V., KRULL, A. J.: »Behavioral problems associated with dementia: diagnosis and treatment«. *Geriatrics*, 46: 28–34 (1991)
- 18) SHAH, A. K.: »Violence and psychogeriatric inpatients«. *Int. J. Geriatr. Psychiat.*, 7: 39–44 (1992)
- 19) SCHNEIDER, H.-D.: »Bewohner und Personal als Quellen und Ziele von Gewalttätigkeit in Altenheimen«. *Z. Gerontol.* 23: 186–196 (1990)
- 20) SCHNEIDER, L. S., POLLOCK, V. E., LYNES, S. A.: »A metaanalysis of controlled trials of neuroleptic treatment in dementia«. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 38: 553–563 (1990)
- 21) DAWSON, P., REID, D. W.: »Behavioral dimensions of patients at risk of wandering«. *The Gerontologist*, 27: 104–107 (1987)
- 22) MACHLEIDT, W.: »Gefühle und Affekte und ihr Bezug zu funktionellen Psychosen«. *TW Neurologie Psychiatrie*, 6: 147–156 (1992)
- 23) LINDESAY, J., BRIGGS, K., LAWES, M., MacDONALD, A., HERZBERG, J.: »The domus philosophy: a comparative evaluation of a new approach to residential care for the demented elderly«. *Int. J. Geriatr. Psychiat.*, 6: 727–736 (1991)

Umgang mit depressivem Verhalten

Johannes Kipp

1. Einleitung

Obwohl Altersdepressionen in den neuen Diagnoseschlüsseln seit dem ICD 9 (DEGKWITZ et al. 1980) nicht mehr als besondere Depressionen abgegrenzt werden, haben sie eine besondere Färbung der Symptomatik. 2/3 der Patienten äußern hypochondrische Befürchtungen, nur die Hälfte der Altersdepressiven entwickeln Schuldgefühle und Selbstvorwürfe. Bei einem Viertel trifft man auf Verarmungsideen und Schuld(en)wahn. Jeder sechste Patient zeigt Zwangssymptome (Bloink u. Husser 1984). In der Klinik kennen wir zahlreiche Patienten, die in einem ewigen Klagen und Anklagen sich mit ihrem Bauch, ihrem Hals, ihrem Kopf, ihren Gliedmaßen, selten nur jedoch mit ihrem Brustbereich befassen. Oft haben sie Schwierigkeiten, etwas zu essen, weniger weil sie Angst haben, es sei vergiftet, vielmehr tritt häufig das Gefühl auf, völlig verarmt zu sein, so daß sie glauben es nicht mehr bezahlen zu können. Patienten in der Klinik oder im Altersheim, die von sich aus 10 Minuten und mehr über ihren Stuhlgang, den sie nicht haben, sprechen, kann man unseres Erachtens mit recht großer Sicherheit zu den Altersdepressiven zählen.

Allen Depressiven ist gemeinsam, daß sie sich mit ihrer depressiven Problematik nur im Hier und Jetzt beschäftigen; die persönliche Geschichte und die Vergangenheit ist kaum mehr denkbar, und die Zukunft ist sowieso schwarz und unsichtlos.

2. Schwierigkeiten im Umgang und ein Verstehensmodell der Depression

Wenn man mit Depressiven umgeht, hört man dauernd das Klagen über Beschwerden und über die eigene Schuld oder über Schulden. Dieses Klagen ist jedoch nicht nur als Form der Schilderung des eigenen Leidens zu verstehen. Das Wort Klage hat eine doppelte Ausrichtung; es bezieht sich nach innen auf Schmerzen, nach außen im Sinne der Anklage auf einen sozialen Kontext. Klage und Anklage vermischen sich bei der dauernden Beschwerdeschilderung von Altersdepressiven, so daß die, die mit ihnen umgehen, häufig genervt von ihnen sind. Destruktive Gegenübertragungsphantasien, die oft mit großer Wut einhergehen, sind häufig. Nicht selten können sich diese bis zu mehr oder weniger bewußten Mordphantasien steigern.

Solche Gedanken kann man leicht nachvollziehen, wenn man z.B. von einer 70-jährigen depressiven Patientin hört, die so hilflos war, daß sie schon morgens um 6.00 Uhr ins Schlafzimmer der Tochter und des Schwiegersohns kam, um zu fragen, was sie heute kochen solle. Als die Tochter bei dieser Gelegenheit endlich einige wütende Worte sagte, fühlte sich die alte Dame ganz fallengelassen und verübte einen Suizidversuch.

Im medizinischen Bereich erleben wir häufig solche Klagen: Die Medikamente, die wir geben, sind nicht richtig; wir verstehen die Patienten falsch; alles, was wir machen, ist falsch. Wir sind dann ohnmächtig – ohnmächtig wütend.

Beim ersten Kontakt kann man zwar beobachten, daß für ein paar Sekunden oder Minuten ein richtiger Dialog mit einem Depressionskranken zustande kommt, der jedoch bald wieder zerfällt und in Klagen und Anklagen endet.

Wie kann man verstehen, was in einem Depressiven vorgeht? Häufig wird Trauer und Depression miteinander verglichen, da Trauer auch nach Verlusten auftritt und uns allen aus dem eigenen Erleben bekannt ist. Meines Erachtens hilft uns jedoch die Vergegenwärtigung, wie wir trauern, nicht dazu, daß wir uns besser in Depressive einfühlen können. Depression scheint ein völlig anderer Prozeß zu sein, der am ehesten mit einer chronifizierten Kränkungs- und Trotzreaktion zu vergleichen ist (Kipp und Jüngling 1991). Vielleicht versuchen Sie ihre eigene Erfahrung zu reflektieren, wie es Ihnen geht, wenn Sie gekränkt werden, wenn Sie trotzig reagieren, wenn Sie einschnappen oder wie andere Worte dafür im Deutschen heißen. Bei mir und bei vielen, die ich befragt habe, verändert eine eingetretene Kränkung Denken und Fühlen schlagartig. Nach einer kurzen Phase der Kränkungs- und Wut kreisen die Gedanken häufig um die Kränkung. Im Kreisen der Gedanken verschließt sich die Zukunft. Alles hat keinen Wert mehr, vielleicht sind auch alle oder alles schlecht. Gefühle verändern sich ebenfalls rasch. Während die Welt zuvor noch farbig sein konnte, wird alles grau und unbedeutend gegenüber dem eigenen Schmerz erlebt. Der Körper wird häufig schwerer, schwungloser. Normalerweise können wir uns nach kürzerer oder längerer Zeit durch Wut, Ablenkung oder andere Reaktionen aus dieser Kränkungsreaktion retten.

Zur Depression gehört jedoch, daß sie von längerer Dauer ist und z.B. nach ICD-10 (DILLING et al. 1991) mindestens 14 Tage dauert. Viele depressiv Kranke sagen, man könne eine Depression nicht verstehen, wenn man eine solche nicht selbst gehabt hätte. Ich möchte dem entgegensetzen und sagen, Depressionen sind wie chronifizierte Kränkungsreaktionen zu verstehen und einzufühlen.

Wesentlich für den Umgang mit depressiv Kranken ist es, sich zu erinnern, wie wir als Gekränkte oder Trotzig behandelt werden wollen: hier hilft es nicht, daß wir wieder und wieder auf ein Problem angesprochen werden oder daß uns freundlich auf die Schulter geklopft wird, es sei doch alles nicht so schlimm. Die Möglichkeit, die Kränkung in Wut umzuwandeln, abgelenkt zu werden und in der Kommunikation an nicht gekränkten Anteilen anzuknüpfen, führt dagegen häufig aus der Kränkung heraus.

Typisch für die Kränkung ist auch unsere Gegenreaktion, daß wir – z.B. trotzig den Kindern gegenüber – oft hilflos und hilflos wütend werden.

Entsprechende Gegenübertragungsreaktionen habe ich besonders deutlich gegenüber alten depressiven Menschen erlebt, die klagend/anklagend ihre Beschwerden unentwegt vorbringen. Diese Reaktionen werden häufig verschwiegen und auch in der Fachliteratur nicht erwähnt. Therapeuten und Pflegekräfte,

die eigentlich die Aufgabe haben, positive Gefühle insbesondere ihren schwerkranken Patienten gegenüber zu entwickeln, können solche Gefühlsreaktionen dann nur als persönliches Problem verstehen. Um solch schlimme Gefühle abzuwehren, wird die Distanz zu Depressiven vergrößert bzw. kompensatorische Helferaktivitäten entwickelt. Beides trägt nicht dazu bei, den Umgang mit depressiv Kranken zu verbessern.

Wenn man von diesem Kränkungsmodell der Depression ausgeht, kann man zum Umgang mit Altersdepressiven vielleicht sagen: »Geh so mit depressiv Kranken um, wie mit Dir umgegangen werden soll, wenn Du gekränkt bist.«

3. Zur Diagnostik und Therapie von depressiven Menschen im Alter

Die diagnostische Einordnung von Altersdepressiven ist schwierig (vgl. BERGER 1989). Obwohl Depressionen im Alter häufig, wenn auch meist mit einer gewissen Latenz, nach Verlusten auftreten, entwickeln sie oft somatische und psychotische Symptome. Eine Einteilung endogen, reaktiv oder neurotisch ist nicht möglich. Depressionen im Alter klingen oft sehr langsam ab. Wenn man nach klinischer Erfahrung die Populationen vergleicht, dauern Altersdepressionen wesentlich länger als depressive Erkrankungen im jüngeren Lebensalter.

Kurz soll auf einige therapeutische Strategien eingegangen werden: Antidepressiva sind bekanntlich Medikamente, die mit einer deutlichen Latenz von 10–20 Tagen in ungefähr 3/4 der Fälle wirksam werden können. Sie gehen mit zahlreichen Nebenwirkungen einher, die häufig nach unserer klinischen Erfahrung unterschätzt werden.

Erster Schritt nach der Aufnahme ist es, Patienten nicht gleich auf Antidepressiva einzustellen, sondern in der Anfangsphase von ca. einer Woche Dauer die körperliche, psychiatrische und psychologische Diagnostik durchzuführen, um so Vergleichswerte zu bekommen. Außerdem kann in dieser Zeit durch schwach- bis mittelpotente Neuroleptika sowie Tranquilizer die meist mit Depressionen einhergehende Schlafstörung bekämpft werden. Bei ca. einem Drittel der Patienten kann schon allein durch diese Therapie eine rasche Besserung erreicht werden, so daß auf eine spezifische antidepressive Therapie verzichtet werden kann. Der Einsatz von Antidepressiva setzt eine ständige körperliche Kontrolle voraus. Die Zahl der Nebenwirkungen ist groß. Deshalb sollten sie in der Regel vom Psychiater verordnet werden, der diese Nebenwirkungen kennt. Antiarrhythmika beispielsweise werden häufig nach der Verordnung des Antidepressivums verschrieben: Es wird nicht die Rhythmusstörung als Nebenwirkung erkannt, sondern als neues Symptom medikamentös bekämpft. Die Neigung zu Obstipation kann sich verstärken, die Mundtrockenheit erzeugt Schluckstörungen; das Sehen ist durch die Akkomodationsstörung schwieriger geworden; Miktionsstörungen treten recht häufig auf. Meines Erachtens handelt es sich bei der Antidepressivatherapie immer auch darum, mit Fingerspitzengefühl die Kosten-Nutzen-Relation zu bewerten. Dabei muß berücksichtigt werden, daß durch die verlängerte Halbwertszeit im Alter in der Regel mit der Hälfte oder einem Drittel

der normalen Erwachsenenendosis von Antidepressiva ausgekommen werden kann. Da die Antidepressivatherapie im Alter unseres Erachtens belastend ist, sollten vermehrt alternative Möglichkeiten genutzt werden: Der partielle Schlafentzug wird auch von Alterspatienten, die angeben, kaum schlafen zu können, nur schwer akzeptiert, obwohl relativ häufig gute, jedoch leider oft kurzfristige Resultate auftreten. Die Lichttherapie hat auch in einer einfachen Verordnung zumindest eine suggestive Bedeutung.

Wesentlich sind Gruppenaktivitäten und ergotherapeutische Maßnahmen, die nicht konfliktzentriert sein sollen, sondern möglichst an gesunden Anteilen anknüpfen sollen. Bei uns haben sich die anthroposophisch orientierte Kunsttherapie, durch deren Aquarellfarbentechnik recht schnell schöne farbige Blätter erzeugt werden können, sowie Aktivitäten wie Kegeln und Ausflüge bewährt. Alterspatienten gegenüber kommt man häufig bei der Motivierung zu solchen Aktionen in eine Konfliktsituation. Einerseits fühlen sich die Patienten nicht verstanden, wenn sie trotz ihrer Erkrankung mitmachen müssen. Werden sie jedoch nicht aufgefordert, fühlen sie sich links liegen gelassen und zum hoffnungslosen Fall verdammt. Hier ist ein geduldiger Umgang angezeigt.

Die Gesprächstherapie von Alterdepressiven im schweren Stadium der Depression ist meist besonders schwierig, u.a. auch dadurch, daß wir immer wieder geneigt sind, auf das Zentrum des Konfliktes zuzusteuern. Patienten sind aber auf das Hier und Jetzt, auf ihre Beschwerden und Klagen beschränkt, die Vergangenheit verschwindet gleichsam schemenhaft hinter dem jetzigen Berg von Beschwerden. Unsers Erachtens kommt es darauf an, daß die Patienten, die ihre Beschwerden als körperliche erleben, sich nicht durch die Intervention des Psychiaters oder Psychotherapeuten als Simulanten stigmatisiert fühlen. Wir definieren deshalb das Ziel unserer Therapie anders und versuchen so den Situationsvorwurf zu entkräften, uns kommt es darauf an, daß sie nicht mehr so häufig an ihre Beschwerden denken müßten mehr könne man als Psychiater nicht schaffen. Es muß nicht mehr um die Bedeutung der Symptome gestritten werden.

In vielen Fällen kann es wohlthuend sein, insbesondere wenn wir durch das Klagen und die Beschwerden genervt sind, ruhig eine ausführliche biographische Anamnese zu erheben. Als geduldig Nachfragender kann man deutlich machen, wie sehr man sich um den Patienten und seine Geschichte in seinen guten und schlechten Jahren interessiert. Auch wenn die Erzählung der Lebensgeschichte häufig etwas Hölzernes behält, kommen doch Wiederholungssituationen deutlich zum Vorschein. Positive Erfahrungen und Lebenseinstellungen kommen zum Ausdruck, an die im weiteren Therapieprogramm angeknüpft werden kann.

In unserem Therapiekonzept haben sich Gruppentherapien mit älteren Depressiven sehr bewährt (WAGNER 1988, WARSITZ und SCHLESINGER-KIPP 1984). Eine Phasenabfolge konnte erarbeitet werden. Während Patienten am Anfang sich nur klagend und anklagend mit sich selbst beschäftigen und die Therapeuten sich wie eine Klagemauer vorkommen, treten allmählich Phantasien und Erinnerungen auf, daß es früher besser war usw. Erst nach diesem Stadium tre-

ten schwer depressive Patienten dann mit dem Gruppentherapeuten in Beziehung, positive und negative Übertragungen können beobachtet und in der Gruppe ein Stück weit gedeutet und durchgearbeitet werden. Das Klagen tritt in dieser Zeit in den Hintergrund. Gegenwart und Zukunft erscheinen in einem anderen Licht.

Erst wenn es darum geht, die Klinik zu verlassen, treten häufig die körperlichen Symptome mit erneuter Vehemenz in der Vordergrund, da neben der erfreulichen Situation, wieder nach Hause zu können, der Verlust des Therapeuten realisiert und dann auch gedeutet werden kann.

In Familien- und Paartherapien gelang es uns meist mehr, die Partner bzw. Kinder aus der depressiven Umklammerung ein Stück weit zu befreien als die Depression zu lockern.

Wir glauben, depressiven Patienten in vielem helfen zu können. Und doch gibt es immer wieder Fälle, in denen wir ohnmächtig dem Leiden dieser Patienten zusehen müssen.

4. Zum Therapiesetting

Ich hatte von den therapeutischen Erfahrungen in der psychiatrischen Abteilung berichtet, jedoch kommen viele depressive Patienten nicht dort hin, obwohl dort, wie ich überzeugt bin, die »beste« Therapie gemacht wird. Ich glaube trotzdem, daß die Patienten bzw. ihre einweisenden Ärzte recht haben, die Psychiatrie zu meiden. Noch mehr als für jüngere Menschen ist für ältere und alte Menschen die Psychiatrie ein Schreckgespenst, verbunden mit dem Begriff des lebensunwerten Lebens, der Erfahrung, nie mehr rauszukommen und vieles andere mehr. Ich glaube, daß wir die Einweisung in die Psychiatrie nach wie vor als schwere Kränkung auffassen müssen, eine Kränkung, der besonders Ältere, denen die schlimme Geschichte der Psychiatrie bekannt ist, nur im Notfall ausgeliefert werden sollten. Welche anderen Versorgungsmöglichkeiten bestehen?

Die hausärztliche Versorgung steht nach wie vor im Vordergrund. Ärgerlich ist nur, daß die Fortbildung in der Depressionsbehandlung für Hausärzte von Pharmavertretern vermittelt wird, die ihre Antidepressiva natürlich auch an alten Menschen angewandt haben wollen. Ein konsiliarisches System ist notwendig, durch das neben einer umfassenden Diagnostik auch eine Therapie- und Rehabilitationsplanung im körperlichen, sozialen und psychologischen Bereich erfolgt. Eine gerontopsychiatrische Konsiliararbeit kann durch den Aufbau eines gerontopsychiatrischen Zentrums (Expertenbericht 1988) realisiert werden. Dieses sollte am günstigsten am Allgemeinkrankenhaus angesiedelt werden und müßte nicht unbedingt den Namen »Psychiatrie« tragen. Neben dieser Aufgabe könnte ein solches Zentrum Hausärzte wie Klinikärzte intensiv beraten und fallbezogen fortbilden. Außerdem könnten Pflegeheime und andere Einrichtungen der Altenhilfe in ihrer Arbeit unterstützt werden.

Durch tagesklinische Einrichtungen am Allgemeinkrankenhaus, in denen auch sozio- und psychotherapeutische Möglichkeiten zur Verfügung stünden, wäre

eine weitere intensive und spezifische Therapie möglich, ohne daß alte depressive Menschen dem Trauma psychiatrische Klinik ausgesetzt wären.

Die Chance, eine internistische Station, auf der alte Menschen mit körperlichen Beschwerden, die im Rahmen einer Depression auftreten, in eine soziotherapeutisch gut organisierte Station umzuwandeln, ist gering; jedoch könnte ein Liaisondienst zu einer Verbesserung des therapeutischen Klimas beitragen. Der Liaisonmitarbeiter, sei es Arzt, Psychologe oder Sozialarbeiter, könnte als Ansprechpartner dazu dienen, daß neben einer korrekten medikamentösen Therapie auch die gesunden Seiten des Patienten ein Stück weit gefördert werden. So sehr ich mich und wahrscheinlich viele von uns sich mit der psychiatrischen Klinik identifizieren, so sehr müssen wir uns auch im Klaren sein, daß wir zwar im Film gern gesehen sind, daß wir aber als Behandelnde in der zwischenmenschlichen Beziehung primär als Belastung erlebt werden. Gerontopsychiatrie muß deshalb in Kooperation mit der Allgemeinmedizin und dem Allgemeinkrankenhaus weiterentwickelt werden. Leider sind bisher kaum Anstalten gemacht worden, gerontopsychiatrische Zentren zu realisieren.

5. Zusammenfassung

Der Umgang mit depressiven Menschen im Alter, deren Klagen sich häufig auf körperliche Beschwerden beziehen, ist schwierig. An einem Verstehensmodell der Depression, nämlich der Kränkungsreaktion, die der alltäglichen Erfahrung zugänglich ist, wird versucht, die Gegenübertragungsproblematik herauszuarbeiten und Vorschläge zum Umgang zu machen. Da die medikamentöse antidepressive Therapie im hohen Lebensalter häufig mit gefährlichen Nebenwirkungen einhergeht, werden nicht-medikamentöse Therapieformen in den Vordergrund gestellt. Das gerontopsychiatrische Zentrum mit einer Tagesklinik könnte Basis für eine adäquate Therapie im Allgemeinkrankenhaus oder in der Allgemeinmedizin sein, so daß Alterspatienten mit Depression nicht dem Trauma der Einweisung in die psychiatrische Klinik ausgesetzt sind.

Literatur

- BLOINK M., HUSSER J. (1984): Depressive Erkrankungen. In: OSWALD E. G., HERMANN W. M., KANOWSKI S., LEHR U. M., THOMAE H. (Hrsg.): Gerontologie. Kohlhammer, Stuttgart, S. 343–349
- DEGKWITZ R., HELMCHEN H., KOKOTT G., MOMBOUR W. (1980): Diagnose-schlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten (deutsche Ausgabe der ICD; 9. Revision, Kap. V). Springer, Berlin Heidelberg New York

- DILLING H., MOMBOUR W., SCHMIDT M. H. (Hrsg.) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kap V (F). Huber, Bern Göttingen Toronto

- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) (Hrsg.) (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der psychiatrischen Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn

- KIPP J., JÜNGLING (1991): Verstehender Umgang mit alten Menschen. Eine Einführung in die praktische Gerontopsychiatrie. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York

- WAGNER T. (1988): Körperliche Beschwerde und ihre Bearbeitung in einer Gruppentherapie mit Älteren. In: Kalousek ME (Hrsg.): Gerontopsychiatrie 13. Janssen, Neuss, S. 112–125

- SCHLESINGER-KIPP G., WARSITZ P. (1984): Der Sog des Schweigens und die unwillkürliche Erinnerung. Fragmente 10: 40–93

Organisation tagesstrukturierender Gruppenangebote für Demenzkranke

Hans Gutzmann, Eva-Maria Neumann, Karin Tzschätzsch

1. Einleitung

Gruppen für demente Patienten gehören zu jenen höchst seltenen Therapiemaßnahmen, deren Wert unter Fachleuten – sogar unter Sozialpolitikern – nahezu unstrittig ist, deren therapeutische Effizienz aber gleichzeitig nach gängigen wissenschaftlichen Standards als weitgehend ungesichert angesehen werden muß. In der Vorbereitung dieses Beitrages gelang es zum Beispiel nicht, eine Studie zu finden, die glaubhaft den »Medikamenten-Spar-Effekt« von Dementengruppen belegt, der doch immer wieder reklamiert und mit Erfahrungsberichten anscheinend auch untermauert wird.

Die im Titel angesprochene Aufgabe »Organisation tagesstrukturierender Gruppenangebote« hat zwei Zielrichtungen.

- die erste und naheliegendste ist der Patient und seine Bedürfnisse,
- die zweite aber ist der therapeutisch-pflegerische Kontext, in den das neue Angebot einzupassen ist.

In beide Richtungen wird man schauen und die jeweils sehr unterschiedlichen Hürden gleichermaßen ernstnehmen müssen. Man wird aber auch über allen Problemen nicht aus den Augen verlieren dürfen, daß für beide, sowohl für die Patienten wie für die etablierten Träger der Grundversorgung (vulgo: Pflegepersonal), in der Implementierung einer tagesstrukturierenden Gruppe eine eminente Chance liegt.

2. Die Protagonisten

2.1 Die Patienten

Zunächst soll also von denjenigen gesprochen werden, deren Bedürfnissen durch die Installation einer solchen Gruppe besser Rechnung getragen werden soll. Wenn im folgenden von Therapie die Rede ist, so ist natürlich allein das in einer bestimmten Krankheitsphase optimal Mögliche gemeint. Das Gegensatzpaar »heilbar – unheilbar«, wie es aus der Akutmedizin geläufig ist, versteht im Umgang mit dementen Patienten oft die Sicht auf das therapeutisch Mögliche. Das klingt zwar weniger anspruchsvoll – vielleicht auch nur weniger anspruchsvoll –, ist dabei aber für den Patienten und seine Umgebung oft hilfreicher als theorielastiges Zaudern.

2.1.1 Rahmenbedingungen

Bevor einzelne Verfahren gesondert angesprochen werden, möchte ich jedoch zunächst kurz auf die Rahmenbedingungen eingehen. Wir werden hauptsächlich

von Patienten reden, die institutionalisiert sind. Es handelt sich also um Menschen, deren über viele Jahrzehnte akkumuliertes Basiswissen, sofern sie zu ihm überhaupt noch Zugang haben, aktuell kaum noch gefragt ist. Was zu Hause noch ging (z.B. der Gang zur Toilette, das Bedienen des Fernsehers), wird mit Eintritt in die Institution in Frage gestellt. Auch objektive Verbindungen zur häuslichen Welt relativer Kompetenz sind verschwunden (z.B. vertraute Nachtschlampe, Lieblingskopfkissen o.ä.). GOFFMAN (1972) beschreibt die Wegnahme der emotionell besetzten persönlichen Habe bei der Aufnahme in eine Institution als Verlust einer »Identitätsausrüstung« des Individuums (vgl. PODOLL et. al. 1992). Man ist nicht mehr der, der man war und hat auch nur noch spärliche Belege für das »Vorher«.

Die Aufnahme in eine Institution bedeutet also den Zwang zur Neuorientierung und zum Umlernen – und diese Anforderungen treffen auf einen Patienten, der mit beidem krankheitsbedingt zunehmende Schwierigkeiten hat. Demenzerkrankungen sind ja gerade dadurch gekennzeichnet, daß sie die Plastizität im Verhalten und die individuelle Kompensationsreserve des Patienten aufzehren (vgl. GUTZMANN 1988).

Wenn sich der Kranke also immer weniger um- und einstellen kann, müssen die Gesunden – seien es die Verwandten oder auch die professionellen Betreuer – diese Leistung erbringen. Für das Krankenhaus oder Heim bedeutet das: Wenn sich der Patient nicht mehr auf die Institution einstellen kann, muß diese sich auf den Patienten einstellen.

Die Forderungen, die sich daraus an die Institution ergeben sind:

- Sie muß eine möglichst stabile, streßarme, vorhersehbare Umgebung für den Patienten schaffen, zu der zwingend auch konstante Bezugspersonen gehören;
- sie muß bei allen Beteiligten die Kenntnis wesentlicher Konstituenten der Biographie des Patienten zur Selbstverständlichkeit werden lassen;
- sie muß für einen strukturierten Tagesablauf sorgen, der aber flexibel genug ist, auf die individuellen Bedürfnisse des einzelnen Rücksicht zu nehmen, und
- sie muß auf Normalität hin ausgerichtet sein.

Nur bei Rahmenbedingungen im Sinne einer therapieorientierten Stations-(Institutions-)konzepts ist ein längerfristiger Erfolg einer therapeutischen Gruppenintervention denkbar (WÄCHTLER 1990). Auf solche Konzepte wird später unter dem Stichwort »Milieuthherapie« noch näher einzugehen sein.

2.1.2 Integration oder Ausgrenzung

An dieser Stelle scheint ein kleiner Exkurs zur Frage »Integration oder Aussonderung von Dementen« nötig. Integrationsbefürworter unterstreichen immer wieder, daß es für demente Patienten nicht vorteilhaft sei, nur mit anderen Dementen zusammenzusein, weil dies für sie eine Belastung darstelle und zu zusätzlicher Verwirrung führen könne. Darüber hinaus führen sie an, daß die Platzierung

In einer speziellen Institution oder Gruppe im Sinne des Labeling ein Stigma bedeute, das ebenfalls nur negativ wirken würde. Es könnte z.B. heißen, jemand, der in eine solche Gruppe geht, ist »jenseits von Gut und Böse«, eine echte therapeutische Chance wird für ihn nicht mehr gesehen, er wird nicht mehr therapeutisch stimuliert, eher nur noch sediert.

Ein versorgungsstrukturelles Argument wurde jüngst von READ (1992) vorgebracht, der die Sorge äußerte, daß die Forderung nach Spezialeinrichtungen für Demente außerhalb von Krankenhäusern dazu führen würde, daß der Kontrolle von Gesundheitsbehörden entzogene Einrichtungen entstünden, deren wesentliche Qualitätsmerkmale Vernachlässigung, Hoffnungslosigkeit und Mißhandlung von Patienten seien. Er warnt davor, daß eine forcierte Enthospitalisierung von Dementen gleichzeitig einen Abschied vom medizinischen Krankheitsmodell und damit eine Entlassung des Gesundheitssystems aus seiner Verantwortung diesen Kranken gegenüber bedeuten könnte.

Auf der anderen Seite kann eine Sonderbetreuung als günstig angesehen werden, weil sich Einrichtungen oder Gruppen erst dann den speziellen Bedürfnissen Dementer besser öffnen können (z.B. BENSON et al. 1987). Ein weiteres Hauptargument ist, daß kognitiv gesunde Bewohner oder Patienten durch Demente zu sehr belästigt würden und zusätzlich Schaden erlitten, sei es materiell, sei es emotional.

Trotz der Wichtigkeit dieser Frage ist wenig über sie geforscht worden. JORM (1990) zitiert in seinem Demenz-Ratgeber aus dem Erfahrungsbericht einer alten, körperbehinderten, aber durchaus geistig hellwachen Dame: »Männer und Frauen mit terminalen Erkrankungen mögen steinharte Arterien oder knirschende Gelenke haben, ihr Geist ist damit aber keinesfalls ebenfalls verkrüppelt. Wenn diese Menschen in Pflegeheimen eingeschlossen werden, wo Nacht und Tag die Senilität, sei es in Form von Apathie, sei es als ermüdende Geschwätzigkeit, besonders aber als Ursache quälender psychiatrischer Probleme, den Ton angibt, bedeutet das für die (nur körperlich) Kranken, noch zu leben und doch schon tot zu sein.«

Bei kritischer Würdigung der in Deutschland publizierten Berichte über stationäre Dementenbetreuung wird deutlich, daß an keiner Stelle eine bedingungslose integrative Betreuung (mehr?) praktiziert wird. Vielmehr wird über einen Erfolg der Integration immer nur dann berichtet, wenn der Dementenanteil sehr gering ist, oder wenn die »zu integrierenden« Dementen über weite Strecken des Tages einer gezielten Sonderbetreuung zugeführt werden und nur eine »Integration nach Feierabend« stattfindet. Argumente für eine spezialisierte Betreuung dementer Patienten aus der Erfahrung nicht gelingender Integrationsversuche hat LIND (1989) zusammengetragen.

2.1.3 Indikationen

Integration oder Absonderung sollten vielleicht nicht in erster Linie unter diagnostischen Aspekten diskutiert werden, viel vernünftiger scheint es, Qualität und

Umfang sowie die therapeutische Beeinflussbarkeit von Verhaltensauffälligkeiten zur Entscheidungsgrundlage zu machen. Nicht in allen Phasen einer dementiellen Erkrankung sind Verhaltensauffälligkeiten wahrscheinlich, die andere belästigen können, und nicht jeder demente Patient entwickelt im Verlauf seiner Erkrankung überhaupt solche Störungen.

MARGO und Mitarbeiter (1980) untersuchten Überweisungen aus Seniorenheimen in psychiatrische Abteilungen und stellten folgende Rangliste problematischen Verhaltens auf, wobei in den allermeisten untersuchten Fällen die Grunderkrankung der Eingewiesenen eine Demenz war:

1. Agitiertes, unruhiges, störendes Verhalten
2. Aggressionen
3. Sozial unakzeptable Verhalten (z.B. Masturbieren in der Öffentlichkeit oder das »Anpinkeln« anderer Bewohner)
4. Subjektives Leiden
5. Ständig wiederholtes Fragen und Einforderung beruhigender Zuwendung
6. Unkooperativität
7. Umherwandern
8. Ständiges Klagen und Weigerung, sich anzupassen
9. Lärmen.

Zu ganz ähnlichen Ergebnissen kamen SANTMYER u.a. (1991) in ihrer Studie über die Arbeit eines primär von einer Fachschwester ausgeübten gerontopsychiatrischen Liaisondienstes in einem Altenheim. An erster Stelle standen hier bei den Verhaltensproblemen Beleidigungen des Personals, gefolgt von physischer Aggression, unkooperativem Verhalten, Lärmen, bizarrem Verhalten und nächtlichen Unruhezuständen. Man geht sicher nicht fehl, wenn man vermutet, daß sehr ähnliche Gründe wie die, die zur Einweisung führten bzw. den Kontakt mit einer gerontopsychiatrischen Fachkraft herstellten, auch als (gruppen-)therapeutische Interventionsziele angesehen werden können, auch wenn sie manchmal nicht so direkt formuliert werden.

2.1.4 Therapieziele und differenzierte Angebote

Neben den stets erst nach ausführlicher Befunderhebung und Diagnosestellung zu formulierenden individuellen Differentialindikationen für die Teilnahme an einer therapeutischen Gruppenaktivität dürfen zwei fundamentale und für jeden Patienten zutreffende Therapieziele nicht vergessen werden:

1. *Linderung der Beschwerden* und
2. *Ermöglichung der Führung eines möglichst sinnerfüllten Lebens.*

Gruppenangebote für demente Patienten können drei Ziele anstreben. Zum einen können sie darauf gerichtet sein, die verbliebenen

kognitiven Kompetenzen

des Patienten zu stärken und zu fördern; sie können auch auf seine

sozialen Fähigkeiten

zielen, und sie können zum dritten bemüht sein, die

körperliche Leistungsfähigkeit
des Erkrankten zu trainieren.

In der Regel wird nur unter Experimentalbedingungen eine Gruppe mit nur einem zirkumskripten Therapieziel durchgeführt. Viel häufiger sind in der Praxis »ganzheitlich« orientierte Interventionen, bei denen die einzelnen Therapieziele zu unterschiedlichen Zeiten unterschiedlich stark in den Vordergrund der Gruppenaktivität rücken (vgl. KÜHL et al. 1991).

Im folgenden sollen vorwiegend solche therapeutischen Interventionen kurz skizziert werden, die vorwiegend auf die Förderung kognitiver Kompetenzen und sozialer Fähigkeiten zielen. Eine Erhöhung der körperlichen Leistungsfähigkeit stellt dabei nur einen – allerdings sehr wohl erwünschten – Nebeneffekt dar. Da sich kognitive und soziale Therapieziele häufig überschneiden, wird nur eine Untergliederung nach Interventionstechniken und nicht nach Therapiezielen vorgenommen (vgl. BALTES et al. 1990).

Unabhängig von der jeweils gewählten Form und der inhaltlichen Ausgestaltung der Gruppe gilt es, eine Überforderung ebenso strikt zu vermeiden wie eine Unterforderung.

2.1.4.1 Gedächtnistrainingsprogramme

Ohne auf die meist unter Experimentalbedingungen gewonnenen Hinweise hier näher eingehen zu wollen (vgl. LEHRL 1992), daß auch Demente in unterschiedlichen Phasen ihrer Erkrankung sehr wohl Lernzugewinne erzielen können, deren Alltagstauglichkeit allerdings oft wenig ausgewiesen ist, erscheint doch der Hinweis nötig, daß ein spielerischer Umgang mit Problemen des Lernens aus keiner Gruppenaktivität wegzudenken ist. Je alltagsnäher die Gruppe angelegt ist, desto wahrscheinlicher werden beim spielerischen Lernen gleichzeitig mehrere Kanäle (verbal, visuell, haptisch) benutzt und damit auch trainiert. Ein indirekter Weg zur Gedächtnisverbesserung ist das Training des Umgangs mit Gedächtnishilfen. Dieses kann sowohl auf die Optimierung von Abrufstrategien als auch auf die optimalere Nutzung von Uhr und Kalender zielen. In einer Einzelfallstudie von HANLEY und LUSTY (1984) reichte es nicht, der Demenz-Patientin einen Timer zur Verfügung zu stellen, es kam vielmehr darauf an, den Umgang mit diesem neuen Instrument intensiv zu trainieren. Auch eine krankheitsspezifische Klippe mag noch angemerkt werden, daß nämlich in der zitierten Studie der Timer häufig verloren ging, so daß er erst wieder herbeigeschafft werden mußte, bevor er erneut als Gedächtnisstütze dienen konnte. Die Autoren dieser Studie berichten in der Diskussion ihrer Ergebnisse, daß ein Aussetzen des Trainings eine rapide Verschlechterung der Leistung der Probandin zur Folge hatte. Sie berühren damit ein zentrales Problem aller Trainingsmaßnahmen bei Dementen, die krankheitsbedingt nicht in der Lage sein können, einen erworbenen Leistungsstandard über längere Zeit hinweg aufrechtzuerhalten.

Gedächtnistrainingsprogramme erfordern, je strukturierter und anspruchsvoller sie sind, ein desto größeres Engagement auf Seiten des Patienten. Diese ge-

forderte Aktivität kann leicht in eine Überforderung münden und so einen möglichen therapeutischen Effekt abschwächen oder sogar ins Gegenteil verkehren. Aus diesem Grunde sind Interventionen, die weniger vom Patienten selbst fordern und gleichzeitig Veränderungen im Lebensraum des Patienten mit einbeziehen, breiter einsetzbar. In erster Linie handelt es sich dabei um Realitätsorientierungs- und Milieutherapieprogramme.

2.1.4.2 Realitätsorientierungsprogramme (ROT)

Hierunter wird eine Interventionstechnik verstanden, die auf dementiell beeinträchtigte Patienten auch höherer Einschränkungsggrade zugeschnitten ist (vgl. HOLDEN und WOODS 1982). Zwei prinzipielle Modelle werden alternativ oder, in der Mehrzahl der Fälle, kombiniert eingesetzt. Zum einen werden im Rahmen von Gruppenarbeit grundlegende, Personen, Zeit und Ort betreffende Informationen »wie in der Schule« stets aufs Neue wiederholt und gelernt (»Classroom ROT«). Das Training erfolgt in Gruppensitzungen mit max. 1 Std. Dauer und in Gruppengrößen von max. acht Personen. Das zweite Modell ist das »24-Stunden-Orientierungstraining«, in dem bei jeder sich bietenden Gelegenheit den Patienten »Realitätsanker« geboten werden, sowohl im direkten Kontakt mit dem Personal wie auch als visuelle oder akustische Orientierungshilfen. Dieses Modell setzt eine intensive Schulung des gesamten Teams, nicht nur der Therapeuten im engeren Sinne, voraus.

Viele Studien haben den Effekt solcher Realitätsorientierungsprogramme mit der institutionellen »Standardpraxis« verglichen. In den meisten Arbeiten wird allerdings ausschließlich über den Effekt der Realitätsorientierungsklassen berichtet, wohl auch deswegen, weil es sehr schwer ist, ein experimentielles 24-Stunden-Orientierungsdesign zu implementieren und aufrechtzuerhalten. Realitätsorientierungsklassen alleine scheitern aber nur einen geringen Orientierungsverbessernden Effekt zu haben. Wenn dagegen ein 24-Stunden-Orientierungsprogramm tatsächlich durchgeführt werden kann (z.B. CITRIN und DIXON, 1977), sind die Erfolge erheblich besser.

Trotz dieser belegbaren Effekte mehren sich die Fragen bezüglich der Angemessenheit der Ziele von Realitätsorientierungsprogrammen. Immer lauter werden kritische Hinweise, daß es nun wirklich nicht so wichtig für einen dementen Patienten sei, jeden Tag das genaue Datum zu wissen, wenn basale Aktivitäten des täglichen Lebens (Anziehen, Waschen, Toilette) dafür in den Hintergrund träten. Diesen sehr praktischen Realitäten des Lebens ist in strikten Realitätsorientierungsprogrammen bisher kaum Aufmerksamkeit geschenkt worden.

In der Realität der stationären Altenhilfe können aber im Rahmen des »ROT« eine Vielzahl »realitätsorientierender« Interventionen durchgeführt werden, die von »Life Review«-Techniken bis hin zum Training sensorischer Qualitäten reichen (KOSSMANN 1988). Ein wesentlicher Faktor bei Realitätsorientierungsprogrammen scheint, abgesehen von der eigentlichen »Technik«, die fördernde Aufmerksamkeit des Pflegepersonals zu sein. Auch scheint es von Bedeutung zu sein, daß bei Realitätsorientierungsaufgaben die Patienten eher als im »normalen

Leben« die Chance haben, wieder einmal »richtige Antworten« zu geben, ein Erlebnis, das sich auf das in der Regel gestörte Selbstbewußtsein der Patienten sehr positiv auswirkt.

Während Realitätsorientierungsprogramme sich auf Patienten mit leichten bis höchstens mittelschweren Demenzen beziehen, sind für Patienten mit schweren Demenzen »ganzheitliche« Konzepte, die sich milieu- und verhaltenstherapeutischer Ansätze bedienen, notwendig.

2.1.4.3 Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapie kann auch bei stärker ausgeprägten dementiellen Symptomen zur Anwendung kommen. Programme können auf den einzelnen Patienten ausgerichtet sein, können aber auch für Patientengruppen erstellt werden. Voraussetzung jeglicher verhaltenstherapeutischer Intervention ist die genaue Eingrenzung desjenigen Bereichs, in dem eine Verhaltensänderung angestrebt wird. Deshalb gilt als besonderer Vorzug dieser Therapiemaßnahme, daß sie eine objektive und qualifizierbare Beschreibung von Problemlage, therapeutischem *Procedere* und Therapieziel ermöglichen soll.

Im gerontopsychiatrischen Schrifttum gibt es eine Vielzahl von Beispielen für den Abbau von störendem Sozialverhalten mittels verhaltenstherapeutischer Maßnahmen. Zu nennen sind hier das Erreichen von größerer Selbständigkeit (z.B. beim Baden oder Anziehen) und der Abbau störender Verhaltensweisen (z.B. unmotiviertes Schreien) (vgl. KÜHL 1991).

Als Beispiel für ein solches Vorgehen sei eine Studie von MISHARA (1978) kurz skizziert, in der ein Token-Economy-Programm für Demente untersucht wurde. Tokens sind Verstärker, die der Patient erhält, wenn er ein gewünschtes, schon vorher festgelegtes Verhalten gezeigt hat. In diesem Falle wurden Tokens gegeben, wenn die Patienten soziale Interaktionen mit anderen Patienten zeigten, sich auf der Station nützlich machten, Selbstpflegeaktivitäten durchführten und Probleme persönlicher Hygiene selbständig bewältigten. Die dabei erhaltenen Tokens konnten eingewechselt werden gegen Zigaretten, Wein, Ausgangsgenehmigungen oder Mahlzeiten außer der Reihe. Nach 6 Monaten dieses Token-Programms konnte besonders bei antriebsgesteigerten Dementen beobachtet werden, daß sie weniger bizarre und ungewöhnliche Verhaltensweisen zeigten und daß die Inkontinenzrate abgenommen hatte. Interessant an dieser Studie ist, daß auf einer anderen Station, in der kein Token-Economy-Programm durchgeführt wurde, ähnliche Veränderungen allein dadurch zu beobachten waren, daß die Lebensbedingungen der dort lebenden dementen Patienten verbessert wurden. Bei ihnen handelte es sich im Gegensatz zu der ersten Gruppe in der Mehrzahl um stark antriebsgeminderte Demente. Es wurden mehr Aktivitäten angeboten, und ein Klima erhöhter sozialer Stimulation konnte etabliert werden. Das gelang, indem zum einen den Patienten Gelegenheit gegeben wurde, vermehrt Verantwortung für ihre täglichen Belange selbst zu übernehmen und zum anderen durch die Möglichkeit, häufiger eine eigene Wahl zu treffen, zum Beispiel Freizeitaktivitäten. Es handelte sich also um eine Erhöhung des persön-

lichen Kontrollbewußtseins (vgl. BALTES, M. und BALTES, P. 1986). Eine besondere Rolle spielte auch das offensichtlich erfolgreiche Bemühen, bei dem einzelnen Teammitglied den Eindruck zu erwecken und zu stärken, daß es nicht die vorrangige Aufgabe des Personals ist, eine Station effizient zu betreiben, sondern daß es vielmehr den Belangen des Patienten auch dann Rechnung zu tragen hat, wenn dies mit institutionellen Reibungsverlusten verbunden ist.

Der Vergleich dieser beiden Stationen derselben Einrichtung macht deutlich, daß es vielleicht nicht in jedem Fall eines hochstrukturierten Token-Economy-Programmes bedarf, um sozial unangemessenes Verhalten von Patienten zu verbessern, sondern daß auch über die Beeinflussung der institutionellen Rahmenbedingungen vergleichbare Therapieeffekte zu erzielen sein können.

Über die Analyse der Therapieresponder ergeben sich sogar Ansätze zu einer Differentialindikation unterschiedlicher therapeutischer Interventionen, die sich nicht primär auf den Schweregrad der Demenz bezieht, sondern die Ausprägung eines psychopathologischen Einzelmerkmals, in diesem Fall des Antriebs, berücksichtigt.

2.1.4.4 Milieuthherapie

Milieuthherapie, wie sie in einzelnen Elementen von MISHARA auf einer Station eingesetzt wurde, umfaßt die Veränderung des gesamten Wohn- und Lebensbereiches in Richtung auf eine vermehrte Anregung und Förderung ansonsten brachliegender Fähigkeiten zur Stimulierung positiver Veränderungen im Erleben und Verhalten der Patienten. Alle bisher genannten Verfahren können im Rahmen von milieutherapeutischen Programmen eine Rolle spielen, wenn sie systematisch eingepaßt werden und nicht nur als »Lückenbüßer« dienen. Bewährt hat sich dabei eine Form, in der Sondertherapeuten (BT, KG, Musik- und Kunsttherapeuten) zu festen Terminen mit der Gruppe arbeiten, wobei die Bezugstherapeuten den Patienten aber »nicht aus den Augen« kommen sollen. Besonders Institutionen, in denen Patienten längerfristig behandelt und betreut werden, eignen sich für den Einsatz der Milieuthherapie, wobei betont werden muß, daß »milieutherapeutische Orientierung« nicht notwendigerweise eine unverhältnismäßige Belastung des gesamten – entsprechend geschulten – Personals mit sich bringen muß. Alle Kontakte, die üblicherweise regelmäßig zwischen Personal und Patienten stattfinden, können mit Fantasie und Initiative therapeutisch sinnvoll genutzt werden. Wichtig ist dabei allerdings, daß die einzelnen Kontaktpersonen des Patienten sich untereinander abstimmen, da sich der therapeutische Effekt erst dann in vollem Umfang einstellt, wenn sich ein »therapeutisches Milieu« unter Einbeziehung aller entwickelt hat. Auch die räumliche Umgebung des Patienten sowie die darin befindlichen Objekte sollen bei diesem Vorgehen mit dem Ziel umgestaltet werden, durch Errichtung einer »prothetischen« Umwelt (LINDSLEY 1964), dessen sensorische, physische und kognitive Einbuße zu kompensieren. Gedacht ist hierbei nicht nur an eine behindertengerechte Gestaltung der Innenräume, sondern auch an visuelle und haptische Orientierungshilfen. Das wichtigste Element der Milieuthherapie ist allerdings der

»therapeutische Impetus des Teams«, mit dem jede objektorientierte Maßnahme steht oder fällt.

Über aller therapeutischen Innovationsfreude darf aber nie vergessen werden, daß für diese Patienten Stabilität und Vorhersehbarkeit der Umwelt eine zentrale Forderung darstellt.

Eine stabile, vorhersehbare Umgebung ist im übrigen nicht notwendigerweise eine, in der dem Patienten keine Wahl- und Kontrollmöglichkeiten mehr bleiben. Zwei Studien von LANGER und RODIN (1967; RODIN und LANGER, 1977) mögen erläutern, was es mit diesen psychologischen Variablen auf sich hat.

Ein Teil (I) eines amerikanischen Altenheimes diente als Studienrahmen eines Programms zur Erhöhung persönlicher Verantwortlichkeit und Förderung des Kontrollbewußtseins. Der andere Teil (II) diente als Kontrollbereich. Im Bereich I hielt der Leiter der Einrichtung eine Rede, in der er die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Bewohner unterstrich. Er bezog sich besonders auf Möglichkeiten der Gestaltung der Räumlichkeiten, der Besuchskontakte, der Auswahl an Freizeitaktivitäten, und er ermutigte die Bewohner, Beschwerden, die sie hätten, unmittelbar und gezielt vorzubringen. Zusätzlich konnte auf Wunsch jeder Bewohner eine kleine Grünpflanze zur eigenverantwortlichen Pflege erhalten. Die Bewohner des »Kontroll«-Bereiches durften ebenfalls eine Rede des Leiters genießen. Bei dieser Rede wurde aber auf die Verantwortung des Personals und nicht der Bewohner abgehoben. Diese Bewohner des zweiten Bereichs erhielten Grünpflanzen zugeteilt, auf die das Personal achtgab. Auch bezüglich anderer Aktivitäten wurde die eine Gruppe zur Übernahme von Verantwortung angeregt, in der anderen Gruppe aber wurde Verantwortlichkeit strikt beim Personal angesiedelt (z.B. Auswahl von Kinofilmen). In der Experimentalgruppe waren sowohl das subjektive Wohlbefinden als auch die durch das Personal beobachtete Zufriedenheit dem der Kontrollgruppe nach Studienabschluß deutlich überlegen. Eine Nachuntersuchung 18 Monate später ergab, daß auch die Mortalität der Bewohner des Experimentalflures um die Hälfte geringer war als die des Kontrollbereiches.

Dieses Experiment zeigt, wie selbst durch in Aufwand und Umfang begrenzte Interventionen nennenswerte Verbesserungen der Lebensqualität – sogar der Lebenserwartung – der Bewohner bzw. Patienten erzielt werden können. Einschränkung muß allerdings gesagt werden, daß es sich bei den Bewohnern um eine gemischte Altenpopulation mit höchstens leichten bis mittelgradigen Demenzen gehandelt hatte.

Natürlich können milieutherapeutische Programme, wie angesprochen, auch Elemente enthalten, die ein Gruppensetting voraussetzen. Dabei ist an Aktivitätsgruppen gedacht, die sich gleichermaßen an den Bedürfnissen der Patienten wie an den Möglichkeiten der Institutionen orientieren. Wichtig für alle milieutherapeutischen Interventionen ist,

- daß die einzelnen Maßnahmen und die daran Beteiligten aufeinander abgestimmt sind,

- daß das Gesamtkonzept eine für alle nachvollziehbare Struktur hat und
- daß eine Atmosphäre geschaffen und aufrechterhalten wird, die abweichendes Verhalten toleriert.

2.2 Das (Pflege-)personal

Bisher ist vorwiegend vom Patienten/Bewohner und seinen Interessen die Rede gewesen. Es sind Programme angesprochen worden, die sich an seinen Bedürfnissen orientieren, auf ihn zugeschnitten sind. Immer wieder klang aber bereits eine intervenierende Variable an, die an einer Stelle als »therapeutischer Impetus des Teams« apostrophiert wurde.

Wenn man sich bei der Lektüre entsprechender Arbeiten nicht auf die Ergebniszusammenfassungen beschränkt, so fällt auf, daß immer wieder auf die letztlich entscheidende Rolle des therapeutischen Personals abgehoben wird. In einzelnen Fällen wird sogar berichtet, wie es gelang, das Engagement des Teams zu wecken. Diese Hinweise sind für den Praktiker von besonderem Interesse. Zum einen, weil er selbst häufig genug vor genau dem gleichen Problem steht und sich deshalb praktikable Lösungsvorschläge für »häusliche« Probleme erhofft. Zum anderen, weil es dem Selbstbewußtsein des psychosozialen Handwerkers gut tut zu sehen, daß auch publizierende Experten nur mit Wasser durchaus vergleichbarer Qualität kochen. Stille Vergnügtheit stellt sich ein, wenn man feststellt, daß häufig für die Lösung des Problems »Personalmotivation« der gleiche Weg eingeschlagen wird, den der jeweilige Autor auch für die Erzielung von Verhaltensänderungen beim Patienten anrät.

Ein Beispiel mag das deutlich machen. Es steht für viele. VACCARO (1988) untersuchte die Möglichkeit, Fremdaggressionen einer Gruppe von 6 dementen Patienten mittels operanter Verhaltenskonditionierung zu beseitigen. Das Fehlen aggressiven Verhaltens während eines 10-minütigen Zeitintervalls wurde mit einem individuellen Verstärker in Form von Früchten oder Keksen belohnt. Beim Auftreten aggressiven Verhaltens erfolgte eine verbale Korrektur durch den Versuchsleiter und eine 10-minütige Aussperrung von der Gruppenaktivität. Da das Pflegepersonal bei dieser über 4 Monate laufenden Untersuchung regelmäßig Verhaltensbeobachtungen dokumentieren mußte, die ein wesentliches Erfolgskriterium darstellten, war seine Mitarbeit unverzichtbar. VACCARO versuchte sie zu gewinnen, indem er stichprobenartig die Dokumentationstreue des Personals prüfte und das jeweilige Studienengagement belohnte. Er setzte dafür ein differenziertes Verstärkersystem ein, dessen wesentliche Elemente allerdings nicht Kekse, wie bei den Patienten, sondern verlängerte und zusätzliche Pausenzeiten waren.

Nun ist es eine Sache, ein Team für eine zeitliche begrenzte Maßnahme zu gewinnen, eine ganz andere hingegen, eine zeitlich nicht limitierte Innovation in einer sklerotisierten Institution zu verankern. WÄCHTLER und Mitarbeiter (1991) gehen in der Beschreibung der Entwicklung eines solchen Konzeptes zur Betreuung dementer Patienten auf einer gerontopsychiatrischen Station ebenso

detallreich wie offen auf die Probleme ein, die der Gestaltung eines »therapeutischen Milieus« entgegenstehen. Sie stellen die aus Angst geborene Ablehnung von Veränderung auf seiten des Pflegepersonals als ein Haupthindernis innovativer Initiativen dar und identifizieren Defizite in Ausbildung, Selbstverständnis und Honorierung als ätiopathogenetisch relevant. Als außerordentlich ungünstig, obwohl (oder weil?) so naheliegend, schildern sie die Situation, daß der Erneuerungsprozeß »von oben« oder »von außen« angestoßen wird, ohne auf ein Bedürfnis »vor Ort« bezogen zu sein. Als Lösung schlagen sie eine Methode zur strukturierten Beteiligung aller betroffenen Berufsgruppen an dem als gemeinsame Aufgabe begriffenen Projekt (»Qualitätszirkel«) vor. Sie nennen als weitere Wünsche Initiativen zur besseren Qualifizierung und Bezahlung des Pflegepersonals, regelmäßige Supervisionsangebote und die Erweiterung des therapeutischen Teams um andere Berufsgruppen.

Nach aller bitteren Erfahrung werden allerdings Qualifikationskampagnen und Initiativen zur Etablierung von regelmäßiger Supervision weit weniger enthusiastisch begrüßt als Lohnerhöhungen.

Eine in Berlin durchgeführte Studie (LAUTERBACH und HÖRMANN-LECHER 1991) macht noch auf eine weitere Klippe bei der Einführung eines Gruppenangebotes für Demente aufmerksam: Man hatte dort das Pflegepersonal zur Mitarbeit mit dem Argument der Arbeitserleichterung gewinnen wollen. Als nun nach einigen Wochen keine Erleichterung, sondern eher eine zusätzliche Belastung erlebt wurde, drohte das ganze Projekt zu scheitern. Erst die positiven Auswirkungen der Dementengruppe, die als gemeinsames Projekt zweier Stationen angelegt war, auf die Binnenstruktur der Einrichtung – man sprach öfter und fruchtbarer miteinander als vorher – brachten einen neuen Motivationschub.

Eines kann und muß man angesichts der zitierten Erfahrungen bei der Einrichtung tagesstrukturierender Gruppenangebote für Demente resümieren: ein langer Atem scheint bei der Überwindung der Widerstände auf seiten des Pflegepersonals mindestens ebenso notwendig zu sein wie bei dem therapeutischen Umgang mit Dementen. Um nicht zu sehr in moll zu enden, möchten wir zum Abschluß Versuche skizzieren, die in unserer Abteilung zur Motivation und Qualifikation des Personals unternommen werden.

2.2.1 Trainingsprogramm für Pflegepersonal zur Erhaltung und Rehabilitation von AtL (Aktivitäten des täglichen Lebens)

Obwohl Aktivierung und Rehabilitation seit längerem Schlagworte in der Altenpflege sind, die nunmehr in stationären und ambulanten Pflegebereichen als oberste Pflegeziele akzeptiert sind, ist ihre Operationalisierung in konkrete Therapie- und Pflegeziele bzw. ihre systematische Umsetzung im Pflegealltag noch weit weniger etabliert – insbesondere, wenn es sich um demenzkranke Patienten oder Klienten handelt. Für diese dominiert noch immer der Aufbewahrungsscharakter, was am deutlichsten in Krankenhäusern wird. Pflegenden Angehörige wie professionelle Pflegekräfte aus allen Bereichen beklagen einstimmig

den Verlust von AtL-Kompetenzen (Aktivitäten des täglichen Lebens) bei Demenzkranken nach Krankenhausaufenthalt. Obwohl Lernen neuer Dinge erschwert bis unmöglich ist, können überlernte Strukturen mit Hilfe verhaltenstherapeutischer Prinzipien jedoch oft reaktiviert werden (NEUMANN, 1992).

In einem Trainingsprogramm für Personal in der Altenpflege, das an verschiedenen Zielgruppen von Pflegern sowie alten Bewohnern und Patienten evaluiert wurde (NEUMANN, 1992a), werden systematische Kenntnisse der Verhaltensmodifikation gelernt und praktisch erprobt (NEUMANN et al., 1993). Das Training setzt also bei der sozialen Umwelt an: Die primären Bezugspersonen lernen, sich in Pflegeinteraktionen systematisch so zu verhalten, daß ihre älteren Patienten das durch »overcare« (unnötige Hilfe bei der Pflege; RANSEN, 1978) verlernte Kompetenzniveau bei selbständiger Körperpflege (und anderen AtLs) wieder erreichen.

Da in der Projektdurchführung des Trainingsprogramms durchgehend gute Erfolge beim Wiederlernen von AtLs (z.B. beim Rasieren, Waschen, Anziehen einzelner Kleidungsstücke) auch mit Demenzkranken erzielt werden konnten, wurden in das Trainingsmanual vertiefende Übungen für die Anwendung von Verhaltensmodifikation bei Dementen eingefügt. Therapeutisch sinnvoll sind diese Übungen nur, wenn sie in die Tagesstrukturierung einbezogen werden.

2.2.2 On-the-job-training

Derzeit wird Personal in der Abteilung Gerontopsychiatrie am Max-Bürger-Krankenhaus in einem Training am Arbeitsplatz während der normalen Dienstzeiten (»On-the-Job-Training«) angeleitet.

Vorausgegangen waren im Vorjahr für alle einwöchige Intensivkurse im Rahmen der üblichen hausinternen Fortbildung, in denen u.a. Unterrichtseinheiten zu Ätiologie und Verlauf der Demenz, pflegerischem Umgang mit Dementen sowie basale Strukturen der Verhaltensmodifikation vermittelt wurden. Dem Transfer dieser zuvor theoretisch erworbenen Kenntnisse in die alltägliche Pflegepraxis dient das on-the-job-training. In unserem Falle ist es analog dem im vorigen Kapitel beschriebenen Personaltraining konzipiert: Jeweils ein/e Pfleger/in wird von einer Psychologin während der morgendlichen Pflege der Patienten auf der Rehabilitationsstation mit Video gefilmt. Ausgewählte Filmsequenzen werden später mit dem betreffenden Personalmitglied besprochen. Die Trainerinnen haben die Aufgabe, die Selbstkonfrontation (WALLBOTT & ELLGRING, 1983; ELLGRING, 1991) mit dem eigenen Pflegehandeln zu strukturieren, so daß dieses durch Reflexion auf dem Hintergrund des im Kurs erworbenen Wissens optimiert werden kann. Positives Feedback über selbstständigkeitsförderndes Personalverhalten erleichtert den Lernprozeß erheblich; gelegentlich – aber nur mit Einverständnis aller Beteiligten – wird auch über Konfrontation mit Videosequenzen anderer Pfleger/innen Modellernen eingesetzt.

Die meisten Patienten, mit denen auf diese Weise systematisch AtL-Verhalten

wieder eingeübt wird, sind von unterschiedlichen Demenzerkrankungen betroffen und befinden sich in mittleren Stadien der Erkrankung. Besonderer Wert wird daher auf angemessene Zielwahl und systematische Durchführung und Dokumentation gelegt.

Eindrucksvolles Beispiel für den Erfolg einer solchen Maßnahme war das Selbständigkeitstraining bei einer 79jährigen Patientin mit ausgeprägten aphasischen und apraktischen Störungen. Mehrere Pflegepersonen wurden morgens in ihrer Interaktion mit dieser Patientin gefilmt. Alle Teilnehmer bemühten sich um eine aktivierende Pflege, die jedoch nicht systematisch im Sinne der Verhaltensmodifikation durchgeführt wurde. Bei der Konfrontation mit ihrem Pflegehandeln mittels Video erkannten die meisten Schwestern und Pfleger sofort, wo sie der Patientin beim Waschen, Anziehen oder Kämmen zu schnell geholfen bzw. ihr einzelne Tätigkeiten von vornherein abgenommen hatten, die sie ihr wegen der Apraxie nicht zutrauten.

Zur gleichen Zeit führte ein qualifizierter Altenpfleger im Rahmen des On-the-Job-Trainings mit derselben Patientin ein Wasch- und Anziehtraining durch, das alle Regeln einer systematischen Verhaltensmodifikation erfüllte. Der Pfleger hatte die Aufgabe in kleinste Schritte unterteilt, die er sehr ruhig und mit wenigen Worten nacheinander anwies. Bei Verständnis- oder Umsetzungsschwierigkeiten führte er die Hände der Patientin und begleitete seine verbalen Aufforderungen pantomimisch. Er hatte alle notwendigen Dinge vor dem Training übersichtlich angeordnet, um ihr die Orientierung zu erleichtern. Jeden gelungenen Schritt verstärkte er durch Lob und Anerkennung; wenn die Patientin ungeduldig wurde oder ihr etwas mißlang, so beruhigte und tröstete er sie.

Immer versuchte er ihr zu vermitteln, daß sie sich in Ruhe fertig machen könne. Mehrmalige Inanspruchnahme des Pflegers durch eine Mitpatientin machten auch deutlich, wie leicht Demenzkranke ablenkbar und wie sehr sie – zumindest zu Beginn des Selbständigkeitstrainings – auf ständige Aufmerksamkeit und Unterstützung angewiesen sind. Der Pfleger erklärte sich schließlich sogar bereit, diesen Film als Modellbeispiel im Rahmen einer Stationsfortbildung zum Thema Demenz vorzustellen und zu kommentieren. Die Kollegen und andere therapeutische Mitarbeiter zeigten sich beeindruckt, zu welchen Leistungen auch demente Patienten befähigt werden können, wenn man sie gezielt und systematisch dazu anleitet.

3. Ausblick

Der vorliegende und leider notwendigerweise unvollständige Übersichtsartikel sollte deutlich gemacht haben, daß trotz aller methodischer Probleme inzwischen eine Reihe erprobter therapeutischer Verfahren zur Verfügung steht, um die Betreuung demenzkranker Patienten in Institutionen effektiver und für alle Seiten befriedigender zu gestalten.

Es ist nun an den Institutionen, diese noch oft nur als theoretische Möglichkeiten

diskutierten Ansätze in therapeutische Realitäten umzusetzen. Besonders die dort Tätigen sollten sich aber aufgerufen fühlen, hinter den unmittelbar einsichtigen Chancen für die Kranken selbst, auch einen Weg zur optimaleren Nutzung eigener Entwicklungspotentiale zu entdecken.

Literatur

- BALTES, M. M. & BALTES, P. (1986). *The psychology of control and aging*. Erlbaum, Hillsdale NJ.
- BALTES, M. M., SÖRENSEN, S. & KÜHL, K.-P. (1990). Intervention in der Gerontopsychiatrie. In: BALTES, M. M. & GUTZMANN, H. (Hrsg.) *Brennpunkt Gerontopsychiatrie*. Vincentz Verlag, Hannover, 2–18.
- BENSON, D. M.; CAMERON, D.; HUMBACH E.; SERVINO, L. & GAMBERT, S. R. (1987). Establishment and impact of a dementia unit within the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society* 35: 319–323.
- CITRIN, R. S. & DIXON, D. N. (1977). Reality orientation: a milieu therapy used in an institution for the aged. *Gerontologist* 17: 39–43.
- ELLGRING, H. (1991). The Use of Video for Behavior Description and Intervention. In: P. W. DOWRICK (Ed.). *Practical Guide to Using Video in the Behavioral Sciences*. John Wiley & Sons, New York (u.a.), 1–131.
- FRASER, M. (1987). *Dementia: Its nature and management*. John Wiley & Sons, Chichester.
- GOFFMAN, E. (1972). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- GUTZMANN, H. (1988). Aspects of the dynamic association between ageing and dementia. In: A. S. HENDERSON & J. A. HENDERSON (eds.) *Etiology of Dementia of Alzheimer's type*. John Wiley & Sons, Chichester, 177–193.
- HANLEY, I. G. & LUSTY, K. (1984). Memory aids in reality orientation: a single case study. *Behavior Research and Therapy* 22: 709–712.
- HOLDEN, U. P. & WOODS, R. T. (1982). Reality orientation. Psychological approaches to the »confused elderly«. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- JORM, A. F. (1990). *Understanding senile dementia*. Croom Helm, London & Sidney.
- KOSSMANN, T. (1988). Gruppentherapie mit Verwirrten. *Altenpflege* 8: 523–526.
- KÜHL, K.-P. (1991). Methoden der psychosozialen Aktivierung – Interventionsgerontologische Konzepte und Befunde. In: DENZIN, J. (Hrsg.) *Autonomie im Alter; Methoden zur körperlichen, mentalen und sozialen Aktivierung. Dokumentation des 6. Psychogeriatrischen Symposiums an der FU Berlin*. Zentrale Universitäts Druckerei, Berlin, 38–57.

- KÜHL, K.-P.; HENDRISCHKE-LAMPL, B.; HACKMANN, L. & MEDINA, E.-M. (1991). Behandlungsprogramm für dementiell erkrankte Menschen. In: DENZIN, J. (Hrsg.) *Autonomie im Alter; Methoden zur körperlichen, mentalen und sozialen Aktivierung. Dokumentation des 6. Psychogeriatrischen Symposiums an der FU Berlin. Zentrale Universitäts Druckerei, Berlin*, 88–97.
- LANGER, E. J. & RODIN, J. (1976). The effect of choice and enhanced personal responsibility for the aged. *Journal of Personality and Social Psychology* 34: 191–198.
- LAUTERBACH, U. & HÖRRMANN-LECHER, U. (1991). Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellprojekt »Neustrukturierung der Betreuung dementer Patienten« am ASB-Krankenhaus für chronisch psychisch Kranke; Radelandstr. 199, 1000 Berlin 20 (unveröffentlicht).
- LEWTON, M. P. (1981). Sensory deprivation and the effect of the environment on management of the patient with senile dementia. In: N. E. MILLER & G. D. COHEN (eds.) *Clinical aspects of Alzheimer's disease and senile dementia*. Raven Press, New York, 227–251.
- LEHRL, S. (1992). Nichtmedikamentöse Behandlung/Training. In: GUTZMANN, H. (Hrsg.) *Der dementielle Patient. Das Alzheimer Problem – Diagnostik, Ursachenforschung, Therapie, Betreuung. Angewandte Alterskunde Bd. 3*. Verlag Hans Huber, Bern Göttingen Toronto (im Druck).
- LIND, S. (1989). Psychiatrie im Altenpflegeheim. Probleme einer krankheitsangemessenen Versorgung. *Deutsche Krankenpflegezeitschrift* 10: 676–680.
- LINDSLEY, O. R. (1964). In: KASTENBAUM, R. (ed.) *New thoughts on old age*. Springer, New York, 41–60.
- MARK, J. L.; ROBINSON, J. R. & COREA, S. (1980). Referrals to a psychiatric service from old people's homes. *British Journal of Psychiatry* 136: 396–401.
- MISHARA, B. (1978). Geriatric patients who improve in token economy and general milieu treatment programs: a multivariate analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 1340–1348.
- NEUMANN, E.-M. (1992). Selbstständigkeitsförderung in der Pflege. In: E. LADE (Hrsg.), *Ratgeber Altenarbeit, Teil 11.2.3*, Fink-Kümmerly & Frey. Ostfildern, 1–10.
- NEUMANN, E.-M. (1992a). Rehabilitation of ADL in Different Care Settings: a Video-Based Training Program for Staff in Gerontological Nursing. *International Journal of Aging and Human Development* (im Druck).
- NEUMANN, E.-M.; ZANK, S.; BALTES, M. M.; TZSCHÄTZSCH, K. (1993). Selbständigkeit im Alter: ein Trainingsprogramm für Pflegepersonal. Hans Huber, Bern u.a.
- PODOLL, K.; VON DER STEIN, B.; STUHLMANN, W. & KRETSCHMAR, C. (1992). Übergangsobjekte als Regressionsphänomene bei dementen Patienten. *Nervenarzt* 63: 276–280.

- RODIN, J. & LANGER, E. J. (1977). Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology* 35: 897–902.
- RANSEN, D. L. (1978). Some Determinants of Decline among the Institutionalized Aged: Overcare. *Cornell Journal of Social Relations* 13: 61–74.
- SANTMYER, K. S. & ROCA, R. P. (1991). Gerontopsychiatry In long-term care: A nurse-centered approach. *Journal of the American Geriatrics Society* 39: 156–159.
- VACCARO, F. J. (1988). Application of operant procedures in a group of institutionalized aggressive patients. *Psychology and Aging* 3: 22–28.
- WÄCHTLER, C. (1990). Psycho- und Soziotherapie der Alzheimer'schen Krankheit. *Geriatric Praxis* 2: 81–84.
- WÄCHTLER, C.; JÜRGENSEN, G. MADEY, A.; MITTELSTEIN, U. & PETERS, H. (1991). Das Leben mit Leben erfüllen. Ein stationäres Betreuungsangebot für Demente – konzeptuelle Überlegungen und Schwierigkeiten. *Psycho* 17: 530–537.
- WALLBOTT, H. G.; ELLGRING, H. (1983). Videoeinsatzmöglichkeiten in Diagnostik und Therapie. *Videoinformationen* 6: 14–22.

Beratung von pflegenden Angehörigen psychisch kranker alter Menschen

Jens Bruder

1. Einige grundsätzliche Voraussetzungen und Ziele der Beratungsarbeit

Die emotionalen Grundlagen für die Bereitschaft zur Pflege – Die Freiwilligkeit des Pflegeentschlusses

Zu den wichtigsten Voraussetzungen für die Begleitung und Unterstützung von Pflegenden zählt ein sicheres Gefühl von der emotionalen Basis, auf der die Versorgungsleistungen stattfinden. Es ist mühsam, ja sogar falsch, zur Aufrechterhaltung einer Pflegesituation beizutragen, ohne daß es eine stabile Grundlage ihrem Wesen nach zugewandter Gefühle gibt. Nur dann wird es in späteren Phasen der Betreuung möglich sein, die Pflegenden auch einmal zu fordern, und zwar im Hinblick auf Einsichten und Verhaltensänderungen, die zu einer Verminderung des Belastungserlebens führen können. Ein gutes Beispiel dafür ist die Fähigkeit zu Grenzziehungen, wie sie insbesondere bei motorisch und körperlich noch unbeeinträchtigten, aber geistig stark eingeschränkten Menschen erforderlich werden können. Hier läßt sich die Pflegesituation nur dann aufrecht erhalten, wenn man den Entfaltungsspielraum gestörten Verhaltens beschränkt. Dies kann etwa das Abschließen eines Zimmers beinhalten oder andere Maßnahmen, die radikal gegen jene frühen Verhaltensgebote verstoßen, die jedem Menschen als Kind von seinen Eltern vermittelt wurden. Aus einer klar empfundenen liebevollen Verbundenheit heraus sind den Pflegenden solche inneren Umstellungen am ehesten möglich (Fähigkeit zu einem fürsorglich-autoritären Umgang). Es ist außerordentlich wertvoll, wenn der Berater spürt, in ihrem Interesse zu handeln, weil er sicher weiß und empfindet, wie sie zu ihren alten Angehörigen stehen. Diese Überlegungen führen zu dem Beratungsgrundsatz, niemanden zur Familienpflege zu drängen, der nicht wirklich dazu bereit ist. Unweigerlich würde es in solchen Fällen sonst im Verlaufe der Unterstützungsarbeit Schwierigkeiten geben. Sich möglichst frei und unbeeinflusst zur Pflege entschlossen zu haben, ist also von großer Bedeutung für die Angehörigen. Stets muß der Berater sich sagen können, »sie will die Pflege von sich aus leisten, und deshalb hat sie ein Recht auf meine Unterstützung«. Daß eine solche innere Verfassung eng mit der emotionalen Einstellung zum gepflegten alten Menschen verbunden ist, liegt auf der Hand. Wo viel Zuneigung empfunden wird, ist die Wahrscheinlichkeit größer, daß sie die Bereitschaft zur Pflege speist. Wenn dagegen abgewandte oder nüchtern distanzierte Gefühle durch strenge Selbstanforderungen oder Erwartungen anderer Menschen (z.B. in Schwiegerbeziehungen) unterdrückt oder verdeckt werden müssen, kann es große Kraft kosten, die pflegerischen Anstrengungen und emotionalen Belastungen zu ertragen. Deshalb zählt es zu den zentralen Grundsätzen, den Pflegenden zu dem möglichst deutlichen Gefühl zu verhelfen, die Versorgung aus eigener Bereitschaft leisten zu wollen.

Motive

Eng verbunden mit dem Kennenlernen der emotionalen Basis ist der Versuch, die Motive der Angehörigen für die Übernahme der zumeist sehr beanspruchenden und belastenden Betreuung kennenzulernen. Dabei ist zu bedenken, daß es im Hintergrund nicht selten Beweggründe gibt, die schwer auszumachen sind. Man muß sich also Zeit für diesen Gesichtspunkt lassen. Manchmal sind die Familien gegenüber fremden, neuen Helfern verschlossen, z.B. aus Furcht, unterdrückte aggressive Empfindungen könnten erkannt werden, oder aus Angst vor Entdeckung vermeintlich unzureichender Pflege. Materielle Motive können ebenfalls Einfluß haben, bleiben aber oft verborgen.

Manchmal stößt man auf ein Benachteiligungsgefühl pflegender Kinder innerhalb ihrer Geschwisterreihe. In der Pflege kann sich dann das stille Bedürfnis ausdrücken, endlich mehr Anerkennung von der versorgten Elternperson zu erhalten als bisher. Nicht selten wird dies zu einem stets unbefriedigt bleibenden Motiv, weil sich der alte Mensch in der Regel nicht mehr ändert. Es kann Ursache sehr großer, überfordernder und schließlich erschöpfender Anstrengungen werden. Mit der Pflege wird sozusagen noch einmal geworben. Bei vielen gepflegten alten Menschen, auch bei Dementen, läßt sich ein Verhalten beobachten, das dieses Werben der Tochter aus Unsicherheit noch verstärkt. Auch geistig sehr eingeschränkte alte Menschen können nämlich instinktiv in nahen Angehörigen noch Zweifel auslösen, ob ihre Anstrengungen ausreichend sind oder nicht. Als außenstehender Berater kann man meist besser als die Angehörigen erkennen, daß die kranken Alten sich in der häuslichen Situation in der Regel wohler fühlen als in jeder anderen. Dies ist keinesfalls überraschend, denn in Bedrängnis und Schwäche erwartet und empfängt man Unterstützung am liebsten von nahen Angehörigen.

Wichtig ist bei Kindern von Pflegebedürftigen die Frage nach den Verzichteten und Lücken, die in ihrem Leben durch die Pflege entstehen. Welche Entwicklungen und Weichenstellungen unterbleiben, welche Entscheidungen finden nicht statt, welche Interessen und Fähigkeiten konnten und können nicht verfolgt werden? Dabei ist zu bedenken, wie das Leben der Betreuenden nach dem Tod des Gepflegten vermutlich aussehen wird. Dieser Aspekt sollte im gesamten Beratungsprozeß nie aus dem Auge verloren werden.

Das Bewußtsein, die Pflege mit aller Kraft (und Unterstützung) versucht zu haben

Es ist nicht das oberste Ziel der Unterstützung, die Fähigkeiten und emotionalen Kräfte der Pflegenden solange zu fördern, bis der alte Mensch auch in der Familie gestorben ist. Viel mehr zählt, daß die Angehörigen später das Empfinden haben können, die Pflege mit aller ihnen zur Verfügung stehenden Kraft versucht zu haben. Dabei benötigen viele Menschen Unterstützung, weil die Vielfalt der Belastungssituationen, insbesondere aufgrund von Persönlichkeits- und Beziehungsveränderungen im Rahmen der Demenzprozesse, sie rat- und hilflos machen kann.

Der Einfluß der Pflegeerfahrung auf die Alterseinstellungen der Pflegenden

In solchen ratlosen Verfassungen können überhastete Entscheidungen zur Beendigungen der Pflege zustande kommen, die später bedauert werden. Hier gewinnt eine andere wichtige Dimension der Beratungstätigkeit an Bedeutung: im Auge zu behalten, daß die Pflegenden weit über den Tod der Gepflegten hinaus diesen Lebensabschnitt der Versorgungsbemühungen als eine sehr inhaltsreiche und prägende Zeit ansehen. Es ist wichtig für das Lebensgefühl eines z.B. 65jährigen, seinen kommenden Jahren mit ihren Gesundheits- und Abhängigkeitsrisiken in dem Bewußtsein entgegenzuleben, sich früher einmal den Hilfebedürfnissen eines gebrechlich gewordenen nahen Angehörigen gestellt zu haben. Es könnte sein, daß diese positive Erfahrung die Fähigkeit vergrößert, im Falle eigener späterer Abhängigkeit auf die Hilfsbereitschaft anderer zu vertrauen. Unterstützung pflegender Angehöriger bedeutet ja, (konstruktiven) Einfluß auf zwei der ursprünglichsten Beziehungen auszuüben, die es zwischen Menschen gibt, nämlich die zwischen Ehepartnern bzw. zwischen Eltern und Kindern. In ihren Hilfebemühungen erfolgreich gewesen oder gescheitert zu sein, nimmt später einen großen Raum in den Erinnerungen der betroffenen Menschen ein. Das bedeutet auch, daß von diesen Erinnerungen Einflüsse auf das Selbstverständnis dieser Menschen und auf ihre Einstellung zu anderen ausgehen. Sich diese Dimension von Angehörigenberatung gelegentlich vor Augen zu führen heißt, das Schwere und Ernste dieser Arbeit zu erfassen, kann aber zugleich herausfordern und stimulieren. Darin deutet sich auch der Einfluß von Angehörigenberatung an; man kann sogar von Macht sprechen und denkt sofort an die Verantwortung und Behutsamkeit, zu der sie verpflichtet. Diese Bedeutungen können Angehörigenberatung zu einer reichen und schönen Tätigkeit machen.

Das Bewahren der guten Beziehungsteile über den Tod der Gepflegten hinaus

Die Demenz kann die Beziehung des Kranken zum Pflegenden instabilisieren, denn sie geht häufig mit einer Schwächung der Kontrolle über heftige Gefühle einher, also auch mit gestörter sozialer Empfindsamkeit und Rücksichtnahme. Vorwürfe und mißtrauische Reaktionen der Kranken können überschießend werden, ihre Fähigkeiten zur Berücksichtigung der Interessen und Verletzlichkeiten des Nächsten lassen nach, sie können unausgewogener, aggressiver und unberechenbarer erscheinen.

Andererseits kann es durch die Einschränkungen und den Kräfterverlust von Körper und Geist dazu kommen, daß alte Menschen endlich ein (manchmal über lange Zeit mühsam aufrechterhaltenes) Bild scheinbarer Stärke aufgeben, weicher und nachgiebiger werden und zugänglicher erscheinen. So kommen gelegentlich Versöhnungsprozesse zustande, die bis dahin immer wieder abgeblockt wurden.

Es ist bei der Beratung von pflegenden Angehörigen stets zu bedenken, daß man sie vor zu zermürbenden und destruktiven Entwicklungen im Rahmen dieser Versorgung bewahrt. Gelegentlich kommt es in ehelichen oder Eltern-Kind-

Beziehungen, die über Jahrzehnte ausgewogen und zugewandt waren, durch die Einflüsse der senilen Demenz zu so schwerwiegenden Verhaltens- bzw. Persönlichkeitsveränderungen, daß hinter der schwierigen Spätphase die guten früheren Jahrzehnte der Beziehung verlorenzugehen drohen. Der Berater hat hier daran zu denken, mit welchen Empfindungen die Pflegenden nach dem Tod der Gepflegten an diese Zeit zurückdenken. Es geht darum, ihnen die Möglichkeit zur Erinnerung und Wertschätzung der guten Anteile der Beziehung zu bewahren. Deshalb kann es in einzelnen Fällen notwendig werden, auf eine Beendigung der Familienpflege hinzuwirken und so viel Distanz herzustellen, daß das Gegenwärtige nicht mehr die gesamte Vergangenheit zudecken kann.

Die Belastung, nichts tun zu können

Ein sehr wichtiger Grundsatz wird oft mißachtet; bei flüchtiger Betrachtung mag er sogar nebensächlich erscheinen. Es geht dabei um einen Teilaspekt der Hilflosigkeit, die oft besonders stark von Angehörigen schwer Demenzkranker empfunden wird. Meist sind ihnen der Charakter der Krankheit und ihre Unbeeinflussbarkeit längst klar. Diese Klarheit ist ja eines der Ziele der Beratung. Typischerweise können die Angehörigen dieser Schwerkranken mit ihren Bemühungen nun oft überhaupt keine Reaktion mehr bei ihnen auslösen, und sie fühlen sich nutzlos. Hier muß die Beratung auf das Erleben der Angehörigen abzielen, überhaupt noch etwas zu bewirken. Dabei geht es nicht primär um nüchtern und kausal objektivierbare Effekte, sondern nur um das subjektive Empfinden der Pflegenden, den Bewußtseinsakt. Deshalb müssen in der Beratung bestimmte positive Aspekte u.U. besonders stark betont werden, damit die Angehörigen die Chance haben, darin wenigstens z.T. einen Effekt ihrer Anstrengungen zu erkennen.

Der Übergang von Beratung zu Psychiatrie

Aus diesen wenigen Grundlinien der Beratungstätigkeit wird deutlich, daß es sich dabei zumindest potentiell immer auch um eine Form pragmatischer Psychotherapie handelt. Beratung ist eine durch das Gespräch geleistete, also nicht instrumentelle Form der Hilfe für Menschen in Belastungs- und Notsituationen. Sie zielt auf die Verbesserung der Bewältigungskraft der Beratenen ab, und zwar überwiegend durch Vermittlung von Information und Wissen. Die Grenzen zur Psychotherapie werden in dem Ausmaß überschritten, wie es um die seelischen Gründe dafür geht, daß aus dem erworbenen Wissen kein verändertes Reagieren und Handeln der Beratenen werden kann.

Die Einstellung des Beraters zur Familienpflege

Von grundsätzlicher Bedeutung ist schließlich, daß man pflegende Angehörige alterskranker Menschen nicht mit einer wertfreien Einstellung beraten kann. Bei Beachtung der bereits dargestellten Aspekte vermittelt sich den Beratenen stillschweigend, daß der Berater dem Engagement der Pflegenden und der

gesamten Situation einen großen Wert beimißt. Obwohl es ein wesentlicher Punkt der Unterstützung ist, den Pflegenden immer wieder die Erfahrung zu verschaffen, sich ohne Beeinflussung durch andere zur weiteren Pflege zu entschließen, teilt sich ihnen aus dem Engagement des Beraters in der Regel dessen Einstellung mit, daß es keine volle Wertgleichheit zwischen familiärer und institutioneller Versorgung gibt. Und natürlich wäre es eine Fiktion, die Versorgung in engster zwischenmenschlicher Beziehung nüchtern als gleichrangig anzusehen mit professionell-institutioneller Betreuung. Wer dies als Berater vorgeben versuchte, geriete in die Gefahr der Unglaubwürdigkeit. Dies spricht nicht dagegen, da, wo es notwendig ist, auf eine Beendigung von Familienpflege hinzuwirken. Wichtig ist, trotz der prinzipiellen Ungleichwertigkeit die Einsicht in die notwendigen Maßnahmen zu ermöglichen; also behutsam, aber dennoch offen und nicht verleugnend mit der Tatsache dieser grundsätzlichen Unterschiede umzugehen.

2. Einzelaspekte des Beratungsprozesses

Informieren, Verständlichmachen, Vermitteln

Zu den wichtigsten Gesichtspunkten der Beratung zählt das Informieren über alles, was mit der Krankheit zu tun hat, also etwa über die Irreversibilität der Demenz und ihre biologischen und psychologischen Fakten, die Entstehungshypothesen und Verbreitung, die medikamentösen Ansätze, Forschungsbemühungen und Selbsthilfeinitiativen. Ein wichtiges Beispiel für das Verständlichmachen sind die charakteristischen Schwankungen der Symptome, besonders bei leichter und mittelgradiger Krankheitsausprägung. Das Thema der Schwankungen bedarf mehr als viele andere umfangreicher, geduldig wiederholter Erläuterungen. Manchmal ist es erstaunlich zu beobachten, wie wenig selbst Fachleute damit vertraut und deshalb nicht imstande sind, komplizierte Verhaltensweisen zu verstehen und deutlich zu machen. Es erweist sich immer wieder als hilfreich, den Angehörigen nahezubringen, daß jedem Menschen starke Schwankungen seiner Leistungsfähigkeit vertraut sind; man denke etwa an das Aufstehen nach einem zu alkoholreichen Abend, in etwas depressiver Stimmung und mit Aussicht auf ein unerfreuliches Tagesprogramm. Aus dieser körperlich und psychisch begründeten Verfassung heraus können das Denken und das Entscheiden verlangsamt sein; alle geistigen Funktionen schelen noch zu lahmen. Wenn man sich von einem alten Menschen vorstellt, daß seine geistige Leistungsfähigkeit aufgrund eines Demenzprozesses schon etwas eingeschränkt ist, aber für die Alltagsanforderungen bislang noch gereicht hat, so wird deutlich, daß eine zusätzliche, z.B. stimmungsbedingte Reduktion der Leistungsfähigkeit die Grenze zum Versagen näherrücken lassen kann. Dann kommt es u.U. zur völligen Dekompensation, zum Verwirrheitszustand. Wenn solche unterschiedlichen Zustände von Gerade-noch-Können und plötzlichem Nicht-mehr-Können dicht aufeinander folgen, haben die Angehörigen große Schwierigkeiten, sie zu verstehen. Hier ist ein zentraler Ansatzpunkt der Vermittlung von Information und Verständnis. Dadurch kann vermieden werden, daß die Angehörigen dem Ver-

dacht erliegen, der alte Mensch lasse sich absichtlich in das Nicht-Können hin-einfallen, vielleicht aus Rücksichtslosigkeit oder um zu provozieren. Vermitteln zu können: »Dies ist Krankheit und nicht etwa wiederauflebende schwierige Wesensart« bedeutet wesentliche Hilfe.

Dem Informieren sehr verwandt ist das Interpretieren. Zu verdeutlichen, welche Auswirkungen geistige Defizite auf das Empfinden und Verhalten krankter alter Menschen haben, ist ein Beispiel für diesen Aspekt der Beratung. Besonders wichtig ist das Verständnis für die Schwierigkeiten der Demenzkranken, ihre Affekte zu kontrollieren, also etwa Angst. Meist reagieren demente alte Menschen z.B. auf eine fremde Person mit etwas offiziellerer Ausstrahlung mißtraulich und mit leichter Angst. Im Zusammenhang damit ist zu bedenken, daß sich Demenzkranke in den leichteren und mittleren Stadien ihrer Einschränkungen zumindest vorübergehend in der Regel bewußt sind; dies löst mit Sicherheit viel Angst aus, Angst auch davor, verlassen zu werden. Diese Angst müssen sie tagtäglich ertragen, und zwar bei stetig abnehmender Konzentrationsfähigkeit, die zur Kontrolle von Angst erforderlich ist.

Die durch das oft erschreckende Versagen genährte Angst kann immer globaler werden; deshalb wächst dann auch die Befürchtung des Einzelnen, aus seinem Hilfesystem ausgestoßen zu werden. Dies ist ein Erklärungsbeitrag zu dem ängstlichen Mißtrauen Demenzkranker beim Auftauchen Fremder in ihrer häuslichen Umgebung. Es kann erschöpften Angehörigen sehr helfen, wenn sie diesen Hintergrund von klammerndem, unruhigem Verhalten der Gepflegten erkennen können.

Verdeutlichung des Wohlbefindens

Zu vermitteln, wie gut sich ein gepflegter alter Mensch tatsächlich fühlt, kann sehr entlasten. Dazu gehört, die kleinen Zeichen des Wohlbefindens für die Angehörigen erkennbarer zu machen. Vielen Pflegenden kommt in besonders aufreibenden Pflegesituationen, hauptsächlich bei unruhigen Kranken und wegen der Zustandsschwankungen, die Fähigkeit abhanden, vorübergehend in Distanz zu gehen, um zu sichten und abzuwägen, was sie leisten, was an Reaktionen erfolgt und wie diese zu interpretieren sind. Man muß als Helfender dieser verlorengegangene Fähigkeit zu gelassener Distanz vorübergehend ersetzen.

Die Bedeutung der Schwäche

Ein ähnliches Thema interpretatorischer Hilfe ist die Bedeutung von Schwäche. Die Angst vor dem Verlassenwerden erzeugt beim hilflosen alten Menschen fortlaufend den Wunsch, sich der Reaktionsbereitschaft seiner Umwelt zu versichern. Dies gelingt ihm jetzt nicht mehr mit kompetentem, vernünftigem Verhalten, wie es bislang in seinem Leben selbstverständlich war und für alle Menschen gilt. Das Prinzip von Gutsein und Funktionieren, möglichst sogar Immer-besser-Werden als Basis von Beziehungen, muß allmählich aufgegeben werden. Dagegen stehen Schwäche und Versagen unbegrenzt zur Verfügung. Mit demonstrativem Nichtkönnen, manchmal auch fortwährendem Klagen kann dann wenigstens irgendeine Reaktion erreicht werden; dies ist viel mehr, als

wenn bei anderen Menschen überhaupt nichts mehr ausgelöst werden kann. Die Zusammenhänge dieses häufig extrem belastenden Verhaltens der Kranken besser zu verstehen, verschafft den Angehörigen nicht selten deutliche Erleichterung.

Schamgefühle

Wie bereits angedeutet, kann es sehr wichtig sein, Verständnis für die verlorene Kontrolle der Kranken über heftige Gefühle zu vermitteln. Dabei hilft es, sich zu vergegenwärtigen, wie Menschen z.B. Situationen des Versagens überwinden, die oft mit intensiven Beschämungsempfindungen verknüpft sind, etwa durch die Besinnung darauf, in anderen Situationen schon überzeugender gewesen zu sein, oder durch die Hoffnung, bei der nächsten Gelegenheit wieder mehr Erfolg zu haben. Manchmal geht man auch ein Stück weiter und stellt sich vor, daß die Anwesenden alle schon einmal versagt haben, oder versetzt sie im Geiste sogar in ähnlich peinliche Situationen, um daraus wieder mehr Gleichwertigkeitsgefühl zu gewinnen. Außerdem besinnt man sich in einem bewußten Konzentrationsakt auf die richtige Alternative zu dem zunächst verfehlten Ergebnis. All diese kleinen geistigen Akte dienen der Wiederherstellung des inneren Gleichgewichtes, damit man mit den Handlungen fortfahren kann, in denen es zum Versagen kam. Dies Beispiel verdeutlicht, wie sehr diese Art der Bewältigung von heftigen und damit oft zugleich blockierenden Affekten davon abhängt, daß der Verstand ungestört ist. Eben dies ist nun bei der Demenz nicht mehr der Fall, so daß die Kranken den beschriebenen Gefühlen hilflos ausgeliefert bleiben, was sie zu Notreaktionen Zuflucht nehmen läßt, z.B. dem Leugnen oder Ungeschehenmachen. In der alltäglichen Versorgung geistig eingeschränkter alter Menschen bedeutet dies z.B., daß ein Kranker mit geschwächter Kontrolle über seine Verdauungsfunktionen dann, wenn er auf ein Mißgeschick aufmerksam gemacht wird, nicht anders kann als zu behaupten, dies sei nicht sein, sondern das Versehen von jemand anderem gewesen («Das war doch gar nicht ich, sondern deine Tochter»); oder er wischt flüchtig mit der Hand über einen Urinfleck und stellt fest, daß nichts zu sehen sei.

Den Angehörigen dies vor Augen zu führen, die demenzbedingte Unfähigkeit, mit den Folgen der Demenz fertig zu werden (Demenz-Paradoxon), kann erheblich entlasten. Natürlich muß das Thema immer wieder vertieft werden, weil über den sich ständig wiederholenden häuslichen Belastungssituationen Einsichten verlorengehen; dies betrifft nicht so sehr das bloße Erkennen der Zusammenhänge, sondern die ausreichende emotionale Verankerung der Einsichten, so daß veränderte Umgangsweisen möglich werden.

Emotionale Autonomie

Es gibt hochgradig ambivalente Pflegenden; oft sind es Töchter, die keine ausreichende Ablösung von ihrer Mutter vollzogen haben und deshalb auch nie von ihr getrennt lebten. Nicht selten handelt es sich bei ihnen um etwas unreife Persönlichkeiten. Hier muß die Unterstützung eher zurückhaltend sein, da sie ein

Defizit fördert; andererseits kann aber auch nicht forciert auf Ablösung hingewirkt werden, weil die emotionale Autonomie dazu noch nicht ausreicht. Die Beratung muß sich oft darauf beschränken, die Ambivalenzproblematik und die damit zusammenhängenden Verselbständigungsdefizite bewußt werden zu lassen. An dieser Stelle wird besonders deutlich, wie langfristig und damit psychotherapeutisch ein solcher Unterstützungsprozeß in einzelnen Fällen werden kann. Zugleich stellt sich damit die wichtige Frage nach der Vorbildung für eine solche psychotherapeutisch orientierte Beratungstätigkeit.

Autoritäre Fürsorglichkeit

Noch einmal soll das Thema eines fürsorglich-autoritären Verständnisses der Versorgung aufgegriffen werden; es steht in engem Zusammenhang mit Schuldgefühlen. Wie bereits erläutert, erfordert die Pflege motorisch noch gut beweglicher, geistig aber bereits stärker eingeschränkter alter Menschen nicht selten den Mut, eine Tür zu verschließen, Verbote auszusprechen oder Nachrichten vorzuenthalten – also entschieden und mit innerer Sicherheit das gestörte Verhalten der Kranken zu beeinflussen bzw. zu begrenzen, ähnlich wie bei kleinen Kindern. Dabei muß man sich darüber klar sein, daß auch fortgeschritten Demenzkranke noch ein gewisses Veränderungspotential ihres Verhaltens haben. Dieses hängt stark davon ab, wie sicher und bewußt sich die Betreuenden der Angemessenheit ihrer Entscheidungen sind. Zeigen sie auch nur ein geringes Maß von Unsicherheit oder schlechtem Gewissen, so können dies die Kranken spüren und zur Bewältigung ihrer Angst im Sinne von «Macht durch Schwäche» nutzen, ohne daß es zu einer günstigen Entwicklung des Verhaltens kommt. Auch hier ist es für den Berater wichtig, sich der Qualität der jeweiligen Beziehung bewußt zu sein. Bei grundsätzlich zugewandten und bejahenden Gefühlen heißt das dann, der Pflegenden zu solchen notwendigen, fürsorglich begrenzenden Maßnahmen Mut zu machen und ihr die Angst zu nehmen, sich schlecht zu verhalten und gegen alte Gesetze kindlichen Gehorsams zu verstoßen. Es geht um das Bewahren des Bewußtseins einer fürsorglich liebevollen Einstellung im Angesicht der notwendigen Maßnahmen.

Ausdruck ambivalenter Gefühle

Ein weiterer wichtiger Gegenstand der Unterstützungsarbeit ist, zum Ausdruck von unterdrückten heftigen und aggressiven Gefühlen gegenüber dem alten Menschen zu ermuntern. Dies betrifft z.B. Wünsche, er möge bald sterben. Dazu gehört die Vermittlung des bereits erwähnten dynamischen Verständnisses von engen Beziehungen, zu denen, auch wenn sie voll von liebevoller Zuneigung sind, zumindest kurzfristig auch heftige und aggressive Gefühle gehören. Die Angst zu nehmen, mit ungeduldrigen oder wütenden Empfindungen gegen Gebote kindlichen Gehorsams, kindlicher Fürsorglichkeit oder kindlicher Liebe zu verstoßen, kann außerordentlich erleichtern. Auch dafür ist eine sichere Wahrnehmung der Gefühle wichtig, die der pflegerischen Situation zugrunde liegen.

Schuldgefühle

Das beschriebene fürsorglich-autoritäre Pflegeverhalten führt immer wieder zu Schuldgefühlen. Schuldgefühle symbolisieren einerseits die Fähigkeit des Menschen, sein eigenes Verhalten zu reflektieren und zu bewerten, und machen damit eine wesentliche Grundlage seiner kulturellen Leistungen aus. Andererseits können besonders intensive Schuldgefühle das Selbstwertgefühl des Menschen soweit herabmindern, daß er nur noch wünscht, seine Existenz zu beenden; typisch für diese pathologische Extremform ist die schwere, endogene Depression. In solchen Zuständen seelischer Krankheit ist insbesondere die Fähigkeit zum Abwägen und Entscheiden zwischen Alternativen verloren gegangen. Aber auch ohne im engeren Sinne krankhaft zu sein – die pathologische Ausprägung ist nicht charakteristisch für pflegende Angehörige –, können stärkere Schuldgefühle die Pflege zusätzlich belasten. Der Berater hat deshalb viel Verantwortung. Er muß erkennen, wie weit er z.B. einer überkritischen Selbstbewertung der Pflegenden entgegenzuwirken hat. Alle Beziehungen zwischen Menschen, in denen pflegerische Versorgung stattfindet, beinhalten ja die Möglichkeit, sich ein jeweils noch besseres Niveau der Betreuung vorzustellen. Dies bedeutet eine permanente Versuchung zu Schuldgefühlen, wenn man eine dazu geeignete Persönlichkeit hat. Übrigens gilt diese Feststellung auch für den professionellen Bereich. Manchmal ist die auffällig unbeteiligte, gleichgültige Einstellung einer Pflegekraft nichts als eine Reaktion auf bzw. Abwehr von ihren besonders anspruchsvollen Vorstellungen über die Versorgung. Ziel der Beratung der Angehörigen ist die Entwicklung und Verbesserung ihrer Fähigkeit, das Ausmaß von Schuldgefühlen zu begrenzen.

Filiäre Reife

Die erwähnten Merkmale »Emotionale Autonomie«, »Fähigkeit zur Kontrolle von Schuldgefühlen« und »Fähigkeit zu einem fürsorglich-autoritären Umgang mit Demenzzkranken« machen wichtige Inhalte von »Filiäre Reife« aus. Mit diesem Begriff, der von der Amerikanerin BLENKNER 1965 vorgeschlagen wurde, ist diejenige innere Verfassung gemeint, mit der sich Kinder nach erfolgter Verselbstständigung ihren Eltern wieder zuwenden, wenn diese hilfsbedürftig werden. Hierbei geht es also um eine freiwillige Entscheidung, die nicht etwa aus Abhängigkeit oder unter manipulativem Druck zustande kommt. Ihre Eigenständigkeit wird bewußt erlebt, weil eigene Bedürfnisse weiterhin ausgewogen gegen die der Eltern abgegrenzt werden können. Die Vielfalt von Gefühlen, die sich in engen Beziehungen zwischen Menschen entwickeln, also auch heftige und aggressive, wird realistisch gesehen und erlebt. In der Regel existiert zugleich ein stabiles Bewußtsein der zugewandten und guten Empfindungen als Basis der Beziehung. Auf ihr kann die Einsicht in notwendige pflegerische und versorgende Maßnahmen wachsen. Auch dort, wo Anstrengungen begrenzt bleiben müssen, weil verschiedene Notwendigkeiten gegeneinander abzuwägen sind, bleibt die Sicherheit des richtigen Handelns erhalten.

Strukturierung der zeitlichen Perspektive

Die Unabsehbarkeit des Endes der Pflege kann außerordentlich belasten. Deshalb ist es wichtig, die Zeitperspektive zu strukturieren; z.B. hilft es, auf die verkürzte Lebenserwartung der Demenzen aufmerksam zu machen. Bekanntlich ist sie deutlich geringer als bei Gleichaltrigen mit ähnlicher körperlicher Gesundheit, aber weitgehend uneingeschränkten geistigen Funktionen. Die unabsehbar erscheinende Zukunftsperspektive kann also schon damit ein wenig strukturiert und überschaubar gemacht werden. Darüber hinaus lassen sich bestimmte Zeiträume definieren oder Stufen der Zustandsverschlechterung, bis zu denen die Pflege zunächst fortgesetzt wird, etwa bis zum Beginn von Inkontinenz oder bis zur völligen Bettlägerigkeit. Danach kann dann neu überlegt werden.

Vereinbarung eines realistischen pflegerischen Einsatzes

Wird ein vernünftiges Ausmaß der pflegerischen Anstrengungen vereinbart, sind die Voraussetzungen für längere Fortführung der Familienpflege gut. Manche Pflegenden verliert das Gefühl für den angemessenen Umfang völlig. In ganz extremer Weise geschah dies zum Beispiel bei einer etwa 45jährigen Frau, die ihre äußerst antriebseingeschränkte, fortgeschritten demente Mutter dreimal am Tag über Stunden fütterte, da sie nur noch ganz langsam kaute und aus eigenem Antrieb nichts mehr zu sich nahm. Dadurch vernachlässigte die Pflegenden ihre übrige Familie, was sich dramatisch in einem schweren Suizidversuch ihres zuckerkranken 21jährigen Sohnes ausdrückte. Es war sehr wichtig, einen vertretbaren Zeitraum des Fütterns mit ihr zu vereinbaren und ihr dabei das Gefühl zu geben: »Soviel zu tun wie jetzt vereinbart ist richtig, mehr aber wird von mir nicht verlangt«.

Belohnungserlebnisse

Ein anderer Gegenstand der Beratung ist die Suche nach Belohnungserlebnissen. In ihre tagtäglichen Anstrengungen eingespannt, vermögen die Pflegepersonen häufig nicht ausreichend zu erkennen, wie wohl der alte Mensch sich letztlich fühlt. Kurz wurde dies bereits berührt. Dieses Unvermögen wird manchmal auch von bereits sehr eingeschränkten alten Menschen unbewußt verstärkt, weil es die pflegerischen Anstrengungen intensivieren kann. Dazu beizutragen, daß die Angehörigen sich in ihren Anstrengungen anerkannt und damit auch aufgewertet fühlen, ist eine einfache und sehr wirksame Form der Unterstützung. Es ist im übrigen aus verschiedenen Untersuchungen bekannt, daß das Risiko der Beendigung von Familienpflege wächst, wenn Pflegenden keine Anerkennung mehr für ihre Anstrengungen erkennen können.

Neue Selbsterfahrung

Die Pflege birgt hinsichtlich chronischer Beziehungsstörungen Veränderungs- und Entwicklungschancen. Manche Tochter kommt zum Beispiel durch das Erlebnis der – endlich erreichten – Überlegenheit über die Mutter zu der Erfah-

rung, in dieser Überlegenheit gar nicht mehr kämpferisch und kritisch zu sein, sondern nur noch fürsorglich und gütig. Dies kann wegen seiner möglichen Auswirkungen auf ihr Selbstverständnis gar nicht hoch genug bewertet werden. Sich da, wo man früher ständig verletzt war und gekämpft hat, nun als eher weich und fürsorglich zu erleben, erweitert das Selbstbild und macht möglicherweise toleranter und reifer.

3. Unterschiede in der Situation pflegender Ehepartner und pflegender Kinder

Die angeborenen Eltern und der gewählte Ehepartner

Für einen Ehe-, bzw. Lebenspartner entscheidet man sich, Eltern hat man. Das Bewußtsein, den Partner gewählt zu haben, aber auch die Erinnerung an Schwierigkeiten der Entscheidung und an Entwicklungs- und Anpassungsprozesse während des Zusammenlebens tragen in einer durchschnittlich gelungenen Beziehung zur Verbundenheit bei. In der Tatsache der einst vorhandenen Entscheidungsfreiheit steckt auch die Chance, den Entschluß erneut lebendig zu machen, indem man etwa sagt: »Ich war frei und ungebunden. So habe ich mich für sie (oder ihn) entschieden. Ich würde mich heute nicht anders entscheiden«. Diese ursprünglich größere Freiwilligkeit als Grundlage der Bindung kann die Kraft für die Verarbeitung von Belastungen durch den Partner verstärken. In intergenerativen Pflegegemeinschaften gibt es dieses Kräfte-reservoir nicht.

Die unterschiedlichen Erfahrungen von Streit und Schwäche

Ein weiterer Punkt betrifft die unterschiedlichen Bedeutungen und die unterschiedlichen Ereignisweisen von Auseinandersetzung und Streit. In einer annähernd gleichberechtigten, partnerschaftlichen Ehe spielt die Erfahrung von Auseinandersetzung und Streit, aber auch von Wiederannäherung und Versöhnung eine große Rolle. Sicher würden bei weitem nicht alle der jetzt alten und häufig hilfsbedürftigen Menschen ihre Ehe in diesem Sinne als partnerschaftlich bezeichnen, zumindest nicht die Frauen. Aber in der Zukunft werden es wohl immer mehr Eheleute schaffen, ihren Weg mehr nebeneinander als nach- oder voreinander zu gehen. Darin ist zwangsläufig als wichtiges Element die Fähigkeit zu Auseinandersetzung und Streit enthalten. Überspitzt könnte man sogar sagen, daß die Eskalation einer Auseinandersetzung zum Streit nur dort möglich ist, wo annähernd gleich starke Partner aufeinanderstoßen. Man muß sich etwas entgegenzusetzen haben, um den anderen so an den Rand seiner Kontrolle zu bringen, daß er ungeordnet und heftig reagiert. Einerseits bedarf Streit also einer symmetrischen Beziehung als Grundlage, andererseits aber kann Streiterfahrung zum Wachsen des gegenseitigen Bewußtseins von Stärke und partnerschaftlicher Belastbarkeit beitragen. – In Ehen entstehen also mehr als in Eltern-Kind-Beziehungen Erfahrungen gegenseitigen Grenzverhaltens, also derjenigen menschlichen Zustände, in denen das besonnene Verarbeiten von heftigen Gefühlen oder Schwächezuständen nicht mehr oder nur noch schwer gelingt. Man könnte dies auch als gemeinsame bzw. gegenseitige

Erfahrung flüchtigen psychischen und geistigen Versagens bezeichnen. Zur Gemeinsamkeit gehört allerdings, daß es auch zu einem Abklingen des Konfliktes und des Ausnahmezustandes kommt. Dabei kann Verständnis dafür wachsen, daß solche Grenzverfassungen zu engen Beziehungen gehören, die ja immer auch durch Ambivalenz gekennzeichnet sind.

In intergenerativen Beziehungen kann dieses Element des Streites keine so zentrale Bedeutung haben. An ihrem Beginn stand die notwendige und berechtigte Überlegenheit der Eltern – die Voraussetzung dafür, daß Kinder die notwendigen sozialen Normen und Lebenstechniken kennenlernen und verinnerlichen. Dieser Prozeß wird durch relativ strenge Gebote abgesichert, die höchstens stille Ambivalenz und keine offenen Konflikte und Auseinandersetzungen zulassen.

Schwachwerden oder -sein spielt in Ehen nicht nur im Zusammenhang mit Kontrollverlust und Streit eine Rolle, sondern mehr noch bei Krankheit und Hilfsbedürftigkeit als Nicht-mehr-Können und Angewiesensein auf den anderen. Man könnte sagen: Gute und erfüllte Ehen sind heute durch mehr Bereitschaft beider Partner auch zur Schwäche gekennzeichnet als früher.

Das Erleben der Demenz des Ehepartners

Welche Bedeutung haben diese Überlegungen nun für den Umgang mit seniler Demenz zwischen Eheleuten? Die beiden beschriebenen Aspekte – die Erfahrungen von Streit und Schwäche – beinhalten die Chance, über längere Strecken der Krankheitsentwicklung offener und angstfreier mit den auftretenden Defiziten umzugehen. Wo die Erfahrung wächst, nichts vertuschen, keine Stärke und Kompetenz mehr vortäuschen zu müssen, wenn sie bereits verloren ist, entfallen viele überflüssige Dialoge und Interaktionen, wie sie in Pflegegemeinschaften zwischen kranken Eltern und Kindern häufig sind. Nicht selten leben in letzteren elterliche Überlegenheits- und Unfehlbarkeitsansprüche lange fort mit der Folge, daß Versagensakte geleugnet oder anderen projektiv zugeschrieben werden. In diesem Familien kämpfen aufgeriebene und erschöpfte Kinder manchmal kopflos darum, der alte Mensch möge doch endlich einräumen, was er alles nicht mehr kann. Zwischen Eltern und Kindern gibt es also sehr viel weniger wechselseitige Vergangenheit von Versagen und Nicht-mehr-Können.

Partner können dagegen eher mitempfinden, was es bedeutet, eine Fähigkeit allmählich einzubüßen. Dabei hilft es einerseits, annähernd in derselben Altersstufe zu sein. In der Gleichartigkeit der Lebenssituation sind also Chancen eines entspannteren Umgangs mit den Verlusten und damit vielleicht auch einer leichteren Bewältigung der Pflege enthalten. Andererseits ist es belastend, aus der Nähe des Miterlebens ständig die Angst vor ähnlichen Veränderungen bei sich selbst ertragen zu müssen.

Die Chancen zum rechtzeitigen, präventiven Umgang mit den Störungen

Es kommt ein weiterer Aspekt hinzu: Alle Menschen haben Erfahrung mit dem Schlüsselsymptom der senilen Demenz, dem Vergessen bzw. dem gestörten

Zugriff auf Gedächtnisinhalte. In ihrer stärksten Ausprägung führt diese Störung zum Verlust der Erinnerung an die eigene Identität: das Bewußtsein des Selbst verliert sich. Aber sie hat harmlose und eher amüsante Vorläufer: die alltägliche kleine Vergeßlichkeit oder Zerstreuung. Die beiden Aspekte – Persönlichkeitsverlust und amüsante Zerstreuung – werden jedoch eher selten als unterschiedliche Ausprägungsgrade eines verwandten Prozesses gesehen.

Genau betrachtet, stecken in dem gelegentlichen, eher heiteren »Bei-mir-beginnt-der-Alzheimer-auch-schon ...« aber Chancen eines präventiven, unangstlichen Vorwegnehmens ausgeprägter Störungen. Eheleute können sich flüchtig vorstellen, was schwerwiegenderes Versagen füreinander bedeuten würde, wenn also etwa einfache Vorgänge nicht mehr richtig begriffen werden könnten, weil ein erster Verständnisschritt bereits wieder vergessen worden ist, bevor der nächste und die folgenden abgeschlossen sind. Aufgehoben in der Intimität der Ehe, vielleicht in gute Stimmung eingebettet, noch nicht bedroht von Wirklichkeit, kann die Konfrontation mit und Akzeptanz von massiveren Defiziten erprobt werden. Das mag später verhindern, daß die Einbußen grob verleugnet werden und dann um ihre Akzeptanz gerungen wird.

Vielleicht mutet diese Überlegung unrealistisch an. Aber es geht um die Entwicklung von Bewältigungsansätzen bzw. von Zukunftsperspektiven *angesichts* der Tatsache, daß die häufigsten Demenzkrankheiten gegenwärtig ursächlich noch nicht behandelbar sind. Deshalb muß alle Kraft darauf gerichtet werden, Wahrnehmung, gedankliche Auseinandersetzung und Handeln aller Betroffenen so zu verändern, daß die Demenzkrankheiten alle Betroffenen möglichst wenig belasten. Wer z.B. die Erfahrung verninnerlicht hat, daß auch bei geistig voll leistungsfähigen Menschen die Erinnerung manchmal vollkommen falsch sein und in die Irre führen kann, oft unter dem Einfluß starker, unbewußter Kräfte, wird weniger starr auf der korrekten Funktion seines Gedächtnisses beharren. Bei solchen Menschen finden sich häufiger Formulierungen wie »soweit ich mich erinnere ...« oder »ich weiß, daß man sich in seiner Erinnerung manchmal sehr täuscht, aber mir scheint doch, daß ...«. In einer Ehe *kann* dadurch ein kleines Fundament gemeinsamer Erfahrung wachsen, das die Bewältigung späterer geistiger Defizite leichter werden läßt.

Das Bewahren der Partnerschaftlichkeit

Ein unangstlicher, möglichst offener und gelassener Umgang mit den Defiziten kann zudem das Kippen der Beziehungsebene verhindern. Er trägt dazu bei, daß beide Partner sich ihrer beider Verfassung mit allen dazugehörigen Veränderungen und Einschränkungen möglichst lange bewußt bleiben, ohne sich dies ständig ausdrücken zu müssen. Wenn dagegen einer von beiden erhebliche Ausfälle zeigt, sein Partner sich jedoch nicht mehr sicher ist, ob ihm dies bewußt ist, so muß der Gesundere zunehmend befürchten, dem Kranken ginge auch die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung verloren. Damit muß der geistig Rüstigere allmählich eine fürsorglich-betreuende, aber auch distanziertere Position einnehmen. Anders läßt sich die Spannung zwischen seinen

Beobachtungen und der fehlenden Selbstwahrnehmung seines Partners nicht ertragen. Aus einer symmetrischen Beziehung wird allmählich eine Beziehung mit Gefälle zum Hilfebedürftigen und mit weniger Austausch, denn dazu bedarf es des Gefühls einer annähernd gleichen seelisch-geistigen Belastbarkeit. Diese Entwicklung findet nicht selten in der beruflichen Zusammenarbeit mit älter und schwächer werdenden statt und gelegentlich auch zwischen Kindern und Eltern. In einer Ehe gibt es aus den erwähnten Gründen die Chance, sie länger zu vermeiden.

Das Vertrautsein

Es erstaunt immer wieder, wie gut die emotionale Wahrnehmung und das emotionale Gedächtnis von Dementen auch in fortgeschrittenen Krankheitsstadien erhalten sein können. Wer aus der langen Geschichte einer Ehe heraus die Schwächen, Verletzlichkeiten, Sehnsüchte und Vorlieben des Partners kennt, also sozusagen mit den Inhalten seines emotionalen Gedächtnisses vertraut ist, der versteht u.U. auch bei Kranken mit weit fortgeschrittener Demenz und verlorengegangener Sprache, welche Empfindungen oder Wünsche in ihnen entstehen. Ihm erschließt sich der Sinn verwirrter Handlungen leichter. Aus dieser tiefen Vertrautheit heraus mag es eher gelingen, suggestiv auf den Kranken einzuwirken, um z.B. angenehme seelische Verfassungen in ihm zu erzeugen oder belastendes bzw. selbstgefährdendes Verhalten zu verhindern.

Die Verluste in engen ehelichen Beziehungen

Den positiven Seiten des Zusammengewachsenseins und der tiefen Vertrautheit stehen in ehelichen Pflegesituationen mit Demenzkranken aber auch besonders belastende Merkmale gegenüber. Das Schwerste: Wo viel entstanden ist, kann auch viel verlorengehen. Zu den schrecklichen Folgen der Demenz des Partners gehört sein allmähliches Immer-weniger-Werden, das Verkargen von Gedanken, von Anregbarkeit und Spontaneität. Sich nicht mehr mitteilen zu können, weil man keinen aufmerksamen und verstehenden Blick und keine mitfühlende Bemerkung mehr erwarten darf, nicht mehr gemeinsam nach Verständnis und Lösungen von Problemen suchen zu können, immer stärker einsehen zu müssen, daß der Partner keine Stütze mehr sein kann – dies sind schwere Verluste, mit denen die endgültige Abschiednahme und der Tod des Lebensgefährten vorweggenommen werden. Zugleich repräsentiert das Schicksal des kranken Partners eine manchmal unerträgliche Konfrontation mit dem eigenen Tod. Hier liegt der wichtigste Unterschied von intergenerativen Pflegebeziehungen. Betreuende Kinder, die sich überwiegend in der Altersspanne zwischen 50 und 60 befinden, haben noch Lebensperspektiven, zu denen auch ein Zuwachs an Wissen, Aufgaben und Erfolg gehören kann. Daneben gibt es für sie die berechtigte Aussicht auf mehr Entspannung und Genuß in der Zeit nach der Pflegebelastung. Pflegenden Ehepartner können aus dieser Perspektive dagegen keine oder nur wenig Kraft für die gegenwärtigen Anstrengungen beziehen.

Die Belastung durch gestörte Kompromißfähigkeit

Zu guten, engen Beziehungen gehört – wie mehrfach angedeutet – Ambivalenz von Gefühlen. Zugewandtes steht neben – zumindest kurzfristig – Heftig-Aggressivem, und im Hintergrund sind vielen Menschen die weniger angenehmen Züge und Persönlichkeitsanteile des Partners bewußt. Ständig ist eine Synthese, ein Ausgleich beider Strebungen erforderlich, den man auch als konstruktive Kompromißarbeit in einer Beziehung bezeichnen kann. Um sie leisten zu können, bedarf es eines funktionierenden Verstandes. Manchmal muß man sich bewußt auf die positiven Seiten des anderen besinnen, gute Erfahrungen und die dazugehörigen Bilder in sich lebendig werden lassen, so daß sie ein wenig zurückstrahlen auf die gemeinsame Gegenwart, in der man das Zusammensein gerade schwierig findet. Der dement werdende ist immer weniger imstande zu dieser Gegensteuerung oder Neutralisierung von Gefühlen. Er ist also nicht nur seinen plötzlichen heftigen Empfindungen ausgeliefert, sondern vermag auch die in engen Beziehungen erforderliche langfristige Kompromißanstrengung nicht mehr zu vollbringen. Bisher ungewohnte abweisende oder gleichgültige Gefühle lassen das Verhalten des Kranken dann verändert erscheinen. Daraus können beim gesunden Partner viel Gekränktheit und Trauer entstehen, also zusätzliche Belastungen. Dieser Aspekt hat in Ehen größeres Gewicht als in Eltern-Kind-Beziehungen.

Die Belastungen in bereits schwierigen Partnerschaften

Die Überlegungen zur ehelichen Pflegesituation haben vorwiegend dann Gültigkeit, wenn es sich um im wesentlichen gelungene Beziehungen mit weiterhin positiven Gefühlen füreinander handelt. Besondere Belastungen drohen in bereits schwierigen Partnerschaften, in denen dies aber bisher – bewußt oder unbewußt, gemeinsam oder nur von einem der beiden Partner – ausgeblendet wurde. Gerade die Tatsache der geringen Vertrautheit mit diesen verdrängten, untergründigen Beziehungsanteilen kann die Gleichgewichtsverschiebung durch das Schwachwerden des Kranken gefährlich machen. So können sich z.B. unbewußte Überlegenheitsphantasien oder Bemächtigungsimpulse bis hin zu aggressiven Wünschen unbemerkt Ausdruck verschaffen, etwa in besonderen Betreuungsstilen. Das können dann Ehen sein, in denen Frauen, die sich in vergangenen Lebensabschnitten mit der Rolle der angepaßten, eher führungsbedürftigen Ehefrau zufriedengegeben haben, nun manchmal beschämend offen über ihre versagenden Partner sprechen. Dann wird etwa in unwürdiger Weise breit berichtet, welche Mißgeschicke und Versagenshandlungen dem Kranken passiert sind. Es gibt Schilderungen praktischer Ärzte, nach denen Frauen ihre ängstlich-unruhigen, schnell weinenden Männer permanent mit sich führen und in der Sprechstunde scheinbar fürsorglich, aber eigentlich herablassend und manchmal sogar triumphierend über die Schwächen des dementen Partners berichten. Dabei läßt sich immer wieder beobachten, daß gerade diese Frauen sich schwertun, von dem nun offensichtlich gar nicht mehr so geliebten Partner auch nur für einige Stunden zu lassen und Hilfsdienste in Anspruch zu nehmen.

Die Erprobung und Realisierung von bisher verborgenen Überlegenheitsphantasien

Das geistige Schwachwerden des Mannes bedeutet in solchen Beziehungen nicht nur ein Klippen der Beziehung, sondern sogar eine Umkehrung des Machtgefälles; davon war in Zusammenhang mit den präventiven Chancen in der Ehe schon die Rede. Anders als bei generationsübergreifender Pflege, in der von den uralten Verhaltensgeboten in Richtung Eltern (»Du sollst nicht« bzw. »Du sollst ...«) noch eine stärker regulierende Wirkung ausgehen kann, fehlt eine derartige Kontrolle in der Intimität der Ehe. Hier spielt zudem eine Rolle, ob sich die früher eher untergeordnete Frau tatsächlich immer als schwächer empfunden oder ob sie schon seit langem Überlegenheitsphantasien entwickelt hat, aber unrealisiert ließ, weil es ja auch bequem sein kann, im Windschatten eines stärkeren Partners zu bleiben. Die Demenz des Partners zwingt diese Frauen sozusagen zur Offenlegung bzw. Erprobung ihrer bisher nur geahnten Überlegenheit. Auch dies kann zu überschießenden Handlungen führen wie dem beschriebenen peinlich berührenden Ausbreiten der Versagensereignisse des kranken Mannes.

All dies kann natürlich auch eine Rolle spielen, wenn in eigentlich schlechten Ehen Männer ihre dement werdenden Frauen pflegen. Der Regelfall ist unter diesen Voraussetzungen jedoch eher, daß die Männer die Pflege ablehnen, da dies eine *neue*, zusätzliche Aufgabe bedeutete. Damit entfallen die Voraussetzungen für die oben beschriebenen Gefahren. Frauen dagegen sind in der Tradition der Ehe sehr viel vertrauter mit fürsorglich-pflegerischen Aufgaben und fühlen sich deshalb viel selbstverständlicher dazu verpflichtet, die Pflege ihres Mannes aus eigener Kraft zu leisten. Damit sind sie einem größeren Risiko der beschriebenen Entwicklungen ausgesetzt.

Im vorangegangenen Abschnitt ging es um wichtige Merkmale ehelicher und partnerschaftlicher Beziehungen alter Menschen unter dem Einfluß von zunehmender Pflegebedürftigkeit durch Demenz. Daraus ergeben sich detaillierte Anregungen für die Beratung, auf die hier aber nur ansatzweise eingegangen wurde. Vor allem sollte deutlich gemacht werden, wieviel Aufmerksamkeit der Beziehung der beiden Menschen und ihrer Geschichte gewidmet werden muß.

4. Überlegungen zur Qualifikation für die Beratungstätigkeit

Gründe für die schwierige Beantwortbarkeit der Qualifikationsfrage

Zu den schwierigen Fragen der Angehörigenberatung Alterskranker gehört die nach den erforderlichen Voraussetzungen für diese Tätigkeit. Dies hat seine Ursache in einer Reihe von – in sich teilweise widersprüchlichen – Sachverhalten. An erster Stelle steht das Mißverhältnis zwischen dem Bedarf an kompetenter Beratung pflegender Angehöriger und dem Mangel an Menschen, die dazu bereit und qualifiziert sind. Zweitens gibt es einen Widerspruch zwischen der Tatsache, daß emotionale und psychologische Probleme als Beratungsanlässe im Zusammenhang mit zahlreichen Versorgungsproblemen auftauchen, und

dem berechtigten Bedürfnis, Beratungsgespräche ganz unabhängig von anderen Hilfsmaßnahmen und in Ruhe führen zu können. Dabei taucht dann meist auch der Wunsch nach einer entsprechend qualifizierten Person auf, die nicht eingebunden ist in die übrigen Versorgungsstrukturen. Dies führt zu organisatorischen Problemen; außerdem kann es aus Gründen der unterschiedlichen Bewertung der einzelnen Leistungen zu rivalitätsbedingten Störungen der Kooperation kommen («... ich bin für das Grobe, Füttern und Waschen ... und ihr seid für das Feine, die Beratung ...»). Drittens ist die Qualifikationsfrage geprägt von dem Widerspruch zwischen der Tatsache, daß sich kaum ein gesellschaftlicher Bereich so stark im Umbruch befindet wie die Altenversorgung, und dem berechtigten Bedürfnis, bereits ein festgefügt, eindeutiges Wissen über Ausbildungsgänge, Inhalte und Leistungsnachweise zur Verfügung zu haben. Viertens gibt es den Widerspruch zwischen der großen Problemvielfalt des einzelnen hilfsbedürftigen Menschen und dem Wunsch nach klar geordneten und operationalisierten Handlungsanweisungen für den Berater. Hier spielt insbesondere die über Jahrzehnte gewachsene Situations- und Beziehungsvielfalt alter Menschen als Hindernis für mehr Einfachheit eine Rolle. Fünftens ist die Qualifikationsfrage gekennzeichnet durch den häufig zu beobachtenden unmerklichen Übergang zwischen Beratung und Psychotherapie. Auch die in diesem Beitrag bisher angesprochenen Gesichtspunkte verdeutlichen dies immer wieder. Zu Recht gibt es Zurückhaltung, jemandem psychotherapeutische Kompetenz ohne entsprechende Qualifikationsprozesse zuzubilligen. Weil aber der Bedarf danach in vielen Problemsituationen enthalten ist, findet Psychotherapie unmerklich statt; sie ereignet sich fortlaufend, so gut sie denn dem einzelnen gerade gelingt. Schließlich ergeben sich sechstens widersprüchliche Sachverhalte daraus, daß der Beratungsbedarf in Versorgungszusammenhängen mit vielen verschiedenen Berufsgruppen auftaucht. Die Beratung kann einen sehr unterschiedlichen Anteil am berufsspezifischen Tätigkeitspektrum haben. Außerdem wird ihr unter den beteiligten Berufen eine unterschiedliche Bedeutung zugemessen. Das wiederum kann Anlaß für interdisziplinäre Spannungen, Vorurteilshaltungen und Rivalitätsempfindungen sein.

Qualifikationsanforderungen

Unabhängig von diesen erschwerenden Rahmenbedingungen lassen sich qualifikatorische Gesichtspunkte gliedern in 1. Faktoren der Persönlichkeit und der Biographie, 2. des (erlernbaren) Wissens, 3. der berufspraktischen Erfahrung und 4. des Strukturwissens und der Fähigkeit, die Strukturen sinnvoll zu nutzen; dies ist ein besonders typischer Aspekt der schwer überschaubaren und im Umbruch befindlichen Welt der Altenversorgung. Es ist selbstverständlich, daß enge Beziehungen und vielfältige Überlappungen zwischen diesen vier Bereichen bestehen; zu einer vorläufigen Ordnung und Übersicht bietet sich diese Gliederung dennoch an. Im folgenden soll nur auf den ersten Punkt etwas näher eingegangen werden, die Persönlichkeits- und biographisch begründeten Faktoren, die zur Beratung befähigen. Sie haben besondere Bedeutung, und sie

liegen eher außerhalb der Beeinflußbarkeit durch Schulung und Ausbildung, wie sie für die anderen Merkmale gegeben ist (deshalb werden jene hier nicht weiter behandelt).

Persönlichkeit und Biographie

Innerhalb dieses Faktors lassen sich wiederum einige Gesichtspunkte voneinander abgrenzen. Der *erste* betrifft all diejenigen Eigenschaften, die für psychologisch-emotionale Hilfeleistungen an Menschen aller Altersgruppen erforderlich sind, also etwa die Fähigkeit, dem Hilfebedürftigen Achtung und Wertschätzung entgegenzubringen. Eng damit verbunden ist eine Grundhaltung von Interessiertheit bis hin zur Neugierde an dem Hilfesuchenden. Die Vielfalt von schwierigen und seelisch belastenden Lebenssituationen, aber auch ihre manchmal erdrückende Ausweglosigkeit erfordern ferner ein gutes Maß an Phantasie und Kreativität. Eng mit diesen Eigenschaften verbunden ist die Fähigkeit und Bereitschaft zu auch intuitiven Annahmen, Einfällen und Handeln; dem muß jedoch Reflexionsvermögen gegenüberstehen, also die Fähigkeit zur Beobachtung des eigenen Tuns.

Als *zweite* Gruppe lassen sich Eigenschaften zusammenfassen, die für die (psychotherapeutisch orientierte) Beratung in Bezug auf *altersabhängige Probleme* besonders qualifizieren. Dazu gehört zunächst Erfahrung mit dem persönlichen Älterwerden, also auch der eigenen geistig-seelischen Veränderung in der Zeit. Damit ist die wesentliche Voraussetzung vorhanden, das Fortschreiten dieses Prozesses bei anderen berücksichtigen zu können. Im Wissen um seine Veränderungen vermag der Berater zu errahnen, daß das Älterwerden zu inneren Verfassungen und Sichtweisen führen kann, die weit entfernt von seinen gegenwärtigen sind. Die Erfahrung des eigenen Prozesses erleichtert den Respekt vor der Andersartigkeit alter Menschen und ihrer Innenwelt. Hilfreich ist die Sensibilisierung für die Beratungstätigkeit aufgrund von entsprechenden Erfahrungen in der eigenen Familie. – Wichtig ist Interesse an menschlichen Lebensläufen. – Die Tatsache, daß es sich bei den alten Menschen, die entweder selbst beraten werden oder Angehörige der Beratenen sind, symbolisch stets um unsere Eltern handelt, löst beim Beratenden auf unterschiedlichen Wegen bestimmte seelische Reaktionen aus, die in der Regel etwas mit seinen eigenen Eltern und der Beziehung zu ihnen zu tun haben. Deshalb ist eine besondere Bereitschaft und Fähigkeit erforderlich, diese Reaktionen wahrzunehmen und zu reflektieren. Sie dürfen sich nicht unbemerkt und deshalb möglicherweise einseitig und schädlich auf das Beratungsgeschehen auswirken. – Im Unterschied zu jüngeren Beratungs- und psychotherapiebedürftigen Patientengruppen haben alte Menschen und ihre belasteten Angehörigen oft kein Bewußtsein von Beratungs- und Psychotherapiebedürftigkeit entwickelt. Deshalb und auch wegen der bei Alten häufig schon etwas verlangsamten geistigen Prozesse ist eine gute Fähigkeit zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von Kontakten erforderlich, gepaart mit Geduld und einem langen seelischen Atem. Das setzt (eng verbunden mit dem erwähnten biographischen Interesse) mehr noch als im Umgang mit jüngeren Hilfsbedürftigen eine große Bereitschaft zum Zuhören voraus. – Wertvoll ist es,

zu Humor und Heiterkeit begabt zu sein. In der Versorgung von Demenzkranken kann es nämlich viel zu Lachen geben. Auch wenn dies häufig im Zusammenhang mit Fehlverhalten oder Mißgeschicken steht, sollte man sich zu den erhellenden Anteilen solcher Situationen bekennen. Oft überträgt sich etwas von dieser Heiterkeit auf die Kranken, und das tut ihnen gut. – Obwohl ein elementarer Bestandteil von Selbsterfahrung im Älterwerden, ist besonders auf die Wichtigkeit von bereits erlebten Verlusten Nahestehender hinzuweisen. Wer nicht erfahren hat, was Abschied-Nehmen und Trauern bedeuten, dem wird es schwerfallen, sich mit diesen Themen in der Beratungsarbeit auseinanderzusetzen.

Drittens gibt es Faktoren, die im Hinblick auf *spezifische Schwierigkeiten* und *Einzelaspekte* der Angehörigenberatung qualifizieren, z.B. eine spezielle Form der Selbsterfahrung bzw. -beobachtung, die in der Arbeit mit Demenzkranken wächst: Das Vertrautsein mit dem eigenen geistigen Funktionieren und mit (in der Regel vorübergehenden) Störungen in diesem Bereich. Wer dazu angeregt worden ist, sein eigenes Vergessen oder zumindest Schwankungen seiner geistig-seelischen Leistungsfähigkeit wahrzunehmen, hat es leichter in der Beratungstätigkeit. – Nicht minder wichtig ist Einfühlung und Verständnis für die Bedürfnisse und die Situation belasteter Frauen, denn sie sind es ja weit überwiegend, die die Familienpflege leisten. Hilfreich ist, wenn sich dieser Gesichtspunkt mit einem (konstruktiven) grundsätzlichen Engagement für benachteiligte Gruppen paart. – Mehr als andere Altersgruppen von Beratern und Patienten benötigen die Menschen, um die es in dieser Arbeit geht, Erfahrung der Berater im Umgang mit ihren eigenen aggressiven und depressiven Persönlichkeitsanteilen. Ohne ein Empfinden davon zu haben, wie die innere Dynamik depressiver Verfassungen aussieht, was also etwa an aggressiven Potentialen durch eine forcierte oder aufgesetzte Fürsorglichkeit abgewehrt sein kann, wird die Beratungstätigkeit in entsprechenden Fällen erfolglos bleiben. – Schuldgefühle spielen in Pflegebeziehungen mit Elternpersonen eine große Rolle. Grundsätzlich ist immer noch ein Mehr an Einsatz denkbar. Es ist hilfreich, über Erfahrungen im Empfinden, Ertragen und Bewältigen von Schuldgefühlen zu verfügen. – Im Hinblick auf einen speziellen Aspekt der Angehörigenberatung, nämlich den der Vermittlung und Anbahnung von instrumentellen und personellen Hilfen, ist eine Eigenschaft gefordert, die sich mit einigen der hier bereits erwähnten deckt (z.B. Kontaktfähigkeit, Phantasie, Geduld), die aber darüber hinausgehende Dimensionen hat: Eine (manchmal fast kämpferische) Durchsetzungsfähigkeit und Hartnäckigkeit, gepaart mit gelegentlich detektivischem Spürsinn. Nur so läßt sich in der schwer überschaubaren und oft von einzelnen Persönlichkeiten besonders geprägten Struktur unseres Hilfenetzes das für alte Menschen Erforderliche anbahnen.

Schließlich ist *viertens* eine Gruppe von Merkmalen zu nennen, die alle etwas mit dem Komplex »Abwarten« und »Sich in-seinen-Erwartungen-Bescheiden« zu tun haben. Zum einen geht es um das Verständnis von den konstruktiven Potentialen der Langsamkeit (so anstrengend sie im einzelnen Moment auch sein mag). Nur wer verinnerlicht hat, wie langsam das Entwicklungstempo see-

lischer Prozesse hin zu mehr Wohlbefinden und Autonomie ist, weiß, welchen Wert gelegentliches Innehalten und Abwarten hat. Eng damit verwandt ist das Verständnis der konstruktiven Anteile von – vorübergehender – Ratlosigkeit. Den spannungsvollen Zustand zwischen der vollständigen Problem- und Konfliktwahrnehmung einerseits und dem Fehlen einer erkennbaren Lösung andererseits bewußt zu ertragen, möglichst noch mit dem Wissen, daß das Ausweichen in vorschnelle und aktionistische Handlungsempfehlungen falsch ist, macht ein typisches Merkmal beratenden und psychotherapeutischen Engagements aus. Die Mischung von unruhiger oder drängender Ungeduld, oft gepaart mit Angst vor dem drohenden Versagen als Berater, und von Zuversicht aus der Erfahrung ähnlicher, schließlich bewältigter Situationen stellt eine komplizierte innere Verfassung dar, die den Beratungsprozeß voranzubringen vermag. – Ein weiteres Merkmal ergibt sich aus dem nicht seltenen Zwang, Unveränderliches als Realität anzuerkennen und dies den betroffenen Menschen zu vermitteln: eigene Ohnmacht und die der anderen muß ertragen werden. – Angesichts der Bedeutung der Langsamkeit ist die Aufmerksamkeit um so mehr zu schärfen für kleine positive Veränderungen und Entwicklungen, also etwa eine geringfügig zunehmende Distanz zum Problem, etwas elastischere Reaktionsformen, wirksamere Umgangsweisen oder sogar veränderte emotionale Haltungen. Wichtig ist, die kleinen Schritte zu erkennen und allen Beteiligten so zu verdeutlichen, daß daraus auch Befriedigung werden kann. Das ist die große Kunst in der Beratung von pflegenden Angehörigen mit ihren jahrzehntelang gewachsenen Beziehungen und seelischen Strukturen: In sehr begrenztem Rahmen Veränderungsmöglichkeiten zu erkennen und zu nutzen und die erreichten Fortschritte für die Beteiligten erfahrbar zu machen.

Schlußbemerkung

Zweifelloos ist Zeit für die Entwicklung der Beratungskompetenz erforderlich. Aber es gibt ein Recht auf die Zeit des Lernens, insbesondere bei einem noch jungen Unterstützungsangebot mit noch begrenzter Verbreitung. Das Wichtigste ist nicht, auf jede einzelne Frage die präzise therapeutische Antwort zu kennen, sondern sich der Vielschichtigkeit und Fülle der Probleme bewußt zu sein. Damit sind die wesentlichen Voraussetzungen für das Wachsen von Erfahrungen und Fähigkeiten gegeben; mehr sollte man von sich zunächst nicht verlangen.

Ethik der terminalen Pflege

Rudolf-Maria Schütz

»Alles was ich weiß, ist, daß ich bald sterben werde, aber was der Tod selber ist, den zu vermeiden ich nicht wissen werde, das weiß ich am wenigsten« (B. PASCAL).

Wenn viele Menschen sich heute über das Sterben Gedanken machen und nach Wegen zu einem »perfekten« Sterben suchen, liegt die Annahme nahe, daß nicht so sehr die Todesangst im Vordergrund ihrer Befürchtung steht, sondern die Angst vor einem langdauernden qualvollen Sterben. Diese Furcht ist berechtigt, denn die moderne Medizin kann auch Schwerstkranke über Tage und Wochen so weit am Leben erhalten, daß Atmung, Kreislauf und Stoffwechselvorgänge intakt bleiben. Der Grundsatz, menschliches Leben zu verlängern, solange es in den menschlichen Kräften steht, darf aber keine absolute Bedeutung mehr haben, seitdem wir erkannt haben, daß eine solche Lebensverlängerung in Wirklichkeit dem Wohl des Betroffenen oft abträglich sein kann. Somit müssen Arzt und Helfende – unabhängig von den an sie gerichteten Erwartungen – ihr Handeln allein an der Sinnhaftigkeit für den Patienten ausrichten (SCHÜTZ, 1989).

Die Antwort auf die Frage, wie ein Patient selbst das Sterben erlebe, ist entsprechend den verschiedenen Lebensphasen und Lebenssituationen unterschiedlich. Ich gehe darauf nicht ein, zudem sie nur Beobachtungen und Annahmen wiedergeben kann, letzte Fragen aber nicht beantwortet.

Was glaubt man, objektiv zu wissen? Die Aussagen sind recht heterogen. Man hat bei Untersuchungen im Vorfeld des Todes gefunden, daß ein Abfall der kognitiven Leistungen, eine Minderung der Bewußtseinsklarheit und Mängel in der zeitlichen und räumlichen Orientierung eintreten können. Öfter fiel gleichzeitig eine Abwendung vom aktuellen Umfeld auf, als Hinweis darauf gedeutet, daß sich der Mensch dann wohl auf die eigenen Reserven konzentrierte.

Manche versuchen, die ihnen noch möglichen Aktivitäten fortzusetzen, andere wiederum scheinen den Tod als Erlösung herbeizuwünschen.

Untersuchungen der Universitätsklinik Bern sprechen dafür, daß zwei Drittel aller sterbenden Patienten in den letzten 24 Stunden vor dem Tod bei Bewußtsein waren. 50% erwähnten spontan oder auf Befragen nach ihrem Befinden ihren bevorstehenden Tod, während eine Vergleichsgruppe chronisch kranker, noch nicht Moribunder dieses nur in 5% taten. Und nach Untersuchungen von WEITZEL scheint auch die Angst vor dem Tod mit seinem Näherrücken offensichtlich abzunehmen: Nur 2,7% seiner Patienten hatten in den letzten 24 Stunden ihres Lebens Angst geäußert oder gespürt.

Diese Möglichkeit einer letztendlich doch positiven Einstellung dem herannahenden Ende gegenüber sollte in der psychischen Betreuung umfassender als bis-

her berücksichtigt werden: Im Gegensatz zum Verhalten seiner Umgebung verdrängt – insbesondere der ältere Sterbende – offenbar nicht mehr immer das Wissen, daß sein Leben nun in den Tod einmünde.

Das Sterben kann einem chronisch kranken Patienten dadurch leichter gemacht werden, daß man ihm in einem frühen Stadium die Zusage gibt, ihn nicht unnötig leiden zu lassen und dann dieses Versprechen auch unter allen Umständen einhält, selbst dann, wenn der Patient nicht mehr bei vollem Bewußtsein zu sein scheint. Sogenannte Patiententestamente, die meist in einer Phase relativer Gesundheit getroffen worden sind, können für akutes Handeln allenfalls zur Kenntnis genommen werden, nicht jedoch als Verpflichtung für ein bestimmtes Handeln gelten.

Für einen Sterbenden spielt es eine herausragende Rolle, ob und wie er in seine Umwelt integriert bleibt. Auch wenn Krankenhaus und Heim hier ihr Verhalten positiv gewandelt haben, führen Nachwuchssorgen und Richtlinien der allgemeinen Arbeitswelt wie die verkürzten Arbeitszeiten mit häufigem Schicht-, d.h. Personalwechsel, dazu, daß sich kaum zwischenmenschliche Beziehungen zwischen Patient und Personal entwickeln können. Die Routine macht es außerdem oft unmöglich, daß Pflegepersonal und Arzt in den entscheidenden Todesminuten verfügbar sind, vor allem dann, wenn ein Kranker langsam »hinüberschläft«. Wann immer es möglich ist, sollte deshalb das Sterben im Interesse des Betroffenen auch heute wieder in den Kreis der Familie oder/und in die vertraute Umgebung zurückverlegt werden, denn dann sinkt seine Belastung. Hier müssen dann aber die Angehörigen Unterstützung erfahren. Diese hat sich auf die Behandlung des Patienten, dessen Pflege und Beistand zu erstrecken. Hier liegt für die Hospizbewegung ein sehr sinnvolles Tätigkeitsfeld vor.

Die Behandlung eines Sterbenden richtet sich in der Regel nach den medizinischen Bedürfnissen. »In der Regel« bedeutet, daß ein Patient sich bei erhaltener Urteilsfähigkeit auch einmal gegen eine Maßnahme aussprechen kann und diese Entscheidung dann berücksichtigt werden muß. Wenn aber medizinische Maßnahmen den Krankheitsverlauf nicht mehr beeinflussen können, wird die Qualität des ärztlichen und pflegerischen Engagements, die dauerhafte und personalisierte Fürsorge immer bedeutsamer (SPORKEN, 1977/1982). Hier wird dann insbesondere der Arzt versuchen, Beschwerden zu lindern. Eine Angst vor Gewöhnung an stärkere Narkotika ist meines Erachtens gegen das Lebensende hin bedeutungslos. Man hat sich nur danach zu entscheiden, ob man mehr einen Schmerz, das andere Mal eine Unruhe, ob man eine Atemnot oder schließlich Angstsymptome bekämpfen will.

Wie verhält man sich, wenn dem eigentlichen Tod eine mehr oder weniger lange Periode geistiger Verwirrung oder gar Bewußtlosigkeit vorausgeht? Sind hier noch zwischenmenschliche Interaktionen möglich?

Selbst wenn der Sterbende nach dem ersten Eindruck nicht mehr ansprechbar zu sein scheint, wird man bei Zuwendung doch immer wieder noch das Vorhandensein von Bewußtsein erleben, sogar dann, wenn der Sterbende sich nicht

mehr mitteilen kann. Aber gerade in diesem hilflosen Zustand hat ein Mensch ein besonderes Anrecht auf eine menschenwürdige Behandlung: Denn wenn auch immer der Geist oder Körper versehrt sein mögen, sein Personsein geht nicht durch Krankheit, Versehrtheit oder psychischen Verfall verloren.

Deshalb sollten weder Angehörige noch Pflegepersonal – wie es häufig, wenngleich nicht in bössartiger, so doch in unbedachter Weise geschieht – über das Sterben eben dieses Menschen im Sterbezimmer reden. Ein solches Verhalten würde das Paradebeispiel eines absolut negativen Sterbebeistandes sein.

Im übrigen kann Sterbebeistand im Sinne der Sterbehilfe nur bedeuten, dem Patienten Erleichterung jeglicher Art beim Sterben zu verschaffen, nie aber Tötung auf Verlangen meinen.

Diese Aussage ist aktuell wieder von großer Bedeutung. Denn die Debatte um die strafrechtliche Freigabe von Abtreibung und von Tötung behinderter Neugeborener hat der australische Philosoph Peter Singer konsequent auf die Selektion und Tötung unheilbarer oder schwerstpflegebedürftiger Erwachsener ausgedehnt. Ein Kreis deutscher Hochschullehrer und Politiker hat im sogenannten Kiensauer Manifest die Befürchtung geäußert, daß es von dieser Einstellung nur noch ein kleiner Schritt zu den Fragen sei:

- Wird oder muß es künftig ein Indikationsmodell für Pflegebedürftige geben?
- Wird oder muß künftig deren Recht auf Leben aufgewogen werden gegen das Interesse derer, die physisch und materiell die Last der Pflege tragen?
- Entwickelt sich schlußendlich daraus die gesellschaftliche Pflicht jedes dauerhaft Pflegebedürftigen, zur Entlastung seiner Umwelt um seine Tötung zu ersuchen? – Natürlich freiwillig!

Ereignisse in Wien und Wuppertal haben doch bedrohlich erkennen lassen, daß nicht immer die Erlösung des anderen, sondern oft nur die Erlösung von diesem anderen das Ziel des Handelns war. Hier muß man den Anfängen wehren (SCHÜTZ, 1992).

Eine unabdingbare Minimalforderung an die Pflege todkranker und sterbender Patienten ist das Befriedigen der Grundbedürfnisse, die auch ein Säugling hat, aber nicht selbst befriedigen kann: nämlich Ernährung, Reinigung, Betten sowie das Recht auf Schmerzlinderung und vor allem auf zwischenmenschliche Zuwendung. Diese kann wie im Kleinkindesalter durch Hautkontakt, Streicheln, Händehalten erfolgen und führt dann sehr oft zu einem erheblichen Entspannen der Betreuten. Die notwendige Unterscheidung zwischen Behandlung, die sich gegen eine Krankheit richtet, und Pflege, die sich auf die Befriedigung der wesentlichen Bedürfnisse der Person richtet, entspricht der Unterscheidung zwischen Krankheit und Persönlichkeit. Daraus folgt bei den Bemühungen um Sterbende: Jedem Weniger an medizinischer Behandlung und jedem Verzicht auf weitere medizinische Bekämpfung einer Krankheit muß immer ein Mehr an pflegerischer Betreuung und mitmenschlicher Zuwendung entsprechen, wenn die Würde des Einzelnen als Mensch nicht mißachtet werden soll.

Das richtige Kümern um den Sterbenden beginnt mit der Schaffung einer würdigen räumlichen Atmosphäre, dazu gehören auch Kleinigkeiten wie ein Blumenstrauß. Die Art, weniger die Intensität der menschlichen Zuwendung hängt ab von der Bewußtseinslage des Patienten, seinem Wissen um die Art der Erkrankung und die Prognose, besonders aber auch von seinem Bildungsgrad: Und dieser ist bei erhaltenem Bewußtsein ausschlaggebend dafür, wie man sich dem Patienten mit der Wahrheit nähert, daß der Tod bevorsteht. Bei solchen Gesprächen darf Zeitdruck keinerlei Rolle spielen, einfühlsame Anteilnahme ist die wichtigste Voraussetzung.

Worauf ist bei der Pflege eines Sterbenden besonders zu achten?

- Alle Maßnahmen sollen dazu dienen, die Anstrengungen für ihn so gering wie möglich zu halten.
- Ein Sterbender ist umzulagern, sobald er darum bittet. Gerade dieser Dienst erfordert viel Geduld, kann aber – insbesondere nach langem Krankenlager – in den letzten Stunden Linderung verschaffen. Oft wird eine halbsitzende Stellung mit Unterstützung im Rücken für längere Zeit als besonders angenehm empfunden.
- Durst belästigt Sterbende oft stark. Können sie nicht mehr trinken, sollte man häufiger Flüssigkeit mit einem Teelöffel oder einer Pipette einflößen. Geht auch dieses nicht mehr kann Saugenlassen an einem nassen Schwamm oder Tuch oder auch an einer Babyflasche hilfreich sein.
- Sofern – was selten ist – der Moribunde nach u.U. recht ausgefallenen Speisen verlangt, sollte man ihm diese Bitte erfüllen.
- Schwitzt der Sterbende, werden Einreibungen mit Erfrischungsmitteln (Kölisch Wasser oder Alkohol) als angenehm empfunden, ebenfalls häufigerer Wäschewechsel. Weil Sterbende aber trotz dieses Schwitzens leicht frieren, sollte man sie zugedeckt halten, wenn auch ggf. nur mit einem leichten Leinentuch.
- Sterbende äußern in den letzten Stunden manchmal den Wunsch nach mehr Licht. Ein gutes Sterbezimmer sollte deshalb hell oder gut beleuchtet, gut gelüftet und ruhig gelegen sein.

Bei Erfüllen dieser Voraussetzungen nehmen die Belastungen für den Sterbenden ab.

Ein besonderes Problem leuchtet in der Frage auf, ob überhaupt und wann bei Moribunden noch Intensivmedizin eingeleitet oder fortgeführt werden muß. H. E. BOCK (1987) vertritt die Auffassung, daß kein Arzt die Pflicht habe, das Sterben eines Menschen zu verlängern, nur weil es die technischen Möglichkeiten dazu gäbe. Auch der Moralthologe Karl RAHNER (zitiert nach HEISS, 1985) postuliert das Recht des Kranken, sterben zu dürfen, und gesteht der Intensivmedizin besonders im Alter nur dann einen Sinn zu, wenn sie ein vorübergehendes Versagen vitaler Grundfunktionen zu überbrücken trachtet. Der Medizinethiker SPORKEN (1977/1982) hat aber darauf hingewiesen, daß leider häufig eine Intensivtherapie zunächst begonnen werden müsse, man aber oft erst später entscheiden könne, ob sie indiziert oder nicht indiziert gewesen sei.

Nach meiner Auffassung muß man auf Intensivmedizin verzichten bei Terminalphasen nichtkurabler Grundleiden sowie dann, wenn nach medizinischen Kriterien der Vorgang des Sterbens erkennbar wird. Das Abbrechen einer initialen Maximaltherapie ist auch vertretbar, wenn zweifelsfrei der Hirntod eingetreten ist (KUHLENDahl, 1981; SCHÖLMErICH, 1985). Künstliche Beatmung und die Injektion von Kreislaufmitteln ins Herz können nämlich zu Ersatzriten werden, die anstelle eines Haltens der Hände oder eines Gebetes treten, für das in unserer Kultur oft kein Platz ist, obgleich solche Verhaltensweisen dieser Situation angemessener, der Bedeutung des Todes würdiger und für die Betroffenen hilfreicher wären, als wenn medizinisch-technische Demonstrationen eingesetzt werden (LENNERT, 1978).

Das Primärinstrument des Sterbebeistands ist aber weder technisch noch pflegerisch noch medikamentös: Es ist vielmehr die Sprache. Und ich möchte Sie daran erinnern, daß neben dem gesprochenen Wort zwei Drittel der Kommunikation non-verbal erfolgt über Mimik, Gestik, Olfaktorik oder andere Einflußfaktoren (BOLAND, 1987).

Wie steht es um die Wahrheit in der Information des Patienten über seinen bevorstehenden Tod? Diese Entscheidung hat sich, weil die Arzt-Patienten-Beziehung in den letzten Jahren sich deutlich gewandelt hat, leider erschwert, weil die juristische Forderung nach »Wahrheit am Krankenbett«, gestellt wird. Während man bis in die jüngste Vergangenheit eher die Angehörigen als den Patienten voll aufklärte, wird heute gefordert, diesen selbst frühzeitig und detailliert über die Natur seiner Krankheit zu informieren. Aber auch unheilbar Kranke hoffen oft noch auf Genesung. Der wäre ein schlechter Arzt oder Helfer, der die Kraft dieses Glaubens an Heilung nicht unterstützen und für die Befindlichkeit des Patienten nützen würde (PICKEL, 1978). Ein schlechter Arzt wäre aber auch der, der nicht gleichzeitig dieser Hoffnung seine kritische Vernunft entgegensetzt, weil er die Grenze seines Könnens erkennen muß, ohne daß er mit dieser Kritik den Patienten ernstlich verunsichern darf. Denn durch eine verfrühte Mitteilung, daß der Tod nahe ist, kann man diese Hoffnung rauben.

Wie soll man sich also bei einem Moribunden diesbezüglich verhalten? Kann man ihm mitteilen, daß er bald sterben müsse? Geht man dann nicht vielmehr ein Risiko ein, ihm einen schweren Schock zu versetzen und ihn zur Verzweiflung zu treiben? Eine bündige Antwort auf diese Frage fällt schwer. Man sollte nie voreilig dem Patienten die Wahrheit vorenthalten, um ihm die letzten Stunden oder Tage leichter zu machen: Denn jeder, der sich viel und intensiv um länger Kranke kümmert, erlebt immer wieder, mit welcher erstaunlichen Ruhe und welchem Mut viele von ihnen die Nachricht ihres nahenden Todes aufnehmen.

Andererseits: Die Frage nach der Wahrheit über die Schwere der Erkrankung ist deshalb die Frage nach der »angemessenen Wahrheit«. Max Frisch hat gesagt: »Man sollte dem anderen die Wahrheit wie einen Mantel hinhalten, in den er hineinschlüpfen kann, und sie ihm nicht wie einen nassen Lappen um die Ohren schlagen«.

Nicht selten stellt ein Patient im Angesicht des Todes die Frage: Hatte mein Leben einen Sinn? Hatte meine Krankheit einen Sinn? Welchen Sinn haben Leben, Tod oder gar die Welt überhaupt?

Wie soll man sich in einer solchen Situation verhalten? Man sollte versuchen zu finden, was Anlaß zu dieser Frage ist. Bei solchen Unterhaltungen darf man keine Eile haben. Man muß mit Interesse zuhören, was die Patienten aus der Vergangenheit erzählen: Denn diese hat eine vorrangige Rolle in der Erinnerung, während die Zukunft ja ihre Bedeutung verloren hat. Daß dennoch häufiger auf Medikamente statt den Dialog ausgewichen wird, liegt weniger daran, daß Gespräche schwer und zeitaufwendig sind. Ich vermute vielmehr, daß die Angst, eigene Gefühle zu zeigen und zu erleben, hier der größere Hemmpunkt ist. Das gilt insbesondere dann, wenn der Befragte keine bündige Antwort weiß, d.h. wenn z.B. Fragen nach dem Sinn des Lebens und des Todes letztlich in religiösen Fragen gipfeln. Hier werden Patienten und Arzt das Opfer eines durch die Psychoanalyse erstellten Tabus, welches die Medizin dominiert, so FRANKL: »Man errötet nicht mehr beim Thema Sexualität, sondern beim Thema Religion«.

Oft reicht das Zuhören aus, um herauszufinden, welche persönlichen Probleme oder Erlebnisse hier noch einmal aufscheinen: Denn hinter der Frage nach dem Sinn des Lebens existiert für den Patienten X nur sein eigenes Leben, hinter der nach dem Tod nur sein eigener Tod.

Ein Wort zum richtigen Verhalten der Angehörigen in dieser Situation: Sterben eines Angehörigen bedeutet für die anderen eine Änderung des sozialen Umfeldes. Auf den Tod reagieren die persönlich betroffenen Angehörigen mit Trauer. Dieses ist ein Vorgang, mit dem man Abschied nimmt vom Verstorbenen. Trauern dient aber primär nicht dem Gedenken an den Toten, sondern der Hingabe an den eigenen Schmerz des Verlassenseins, an den Verlust, der einen selbst betroffen hat. Es hilft dem Überlebenden, eine Orientierung an neuen Realitäten zurückzugewinnen.

Bei chronischen Kranken beginnt aber Trauerarbeit der Angehörigen nicht selten dann, wenn der Arzt ihnen die ungünstige Prognose mitteilt. Das kann dann bei unerwartet langer Krankheitsdauer dazu führen, daß Trauerarbeit für die Angehörigen im Grunde abgeschlossen ist, wenn das Sterben einsetzt, d.h. sie sich aber oft in der Phase von ihren Angehörigen zurückziehen, in der diese besonders ihres menschlichen Beistandes bedürfen. Hier zu helfen und behutsam gegenzusteuern, gehört mit zur Ethik der terminalen Pflege.

Und wir selbst? Wie verhalten wir uns? Warum denn – die Frage sei erlaubt – halten wir Sterben und Tod von unseren alltäglichen Überlegungen fern, obgleich wir – sofern wir ehrlich zu uns selbst sind – nicht verkennen, daß eine solche Haltung ambivalent ist? Ich vermute, daß sich das »Ich« seinen persönlichen Tod nicht vorstellen, d.h. diese unausweichliche Situation des Sterbens gedanklich nicht vorwegnehmen kann. Eine solche Unmöglichkeit der Antizipation einer Situation bereitet im Gegensatz zum Altertum dem heutigen Men-

schen erhebliche Probleme, wie JOPPICH annimmt, vermutlich wegen der nachlassenden Religiosität.

Aber: Was heute als »Verdrängung des Todes« bezeichnet wird, betrifft nicht so sehr den Tod – ich sagte es schon eingangs –, sondern das Sterben und den veränderten Umgang mit den davon Betroffenen. Und auch die praktische Theologie beschränkt sich in der Sorge um den unheilbar Kranken auf diesen Sterbebeistand. Und das ist verhältnismäßig einfach: Man bekämpft zunächst die Krankheit und deren negative Auswirkungen, wendet sich in der Endphase aber mehr den eine Persönlichkeit zerrüttenden Fakten wie Schmerzen und Vereinsamung zu und sorgt für eine gute Betreuung, damit der Mensch die ihm verbleibende Lebenszeit als noch sinnvoll erleben und möglichst in der Gemeinschaft mit ihm vertrauter Menschen verbringen kann.

Die Diskussion um das Sterben und das »Danach« aber sind in der Öffentlichkeit tabuisiert worden. Den meisten Menschen wird es dadurch unmöglich, sich auf ihr eigenes Altern und Sterben vorzubereiten. Sie werden erst mit diesen Fragen konfrontiert, d.h. zu essentiell emotionalen Auseinandersetzungen gezwungen, wenn sie selbst davon berührt oder betroffen sind. Dadurch bleibt vielen die Gelegenheit verwehrt, Sprachen und Verhaltensweisen rechtzeitig zu erlernen, die geeignet wären, Sterbenden menschlichen Beistand auf psychischem, geistigem und geistlichem Gebiet zu leisten.

Wohl als Ausweg aus dieser Situation hat die Gesellschaft der Medizin die umfassenden Kompetenzen in allen Fragen zugeschanzt, die mit Krankheit und Sterben zusammenhängen. Diese Übertragung trägt aber letztendlich ebenso sehr nur Alibicharakter wie die heute so moderne Forderung nach Humanisierung von Krankenhäusern und Pflegeheimen: Alibicharakter nämlich so lange,

- wie sich im Allgemeinbewußtsein eine Änderung in der Einstellung zu und im Verhalten gegenüber schweren Krankheiten, Alter und Sterben nicht vollzieht,
- wie die Tendenz zur Isolierung von unheilbar Pflegebedürftigen von der übrigen Gesellschaft nicht durchbrochen wird,
- wie nicht erfolgreiche Anstrengungen unternommen werden, diese Unheilbaren am Leben der Gesellschaft und der Menschen draußen teilnehmen zu lassen.

Und wenn die Aussage wahr ist, daß Tod der Verlust von Gemeinschaft sei, dann lassen wir viele Sterbende schon vor ihrem Tod sterben. Denn weil wir meist unsere eigenen Trennungsängste nicht verarbeitet haben, neigen wir dazu – und da sind Ärzte und professionelle Pflegendе keineswegs ausgenommen (SCHMITZ-SCHERZER) –, die Sterbenden schon vor dem Eintreten ihres Todes aus der Gemeinschaft zu verdrängen, ich nenne nur den Begriff Sterbezimmer (RITSCHEL, 1985). Wir sollten aber immer daran denken, daß Sterben noch nicht der Tod ist: Sterben gehört zweifelsfrei zum Leben und fällt damit unter die regulative Idee und Forderung nach Menschenwürde. Und das letzte Bewährungsfeld der Ethik ist das Gegenüber zum Sterbenden, die Gesicht-zu-Gesicht-Beziehung (BOLAND, 1987; FRITSCHKE, 1973).

Ethik handelt vom Sollen, vom Moralischen und von der Freiheit unseres Tuns. Sie setzt Bereitschaft zur Teilhabe, zum dialogischen Verhalten und zur Solidarität in der jeweiligen Handlungssituation voraus. Diese Qualitäten gelten auch, ja besonders in der Beziehung zwischen moribunden Patienten und Arzt sowie Pflegenden oder Familienangehörigen.

Das Gegenüber ist zu keinem Zeitpunkt ein zu betreuendes Objekt, sondern ein mithandelndes Subjekt: Und zu dem gehören neben der körperlichen Erscheinung untrennbar seine psychische Konstellation, seine geistige Eigenart, seine sozialen Beziehungen und seine Umwelt, seine Erfahrungen, Empfindungen und Urteile und seine Biographie.

Ethik im Umgang mit Sterbenden darf deshalb keiner kasuistischen Norm unterliegen, denn: Es gibt nicht »die Todkranken« oder »die Sterbenden« als homogene soziale Gruppen. Gerade im Umgang mit ihnen muß vielmehr Entscheidung aus freiem Ermessen möglich sein, um notwendige Unterschiede, aber auch Akzente im Handeln auf den jeweils Einzelnen hin zu ermöglichen.

Meine Ausführungen waren der Versuch, einige mir in diesem Zusammenhang bedeutsame Gesichtspunkte darzulegen.

Literatur

- BICKEL, H.: Der Versuch am Menschen und seine ethische Problematik, in: Medizin, Ethos und soziale Verantwortung, Colloquium-Verlag Berlin 1978, 79
- BOCK, H. E.: Ärztliche Ethik am Krankenbett aus Internistischer Sicht, in: GROSS, R. et al. (Hrsg.): Ärztliche Ethik, Schattauer-Verlag, Stuttgart 1978, 89
- BOLAND, P.: Beistand am Sterbenden – menschliche Aufgabe und ethische Herausforderung, in: SCHÜTZ, R.-M. (Hrsg.): Praktische Geriatrie 7, 152 (1987)
- FRITSCHKE, P.: Grenzbereich zwischen Leben und Tod, Stuttgart, 1973
- HEISS, W. D.: Einleitung: in: Verantwortung und Ethik in der Wissenschaft. Wiss. Verlags-GmbH, Stuttgart, 1985
- JOPPICH, G.: Das Leitbild des Arztes im ausgehenden 20. Jahrhundert, in: Medizin, Ethos und soziale Verantwortung, Colloquium-Verlag Berlin, 1978, 115
- KUHLENDahl, H.: Problembereich: Feststellung des Hirntodes, Med. Klin. 76, 435 (1981)
- LENARD, H.-G.: Heilen oder Lindern: Das Problem des Arztes im fast hoffnungslosen Fall, in: Medizin, Ethos und soziale Verantwortung, Colloquium-Verlag Berlin, 1978, 104
- SPORKEN, P.: Die Sorge um den kranken Menschen, Düsseldorf 1977

SPORKEN, P.: Zuwendung als Voraussetzung für die Beziehung und die Kommunikation mit dem Kranken, in: SCHARA, J. (Hrsg.): *Humane Intensivmedizin*, Erlangen, 1982

SCHMITZ-SCHERZER, R. u. K. F. BECHER: *Einsam sterben – warum?* Vincentz-Verlag, Hannover, 1982

SCHÖLMERICH, P.: Zur ethischen Problematik des therapeutischen Fortschritts, in: *Verantwortung und Ethik in der Wissenschaft*, Wiss. Verlags-GmbH, Stuttgart, 1985, 24

SCHÜTZ, R.-M.: Der alte Mensch in Gesundheit und Krankheit – Ethische Probleme? in: ENGELHARDT, D. (Hrsg.): *Ethik im Alltag der Medizin*, Springer-Verlag, Berlin – Heidelberg – New York, 1989, 185

SCHÜTZ, R.-M.: Grußwort zur Eröffnung des Kongresses »Altern in Deutschland«, Berlin 12.3.1992 (im Druck)

Diskussion zu den Referaten des Teiles II (Wojnar, Kipp, Gutzmann, Bruder, Schütz)

Moderation: Herr Korte

Herr Levershausen: Ganz kurz eine Frage an Herrn Wojnar: Wie realisieren Sie in der Ausbildung der Mitarbeiter, daß die ein Verständnis dafür bekommen, was durch ihre Reaktionen – auch im Sinne von positiv-negativ Verstärker – ausgelöst wird. Gestern wurde diskutiert, daß vor allem im Heimbereich der Anteil an nicht ausgebildeten oder nicht sehr gut ausgebildeten Mitarbeitern noch relativ groß ist. Haben Sie eine Idee, wie man diesen Nachholbedarf auffüllen könnte?

Herr Wojnar: Wir haben in Hamburg eine günstige Situation. So haben wir in unserem Bereich eine eigene Altenpflegeschule, in der auch Nachqualifizierung stattfindet und wir bieten in der Schule auch besondere Lehrgänge oder Kurse für Pflegepersonal an. Das ist das eine. Zum anderen versuche ich die Stationen, die schon etwas Erfahrung im Umgang mit schwierigen Bewohnern gewonnen haben, als Ausbildungsstellen für Personal anderer Stationen zu benutzen. Es ist sehr wichtig, daß das Personal selbst vermitteln kann, was möglich ist. Es bringt wenig, wenn ich als Arzt komme und sage: »Man könnte (...) machen. Das wird in der Literatur beschrieben«, und alle sagen: »Ja, das haben wir gelesen«, und es ist erledigt. Wenn sie aber auf der Station erleben, daß tatsächlich etwas möglich ist, dann versuchen sie, es für sich auch zu realisieren, und das ist eigentlich das Wichtigste im ganzen Bereich. Unbedingt notwendig sind eine sehr intensive Supervision und Fallbesprechungen.

Herr Leidinger: Der Vortrag von Herrn Wojnar weist auf das Problem der Berufsrollen von Pflegepersonen und Ärzten hin. Daß man einen Kotschmierer mit der Oxydationsbehandlung bessern kann, habe ich nicht aus englischen Publikationen gelernt, sondern von den Schwestern. Umgekehrt ist es so – das gehört nun mal zu der Paradoxie dieser merkwürdigen Beziehung zwischen Medizinern und Pflegepersonal – wenn eine Schwester sagt, daß Medikamente zur Beruhigung unruhiger Menschen ziemlich sinnlos sind, dann wird es ihr nicht geglaubt. Es wird wirksamer geglaubt, wenn es der Mediziner sagt. Diese beiden Beobachtungen sollten dazu anregen, die Beziehung zwischen zwei Berufsgruppen etwas mehr zu beachten. Es wäre auch schöner gewesen, aus dieser Tagung Vertreter aus der Gruppe der Pflegepersonen anwesend zu haben.

Herr Bruder: Dieses Modell des Vergleichs des Gekränktheits mit dem normalpsychologischen Gekränktheits, das ist sehr nachdenkenswert. Es gibt einen Gesichtspunkt, wo ich Bedenken habe. Die Depression ist ja vom Begriff her oft mißverstanden als ein Traurigsein. In vielen Fällen, gerade auch bei depressiven alten Menschen, äußert sich die Depression eher als ein ganz schreckliches Abgestorbensein im Bereich der Gefühle. Das ist nicht die Frage der Traurigkeit, sondern die Klage über das innere Totsein, über den Verlust der Gefühle, die sonst einen wichtigen Stellenwert im Seelenleben der Menschen gehabt haben.

Das verträgt sich nicht mit den Reaktionen auf das Gekränktsein, die eher durch eine Fülle von Gefühlen gekennzeichnet sind. Dann habe ich einige Fragen zur Gruppentherapie: Sie sprachen davon, daß es in der 2. Phase zu einer Beziehungsaufnahme kommt, und Sie sagten, nach nur wenigen Stunden, wieviele Stunden sind das? Geht diese Gruppentherapie neben einer medikamentösen Therapie einher? Handelt es sich um geschlossene oder offene Gruppen? Das Dritte ist, wir müssen aufpassen, daß wir nicht so eine unsinnige Polarität zwischen Sprechen und Medikamenteneinsatz herstellen. Wenn man den Medikamenteneinsatz richtig betreibt, dann weiß jeder Vernünftige, daß nebenher ein großer Aufwand von Gesprächsbegleitung und emotionaler Stützung erforderlich ist.

Herr Kipp: Ich möchte bestätigen, daß der Schlafentzug wirksam ist, daß trotzdem Alterspatienten häufig schwer zu motivieren sind. Ich halte es für richtig, daß auf negative Gegenübertragungen nicht nur in der Klinik eingegangen wird. Ich sehe es genauso als Aufgabe des niedergelassenen Nervenarztes, auf solche Gefühlsreaktionen der Angehörigen einzugehen und sie aus ihrer Isolation – daß sie persönlich einen armen Kranken in der Phantasie an die Wand schmeißen könnten – zu erlösen. Ich denke, daß die medikamentöse Therapie einen großen Stellenwert hat, aber, wie Sie sagen, *Herr Gutzmann*, sogar von Gerontopsychiatern von vornherein nicht richtig angewendet wird. Man muß ein Konzept entwickeln, und ich meine, daß Antidepressiva für Alterspatienten in den Händen des ungeschulten Allgemeinarztes nicht konzeptuell richtig angewandt werden können. Wenn wir Psychiatrie und Psychotherapie in der Psychiatrie machen, geht das immer nur in einer Kombination von beiden Methoden, Psychopharmakotherapie und Psychotherapie. Selbstverständlich wurden die Patienten bei uns nach dem damaligen oder jetzigen Wissensstand behandelt. Die Besserungen traten relativ gut koordiniert zur Gruppenbehandlung auf, so daß wir meinen, daß da ein Effekt nach ungefähr 4 bis 5 Wochen vorhanden war. Eine wissenschaftliche Aussage darüber ist sehr schwierig. Ich bin der Meinung, Psychopharmaka ja, aber konzeptuell reflektiert und keineswegs Forbildung nur über Pharmareferenten.

Herr Kanowski: Eine Bemerkung zu dem schreienden Patienten. Da stoßen wir doch häufig an Grenzen, wo wir das Verhalten nicht modifizieren können. Es gibt die beschriebenen Situationen, wo manchmal kleine Milieuveränderungen, Zuwendungsveränderungen das ganze Syndrom begraben. Die wahren problematischen Patienten sind diejenigen, bei denen man mit konditionellen Ansätzen und Pharmakotherapie nicht zurande kommt. Es gibt den Mechanismus, daß das Schreien Schreien nach Kommunikation ist, wo aber die Zuwendung das nicht stoppt, sondern immer noch weiter forciert. Hier kann letztlich die unendliche Regressivität auch über Zuwendung nicht befriedigt werden, und trotz Zuwendung wird das Schreien persistiert oder autonomisiert. Man muß auch sehen, daß wir da manchmal überhaupt an die Grenzen der psychiatrischen Therapie stoßen.

Herr Wojnar: Für mich ist die wichtigste Aufgabe eines Arztes im Heim, die Pa-

tienten oder die Bewohner schmerzfrei leben zu lassen. Das wird leider noch viel zu selten gesehen und gemacht, aber das ist die Voraussetzung für ein lebenswertes Leben.

Herr Korte: Bei allen drei Vorträgen ist mir aufgefallen, daß die Autoren gesagt haben, wir brauchen viel Zeit und viel Geduld. Meine Frage ist, ob die Mitarbeiter in der Praxis genug davon haben. Ich bitte um Ihre Diskussionsbeiträge.

Herr Wojnar: Wir beobachten insbesondere im Umgang mit dementen Menschen, daß die Ärzte und auch das Pflegepersonal und Angehörige sehr häufig bereit sind, die Weigerung der Nahrungsaufnahme oder Flüssigkeitsaufnahme als eine freie Entscheidung zum Sterben zu akzeptieren, und sich dann weigern, Magensonden einlegen zu lassen, um den armen Dementen, der sowieso nichts mehr vom Leben hat, am Leben zu erhalten. Ich halte das in diesen Fällen schon für eine Art Euthanasie, und ich finde, man soll darüber viel häufiger sprechen und überlegen, was zu machen ist.

Herr Levershausen: Zu den Ausführungen von *Herr Gutzmann*, weil ich selber verhaltenstherapeutisch arbeite. Sie haben das Token-Economy-Programm angedeutet. Ohne polemisieren zu wollen, ich halte es nicht für vertretbar, daß man einen alten Menschen mit Hilfe von Keksen oder Fernsehen zu einem bestimmten Verhalten bringt, oder ihn umgekehrt dazu bringt, sich gar dieses Verhalten abzugewöhnen. Ich finde, auch hier sollten ethische Grundprinzipien Beachtung finden. Wenn klinisch über Verhaltenstherapie diskutiert wird, dann ist es häufig so, daß vor allem diese symptomorientierte Token-Economy-Behandlung hiermit gemeint ist, das mag vielleicht im Labor in der Skinnerbox vertretbar sein, in der Praxis ist es das nicht. Verhaltenstherapie hat auch eine Entwicklung, und es gibt in der Verhaltenstherapie eine kognitive Wende, und seit ein paar Jahren auch eine Menge Leute, die sich mit Emotionen auseinandersetzen. Die ursprünglichen Methoden waren eher wie Geschütze auf die Symptome gerichtet und haben die weggeschossen, um in diesem drastischen Bild zu bleiben. Neue Ansätze gehen eher davon aus, daß es darum geht, auf der Gefühlsebene und auf der Ebene der Antriebe eine wirksame Strategie zu entwickeln. Hier hat vor allem die Gruppe der Pfleger und Schwestern einen entscheidenden Beitrag gerade in der Altenarbeit geleistet, das Gebiet der Gefühle, die ja handlungsleitend sind, in den Blick zu nehmen, und auch Pflegestrategien und Methoden zu entwickeln, die hierauf eingehen.

Herr Gutzmann: Ich bin Ihnen dankbar, daß Sie das noch einmal angesprochen haben. Was ich darstellen wollte, war der Rahmen, in dem solche Dinge diskutiert werden, nicht wie es vor Ort passiert. Wir haben bei uns auch Psychologen, die in der Tat sehr modifizierte verhaltenstherapeutische Ansätze haben. Aber, dieses Moment der kognitiven Wende ist gerade bei diesen Patienten ausgesprochen schwierig nachzuvollziehen. Insofern sind Dinge, die z.B. bei depressiven Patienten funktionieren, bei dementen Patienten wegen der Demenzsymptomatik erheblich eingegrenzt, aber ansonsten stimme ich Ihnen völlig zu.

Herr Leidinger: Ich habe die Ausführungen von *Herr Gutzmann* mit einer Mischung

von großem Interesse und großem Unbehagen gehört. Für mich ergibt sich daraus die Frage, was sind eigentlich Therapieziele in der Arbeit mit Dementen? Wenn ich weiß, daß eine Alzheimer Krankheit einen unausweichlichen Verlauf hat, und einen völlig anderen Verlauf als z.B. eine schizophrene Psychose: Was heißt dann Therapie, welche Ziele kann ich erreichen, was heißt Rehabilitation für den Dementen? Ich kann nichts dazu sagen, und ich bin hochzufrieden mit dem, was mir aus der Literatur angeboten wird. Ich kann sehr wenig mit solchen Dingen, wie Realitätsorientierungstraining und ähnlichen Programmen anfangen. Ich fördere das auch nicht in unserer Abteilung.

Herr Gutzmann: Ich habe versucht, deutlich zu machen, daß das je optimal Mögliche an Lebensqualität in der Tat ein Therapieziel ist, wobei der Begriff Therapieziel schon ein bißchen problematisch ist. Ich denke nicht, daß wir ein Therapieziel formulieren, versuchen, den Patienten dahin zu scheuchen – in der Regel gelingt es nicht – und dann in das nächste Ziel einsteigen. Ich denke der Weg, das therapeutische Gestalten, ist bei diesen Patienten sehr viel wichtiger als die Erreichung irgendeines präzise formulierbaren Therapieziels.

Herr Bruder: Ich würde ergänzen, daß es darauf ankommt, die Dimensionalität oder die atmosphärischen Merkmale und Qualitäten zu installieren, ohne zu wissen, wie weit der Verbesserungsweg oder der Verlangsamungsprozeß des Rückbildungsprozesses beim Einzelnen dann gehen kann. Darauf kommt es an.

Das Thema Umgang mit Sterben und Tod spielt natürlich in den Kliniken eine minimale Rolle. Das ist eine wichtige Erfahrung und auch ein gewisser innerer Widerspruch. Man meint immer, die Psychiater müßten davon besonders viel verstehen, aber es ereignet sich bei ihnen nicht. Anders im Pflegeheim, wo es aufgrund der großen Häufung an körperlichen und psychischen Einschränkungen ein sehr häufiges Thema ist. 25% der Gesamtheit der alten Menschen in Deutschland sterben in Pflegeheimen.

Herr Kanowski: Wir sollten uns hüten, zu diesen schwierigen Fragen mit ganz schnellen Urteilen bei der Hand zu sein. Z.B. die Frage, ob die Token-Economy unethisch ist. Das hängt mit der Frage zusammen, die Herr Leidinger angeschnitten hat, was sind eigentlich unsere Therapieziele bei Demenzkranken? *Herr Gutzmann,* ich würde sagen, der Weg allein kann es nicht sein. Auch wenn man einen therapeutischen Weg beschreibt, muß man Ziele definieren. Das ist ein ganz heikles Thema. Eine Kardinalfrage ist die Reaktivierung von kognitiven Reserven: Soll man sie reaktivieren, diese ganzen Bemühungen mitmachen, oder soll man das lassen? Die Demenz belastet den Patienten selbst dadurch massiv, daß sich sein kognitiver Zustand in zunehmendem Maße verschlechtert. Darunter leidet er anfangs selber und am Ende leidet seine Umgebung. Er wird durch die Demenz seiner menschlichen Würde ganz entkleidet. In diesem Falle sehe ich es schon als eine Aufgabe an, seine kognitiven Reserven solange wie möglich zu stimulieren.

Herr Wojnar: Ich finde es sehr unglücklich, wenn von Therapie der Dementen gesprochen wird. Wir sprechen bei uns von der Betreuung der Dementen. Sonst

haben Sie in der Station eine Einrichtung, wo viele zufriedene Kranke wohnen, die sich wohl fühlen und trotz der Krankheit menschenwürdig existieren können. Aber das Personal hat das Gefühl, nichts geleistet zu haben, weil sie nicht therapiert haben. Sie haben keine kognitive Besserung erreicht, und dann werden sie in der Arbeit entmutigt.

Frau Kortländer: Ich möchte die Ziele, die wir im stationären Arbeiten mit Arzt und Schwestern im Team erarbeitet haben, zu Diskussion stellen: Wir haben 4 Ziele: Wiederherstellung und Erhaltung eines positiven Lebensgefühls; Training verbliebener Fähigkeiten; Darbietung von möglichst vielen multisensorischen Reizen; Befriedigung sozialer Bedürfnisse. Wenn man versucht, diese Ziele zu erfüllen, dann ist es eine sehr erfolgreiche und eine sehr befriedigende Arbeit.

Herr Bruder: Herr Wojnar es ist gelegentlich gut, wenn man unterschiedliche Auffassungen im eigenen Hause hat. Ich finde nicht, daß man auf dem Begriff Therapie in Zusammenhang mit Demenz radikal verzichten soll. Es gibt eine uralte Tradition von Therapie in Zusammenhang mit einer anderen kausal nicht behandelbaren Krankheit, nämlich mit der Schizophrenie. Man sollte aber vielleicht Kombinationen wählen, also therapeutische Ansätze oder Milieuthapie. Ich finde, daß wir Ärzte von unserem Selbstverständnis her auch eine gewisse Analogie herstellen sollten. Die totale Vermeidung des Begriffes Therapie würde eine nochmalige Kapitulation vor dem Gesamtkomplex Demenz bedeuten und heißen: »Da kann man ja doch nichts machen.« Darüber versuchen wir nun mühsam hinauszukommen. Deswegen plädiere ich dafür, den Begriff Therapie miteinzubauen.

Frau Lange: Ich möchte die Frage, die Herr Korte zum Schluß eingeworfen hat, ob wir überhaupt die Zeit haben für Sterbebegleitung und alles andere, für uns eindeutig verneinen. Wenn wir auf einer Station mit 23 Patienten, wo einer vielleicht noch im Sterben liegt, zu dritt im Frühdienst und zu zweit im Spätdienst sind, haben wir nicht die Zeit für eine regelrechte Sterbebegleitung. Wir können uns nur glücklich schätzen, daß wir eine Seelsorgerin im Haus haben, die das für uns mitmacht.

Herr Schütz: Ich erlebe, daß beim Pflegen und beim Betten auch des Sterbenden dieser oder diesem Betreffenden nicht die Zuwendung zukommt, die er während dieser Phase haben könnte, sondern daß sich die Pflegenden z.B. über ihre Wochenendpläne oder das, was am Wochenende gewesen ist, unterhalten. Damit sind viele Ressourcen vertan, die hervorragend genutzt werden könnten. Sie werden nie in der Lage sein, in einem Krankenhaus oder in einem Heim – nicht mal in einer Familie – dauernd um einen Sterbenden herumzusein, wenn es ein längerer Prozeß ist, nur um ihn optimal zu versorgen. Nur, immer dann, wenn Sie da sind, muß er das Gefühl haben, er steht ganz eindeutig im Mittelpunkt Ihres Interesses, und es gibt nichts anderes, und auch das Gefühl, er ist ganz wichtig für Sie. Ein paar Minuten mehr oder weniger sind dann nicht kritisch. Das ist schon aus ethischer Sicht eine gute Schiene, wo Sie dem Betreffenden Geborgenheit vermitteln können und ihm das Gefühl geben können, er

werde noch als menschliches Wesen akzeptiert. Daß das nicht dem, was wir wünschen oder was sinnvoll wäre, voll entspricht, ist gar keine Diskussion.

Frau Lange: Ich denke aber, die halbe Stunde, die man zur Pflege bei den Patienten verbringt, wo man sich auch wirklich intensiv um den Patienten kümmert, das ist trotzdem immer noch zu wenig. Das ist für uns keine Befriedigung, und das überträgt sich auf den Patienten.

Herr Schütz: Es geht nicht primär um Ihre Zufriedenheit. Es geht darum, soviel wie möglich dem Patienten zugänglich zu machen. Ich weiß aus eigener Erfahrung, weil ich einmal zwei Jahre lang nicht in der Lage war, mir selbst zu helfen oder etwas zu tun und als Patient zeitweilig auch auf Dauerstation gegangen bin, wieviel, wenn die Leute da waren, das Direkt-Kümmern, und das Nicht-über-andere-Dinge-Reden ausmacht, und Sie fühlen sich geborgen und sind entspannt. Ich bin nicht in der Sterbephase gewesen, obgleich man das zeitweilig geglaubt hat. Ich meine, daß das natürlich für die Motivation des Personals wichtig ist. Ich denke aber auch, daß eine Motivation schon damit laufen kann, daß Sie sagen, das, was wir haben tun können, das haben wir so optimal wie möglich getan.

Anhang

Ein Jahr Gerontopsychiatrisches Zentrum Gütersloh – ein Erfahrungsbericht

F. Leidinger, L. Averdiek, S. Diekmann, C. Dietz-Grygier, B. Kanowski, C. Malzer, K.-H. Remlein, W. Überschar, B. Werner (Zentrum für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld)

1. Einführung

Die ersten Planungen für ein Gerontopsychiatrisches Zentrum (GZ) in Gütersloh reichen in das Jahr 1984. Damals sah es in der gerontopsychiatrischen Abteilung des LKH Gütersloh aus wie in vielen anderen gleichartigen Abteilungen auch. Auf sechs Stationen mit insgesamt 150 Betten wurden von einer Internistin, zwei Ärzten in Weiterbildung, einer Sozialarbeiterin und kaum mehr als fünfzig Pflegekräften überwiegend hochaltrige, chronisch psychisch Kranke versorgt. Jährlich wurden etwa 40 bis 50 meist demente oder schwerlich zu pflegende Patienten neu aufgenommen. Gearbeitet wurde nach den Maximen einer kustodialen Psychiatrie. Lediglich auf einer Station gab es ein psycho- und soziotherapeutisches Konzept für die Behandlung depressiver älterer Frauen, das vom Pflegeteam mit großem Engagement entwickelt worden war.

Der sehr niedrigen Zahl von Aufnahmen und Entlassungen entsprach ein geringer Kenntnisstand über die Lebenssituation älterer Menschen im Versorgungsgebiet (800.000 Einwohner in drei Landkreisen) und über Zustand und Anzahl helfender und unterstützender Einrichtungen (mit Ausnahme weniger Heime, die bereit waren auch »schwierige« Patienten zu übernehmen).

Damit die Abteilung in Zukunft überhaupt ihrer Aufgabe in der regionalen Pflichtversorgung gerecht werden könnte, wurden verstärkte Anstrengungen im Aufbau ambulanter Dienste und einer Tagesklinik für notwendig gehalten. Speziell von einer eigenen Tagesklinik für Ältere versprach man sich Impulse für eine inhaltliche Weiterentwicklung der stationären Arbeit.

In die Vorstellungen über die neu zu gründenden Institutionen floß die Überlegung ein, die Konzeption an den Bedürfnissen der schwierigsten und am schlechtesten versorgten Patienten zu orientieren, um der Schaffung neuen gerontopsychiatrischer Elendsquartiere vorzubeugen. Das waren zweifellos die dementen und pflegerisch verwahrlosten Kranken. Ihre Integration in die Versorgung auf allen Ebenen war fortan wichtigstes Ziel in allen Entwicklungsschritten. Konsequenterweise mußten in einem ersten Schritt die gerontopsychiatrischen Stationen für alle Patienten im höheren Lebensalter, die zur Aufnahme kamen, zuständig sein. Gleichzeitig wurde stationsübergreifend eine Tagesbetreuung für die Dementen eingerichtet, damit auch spezifische Bedürfnisse in der Betreuung der Kranken angemessen berücksichtigt würden. Die Definition von Akut- und Langzeitstationen, die gemischte Belegung der zunächst zwei, später drei Akutstationen mit Patienten aller Diagnosegruppen und ihre Sektorierung, das Verbot von Verlegungen innerhalb der Abteilung und der Aufbau einer Ambulanz schufen ab 1985 eine Struktur, die auf das spätere GZ hinweis.

Als Basis einer patientenorientierten und problemangemessenen teilstationären wie stationären Versorgung wurde ein ambulantes Diagnostik-, Behandlungs- und Beratungsangebot angesehen. Im Rahmen des bestehenden Institutsvertrags wurden immer häufiger Patienten nach der Entlassung weiterbetreut, früher entlassen oder nicht aufgenommen. Auf diese Weise entstanden fruchtbare Kontakte mit Hausärzten, Heimen und Sozialstationen. Es entwickelten sich eine erste ansatzweise Vernetzung der Dienste, die allerdings von den Stationen ausging und immer mit der Überwindung erheblicher organisatorischer Schwierigkeiten verbunden war.

Auf die Konzeption der ab 1986 konkret geplanten Tagesklinik hatte das entscheidende Einfluß. In den ersten Entwürfen, die dem Träger zugeleitet wurden, war sie noch als Ergänzung des stationären Behandlungsangebots verstanden worden. Als im Herbst 1987 im Zusammenhang mit dem Erwerb einer größeren Immobilie im Stadtzentrum von Gütersloh eine reale Aussicht auf die Einrichtung einer Tagesklinik entstand, wurde sie als Ergänzung zum ambulanten Behandlungsangebot und als Alternative zu einer vollstationären Aufnahme konzipiert, ohne eine besondere Einschränkung nach der Art der zu behandelnden psychischen Störung. Gemeinsam mit der Institutsambulanz sollte sie die gerontopsychiatrische Grundversorgung der Stadt Gütersloh (90.000 Einwohner) und der näheren Umgebung sicherstellen.

Zur inhaltlichen Ausfüllung dieser Idee bildete sich eine Arbeitsgruppe von Mitarbeitern der Klinik und interessierten Fachleuten. In dem Bewußtsein, Neuland zu betreten, wurden Kontakte zu dem im Aufbau befindlichen Zentrum für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld angeknüpft und eine Begleitforschung angeregt. Als 1988 die Empfehlungen der Expertenkommission veröffentlicht wurden, war die fast vollständige Übereinstimmung der Gütersloher Planungen mit dem Konzept des Gerontopsychiatrischen Zentrums augenfällig (siehe Bericht der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der psychiatrischen Versorgung 1988, S. 455 ff.).

2. Der Aufbau der Ambulanz

Zunächst nur aus der stationären Arbeit heraus entwickelte sich die Ambulanz stürmisch. Innerhalb eines Jahres stieg die Zahl der Patienten auf ungefähr 100 pro Quartal. Die Kontakte – fast ausschließlich Hausbesuche – kamen in der Regel durch Überweisung niedergelassener Allgemeinärzte zustande und dienten der Erstellung einer Diagnose und eines Behandlungsplans, häufig in Verbindung mit einer Beratung von pflegenden Angehörigen und Pflegekräften. In geringem Umfang konnten auch längerfristige Behandlungsangebote gemacht werden, doch wurde immer nach Möglichkeit versucht, die bisher für den Patienten zuständigen Betreuer wieder ins Spiel zu bringen.

Unter den Patienten, die regelmäßig und über längere Zeit betreut wurden, befanden sich zahlreiche Heimbewohner. Die Tätigkeit in den Heimen führte zu intensiver Beratungsmöglichkeit für die Heimleitungen und Betreuer auf den Sta-

tionen, die leider unentgeltlich durchgeführt werden mußte, da der Klinikträger, der Landschaftsverband, groteskerweise den Abschluß von Beratungsverträgen durch die Institutsambulanz untersagte.

Ab 1.10.1990 konnte aufgrund der zu erwartenden Erträge aus der kassenärztlichen Ambulanztätigkeit eine halbe Arztstelle und eine ganze Stelle für eine Altenpflegerin besetzt werden. Leider kam es auf der Arztstelle zu einem raschen Personalwechsel, so daß eine kontinuierliche Weiterentwicklung dieses Tätigkeitsbereichs erschwert wurde, was sich in einer Stagnation der Fallzahlen nieder schlägt (1992 ca. 125/Quartal).

3. Aufbau, Belegung, Personalentwicklung und Pflegesatz der Tagesklinik

Nach fast einjähriger Umbauphase wurden am 5.03.1991 die ersten tagesklinischen Patienten in dem im Stadtzentrum Gütersloh gelegenen ehemaligen Wohnheim eines ausgelagerten Krankenhauses aufgenommen. Für sie waren eine Ärztin (0.7 Stelle), eine Altenpflegerin und ein Psychiatriefachpfleger zuständig. Die erst zwei Wochen später geführten Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen dämpften die Freude über den Anfang jedoch erheblich. So gelang es nicht, die durch Inbetriebnahme und anfängliche Minderbelegung einer neuen Einrichtung entstehenden zusätzliche Kosten geltend zu machen. Nicht einmal die Richtlinien der Personalverordnung Psychiatrie wurden als Grundlage akzeptiert. Stattdessen wurde ein erkennbar nicht ausreichender Pflegesatz von 145,- DM vereinbart. Auch die folgenden Verhandlungen verliefen in dieser Hinsicht unbefriedigend. Der für das erste Halbjahr 1992 vereinbarte Satz von 162,- DM ist ebenfalls nicht kostendeckend. Ohne die Bereitschaft des Landschaftsverbandes Westfalen, in Zusammenhang mit dem Aufbau des GZ ein nicht unerhebliches Defizit zu übernehmen, wäre das ganze Projekt schon in der Startphase gescheitert.

Ab 1.05.91 wurden noch eine Kunstlehrerin als Beschäftigungstherapeutin und eine Sozialarbeiterin (0.7 Stelle) eingestellt. Mit steigender Belegung (siehe Abbildung) konnte der Stellenplan weiter aufgestockt werden: Ab 1.09.91 ein weiterer Krankenpfleger, ab 1.11.91 eine Psychologin (0.5 Stelle). Im Frühjahr 1992 kam es durch Ausscheiden der Ärztin und der Sozialarbeiterin zu einer erneuten Phase der personellen Umstrukturierung und teilweisen Erweiterung, so daß sich das Team des GZ Anfang Juli 1992 folgendermaßen zusammensetzt:

- 1.0 Arzt für Neurologie und Psychiatrie (Leitung) (TK-AMB)
- 0.5 Arzt in Weiterbildung (TK)
- 0.5 Dipl. Psychologin (TK)
- 1.0 Sozialarbeiter (TK)
- 1.0 Beschäftigungstherapeutin (TK)
- 1.0 Altenpflegerin mit Fachausbildung »Gerontopsychiatrie« (Amb)
- 1.0 Krankenschwester (TK)
- 1.0 Fachkrankenpfleger für Psychiatrie (TK)
- 1.0 Altenpflegerin (TK)
- 0.5 Arzthelferin (TK)

4. Die Vernetzung des Gerontopsychiatrischen Zentrums mit Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe

Die verstärkten Bemühungen um eine ambulante und gemeindenahe Orientierung setzten in der Westfälischen Klinik und in ihrem Umfeld eine Reihe von Aktivitäten in Gang beziehungsweise führte im Sinne eines Synergieeffekts zu einer Bündelung und Intensivierung bereits bestehender Aktivitäten im Bereich der Hilfen für schwerlich zu betreuende ältere Menschen.

Im Herbst 1989 gründeten Krankenschwestern und Pfleger der Gerontopsychiatrischen Abteilung gemeinsam mit Angehörigen den Verein zur Förderung und Betreuung älterer Menschen »Daheim« e.V. Der Verein entwickelte rasch eine lebendige Aktivität, zunächst in Form von Informationsabenden für Angehörige und Interessierte, ab 1990 mit der konkreten Planung einer Tagespflegestelle mit 12 Plätzen für psychisch kranke und pflegebedürftige Menschen, die in Eigenarbeit und ohne Fördermittel eingerichtet und im März 1991 in Betrieb genommen wurde.

Wenig später eröffnete ein anderer neugegründeter freier Träger in unmittelbarer Nachbarschaft des GZ eine weitere Tagespflegestelle, zu der inzwischen eine Sozialstation gehört.

Von der Ambulanz des GZ wurden Beziehungen zu allen Altenheimen im Kreis Gütersloh angeknüpft, die sich in einigen Fällen sehr intensiv entwickelten und zu regelmäßigen Beratungen und Mitbetreuung von Heimbewohnern geführt haben. Die Helme und die beiden Tagespflegereinrichtungen werden durch Begleitung, Fortbildungsmaßnahmen und gegenseitige Besuche von Mitarbeitern unterstützt.

Wurde zu Beginn von einigen niedergelassenen Ärzten der Aufbau des GZ mit Skepsis verfolgt, so hat sich im ersten Halbjahr die Zahl der Zuweisungen von Patienten erhöht. Zudem werden in den beiden Gütersloher Krankenhäusern (zusammen ca. 600 Betten), den Krankenhäusern der Nachbargemeinde Rheda-Wiedenbrück und der Neurologischen und Internistischen Abteilung der Westfälischen Klinik regelmäßig Konsile durchgeführt. Im Rahmen der Ambulanz werden für die Sozialstationen des Diakonischen Werks und der Caritas und für weitere private Pflegedienste Pflegeberatung angeboten und in zahlreichen Fällen Pflegekonzepte erstellt.

Zum vollstationären Bereich der Gerontopsychiatrischen Abteilung wird in Form gemeinsamer Abteilungskonferenzen und Fallgespräche der Kontakt gehalten. So ist in wenigen Jahren um das GZ und in enger Anbindung an den stationären Bereich der Gerontopsychiatrischen Abteilung ein vernetztes, vielfältiges und abgestuftes System psychosozialer und medizinischer Versorgung und Hilfen entstanden.

Im Bereich Fort- und Weiterbildung sind die Mitarbeiter des GZ als Dozenten und Referenten tätig. Das Spektrum umfaßt die Einrichtungen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, freie und kirchliche Wohlfahrtsverbände, Träger der

beruflichen Bildung, Erwachsenen- und Weiterbildung, Volkshochschulen, Altenpflegeschulen aber auch Vorträge auf Treffen von Landfrauenverbänden etc.

Im politischen Bereich ist das GZ an den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften der Kreise Gütersloh, Lippe und Herford beteiligt. Bei der Erstellung kommunaler Altenhilfepläne wurden Gutachten zu gerontopsychiatrischen Problemstellungen erstellt und im Rahmen des städtischen Arbeitskreises »Kommunale Altenarbeit Gütersloh« planen wir mit anderen Einrichtungen, Verbänden, Vereinen und einer zunehmenden Zahl älterer Menschen, die diesen Arbeitskreis besuchen, die Einrichtung eines Seniorenbeirats und einer Koordinationsstelle und bringen unsere Vorstellungen über eine alten- und behindertengerechte Stadtplanung und Wohnungsbaupolitik ein.

5. Entwicklung der ambulanten Pflege

Die ambulante psychiatrische Altenpflege begann im Rahmen des Ambulanzaufbaus mit der Einstellung einer Altenpflegerin mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung im Oktober 1990. Die Aufgabenstellung, die zunächst in der Begleitung des Arztes, später auch im intensiven Austausch mit Patienten, Angehörigen und Kollegen in ambulanten Pflegediensten entwickelt wurde, läßt sich wie folgt beschreiben:

- Erkennen und Beschreiben pflegerischer Probleme und Bedürfnisse
- Wahrnehmung unterstützender Möglichkeiten in heimischen Umfeld und deren Verstärkung beziehungsweise Neuaufbau
- helfende Systeme finden oder bereitstellen durch Organisation und Bereitstellung bedarfsgerechter Pflege unter Einbeziehung von Selbst- Familien- und Nachbarschaftspflege, professionellen Angeboten bis zur Tagespflegestelle
- Aufbau sinnvoller Tagesstrukturen
- lebenspraktisches Training
- Hinführen zu ärztlicher Behandlung und deren Unterstützung.

Eigentlich kann man alle diese Aufgaben mit dem Satz zusammenfassen, daß es um die Schaffung verlässlicher Beziehungen geht. Daher kommt der Ambulanzschwester eine herausragende Rolle in der Vermittlung zwischen verschiedenen an einer Betreuung beteiligten Parteien zu, um das Ziel der Sicherung der primären Bedürfnisse in physiologischer und sozialer Hinsicht auch bei schwerkranken und gestörten Menschen zu erreichen.

Das Konzept der ambulanten gerontopsychiatrischen Pflege im GZ kann nur sein, die bisher an der Versorgung beteiligten Personen und Institutionen zu unterstützen oder andere Unterstützer zu finden. Nur in einigen Einzelfällen, bei denen die Lage unübersichtlich und die Problemstellung besonders schwierig erscheint, werden selber pflegerische Aufgaben mit dem Patienten durchgeführt, mitunter mehrmals am Tag zur Krisenintervention. Doch selbst in solchen Fällen geschieht dies in der Regel in Zusammenarbeit mit einem weiteren Partner, um das Prinzip der geteilten Zuständigkeit nicht außer Acht zu lassen.

Einen Schwerpunkt bildet die Arbeit mit Angehörigen in Form von Einzel-, Familien- und Gruppengesprächen. Wir erleben, daß durch unsere Beratung, Begleitung und Stützung familiäre Verhältnisse tragfähig gemacht werden.

Ein anderes Arbeitsfeld ist die Betreuung einzelner Heimbewohner und die Beratung der Heimmitarbeiter. Gemeinsam mit dem Psychiater oder auch in eigener Verantwortung werden Team- und Fallgespräche geführt und Fortbildung für Pflegepersonen angeboten.

6. Entwicklung eines Pflegekonzeptes in der Altentagesklinik

Grundlage der Entwicklung eines Pflegekonzeptes war die Tatsache, daß in Folge der Pflichtversorgung Patienten mit den unterschiedlichsten psychischen Störungen einschließlich Orientierungsstörungen und teilweise auch erheblichen körperlichen Gebrechen und Erkrankungen zu betreuen waren. Einige Patienten konfrontierten uns mit Zuständen schwerer sozialer und körperlicher Verwahrlosung, viele litten an Inkontinenz, Lähmungen oder anderen dauerhaften körperlichen Funktionseinschränkungen. Unser Angebot, das den besonderen Gegebenheiten jedes Einzelnen angepaßt wurde, bestand in der Wahrnehmung und Bewußtmachung körperlicher und seelischer Bedürfnisse, der Vermittlung eines verbesserten Körpergefühls durch pflegerische Hilfen und körperliche Betätigung, um Situationen mit negativer Beeinflussung auf den Körper, z.B. nach Apoplex oder bei Herzinsuffizienz besser zu verarbeiten und anzunehmen und die Förderung selbständiger Verhaltensweisen. Wir suchten dabei Über- und Unterforderungen zu vermeiden.

Hilfen bei der Wiedergewinnung lebenspraktischer Fähigkeiten dienten darüber hinaus der Förderung von Selbstbewußtsein und Unabhängigkeit aber auch dem Anknüpfen neuer und der Normalisierung bestehender Beziehungen. Hier sind zu erwähnen:

- Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) wie Zubereitung einer Mahlzeit vom Erstellen eines Einkaufszettels und Einkaufen bis zum gemeinsamen Essen in der Kleingruppe und dem Ausräumen der Spülmaschine;
- Anleitung zur Körperpflege, Duschen, Baden, Gang zum Friseur, Maniküre, Kosmetik etc.
- Mobilisation, gezielte krankengymnastische Übungen nach Apoplex oder Rippenfraktur;
- Entspannungstraining;
- Gruppengespräche über Wunschthemen, vor allem über aktuelle Ereignisse, wie Todesfälle, Krisen von Mitpatienten, aktuelle politische Themen etc.

Ohne Unterstützung durch Angehörige und Betreuer wäre die Erreichung der Pflegeziele nicht möglich. So boten wir eine Angehörigengruppe an und beteiligten uns an familientherapeutischen Gesprächen.

Die Zusammenarbeit mit den Teamkollegen führte zu einem Erfahrungsaustausch und zur Delegation von Aufgaben über Berufsgruppengrenzen hinweg,

z.B. durch Übernahme therapeutischer Funktionen in der Beschäftigungstherapie und Delegation der Krankengymnastik an die Beschäftigungstherapeutin.

Vor allen hier aufgeführten pflegerischen Tätigkeiten und Funktionen aber ist die Gestaltung einer sinnvollen Tages- und Wochenstruktur zu nennen. Immer wiederkehrende Elemente, wie die tägliche Morgenrunde mit allen Patienten, Gymnastik, Arztvisite, Ruhezeiten und Mahlzeiten, das wöchentliche Koch- und Backtraining, Gesprächsgruppe, Kegeln oder Ehemaligentreff wechseln ab mit veränderlichen Aktivitäten, Ausflüge, Aktionen in der Beschäftigungstherapie, Entlassungskaffeetrinken, therapeutische Gespräche, die zumeist in kleineren Gruppen oder sogar für einen einzelnen Patienten organisiert sind.

7. Entwicklung eines Behandlungskonzeptes in der TK

Die Tagesklinik war von Anfang an als ein Instrument der Vollversorgung konzipiert worden, also auch mit dem Anspruch, allen Patienten unabhängig von der diagnostischen Bewertung ihrer Erkrankung ein sinnvolles und qualitativ hochwertiges Behandlungsangebot zu machen. Daraus folgte die Notwendigkeit, nicht ein Konzept für alle Patienten, sondern ein Metakonzept, also ein Konzept über Konzepte für jeden Patienten zu erarbeiten. Als Grundannahme sollte die Idee gelten, daß die psychischen Störungen des Alters als Krisen einer gestörten inneren (organischen) und äußeren (sozialen) Entwicklung bzw. eines Mißverhältnisses zwischen inneren und äußeren Prozessen verstanden werden können. Der Begriff der Krise beinhaltet das Gebot, Chronifizierungen zu vermeiden und das therapeutische Handeln auf definierte Ziele in einem definierten zeitlichen Rahmen auszurichten. Bei bereits chronischen Leidenszuständen kommt der Behandlung allerdings eine eher geduldig begleitende und die Chance der Veränderung abwartende oder durch sinnvolle Interventionen herbeiführende Rolle zu.

Da Psychiatrie sich zunächst am Erscheinungsbild, dem Verhalten des Kranken orientiert, ist es erforderlich, die durch dieses Verhalten geschaffenen Bedeutungen zu erkennen und in ihrer Funktion für den betreffenden Kranken zu beschreiben, also in den Kontext seiner Biographie, seiner Wertvorstellungen, seiner sozialen Interaktion und seiner Persönlichkeit einzuordnen und wieder einen Sinn darin zu sehen.

Die Ziele der Behandlung sollen also weniger in der Beseitigung von Symptomen als in deren Bewältigung und Anpassung an die Lebensverhältnisse, die das Alter mit sich bringt, liegen (Coping), was die Möglichkeit des Verschwindens der Symptome in sich birgt.

Die interdisziplinäre Zusammensetzung des Behandlungsteams und die enge Verflechtung mit den Pflegepersonen ist die Voraussetzung für eine umfassende sensible Wahrnehmung der Patienten als Grundlage eines individuellen Behandlungsplans. Um den Patienten möglichst überschaubare Strukturen zu

bieten, wird ein festes Bezugspersonensystem als Basis organisiert, in das alle Mitarbeiter einbezogen sind. Dieses Bezugssystem soll den Patienten auch über die Dauer der tagesklinischen Behandlung hinaus zur Verfügung gestellt werden, als ambulante Nachbetreuung und Kontaktmöglichkeit in Krisen nach einer Entlassung aus der TK. Auf einer weiteren Ebene war die Öffnung der TK nach »draußen« ebenfalls erforderlich. Bei der Vielfalt der zu erwartenden Problemstellungen und der Aufgabe, das Leben mit einer psychischen Erkrankung in der Gemeinde zu fördern und zu stützen, war die Einbeziehung kultureller, sozialer und gewerblicher Dienstleistungsangebote der Stadt eine Notwendigkeit. Häufig gaben auch konkrete Probleme oder Wünsche eines Patienten den Anlaß für eine solche Aktivität. Einkaufen, den Weg zum Supermarkt finden, Busfahren, Besuche in Alten- und Blindenclubs, Stadtbibliothek, Ausstellungen, Veranstaltungen, Verhandlung vor dem Amtsgericht sind entsprechend Elemente des Behandlungsangebots.

Diese konzeptuellen und organisatorischen Voraussetzungen erlauben ein hohes Maß an Flexibilität ohne das Gefühl der Überforderung für die Teammitglieder. So war es möglich, Patienten sofort beim ersten Kontakt in das Tagesklinikprogramm zu übernehmen, sofern das für erforderlich gehalten wurde. Zahlreiche Patienten wurden von der Aufnahme der Gerontopsychiatrischen Abteilung, wohin sie zur vollstationären Behandlung eingewiesen worden waren, direkt in die TK übernommen. Auch bereitete die gleichzeitige Behandlung dementer und nicht dementer Patienten keine unüberwindlichen inhaltlichen oder organisatorischen Schwierigkeiten.

Neben Gruppenangeboten für alle Patienten, wie der gemeinsamen Morgenrunde nach dem Eintreffen in der TK oder das gemeinsame Kaffeetrinken und Feiern zu bestimmten Anlässen, gibt es Einzelbetreuung in Form von Gesprächen, gemeinsamen Aktionen etc. und Kleingruppen, die sich um bestimmte Aktivitäten organisieren und thematisch auf bestimmte Problemstellungen bezogen sind. Dazu gehören Wahrnehmungsschulung (z.B. Bildbetrachtung, Orientierungsgänge in der TK, in die Stadt), Aktivierung des Langzeitgedächtnisses (Gedichte und Lieder vortragen, Rezepte austauschen, von früher erzählen) und des Kurzzeitgedächtnisses (Zeitungslesen, Morgenrunde), Förderung der Kommunikationsfähigkeit (themenzentrierte Gesprächsgruppen z.B. über Sterben und Tod, Politik etc.), Förderung von Selbstwerterleben und Lebensfreude (Singen, Tanzen, Cafébesuch, Memoirenschreiben etc.) und Haushaltstraining.

Alle diese therapeutischen Aktivitäten verfolgen explizit das Ziel, die Eigeninitiative der Patienten zu fördern und sie zur Übernahme von Verantwortung, Mitteilung ihrer Wünsche und Interessen und zur Selbsthilfe zu ermuntern.

Familiäre Beziehungen sind gleichermaßen Bestandteil der psychischen und sozialen Entwicklungsvorgänge, und die dabei entstehenden Krisen sind sowohl Ausdruck familiärer Beziehungskrisen als auch deren Anlaß. Familientherapeutische Aktivitäten auf systemischer Grundlage in Form von Familieninterviews und der Angehörigengruppe gehören daher zum festen Bestandteil des Behandlungsangebots.

Die Mitarbeiter des GZ gehören nicht nur verschiedenen Berufsgruppen an, sie haben auch unterschiedliche Auffassungen über Krankheit und Behandlung und haben ihre beruflichen Erfahrungen auch an unterschiedlichen Orten und in unterschiedlichen Institutionen gemacht. Indem alle Teammitglieder ihre Beobachtungen und Wahrnehmungen über Patienten zusammentragen und unter ihrem jeweiligen beruflichen Aspekt diskutieren, gewinnen wir Klarheit über die Art und Weise des beabsichtigten Vorgehens. Das wechselseitige Für und Wider führt zu Entscheidungen, die mit großer Evidenz gefällt und von allen mitgetragen werden.

8. Gerontopsychiatrisches Zentrum in Zahlen: Patienten, Herkunft, Diagnosen, Verweildauern

8.1 Gerontopsychiatrische Ambulanz:

Berichtszeitraum 1.01.1991–31.12.1991

Eine Auswertung der Patientendaten liegt noch nicht vor. Bekannt ist die Fallzahl mit 527 und die Zahl der betreuten Personen mit 300.

8.2 Gerontopsychiatrische Tagesklinik:

Berichtszeitraum: Das erste Jahr des GZ von März 1991 bis März 1992

8.2.1 Zahl der behandelten Patienten

Bis zum 31. März 1992 hatte die Tagesklinik insgesamt 75 Patienten in ihrer Behandlung. 54 Patienten waren in diesem Zeitraum schon entlassen worden, 21 befanden sich am Stichtag 31.3. in der TK. Die folgenden Angaben beruhen auf der Auswertung der Daten von den 54 bis dahin entlassenen Patienten. Im Kalenderjahr 1992 wurden 121 Patienten aufgenommen.

8.2.2 Wohnort der tagesklinisch behandelten Patienten

44 Patienten (81,5%) hatten ihren Wohnort in der Stadt Gütersloh selbst. Nur 10 Patienten (18,5%) kamen aus anderen Gemeinden als Gütersloh, und zwar aus Orten, die max. 10 km entfernt liegen.

8.2.3 Altersstruktur der Tagesklinik-Patienten

Nur zwei Personen waren jünger als 60 Jahre (56 bzw. 57 Jahre); 52 Personen (96,3%) waren über 60 Jahre alt (s. Abb. 1).

Die drei Altersgruppen, die 60–69jährigen, die 70–79jährigen und die 80jährigen u.a. sind in etwa gleich stark unter den tagesklinischen Patienten vertreten. Setzen wir diese Zahlen jedoch ins Verhältnis zum Anteil der drei Altersgruppen in der Altenbevölkerung des Kreises Gütersloh, zeigt sich deutlich, daß die

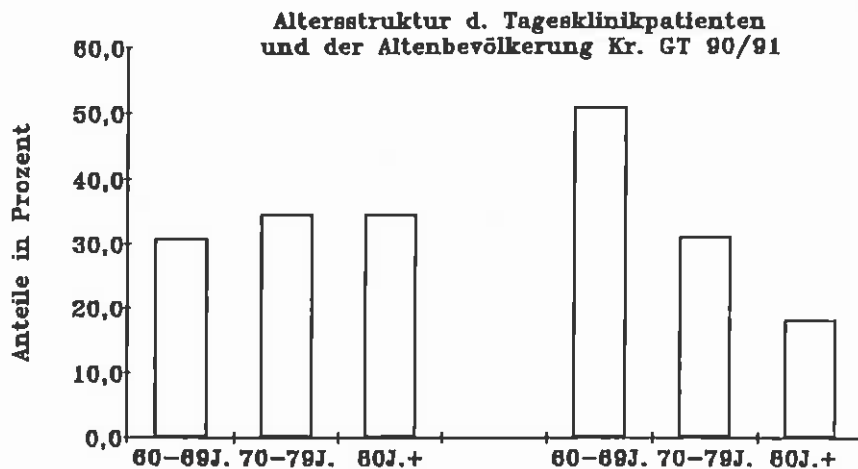


Abb. 1 Altersgruppen in TK/ Altenbev. Kr. GT

Hochaltrigen (80 J.+) besonders, die 70-79jährigen noch leicht überrepräsentiert sind, während der Anteil der 60-69jährigen weit unter ihrem Anteil in der Altenbevölkerung bleibt.

8.2.4 Geschlechtsverteilung bei den Tagesklinik-Patienten

Nur 10 (18,5%) der Tagesklinik-Patienten waren Männer, 44 (81,5%) Frauen. Damit sind Männer, im Vergleich zur Geschlechtsverteilung in der Altenbevölkerung, aber auch zur Geschlechtsverteilung der vollstationär behandelten Patienten dieser Altersstufe (Zahlen für 65jährige u.ä. liegen vor, 1990 41% Männer) deutlich geringer vertreten.

8.2.5 Der Familienstand der Tagesklinik-Patienten

Tabelle 1: Familienstand der Tk-Patienten		
Familienstand	Anzahl	Anteil
alleinstehend	40	75,5%
darunter:		
ledig	5	9,4%
verheiratet/getr. lebend	2	9,4%
verwitwet	33	62,3%
verheiratet	13	24,5%
zusammen	53	100,0%
unbekannt	1	
zusammen	54 Patienten	

Tabelle 2: Familienstand in vier Vergleichspopulationen				
	Altenbev. Bielefeld 85 *)	Bif. Senioren- befr. 87 **)	psy.kr.alte Menschen ***) Kassel 83/84	TK-Patienten Gütersloh 91
verheir.	51,3	52,8	32,7	24,5
alleinst.	48,7	47,2	67,3	75,5
darunter:				
verwitw.		38,4	46,3	62,3
ld./gtr./ geschieden		8,8	21,0	13,2
zusammen	100,0 N = 67574	100,0 N = 248	100,0 N = 550	100,0 N = 54

Quelle: *) und **) Altenplan Bielefeld 1989. Teilbericht 1 u. 3, Daten des Einwohnermeldeamtes 1985 und eigene Seniorenbefragung 1987
 ***) Psychiatriereform Kassel 1981-85, W. Korte u.a., Daten einer Befragung von 550 Sozialstationsklienten

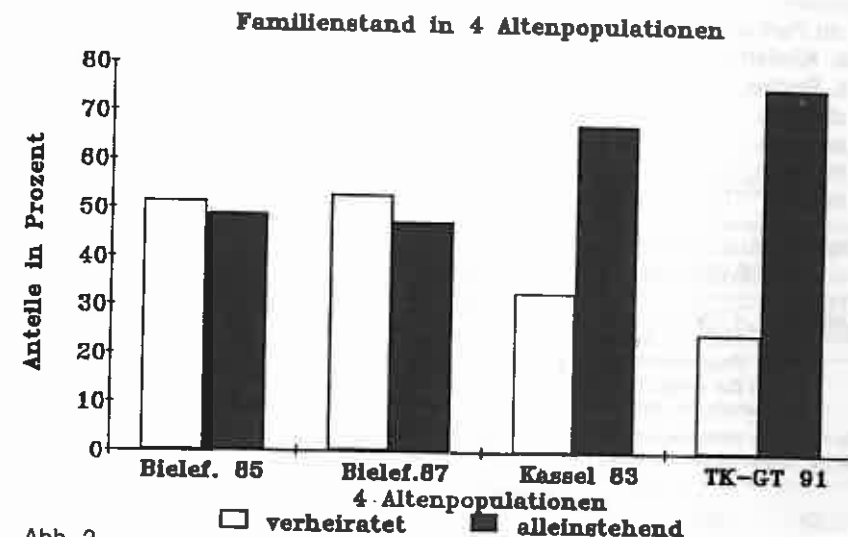


Abb. 2

Im Vergleich zur Normalbevölkerung zeigen sich bei psychisch kranken alten Menschen in unterschiedlichen Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen deutlich größere Anteile von Alleinstehenden. Gegenüber den psychisch kranken alten Menschen, die von Sozialstationen ambulant betreut wurden (Kassel 1983/84) liegt der Anteil alleinstehender Patienten der Gütersloher Tagesklinik noch um 8 Prozentpunkte höher (s. Abb. 2).

8.2.6 Haushaltsform der Tagesklinik-Patienten

Alleinstehend zu sein bedeutet natürlich nicht automatisch, auch allein zu leben (s. Abb. 3). 9 Personen (16,6%) lebten in einem Heim, nur 14 (26%) lebten selbständig in einem Einpersonenhaushalt, 13 (24%) lebten mit ihrem Ehepartner (u. eventuell zusätzlich mit ihren Kindern) zusammen, 16 (30%) lebten nur mit ihren Kindern (und u.U. mit deren Kindern) zusammen, und je 1 Person (je 2%) lebten bei sonstigen Verwandten bzw. bei Nichtverwandten.

Tabelle 3: Haushaltsform bei alten Menschen.
Ergebnisse von 4 Untersuchungen

	Altenbev. Bielefeld 85 *)	Blf. Senioren- befr. 87 **)	psy.kr.alte Menschen ***) Kassel 83/84	TK-Patienten Gütersloh 91
alleinlebend	35,7	36,2	62,9	26,0
Mehrpersonen- haushalt (incl. Helm)	64,3	63,8	37,1	74,0
darunter:				
mit Partner/ u./o. Kindern	k.A.	51,5	27,1	53,7
o. Partner, aber mit anderen	k.A.	11,3	10,0	3,7
im Heim lebend ****)	4,0	4,0	—	16,6
zusammen	100,0	100,0	100,0	100,0
N = 12.000.000	N = 388	N = 140	N = 54	

Quelle: *) 4. Familienbericht des BMJFFG

**) Altenplan Bielefeld 1989

***) Psychiatriereform in Kassel 1981–85, W. Korte u.a.

****) Zur Vergleichbarkeit der Angaben wurden Heimbewohner in die Daten des 4. Familienbericht des BMJFFG und der Bielefelder Seniorenbefragung einbezogen.

Der Anteil der Heimbewohner in der Tagesklinik mit 16,6% entspricht dem Anteil der Heimbewohner im vollstationären Bereich der WKPPN Gütersloh mit 15,3%.

8.2.7 Erkrankungsarten der Tagesklinik-Patienten

a) Psychiatrische Diagnose

Die Auswertung der psychiatrischen Erstdiagnose der TK-Patienten ergibt folgendes Bild (s. Tabelle 4):

Haushaltsform bei alten Menschen in
d. Normalbevölkerung u.b.psy. Kranken

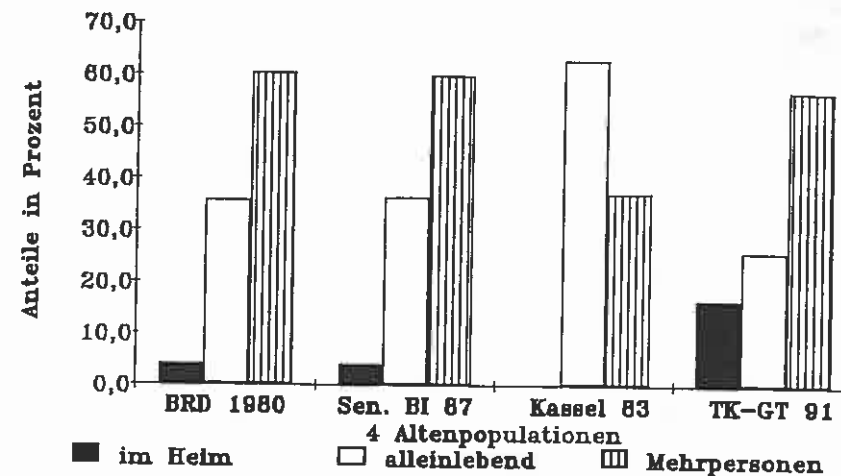


Abb. 3

Tabelle 4: Erstdiagnosen in der Gerontopsychiatrischen Abteilung
der WKPPN

	Tagesklinik GZ (März 91–März 92)		vollstationärer Bereich Ger.-Ps. (1.1.– 1.12.91)	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Organisch bedingte Psychosen (incl. Korsakow-Synd. und vorübergeh. org. bed. Psychosen)				
ICD 9, 290.0 – 294.9	18	33,3%	92	36,7%
funktionelle Psychosen ICD 9, 295.0 – 299.9	17	31,5%	106	42,2%
Neurosen, Persönlichkeits- störungen, Suchten, psychoreaktive Störungen				
ICD 9, 300.0 – 312.9, ohne 310.0–9	18	33,3%	53	21,1%
nicht-psychiatrische Diagnose	1	1,9%	—	—
zusammen	54	100,0%	251	100,0%

Diagnosenstruktur in der Gerontopsychiatrie WKPPN, TK GZ/vollst. Bereich

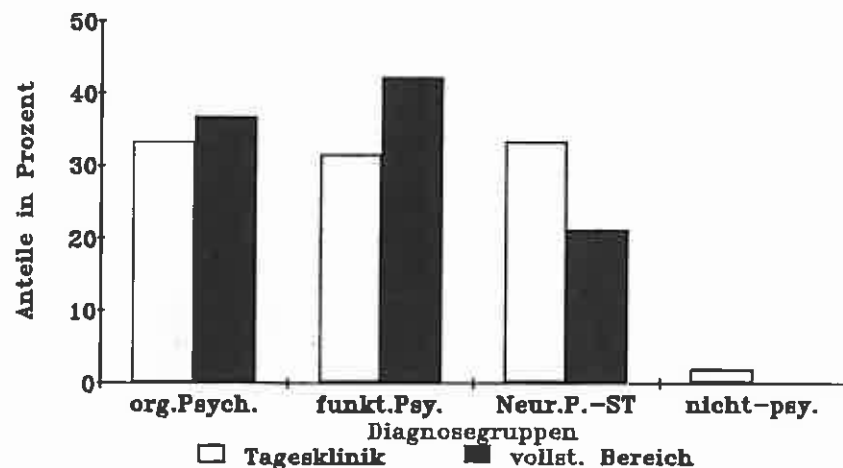


Abb. 4

Die Diagnosestruktur in der Tagesklinik unterscheidet sich auf dieser relativ abstrakten Ebene (zusammengefaßt in 3 Diagnosegruppen) nicht sehr stark von der im vollstationären gerontopsychiatrischen Bereich (s. Abb. 4). Die organisch bedingten psychischen Störungen, hauptsächlich die verschiedenen Demenzformen, sind in der Tagesklinik fast gleichstark vertreten. Mit den 3,7% der Patienten, bei denen als Zweitdiagnose eine senile Demenz festgestellt wurde, kommen wir sogar auf insgesamt 37% tagesklinischer Patienten mit einer organisch bedingten Psychose. Patienten mit funktionellen Psychosen werden nicht so häufig in der TK wie im vollstationären Bereich behandelt; dagegen finden sich Patienten mit neurotischen, psychoreaktiven Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen, relativ gesehen, häufiger in der Tagesklinik als im vollstationären Bereich.

7 Patienten (13%) hatten eine weitere zusätzliche psychiatrische Diagnose, drei (5,5%) sogar zwei zusätzliche (s. Tabelle 5).

b) Zusätzliche somatische Erkrankungen

Tabelle 5: Zusätzliche somatische Diagnosen der TK-Patienten

	Anzahl	Anzahl
keine som. Diagnose	12	22,2%
eine som. Diagnose	9	16,7%
zwei som. Diagnosen	6	11,1%
drei som. Diagnosen	11	20,4%
vier som. Diagnosen	5	9,3%
fünf som. Diagnosen	3	5,5%
sechs som. Diagnosen	4	7,4%
sieben som. Diagnosen	3	5,5%
acht som. Diagnosen	1	1,9%
zusammen	54	100,0%

Insgesamt wurden 142 somatische Zusatzdiagnosen gestellt, durchschnittlich 2,6 pro Patient.

Leider liegen zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine diesbezüglichen Angaben für die vollstationär behandelten gerontopsychiatrischen Patienten der WKPPN vor.

8.2.8 Zuweisungsmodus

Tabelle 6: Personen/Einrichtungen, die die Initiative zur Kontaktaufnahme mit der Tagesklinik entwickelten

	Anzahl	Anzahl
Angehörige	9	16,7%
Betreuer/Vorm.	1	1,9%
Altenheim	4	7,4%
Hausarzt	18	33,3%
psych. Krankenhäuser	12	22,2%
allgem. Krankenhäuser	10	18,5%
Gesamt	54	100,0%

8.2.9 Daten zum Behandlungsverlauf der TK-Patienten

Die durchschnittliche Behandlungsdauer der bisher entlassenen Patienten beläuft sich auf 77 Tage. Dabei handelt es sich nicht um die tatsächlich abgerechneten TK-Behandlungstage (ohne Wochenenden und Feiertage), sondern um die gesamte Behandlungszeit, also um durchschnittlich 2 1/2 Monate. Die durchschnittliche abrechnungsfähige Behandlungsdauer dürfte bei etwa 50 Tagen pro Patient liegen.

Tabelle 7: Behandlungsdauer der TK-Patienten

Behandlungsdauer	Anzahl Patienten	Anteil
– 1 Monat	14	25,9%
1 – 2 Monate	13	24,1%
2 – 3 Monate	7	13,0%
3 – 4 Monate	5	9,3%
4 – 5 Monate	8	14,8%
5 – 6 Monate	3	5,5%
6 – 8 Monate	4	7,4%
zusammen	54	100,0%

Nicht erfaßt sind die Patienten, die zum Stichtag 31.03.1992 noch in Behandlung waren, worunter sich 1 Patientin befindet, die erheblich länger als 8 Monate in Behandlung ist.

9. Fallbeispiele

Am Beispiel dreier Patienten soll die Aufgabenstellung und die Arbeitsweise des GZ vorgestellt werden.

1. Frau W. (Jahrgang 1931) befand sich seit Sommer 1988 in ambulanter und immer wieder kurzfristig auch in stationärer Betreuung bei einer seit 1984 bekannten Alzheimer's Krankheit. Sie wird von ihrem alkoholkranken Ehemann versorgt. Oft kommt es zu Eifersuchtsszenen und Tötlichkeits von Frau W. gegen ihren Mann. Beide werden regelmäßig besucht, der Zivildienstleistende angeleitet und mit dem Hausarzt Kontakt gehalten.

Von Oktober 1991 bis März 1992 besucht Frau W. die Tagesklinik. Sie erhält intensive Einzelbetreuung, hat täglich mehrere Stunden Kontakt mit ihrem Bezugstherapeuten. Es zeigt sich, daß sie ihre aggressiven Gefühle gut körperlich ausagieren und tanzen kann. In dieser Zeit lernt sie wieder etwas selbständiger zu sein, schreit nicht mehr so oft und schlägt immer seltener. Sie akzeptiert auch besser die pflegerische Hilfe wegen ihrer Inkontinenz.

Nachdem ihr Mann sich eine Freundin genommen hat, kommt es zu einer Verschärfung der Krise, so daß sie zunächst stationär aufgenommen werden muß.

2. Frau E. (Jahrgang 1926) ist mit ihrem Ehemann, Töchtern und ihrer Schwester 1988 auf der UdSSR als Spätaussiedlerin nach Deutschland gekommen. Nach dem Suizid ihrer Schwester 1991 zieht sie sich zunehmend aus allen Kontakten zurück und verweigert schließlich Essen und Trinken. Im Sommer 1991 wird sie 3 Monate lang zwangsweise stationär behandelt und teilweise auch zwangs-ernährt. Drei Wochen nach ihrer Entlassung wird sie erneut wegen Nahrungs-verweigerung eingewiesen, jedoch in der Tagesklinik aufgenommen.

Von Mitte Oktober 1991 bis Mitte März 1992 besucht sie die Tagesklinik, erhält

nach einem Monat für die Dauer von vier Wochen Infusionen. Sie sitzt dabei für jedermann sichtbar im Zentrum des Tagesraums. Nach einigen Wochen beginnt sie sich mitzuteilen, erkundigt sich interessiert nach den Problemen der anderen Patienten und normalisiert ihr Verhalten zusehends. Nach der Entlassung erfolgt ambulante Weiterbetreuung.

3. Frau M. (Jahrgang 1929) wird am Gründonnerstag 1991 von ihrer Hausärztin in einem psychotischen Stupor als Notfall eingewiesen und sofort in der Tagesklinik aufgenommen. Ihr im Nachbarhaus lebender Sohn und die Schwiegertochter berichten von zermürbenden Auseinandersetzungen, die auf ständige irrealen Unterstellungen der Mutter zurückgingen.

Frau M. erweist sich als sehr ängstlich und äußert immer wieder Schuldängste. Ihr fast zwanzig Jahre jüngerer Partner, dem sie sich nach dem Tod ihres Ehemannes zugewandt hat, wird zu Gesprächen gebeten. Deutlich wird, daß Frau M. am liebsten alle ihre Beziehungen in einem Schwebezustand halten möchte. Auf minimale Belastungen reagiert sie mit paranoid erscheinenden Äußerungen. Frau M. erholt sich im Schutzraum der Tagesklinik soweit, daß sie alle Symptome aufgibt. Weitere Gespräche mit ihrem Sohn und mit ihrem Partner lehnt sie schließlich ab und wird im August 1991 entlassen.

Im Dezember wird sie in ähnlichem Zustand wie im Frühjahr wieder aufgenommen. Vor den Weihnachtstagen wird sie schließlich für 14 Tage vollstationär aufgenommen, da das Suizidrisiko nicht mehr getragen wird. Erneut kommt es zu regelmäßigen Familiengesprächen, in denen diesmal die Angehörigen ihre Interessen zum Thema machen. Frau M. scheint davon zu profitieren, daß sich ihr Sohn und ihr Partner zusehends abgrenzen und auf Distanz gehen. Sie wird in gutem Zustand im Mai 1992 entlassen und hält diesmal weiter ambulant Kontakt.

10. Ausblick

Das Gerontopsychiatrische Zentrum in Gütersloh hat im ersten Jahr seines Bestehens unter den schwierigen Bedingungen eines von finanziellen Beschränkungen bestimmten Aufbaus gezeigt, daß es einen wirkungsvollen Beitrag zur gerontopsychiatrischen Grundversorgung der älteren Bevölkerung in einer Mittelstadt mit einem ländlichen Umfeld leisten kann.

Die nähere Zukunft wird vor allem im Zeichen einer inneren Konsolidierung und weiteren Vernetzung nach außen stehen. Vor allem im Bereich der medizinischen Institutionen sollen verstärkte Anstrengungen durch den Aufbau einer Assessment Unit ab 1993 unternommen werden. Darin soll in Form eines mobilen und ambulanten Teams von Psychiatern, Internisten, Altenpflegern und Sozialarbeitern den niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und Heimen noch stärker als bisher geriatrische und gerontopsychiatrische Kompetenz zur Lösung schwieriger Behandlungs- und Versorgungsprobleme angeboten und die entsprechenden Hilfen rasch und bedarfsgerecht organisiert werden.

Ob das Gerontopsychiatrische Zentrum wirklich der »Motor der gerontopsychia-

trischen Versorgung in seiner Gemeinde« wird, wie es die Expertenkommission der Bundesregierung in ihrem Bericht 1988 forderte, kann wohl erst die Gemeinde selbst beantworten. Die Ergebnisse der Begleitforschung durch das Zentrum für Gesundheitswissenschaften der Universität Bleilefeld, die 1994 vorliegen werden, können ein Teil dieser Antwort sein.

Verzeichnis der Referentinnen, Referenten, Diskussionsleiterinnen und -leiter

Prof. Dr. Manfred BAUER	Leiter der Psychiatrischen Klinik am Stadtkrankenhaus Offenbach
Dr. Beate BAUMGARTE	Chefärztin der Abteilung Psychiatrie II am Kreis Krankenhaus Gummersbach
Dr. Jens BRUDER	Leiter der Ärztlichen Abteilung des Landesbetriebes »Pflegen und Wohnen«, Hamburg
Dr. Margret DIECK	Wissenschaftliche Leiterin des Deutschen Zentrums für Altersfragen, Berlin
Dr. Hans GUTZMANN	Oberarzt in der Abteilung für Geronto- psychiatrie im Max-Bürger-Krankenhaus, Berlin
Dr. Marianne HEINEMANN-KNOCH	Leiterin des Instituts für Gerontologische Forschung e.V., Köln
Prof. Dr. Siegfried KANOWSKI	Ärztlicher Leiter der Abteilung für Gerontopsychiatrie, Freie Universität Berlin und der Gerontopsychiatrischen Abteilung am Städtischen Max-Bürger- Krankenhaus, Berlin-Charlottenburg
Dr. Johannes KIPP	Leitender Arzt der Klinik für Psychiatrie, Ludwig-Noll-Krankenhaus, Städtische Kliniken Kassel
Werner KORTE	Referent für Altenhilfe und Psychiatrie, Abteilung Sozialhilfe/Hauptfürsorgestelle, Landesversicherungsanstalt Rheinland, Köln
Dr. Christel KRETSCHMAR	Chefärztin der Gerontopsychiatrischen Abteilung der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik Düsseldorf
Dr. Jürgen Hans KRETSCHMAR	Niedergelassener Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Mettmann
Prof. Dr. Gaspar KULENKAMPFF	Stellvertretender Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Lübeck
Dr. Herbert LOOS	Leiter der Abteilung für Gerontopsychiatrie am Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie, Berlin

Dr. Willi RÜCKERT

Leiter der Abteilung Sozialwirtschaft
Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln

Prof. Dr. Rudolf-Maria SCHÜTZ

Direktor der Klinik für Angiologie und
Geriatrie der Medizinischen Universität
zu Lübeck

Dr. Jan WOJNAR

Leiter des Psychiatrischen Dienstes
des Landesbetriebes
»Pflegen und Wohnen«, Hamburg