

ISO-Fachtagung vom 16. - 18. Juni 1997 in Bonn

## **Gerontopsychiatrische Vernetzung**

Ich berate als Vorstandsvorsitzende der Alzheimer Gesellschaft Mittelhessen und als Mitarbeiterin einer Kontakt- und Koordinationsstelle für ältere Menschen in Wetzlar jeden Tag verzweifelte Angehörige von Alzheimer Kranken, oft ganze Familien, und aus diesem Blickwinkel der pflegenden Angehörigen von Demenzkranken möchte ich unser Thema "Gerontopsychiatrische Vernetzung" heute anschauen.

### **Die aktuelle Situation**

Ich will mit einem kleinen Beispiel beginnen.

Was macht eine Ehefrau, die bei ihrem 78 jährigen Mann die Alzheimer Krankheit vermutet? Frau M., so nennen wir sie, spricht mit ihrem Hausarzt. Der sagt, Vergeßlichkeit sei im Alter normal und läßt sie mit ihrem Problem allein. Nach zwei Jahren hat sich der Zustand von Herrn M. so verschlechtert, daß sie erneut den Arzt um Rat fragt. Diesmal überweist er den Mann zum Neurologen zwecks Diagnose. Herr M. weigert sich jedoch, zum Arzt zu gehen. Der Hausarzt weiß auch nicht, was man da machen kann und tut nichts. Nach einigen Monaten gelingt es Frau M., ihren Mann zum Neurologen zu bringen. Diagnose: Senile Demenz vom Alzheimer Typ. Kommentar des Neurologen: da könne man nichts machen. Verzweifelt geht sie wieder zu ihrem Hausarzt. Der empfiehlt ihr, mit ihrem Mann alte Fotos anzuschauen. Als der Mann immer schwieriger wird und z.T. auch aggressiv ihr gegenüber, fragt sie wieder den Hausarzt um Rat. Der verordnet Distranerin. Da rastet der Mann völlig aus. Sie gibt die Tropfen nicht mehr, spricht aber mit dem Hausarzt nicht darüber. Nach einem weiteren Jahr hat sich die Situation so zugespitzt, daß ihre Nerven völlig blank liegen. An einem Samstag abend stößt ihr Mann sie so heftig, daß sie auf den Boden stürzt. Sie ruft den Notarzt. Der veranlaßt eine Überweisung ins PKH. Dort wird Herr M. stark sediert, so daß er nicht mehr laufen kann und inkontinent wird. Nach 6 Wochen wird er von dort aus im Zustand der Schwerstpflegebedürftigkeit in ein Altenpflegeheim überwiesen. Ergebnis: der Hausarzt hat versagt, der Neurologe hat versagt. Die Entlastungsangebote der Altenhilfe hat Frau M überhaupt nicht auf sich bezogen. Wer muß sich hier mit wem und wie vernetzen, daß so etwas möglichst nicht mehr vorkommt? Oder: Handelt es sich überhaupt um ein Problem unzureichender Vernetzung? Was hätte diese Frau gebraucht, als sie die ersten Anzeichen einer Veränderung bei ihrem Mann entdeckte?

Ein Alternative könnte so aussehen:

Frau M. bemerkt Veränderungen bei ihrem Mann. Sie geht zum Hausarzt. Dieser überweist sie zur Diagnose in die Altenambulanz des zuständigen Gerontopsychiatrische Zentrum (GZ). Der Mann weigert sich aber, dort hinzugehen. Frau M. berichtet dies ihrem Hausarzt, der beim GZ anruft und für das Ehepaar M einen Hausbesuch vereinbart. Der Arzt und die Sozialpädagogin vom GZ stellen bei dem Hausbesuch deutliche Anzeichen für eine Demenz fest. Sie sprechen vorsichtig mit Herrn M über seine „leichte“ Vergeßlichkeit und schlagen ihm schließlich vor, an einer Gedächtnis-Gruppe teilzunehmen. Herr M. ist einverstanden. Er lernt hier Kompensationsstrategien und führt Übungen zur mentalen Zentrierung und zur Erhöhung der geistigen Flexibilität durch. Er geht sehr gerne dorthin und macht die Übungen auch zu Hause. Im Verlauf dieser Gruppe kommt es zu regelmäßigen Beratungsgesprächen mit Frau M u.a. auch über den Umgang mit Konfliktsituationen. Frau M. lernt, sich besser in die Gedanken- und Gefühlswelt ihres Mannes hineinzusetzen und kann dadurch ganz anders auch auf ungewöhnliche und für sie erst einmal empörende Verhaltensweisen von ihm

reagieren. Sie lernt dort alle Hilfs- und Entlastungsangebote kennen und nimmt zu einem späteren Zeitpunkt dann auch eine auf die Arbeit mit Demenzkranken spezialisierte Tagespflege, die von dem GZ konsiliarisch betreut wird, in Anspruch und immer wieder auch die Urlaubspflege - guten Gewissens, da sie ihren Mann dort bestens betreut weiß.

Bei diesem positiven Verlauf sind Versorgungselemente aufgeführt, die es z.Z. in Deutschland noch fast gar nicht gibt, v.a. das GZ, und zwar mit einer noch genauer zu beschreibenden speziellen Arbeitsform.

Die pflegenden Angehörigen von psychisch kranken alten Menschen, speziell von Demenzkranken, brauchen einen Ort, wo ihre Kranken nach dem neuesten Stand der medizinischen Forschung diagnostiziert und behandelt werden, wo sie erfahrene Ärzte vorfinden, die die Bewältigung von starken Verhaltensstörungen ggf. mit einer angemessenen Medikation hilfreich unterstützen, wo sie von Menschen beraten werden, die genau wissen, welche Probleme bei der Betreuung eines Alzheimer Kranken auftreten, die praxisnahe und umsetzbare Hilfestellungen für den Umgang mit Konfliktsituationen geben und geeignete Entlastungsmöglichkeiten aufzeigen, z.B. die Tagespflege. Eigentlich erwarten sie dies alles von ihrem Hausarzt, denn das ist die einzige Person, die nach ihrem Wissen zuständig für diese Krankheit ist.

Aber die Hausärzte haben keine Ahnung. Sie kommen viel zu spät zu einer richtigen Diagnose. Nirgendwo werden so viele Medikamentenfehler gemacht wie bei der neuroleptischen Therapie von Aggressionshandlungen von Alzheimer Kranken, und keine Therapie ist deshalb auch so erfolglos wie diese. Sie scheitert so gut wie immer. Aufgrund des hohen Drucks und der starken Verzweiflung der pflegenden Angehörigen versuchen es die Hausärzte jedoch immer wieder erneut und immer wieder auf die gleiche Art und Weise, obwohl sie um ihr Scheitern wissen (müßten), Die niedergelassenen Neurologen und Psychiater sind meist auch nicht viel kompetenter. Nur 0,1% von ihnen macht Hausbesuche. Die Angehörigen bekommen die Auskunft, daß man bei einer Alzheimer Krankheit leider nichts machen könne. Wenn sich dann die Probleme im häuslichen Bereich extrem zugespitzt haben, kommt es u.U. zu einer Einweisung in das psychiatrische Krankenhaus. „Es gibt keinen schlechteren Ort für eine gerontopsychiatrische Krisenintervention als die stationäre Aufnahme in eine psychiatrische Klinik“, so ein Mitarbeiter des GZ-Gütersloh. Bei 75% der Eingewiesenen wird der Haushalt aufgelöst. Sie kommen also nicht mehr nach Hause zurück. Ist das ein Therapieerfolg? Mit einem Wort: wie brauchen dringend kompetente Ärzte, die die Kranken in ihrer eigenen Häuslichkeit aufsuchen, die Lebenssituation der Patienten und ihrer Angehörigen erfassen und daraus ihre Therapievorschlage ableiten und gemeinsam mit den Patienten bzw. den Angehörigen erörtern.

### **Die gerontopsychiatrische Grundversorgung**

Wir sprechen über Vernetzung, aber ein wesentlicher Baustein in der Regelversorgung von psychisch kranken alten Menschen, nämlich die angemessene medizinische Versorgung, existiert noch gar nicht annähernd ausreichend und flächendeckend. Wir als MitarbeiterInnen in der Altenhilfe können dieses Defizit nicht auffangen. Hier sind die Ärztinnen und die Ärzte gefragt, und in Bezug auf die Finanzierung die Krankenkassen. Eine sehr gute Form einer gerontopsychiatrischen Versorgung ist m.E. im GZ Gütersloh entwickelt worden, und ich will einige wesentliche Elemente ihrer Arbeit benennen. Ich gehe davon aus, daß die Struktur eines GZ, so wie es von der Expertenkommission empfohlen wird, bestehend aus gerontopsychiatrischer Ambulanz und Tagesklinik sowie Altenberatung in seiner Aufgabenstellung bekannt ist. Zuerst ein Fallbeispiel aus den Vorträgen des

1. Gerontopsychiatrischen Symposiums, K.H. Remlein, P. Netz, Hrsg: Von der Siechenstation zum Gerontopsychiatrischen Zentrum, Gütersloh, 1996, S. 61/62:

- Das GZ Gütersloh ist mit seinem therapeutischen Ansatz v. a. für die am schwersten beeinträchtigten Älteren da. Dies sind die dementen Patienten. Ihre Integration in die Versorgung auf allen Ebenen war das wichtigste Ziel in allen Entwicklungsschritten in Gütersloh.
- Die Behandlung findet zu Hause statt. 95% der Patientenkontakte sind Hausbesuche. Eines der „Geheimnisse“ gerontopsychiatrischen ambulanten Arbeitens ist, fast ausschließlich in Form von Hausbesuchen tätig zu sein. Jedem Patient wird ein Arzt und ein nichtärztlicher Mitarbeiter zugeordnet.
- Die Gütersloher Klinik nimmt keinen einzigen Patienten zur vollstationären Behandlung auf, der nicht zuvor durch die Institutsambulanz im Sinne einer Vorschaltambulanz zu Hause besucht wurde, oft auch ganz kurzfristig, d.h. unmittelbar.
- Den Versorgungsauftrag wahrzunehmen heißt, zu realisieren, daß ein Großteil der psychisch kranken alten Menschen von Angehörigen versorgt wird, es hier häufig zu Überlastungsreaktionen kommt und sie dann einer besonderen professionellen Unterstützung, Hilfestellung, Beratung und Begleitung bedürfen.

Die wenigen GZ's, die es z.Z in Deutschland gibt, arbeiten recht unterschiedlich. Viele gerontopsychiatrische Tageskliniken bevorzugen Patienten mit funktionellen Störungen und grenzen hirnganisch Erkrankte, zumindest die schwer- und schwerst-Dementen aus. Gemeinsame Hausbesuche mit der Qualifikation Arzt und Altenberatung gibt es meines Wissens in diesem Umfang nur im GZ Gütersloh. Diese stellt aber die direkteste und beste Form der Vernetzung von Altenhilfe und Psychiatrie dar, die den Betroffenen unmittelbar zugute kommt.

Der Landeswohlfahrtsverband in Hessen fordert z.Z. alle Landeskrankenhäuser auf, GZ's einzurichten.. M.E. sollten wir uns gerade aus dem Blickwinkel der Altenhilfe mit der Konzeption und entsprechenden Maßnahmen der Qualitätssicherung von GZ's beschäftigen und versuchen, darauf Einfluß zu nehmen, wobei ein wesentliches Qualitätsmerkmal darin zu sehen ist, inwieweit es dem GZ gelingt, von den Hausärzten und von den Betroffenen direkt, d.h. v.a. den Angehörigen von Demenzkranken akzeptiert und in Anspruch genommen zu werden.

### **Was brauchen die psychisch kranken alten Menschen und was brauchen ihre Angehörigen?**

Nach wie vor gilt, daß die pflegenden Angehörigen das wichtigste Medikament in der Alzheimer Therapie darstellen, und das ist sehr wörtlich zu nehmen. Dieses „Medikament“ entfaltet jedoch nur dann eine positive Wirkung, wenn es den Angehörigen gelingt, ein dementengerechtes Milieu für die Kranken zu schaffen und aufrechtzuerhalten. Dafür benötigen sie oft Aufklärung und Schulung und immer die Bereitsstellung von Entlastungsmöglichkeiten.

Die Altenhilfe kümmert sich schon seit Jahren mit viel Engagement um diese Entlastungsangebote sowie um eine gute Betreuung der psychisch kranken alten Menschen, wenn sie alleine oder im Altenpflegeheim leben.

Aber wieviele der 1,2 Millionen Menschen mit Hirnleistungsstörungen im Alter bzw. der 800.000 fortgeschritten Demenzkranken in Deutschland erreichen wir? Warum erreichen wir im ambulanten und teilstationären Bereich so wenige? Diese Fragen sind z.Z. m.E. wichtiger als die der institutionellen Koordination, Vernetzung, Schnittstellenanalyse, Abgrenzung, mit einem Wort: Gremienarbeit.

Ich möchte einen kleinen und hoffentlich nicht allzu unfairen Vergleich anstellen zwischen der Arbeit des GZ in Gütersloh und einer gerontopsychiatrischen Beratungsstelle. Dabei geht es mir nicht darum, ob die Mitarbeiter dort gut oder schlecht arbeiten. Sie arbeiten in beiden Einrichtungen hervorragend, sehr engagiert und gemäß ihrer Zielsetzung sehr erfolgreich.

Es geht um die Zielsetzung, d.h. um die Konzeption, und zwar unter der Fragestellung: was brauchen Demenzkranke und ihre sie pflegenden Angehörigen und was brauchen alleinlebende psychisch kranke alte Menschen momentan am allernötigsten? Nur unter diesem Gesichtspunkt möchte ich die beiden Einrichtungen vergleichen.

In Gütersloh ist bei jedem Erstkontakt ärztliche und psychosoziale Kompetenz anwesend, in der Beratungsstelle logischerweise nur die psychosoziale Kompetenz. Im GZ Gütersloh wurden pro Mitarbeiter durchschnittlich ca. 260 Hausbesuche im letzten Jahr durchgeführt, in der Beratungsstelle von zwei Mitarbeiterinnen insgesamt drei.

Im Jahresbericht der Beratungsstelle werden zu ca. 1/3 fallbezogene Beratungs- und Kooperationskontakte genannt und zu ca. 2/3 nicht-fallbezogene Kontakte. Die Gremienarbeit stellt, das schließe ich aus diesen Zahlen, einen deutlichen Schwerpunkt der Arbeit dar. Die Beratungsstelle arbeitet in folgenden Gremien mit:

- Pflegekonferenz
- Gesundheitskonferenz
- Modellprojekt - Beirat

- Psychosozialer Arbeitskreis
- Arbeitskreis Altenhilfe
- Arbeitskreis Beratung für ältere Menschen, Pflegebedürftige und Angehörige
- Arbeitskreis Validation
- Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie des Arbeitskreises Psychiatrie
- Arbeitskreis § 45 SGB XI
- Pflegeforum
- Arbeitskreis Offene Altenhilfe

In Gütersloh muß sich die Ambulanz über ihre eigenen Leistungen refinanzieren. Das schränkt die Gremienarbeit zwangsläufig dramatisch ein. Die Beratungs- und Kooperationskontakte in Gütersloh finden außer zu den Betroffenen selbst fast ausschließlich fallbezogen zu den Menschen statt, die in der Pflege und Betreuung von psychisch kranken alten Menschen unmittelbar tätig sind, also Angehörige, Hausärzte, Altenheime und Sozialstationen.

Beide Einrichtungen beziehen sich auf die in den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung 1988 formulierte Motorfunktion. Was heißt Motorfunktion? In Gütersloh hieß es am Anfang vorrangig, die dringend notwendigen aber fehlenden Bausteine einer angemessenen ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgungsstruktur zu initiieren bzw. mitzuinitiiieren. Das Ergebnis sind u.a. mehrere gerontopsychiatrische Tagespflegen, die übrigens alle ausgelastet sind, und zwei gerontopsychiatrische Fachpflegedienste mit ca. 40 Fachpflegekräften, die ihre Leistungen als Behandlungspflege über die Krankenkassen abrechnen, monatliche Fallbesprechungen mit allen gerontopsychiatrisch Arbeitenden in der Region und die konsiliarische Betreuung von Altenpflegeheimen. Die Beratungsstelle sieht ihre Motorfunktion sehr stark darin, den gerontopsychiatrischen Aspekt in die Gremien der Alten- und Gesundheitshilfe zu tragen. So wird als Ziel die engere strukturell und organisatorisch vorgeprägte Kooperation zwischen Einrichtungen der Altenhilfe und der Psychiatrie formuliert und die Zielerreichung in der großen Zahl von Kooperationskontakten mit unterschiedlichen Trägern und Organisationen gesehen.

Wir müssen acht geben, daß Kooperation und Vernetzung nicht zum Selbstzweck werden, v.a. wenn sie auf der institutionellen Ebene und nicht konkret fallbezogen stattfinden.

### **Vernetzung von wem und für wen?**

Bei pflegenden Angehörigen reicht es meist aus, wenn wir die Angehörigen durch unsere Beratung unterstützen und durch das vorhandene Hilfeangebot begleiten. Die Koordination der Hilfen können sie dann überwiegend selbst übernehmen. Anders ist es mit allein lebenden psychisch kranken alten Menschen mit funktionellen Erkrankungen und alleinlebenden Kranken im Anfangs- und mittleren Stadium der Demenz. Hier müssen wir, die Profis, das Case-Management voll und ganz übernehmen. Dies geht nur mit aufsuchender Arbeitsweise. Diese kranken Menschen kommen nämlich niemals von sich aus zu irgend einer Beratungsstelle. Hilfen werden in aller Regel nur dann angenommen, wenn ein Mensch bereit ist, eine Beziehung zu dem psychisch kranken alten Menschen aufzubauen, eine verlässliche und solidarische Beziehung, und das dauert oft mehrere Wochen, manchmal auch Monate. Zum Aufbau einer Beziehung gehört auch, daß diese Bezugsperson zumindest am Anfang, alles (oder auch wochenlang „gar nichts“) macht, d.h. auch einkauft, das Katzenklo leert, gemeinsam ein Essen kocht, den vollkommen verdreckten Verband wechselt oder die Kontaktaufnahme über beharrliche Botschaften durch den nur Millimeter geöffneten Türschlitz stattfindet. Nur auf der Basis einer so entstandenen auf Dauer angelegten

Beziehung läßt sich bei psychisch kranken älteren Menschen eine vernünftige Betreuung langfristig organisieren, einschließlich der Vernetzung der einzelnen Dienste und ihrer kontinuierlichen Koordination.

Das Netz ist ein interessantes Symbol. Bevor nicht die medizinischen Ankerpunkte des Netzes vorhanden sind und wie beschrieben funktionieren, fängt das Netz, welches zu knüpfen für uns als notwendige Aufgabe erscheint, derzeit leider den allergrößten Teil der psychisch kranken alten Menschen und der sie betreuenden Angehörigen in keinsten Weise auf. Wir sollten unsere Erfahrungen aus der Altenhilfe so einbringen, daß die medizinischen Bausteine, d.h. die GZ's, wirklich zum Nutzen der Betroffenen gestaltet werden. Ob das gelingt, können wir daran erkennen, ob diese von den Betroffenen und den Hausärzten angenommen werden.

Bettina Rath, Wetzlar, 14.6.97