

**Der Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus:
Krisenerlebnis oder Chance
für psychisch kranke alte Menschen?**

**Ergebnisse des Modellprojektes
„Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und
Liaisondienst“**

von

Sabine Kirchen-Peters

Saarbrücken, April 2005

© by Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (**iso**), Saarbrücken, 2005
Trillerweg 68, D-66117 Saarbrücken, Tel.: 0681-9 54 24-0; Fax: 0681-9 54 24-27
e-mail: kontakt@iso-institut.de; internet: www.iso-institut.de

Veröffentlichung der Wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung zur „Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen“

ISBN 3-935084-17-X

Vorwort

Während in Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen seit Jahren über eine qualitativ bessere Versorgung Demenzkranker diskutiert wird, vermisst man entsprechende Auseinandersetzungen und Initiativen in den Allgemeinkrankenhäusern. Die Vorsitzende der Deutschen Alzheimergesellschaft, Heike von Lützu-Hohlbein, kritisiert, dass wir von einer demenzgerechten Pflege in den Allgemeinkrankenhäusern weit entfernt sind. Nicht selten wird der Aufenthalt für den Kranken zu einer Krisensituation mit negativen Auswirkungen auf die weiteren Lebensperspektiven. In der Regel sind nicht nur die Kranken, sondern auch die Angehörigen und die professionellen Helferinnen und Helfer mit den Folgen der misslungenen Akutbehandlungen konfrontiert. Auch andere gerontopsychiatrische Erkrankungen, wie z.B. Altersdepressionen, werden in den Akutkliniken zu wenig berücksichtigt.

Nach dieser Bestandsaufnahme den Krankenhausaufenthalt als „Chance“ zu bezeichnen, wie dies im Titel des vorliegenden Berichtes der Fall ist, muss auf den ersten Blick unverständlich erscheinen. Aber ein offensiver Ausbau gerontopsychiatrischer Fachlichkeit - so haben die Modellergebnisse gezeigt - kann die im Krankenhaus überfälligen Reformen einleiten und für Bewegung sorgen. Auch wenn der Konsiliar- und Liaisondienst nicht alle Probleme gelöst hat, die eine adäquate Versorgung psychisch kranker alter Menschen in den Akutkliniken verhindern, hat er doch Wege aufgezeigt, die bekannten Negativspiralen außer Kraft zu setzen und den Kranken durch frühzeitige Diagnostik und Behandlung sowie durch eine intensive Begleitung zu mehr Lebensqualität zu verhelfen.

Das Modell wurde in einer Zeit knapper öffentlicher Kassen implementiert. Nach ersten Reformen der Pflegeversicherung wird weiter über Verbesserungen diskutiert, die vor allem auf die Versorgung Demenzkranker zielen. Die Krankenhauslandschaft ist seit Einführung der Fallpauschalen (DRGs) stark im Umbruch begriffen. In den Modellkrankenhäusern hat man im Projektverlauf die Zahl der Betten von 380 auf 300, die Zahl der Pflegekräfte von 300 auf 260 reduziert. Gleichzeitig stieg die Patientenzahl von 12.900 auf 14.300 bei immer kürzerer durchschnittlicher Verweildauer. So betrug die durchschnittliche Liegezeit im ersten Modelljahr 2001 noch durchschnittlich 9 Tage für alle und 12 Tage für Patient/innen ab 65 Jahre. In 2004 war sie bereits auf 7 Tage für alle und 10 Tage für ältere Patient/innen gesunken.

Gerade in schwierigen Zeiten, in denen der Kostendruck mehr als zuvor auf den Schultern aller Beteiligten lastet, sind innovative Lösungen gefragt, die

die Qualität der Patientenversorgung steigern, ohne zusätzliche Mittel der Sozialversicherung zu beanspruchen. Solche Modelle benötigen mutige Vorreiter, die auf hohem fachlichem Niveau, mit viel Kreativität und persönlichem Engagement die bekannten Pfade verlassen und neue Wege aufzeigen. Für ihre Pionierarbeit sei den Modellbeteiligten Andreas Eichhorn, Maria Mahlberg, Irmgard Ernszt, Antje Losleben, Barbara Freiberg und Franziska Hartmann an dieser Stelle herzlich gedankt. Danke allen Interviewpartner/innen und den Trägern des Modells, dem Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren und dem Klinikum Kaufbeuren-Ostallgäu, die das Modell gemeinsam erst ermöglicht haben. Mein persönlicher Dank gilt des Weiteren meinen Kolleginnen und Kollegen, darunter vor allem Kerstin Blass, die mich während der „Babypause“ beim Projektmanagement vertreten hat und Dorothea Silvestrini, die mich im Rahmen ihres Psychologiepraktikums bei der Erstellung der Patientenkarrerien unterstützte.

Inhalt

1.	Problemaufriss	11
2.	Modellkonzeption	17
2.1	Modellziele und Modelldesign	17
2.2	Aufgaben der Wissenschaftlichen Begleitung	19
3.	Implementationsphase	22
3.1	Bestandsaufnahme der Versorgungssituation in den Modellkrankenhäusern	22
3.2	Probleme bei der Implementierung des Dienstes	26
3.3	Anpassung der Konzeption	29
4.	Aufgabenspektrum, Leistungen und Patientenverteilung	32
4.1	Aufgaben des Konsiliar- und Liaisondienstes	32
4.2	Zeitlicher Aufwand für die einzelnen Leistungen	37
4.3	Spezielle Leistung: Fortbildungen	44
4.4	Konsilanlässe und Nachfrageentwicklung	47
4.5	Patient/innen nach Diagnosen	50
5.	Vertiefende Fallstudien bei Modellpatient/innen	55
5.1	Hintergrund	55
5.2	Modellpatient/innen im Überblick	57
5.2.1	Grunddaten bei Aufnahme und Erstkontakt	57
5.2.2	Leistungen während des Aufenthaltes	61
5.2.3	Entwicklungen nach der Entlassung	65
5.3	Fallgruppe „Demenzranke Patient/innen“	70
5.3.1	Fallbeispiel Frau D.	70
5.3.2	Summarische Beschreibung der Fallstudien	73

5.4	Fallgruppe „Depressive Patient/innen“	81
5.4.1	Fallbeispiel Herr F.	81
5.4.2	Summarische Beschreibung der Fallstudien	83
5.5	Fallgruppe „Patient/innen mit anderen psychischen Erkrankungen“	92
5.5.1	Fallbeispiel Herr M.	92
5.5.2	Summarische Beschreibung der Fallstudien	96
5.6.	Zusammenfassung: Typische Hilfebedarfe und geeignete Interventionen	102
6.	Nachweis von Effekten	106
6.1	Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit der Patient/innen	108
6.2	Qualifikation und Entlastung des Krankenhauspersonals	109
6.3	Schnittstellenübergreifende Behandlungskontinuität	113
6.4	Finanzielle Einsparungen	115
7.	Resümee und Ausblick	121
	Literatur	125
	Anhang: Schaubilder und Fallbeschreibungen	

Tabellen- und Schaubildverzeichnis

Tabelle 1:	Kurzevaluation der Fortbildungen	46
Tabelle 2:	Nachfrage nach Konsilen/Quartal	49
Tabelle 3:	Vom Konsiliararzt gestellte Diagnosen nach Krankheitsgruppen (4/2000-2/2004)	51
Tabelle 4:	Vom Konsiliararzt gestellte ICD-10-Einzeldiagnosen (4/2000-2/2004)	52
Tabelle 5:	Einweisungsrelevante Diagnosen (n = 25) MFN	58
Tabelle 6:	Vorläufige gerontopsychiatrische Diagnosen in der Konsilanforderung (n = 25) MFN	58
Tabelle 7:	Körperlicher und psychischer Status beim Erstkontakt	59
Tabelle 8:	Pflegerische/hauswirtschaftliche/therapeutische Versorgung vor der Aufnahme (n = 25) MFN	60
Tabelle 9:	Leistungen des Konsiliar- und Liaisondienstes	61
Tabelle 10:	Maßnahmen der Soziotherapie (n = 25) MFN	63
Tabelle 11:	Körperlicher und psychischer Status zu verschiedenen Zeitpunkten	65
Tabelle 12:	Veränderung der Versorgung/Erstinanspruchnahme (n = 24) MFN	67
Tabelle 13:	Veränderung der ärztlichen Versorgung nach sechs Wochen (n = 24) MFN	68
Tabelle 14:	Durchdringungsrate des Modells	107
Tabelle 15:	Jährliche Kosten des Konsiliar- und Liaisondienstes	116
Tabelle 16:	Entwicklung der Überweisungen ins BKH seit Installierung des Modells	117
Tabelle 17:	Einsparungen durch verhinderte Überweisungen ins BKH	117

Schaubild 1:	Modellbeteiligte	17
Schaubild 2:	Bestandsaufnahme der Defizite und Probleme im Akutkrankenhaus	23
Schaubild 3:	Verteilung der Arbeitszeiten nach Leistungsgruppen (alle Berufe)	38
Schaubild 4:	Verteilung der Arbeitszeiten nach Einzelleistungen (ärztliche Leistungen gesamt)	40
Schaubild 5:	Verteilung der Arbeitszeiten nach Einzelleistungen (Leistungen psychiatrische Pflege gesamt)	41
Schaubild 6:	Verteilung der Arbeitszeiten nach Einzelleistungen (ergotherapeutische Leistungen gesamt)	42
Schaubild 7:	Einschlusskriterien für Modellpatient/innen	56
Schaubild 8:	Gründe für Kriseninterventionen	64

im Anhang:

Schaubild 9:	Verteilung der Arbeitszeiten nach Leistungsgruppen (ärztliche Leistungen)	1
Schaubild 10:	Verteilung der Arbeitszeiten nach Leistungsgruppen (Leistungen psychiatrische Pflege)	2
Schaubild 11:	Verteilung der Arbeitszeiten nach Leistungsgruppen (ergotherapeutische Leistungen)	3

1. Problemaufriss

Altersbedingte psychische Erkrankungen erhalten auf Grund der demographischen Entwicklung zunehmende sozial- und gesundheitspolitische Relevanz. In den Allgemeinkrankenhäusern entfallen bereits 50% der Pflage tage auf über 65-Jährige.¹ Insbesondere Abteilungen, deren Klientel im Schwerpunkt aus älteren Patient/innen besteht, wie z.B. Innere oder Chirurgische Stationen, haben mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen zu tun.

Bei den gerontopsychiatrisch Erkrankten, die in die Akutkliniken eingewiesen werden, handelt es sich in aller Regel um multimorbide Patient/innen mit zwei bis fünf Begleiterkrankungen, von denen ca. zwei Drittel dem internistischen Fachgebiet zuzuordnen sind. Dabei ist eine Besonderheit, dass bei psychischen Alterskrankheiten die engsten Wechselwirkungen zwischen Beeinträchtigungen der körperlichen und der psychischen Gesundheit bestehen².

Der Handlungsdruck verstärkt sich vor allem hinsichtlich der Versorgung Demenzkranker, die in der Regel auf Grund somatischer Erkrankungen in die Kliniken eingewiesen werden. Die Demenz tritt dann bei der Behandlung dieser Erkrankungen als „Störfaktor“ auf und wird für die Mitarbeiter/innen und andere Patient/innen zum Problem. In einem Schwerpunktheft der Deutschen Alzheimer Gesellschaft zum Thema „Demenzkranke in der Klinik“ beschreibt Jan Wojnar wesentliche Parameter, die das Krankenhaus für die Demenzkranken zu einer besonders ungünstigen Einrichtung werden lässt:

- „Eine unbekannte, unüberschaubare Umgebung;
- eingeschränkte Bewegungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten;
- veränderte Tagesabläufe;
- veränderte Umgangsformen;
- eine andere Form der Betreuung;
- beängstigende Handlungen;
- das Fehlen vertrauter Personen;

¹ Vgl. Bergener, Manfred (1998): 97.

² Vgl. Hewer, W. (2004): 252f.

- allgemeine Hektik, chaotische Geräuschkulisse, schlechte Beleuchtung“.³

Durch diese Rahmenbedingungen in Kombination mit fehlendem gerontopsychiatrischen Hintergrundwissen bei ärztlichem und pflegerischem Personal entwickelt sich der Krankenhausaufenthalt für die Demenzkranken häufig zu einer Krisensituation, die zu einer gravierenden Verschlimmerung der Symptomatik führt. Nicht selten ist nach einer „mislungenen“ Akutbehandlung die häusliche Versorgung nicht weiter aufrechtzuerhalten.

Von Traumatisierungen berichtet auch das Kuratorium Deutsche Altershilfe. Zu rasch und zu häufig würden Katheter appliziert oder grundpflegerische Maßnahmen nur unzureichend durchgeführt. Zwangsmaßnahmen würden - zum Teil auch ohne rechtliche Grundlage und gegen den Willen des Patienten - unsachgemäß angewandt. „Das Pflegepersonal befindet sich in der Klemme zwischen den Bedürfnissen der demenzkranken Patienten, den Beschwerden der Ruhe wünschenden Mitpatienten und ihren täglichen Routineaufgaben bei engem Personalschlüssel“.⁴ Die Verweildauer sei deutlich erhöht, weil die Demenzkranken den Behandlungsprozess nicht verstehen und deshalb nicht an ihm mitarbeiten.

Auch außerhalb von Deutschland sind die Probleme mit der Krankenhausbehandlung älterer psychisch kranker Patient/innen bekannt. So zitiert z.B. David Kenny eine Reihe von Studien in Schottland, in denen belegt wurde, dass die meisten Demenzerkrankungen im Akutkrankenhaus übersehen oder nicht beachtet werden. Das führt er darauf zurück, dass keine standardisierten psychologischen Testverfahren eingesetzt werden. Er beklagt iatrogene Effekte, also durch ärztliche Behandlung ausgelöste Verschlimmerungen der Symptomatik sowie gravierende Pflegefehler. „Pressure sores occur because the patient has been left sitting with her heels exposed on wheelchair foot supports without any sort of footwear. Skin tears happen because of rushed handling at times of restlessness or combativeness. Thrombophlebitis arises from the patient pulling at a venflon which has been left in too long. Dehydration or malnutrition occurs when staff have been unaware that their confused patient repeatedly refuses oral intake, or because they have little time to sit down and persuasively address the problem“⁵. Neben

³ Wojnar, Jan (2003): 2-4.

⁴ Kuratorium Deutsche Altershilfe (2002): 66-70.

⁵ Kenny, David (1997): 3 ff.

diesen Versorgungsdefiziten kritisiert er, dass durch den Entlassungsdruck, der auf den Krankenhäusern lastet, zu schnell in Pflegeheime verlegt werde.

Um Eskalationen und Negativspiralen zu vermeiden, bedarf es professioneller Unterstützung, die insbesondere von speziellen (geronto-)psychiatrischen Fachdiensten geleistet werden kann. Herzog unterscheidet in seinen Leitlinien⁶ drei Organisationsformen dieser Dienste:

Professionelle Unterstützungsformen:

1. Konsiliarmodell
2. Kontraktmodell
3. Liaisonmodell

Während im **Konsiliarmodell** der meist ärztliche Berater lediglich bedarfsweise für einzelne Patient/innen hinzugezogen wird, ist dies im **Kontraktmodell** regelmäßig bei bestimmten Patienten-, Diagnose- oder Problemgruppen der Fall. Die weitestreichende Form wird als **Liaisonmodell** bezeichnet. Es umfasst die anfrageunabhängige, regelmäßige Präsenz des Konsiliars in einer Behandlungseinheit.

Nach Diefenbacher und Reichwaldt sollte der Entwicklung von Liaisondiensten Vorrang eingeräumt werden, „da diese Form nicht nur Interventionsmodule auf Anforderung, z.B. bei Krisen oder vorzunehmender Diagnostik, bietet, sondern prinzipiell zu einer breit gefächerten Verbesserung der Frühdiagnostik, Behandlung, rechtzeitiger Krisenintervention und Fortbildung sowie Supervision führt“.⁷ Dabei wird davon ausgegangen, dass sowohl Kosteneinsparungen erzielt als auch die Lebensqualität der Patient/innen erheblich gesteigert werden könnten. Die weiterführenden Aufgaben, die man den Liaisondiensten zuschreibt, werden wegen der ungeklärten Finanzierung bislang kaum wahrgenommen. Dazu zählen u.a. eine gezieltere Identifizierung von Patient/innen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen und die Überbrückung von Schnittstellenproblemen z.B. zwischen Instanzen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses.

⁶ Vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2000): www.uni-duesseldorf.de: 3.

⁷ Diefenbacher, Albert; Winfried Reichwaldt (2001): 28.

Nur ca. ein bis zwei Prozent der Patient/innen im Allgemeinkrankenhaus werden derzeit einem Psychiater vorgestellt⁸. Bezüglich des Unterstützungsbedarfs von psychisch kranken alten Menschen kann man nur auf wenig zielgenaue Daten zurückgreifen, denn die meisten Erfahrungen basieren auf der Arbeit der allgemeinpsychiatrischen Dienste, die altersunabhängig tätig werden. Grundlegend scheint es so zu sein, dass das Pflegepersonal einen wesentlich höheren Bedarf wahrnimmt als das ärztliche Personal und sowohl stärkere Unzufriedenheit über die Versorgung der älteren Patient/innen äußert als auch mehr Wünsche nach Anleitung, Fortbildung und Austausch formuliert⁹.

Herzog geht in seinen Leitlinien für Konsiliar- und Liaisondienste davon aus, dass ca. ein Drittel der wegen körperlicher Erkrankungen behandelten Krankenhauspatient/innen gleichzeitig unter psychischen Beschwerden leidet. Er kritisiert, dass diese häufig nicht erkannt und nicht angemessen berücksichtigt werden. „Dies führt zu vermehrter (inadäquater) Inanspruchnahme somatischer Diagnostik und Therapie, längeren und wiederholten (u.U. unnötigen) Krankenhausaufenthalten sowie Unterversorgung, Chronifizierung und Sekundärkomplikationen“.¹⁰

Laut Hirsch kommt es bei rund 20% der stationär behandelten älteren Menschen mit körperlichen Erkrankungen zu postoperativen Verwirrheitszuständen, die häufig als Depression fehlinterpretiert (42%) oder gar übersehen werden (33%). Er zitiert eine Mannheimer Studie in Inneren Abteilungen, die gezeigt hat, dass rund 30% der Patienten/innen zwischen 65 und 80 Jahren an psychischen Störungen litten, darunter die Mehrzahl unter (prä)senilen Demenzen.¹¹ „Psychisch beeinträchtigte Patienten, insbesondere mit kognitiven Störungen, haben eine deutlich höhere Klinikverweildauer im Allgemeinkrankenhaus und erfordern einen größeren Pflegeaufwand. Zudem nehmen sie nach dem Klinikaufenthalt in stärkerem Maße medizinische Dienste in Anspruch, werden eher pflegebedürftig und müssen häufiger in Heime übersiedeln.“¹²

Diefenbacher, der sich speziell mit psychischen Erkrankungen älterer Menschen beschäftigt, geht davon aus, dass bei 36% dieser Krankenhauspati-

⁸ Vgl. Arolt, Volker & Albert Diefenbacher (Hg.) 2004: 5.

⁹ Vgl. Herzog, T. u.a. (2003): 32.

¹⁰ AWMF (2000): 3.

¹¹ Vgl. Hirsch, Rolf D. (2003): 172-175.

¹² Ebenda a.a.O.: 173.

ent/innen ein Konsilbedarf besteht. Von ihnen werden jedoch nur 3% tatsächlich psychiatrisch untersucht. Er verweist auf Kosten-Nutzen-Analysen, die belegen, dass durch die Einrichtung von Konsiliardiensten erhebliche Einsparungen erzielt werden konnten. Das führt er vor allem auf die Verkürzung der Liegezeiten zurück, die sich bei psychischer Komorbidität um bis zu 40% verlängerten.¹³

Zimmer und Förstl berichten, dass etwa ein Drittel der aufgenommenen älteren Patient/innen eine deutliche Beeinträchtigung von Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis aufweisen. Jeder zehnte ältere Patient leide unter dem Vollbild der Demenz. Das Vorliegen kognitiver Störungen erschwere die Behandlung der akuten Grunderkrankung. Dabei tauchte nur bei 12% dieser Patient/innen die Demenz bei der Einweisungsdiagnose auf.¹⁴ Depressionen kommen bei körperlichen Erkrankungen in etwa 15% der Fälle vor. Sie führen bei den Betroffenen zu zusätzlichem Leidensdruck und wirken sich auf den Verlauf der körperlichen Erkrankung überwiegend ungünstig aus.¹⁵

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Möglichkeiten der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie gerade bei älteren Patient/innen bei weitem nicht genutzt werden. Nur bei einem kleineren Teil der gerontopsychiatrisch Erkrankten wird Hilfe angefordert, und diese reduziert sich in aller Regel auf eine einmalige ärztliche Intervention (Konsil). Dabei kommt der ärztliche Konsiliar zu rund 90% aus einer niedergelassenen Praxis oder einer Psychiatrischen Klinik. Die verbleibenden 10% werden über interne Psychosomatische oder Psychiatrische Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser abgedeckt. Ist eine solche Anbindung gegeben, wird in der Regel häufiger und schneller auf Unterstützung zurückgegriffen.¹⁶

Durch dieses Missverhältnis zwischen dem Bedarf an Unterstützung und der realen Inanspruchnahme zumindest der bestehenden (geronto-)psychiatrischen Facheinrichtungen wird nicht nur aus der Perspektive des Einzelnen, sondern auch unter volkswirtschaftlichen Aspekten eine Chance vertan. Denn im Grunde wäre das Akutkrankenhaus eine ideale Schaltstelle für die vielen Patient/innen, die bereits lange unter psychischen Störungen leiden,

¹³ Vgl. Diefenbacher; Reichwaldt (2001): 27/28.

¹⁴ Vgl. Zimmer, R. & H. Förstl (2004): 285.

¹⁵ Vgl. Arolt, V. & Rothermundt, M. (2004): 349.

¹⁶ Vgl. Diefenbacher; Reichwaldt (2001): S. 28.

bei denen jedoch noch keine psychiatrische Abklärung stattgefunden hat und die dadurch (mit-)bedingt immer wieder ins Krankenhaus kommen¹⁷.

¹⁷ Vgl. Herzog, T. & B. Stein (2003): 185.

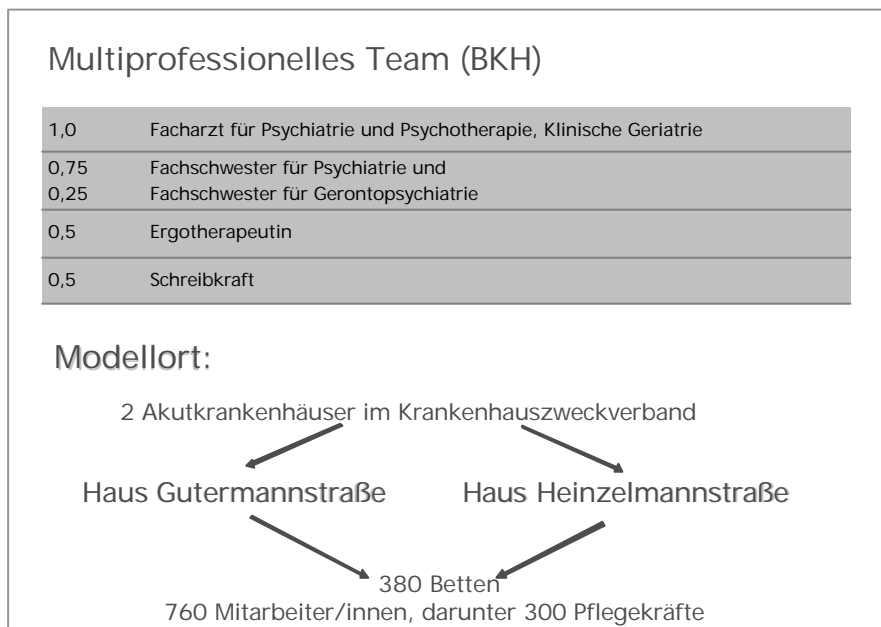
2. Modellkonzeption

2.1 Modellziele und Modelldesign

Im Juni 2000 wurde erstmals ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter im Allgemeinkrankenhaus in das Modellprogramm des Bundesgesundheitsministeriums aufgenommen. Träger der Maßnahme ist das Bezirkskrankenhaus (BKH) Kaufbeuren. Die Laufzeit des Projektes ging vom 1. Oktober 2000 bis zum 30. September 2004.

Es handelt sich um einen Gerontopsychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst, bestehend aus einem Facharzt (1,0), zwei Krankenschwestern für Psychiatrie (1,0), einer Ergotherapeutin (0,5) und einer Schreibkraft (0,5).

Schaubild 1: Modellbeteiligte



Während der Facharzt in erster Linie die medizinischen Aufgabenbereiche abdecken soll (diagnostische Einordnung, Therapieempfehlung), sind die Krankenschwestern vor allem als Ansprechpersonen für die Pflegekräfte auf den einzelnen Stationen gedacht. Sie sollen konkrete Hinweise zum Umgang mit gerontopsychiatrisch Erkrankten geben und im Rahmen gemeinsamer Fallbesprechungen Veränderungen in der Haltung und im Verhalten kontinuierlich begleiten. Die Hauptaufgaben der Ergotherapeutin bestehen in der Einübung und Erhaltung alltagspraktischer Fertigkeiten in Einzel- und Gruppentherapien sowie in der Tagesstrukturierung der Patient/innen.

Kooperationspartner sind die Allgemeinkrankenhäuser „Gutermannstraße“ und „Heinzelmannstraße“, die gemeinsam alle medizinischen Fachdisziplinen abdecken und in Form eines Krankenhauszweckverbandes zusammenarbeiten. Es handelt sich um Krankenhäuser der 3. Versorgungsstufe mit insgesamt fast 400 Betten. Beschäftigt sind ca. 760 Mitarbeiter/innen, darunter 300 Pflegekräfte in Voll- bzw. Teilzeitstellen, zuzüglich 80 Schüler/innen aus der eigenen Berufsfachschule für Krankenpflege sowie Praktikant/innen und Zivildienstleistende. Die Auswahl wurde damit begründet, dass sich das Krankenhaus „Gutermannstraße“ in räumlicher Nähe zum BKH befindet und von dort auch im Vorfeld des Modells die meisten Konsultationsanfragen kamen. Um eine stärkere Präsenz zu ermöglichen, siedelte man den Konsiliar- und Liaisondienst nicht im BKH, sondern in einem Nebengebäude des Krankenhauses „Gutermannstraße“ an. Die beiden Häuser lagen zu Modellbeginn ca. drei Kilometer auseinander. Ende 2004 erfolgte nach Umbaumaßnahmen eine Zusammenlegung unter dem Dach des Krankenhauses Gutermannstraße.

Als modellhaft sind vor allem der multiprofessionelle Ansatz und der sukzessive Aufbau erweiterter liaisonpsychiatrischer Funktionen zu bewerten. Auf Grund seines Innovationspotentials wurde das Modell im Jahr 2001 von der WHO ausgezeichnet. Die Zielsetzungen sind entsprechend umfangreich. Es geht um

- die **Steigerung der Lebensqualität gerontopsychiatrisch erkrankter Patient/innen** durch verbesserte Diagnostik, Behandlung und Krisenintervention sowie eine sorgfältigere Beratung und Betreuung der Angehörigen,

- den **Aufbau einer gerontopsychiatrischen Kompetenz beim Krankenhauspersonal**, die neben einer Erhöhung der Versorgungsqualität positive Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung haben soll,
- eine **schnittstellenübergreifende Behandlungskontinuität** durch Initiierung von Koordinations- und Vernetzungsprozessen und
- **finanzielle Einsparungen** durch Verringerung von Krankenhaustagen sowie durch die Vermeidung von Heimunterbringungen und unnötigen Verlegungen in eine stationär-psychiatrische Einrichtung.

2.2 Aufgaben der Wissenschaftlichen Begleitung

Die Ergebnisse des Modellversuchs sollten eine Entscheidungsgrundlage darüber liefern, ob und in welcher Form ein Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst in der Lage ist, die gravierenden Qualitätsprobleme in der Krankenhausversorgung älterer psychisch kranker Menschen zu reduzieren oder zu beheben. In Absprache mit dem fördernden Ministerium und den Modellbeteiligten führte das ISO-Institut deshalb eine intensive Evaluation durch, deren Inhalte wie folgt zu umreißen sind:

- Da es sich in Deutschland um ein nahezu neues Untersuchungsfeld handelt, musste in einer ersten Phase eine **Bestandsaufnahme der relevanten Defizite und Probleme** im Allgemeinkrankenhaus erfolgen, um zu entscheiden, wo dringender Handlungsbedarf besteht und um Hinweise darauf zu erhalten, wie diesen zu begegnen ist.
- Im Verlauf des Modells gewann die Ausgestaltung des geförderten Konsiliar- und Liaisondienstes zunehmend an Bedeutung. Hier ging es um die **Evaluation der strukturellen Rahmenbedingungen und Arbeitsabläufe sowie um die im Verlauf der Umsetzung auftretenden Probleme**. Dieser Bereich ist besonders wichtig, wenn es um die Erarbeitung übertragbarer Ergebnisse geht, denn schließlich sollte das Modell „Pionierfunktion“ übernehmen, andere motivieren, ihre Versorgungskonzepte zu überdenken und entsprechende Wege aufzeigen.
- Vor allem im Hinblick auf die spätere Regelfinanzierung, aber auch um Grunddaten über die Arbeitsinhalte des Dienstes zu erhalten, war eine **Erhebung der Leistungsstruktur** unerlässlich. Dazu trugen alle Mitglieder des Teams den zeitlichen Aufwand für patientenbezogene Auf-

gaben und für die Zusammenarbeit mit dem Personal des Allgemeinkrankenhauses in einer von der Wissenschaftlichen Begleitung entwickelten Leistungsdokumentation ein.

- Mit der **Erfassung von Patientendaten** war zum einen beabsichtigt, mehr über die speziellen Hilfebedarfe gerontopsychiatrischer Patient/innen und die notwendigen Interventionsstrategien zu erfahren. Zudem sollten sie Aussagen über Aspekte der Ergebnisqualität ermöglichen. Dazu erfassten die Teammitglieder wichtige Grunddaten bei allen Patient/innen. Um den Verlauf von „Patientenkarrieren“ exemplarisch nachvollziehen zu können, wurden zudem intensive Fallanalysen bei ausgewählten Personen durchgeführt, die auch nach der Entlassung in festgelegten Abständen zu Hause besucht wurden. In dieses aufwendige Nachbetreuungsverfahren waren ca. dreißig Modellpatient/innen einbezogen, die das Modellteam anhand bestimmter Variablen, wie Krankheitsgruppe, Wohnsituation, Stadium der gerontopsychiatrischen Behandlung (Neufälle oder dem BKH bereits bekannte Fälle), ausgesucht hat (vgl. 5.1). Damit die Gründe für eventuelle Drehtüreffekte sichtbar werden, sollten vor allem so genannte „krankenhausnahe“ Patient/innen vertreten sein, bei denen sich das Risiko wiederholter Aufenthalte im Allgemeinkrankenhaus abzeichnete.
- Eine weitere Aufgabe der Wissenschaftlichen Begleitung bestand in der **prozessbezogenen Beratung** des Dienstes und im **Projektmanagement**. Während die Beratung des Teams vor allem in der Implementationsphase des Modells von Bedeutung war, richtete sich in der Konsolidierungsphase das Augenmerk auf die Vorbereitung der Anschlussfinanzierung. Dazu hat die Wissenschaftliche Begleitung Ergebnispräsentationen für die potenziellen Kostenträger durchgeführt, die zum Ziel hatten, bereits vor Projektabschluss eine gemeinsame Zwischenbilanz zu ziehen und Entwicklungslinien zu diskutieren. Darüber hinaus sollten im Rahmen der Treffen Anregungen gewonnen werden, die aus Sicht der Kostenträger entscheidungsrelevant für die Übernahme in eine Regelversorgung sein könnten (vgl. 7.).

Im Schwerpunkt arbeitete die Wissenschaftliche Begleitung mit qualitativen Verfahren. Zu nennen sind insbesondere kontinuierliche Leitfadengespräche mit den Modellbeteiligten und mit dem Krankenhauspersonal (Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal, Krankenhaussozialdienst). Auch die Erfassung der

Patientenkarrieren ist vorwiegend qualitativ anhand vorstrukturierter Verlaufsprotokolle erfolgt. Um die Datenbasis zu verbreitern, sind zusätzlich quantitative Verfahren angewandt worden, z.B. in Form einer Diagnoseerfassung oder bei der Leistungsstatistik. Der Vorrang der qualitativen Verfahren trägt der Tatsache Rechnung, dass für den Personenkreis der gerontopsychiatrisch Erkrankten eine Vielzahl intervenierender Faktoren zutrifft und ein rein quantitatives Vorgehen der Komplexität der Lebenssituationen und Problemlagen nur schwerlich Rechnung tragen kann.

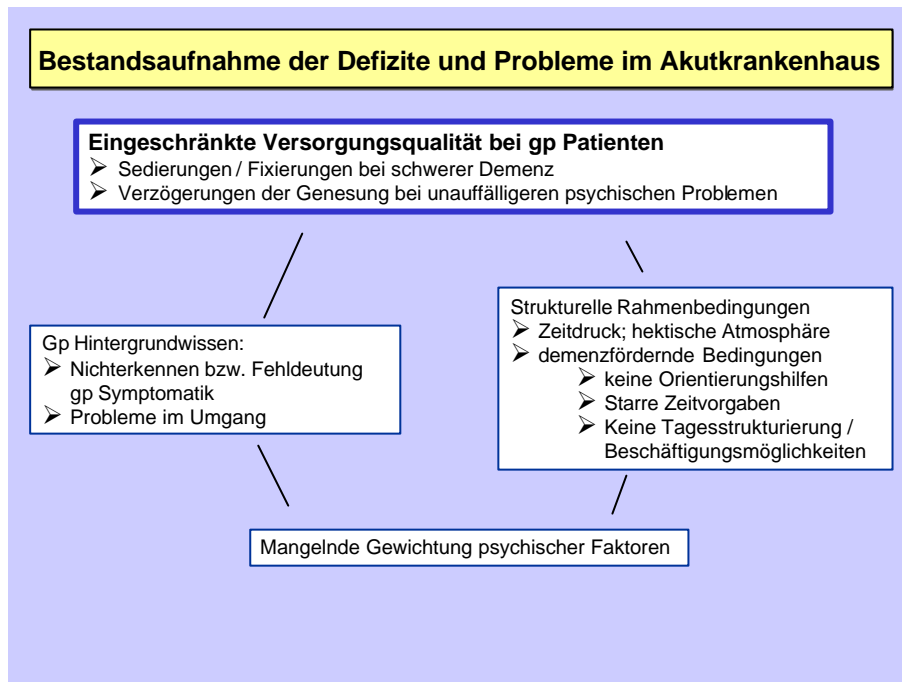
3. Implementationsphase

3.1 Bestandsaufnahme der Versorgungssituation in den Modellkrankenhäusern

Der Krankenhausaufenthalt stellt auch für geistig gesunde ältere Patient/innen häufig eine Überforderung dar. Sie müssen sich mit dem Verlust der gewohnten Umgebung, mit einer veränderten Tagesstruktur und mit einer ungewohnten Kommunikation auseinandersetzen. Zusätzliche Beeinträchtigungen sind zu erwarten, wenn die Sehkraft und das Hörvermögen reduziert sind. Hinzu kommt ggf. der ungeübte Umgang mit Hilfsmitteln wie Nachtstuhl oder Urinflasche sowie mit dem Krankenhausaufenthalt einhergehende Veränderungen der Ess- und Trinkgewohnheiten. Die älteren Patient/innen sind diesen vielfältigen Belastungen oft nicht gewachsen, es kommt zu Krisen, die sich z.B. in einer Verminderung der räumlichen und zeitlichen Orientierung oder in depressiven Verstimmungen äußern können.

Wie sich aus den Erhebungen zu Modellbeginn ableiten lässt, wirkt sich ein Krankenhausaufenthalt bei gerontopsychiatrischen Patient/innen besonders negativ aus. Gerade die Demenzkranken sind betroffen, weil für sie der plötzliche Umgebungswechsel bereits eine krisenhafte Situation darstellt, für deren Bewältigung sie eigentlich ein optimal auf sie eingestelltes Milieu benötigen würden. Es ist ein Ursachenbündel, das die Belastungen ausmacht: Zunächst kann festgestellt werden, dass der Fokus im Krankenhaus nicht selten ausschließlich auf die körperlichen Beschwerden der Patient/innen gelegt wird und intervenierende psychische Probleme zu wenig Beachtung finden. Hinzu kommen das im Allgemeinen wenig ausgeprägte gerontopsychiatrische Hintergrundwissen bei allen beteiligten Berufsgruppen und ungünstige strukturelle Rahmenbedingungen.

**Schaubild 2: Bestandsaufnahme der Defizite und Probleme im Akut-
krankenhaus**



Gerontopsychiatrische Erkrankungen werden insbesondere vom ärztlichen Personal nur beachtet, wenn sich durch sie wirklich gravierende und offensichtliche Störungen der somatischen Heilung ergeben, was vor allem auf Demenzkranke mit schweren Verhaltensauffälligkeiten zutrifft. Dies ist z.B. der Fall, wenn Wundverbände gelöst, notwendige venöse Zugänge entfernt oder Ruhigstellungen bei Knochenbrüchen nicht eingehalten werden. Andere behandlungsbedürftige Erkrankungen, wie z.B. Altersdepressionen, bei denen die Betroffenen eher zu einer die Abläufe weniger störenden apathischen Grundhaltung neigen, bleiben in aller Regel unberücksichtigt. Das ärztliche Personal sieht seine primäre Aufgabe in der Behandlung somatischer Erkrankungen. „Was diesen gerontopsychiatrischen Bereich angeht, er fällt in unseren Besprechungen unter den Tisch. Es ist nicht unser Hauptding“.¹⁸

¹⁸ Bei den kursiven Textpassagen in Anführungsstrichen handelt es sich um Zitate aus den Interviews mit dem Krankenhauspersonal.

Dabei verstellt der zunehmende Grad an Spezialisierung in der somatischen Medizin nicht selten den Blick auf mögliche Wechselwirkungen zwischen Körper, Geist und Seele. Behindern psychosoziale Aspekte eine Genesung, reagiert das ärztliche Personal häufig mit Verunsicherung, Ratlosigkeit und zusätzlicher Diagnostik. *„Dann hat man das Gefühl, der Patient hat etwas, das man behandeln kann und das sich bessert, und dann bleibt oftmals noch ein diffuses und un gutes Gefühl, irgendwie fehlt ihm noch was. Irgendwie passt noch nicht alles, obwohl wir von unserer Seite alles getan haben.“*

Auch die Pflegekräfte müssen sich dem primär somatisch geprägten Behandlungsverständnis des Allgemeinkrankenhauses unterordnen. Sie sind zwar zeitlich länger mit den Patient/innen befasst und werden häufig als Erste auf psychische Beeinträchtigungen aufmerksam. In dem allgegenwärtigen Zeitdruck geraten diese jedoch ebenfalls nur dann in den Blick, wenn sie beim Personal oder den Mitpatient/innen zu erheblichen Belastungen führen. Dabei geht es in erster Linie um suizidgefährdete oder mittel bis schwer demenzkranke Patient/innen. *„Es sind suizidale Patienten, die uns mit Sorge erfüllen. Das ist für uns äußerst schwierig. Zum anderen sind es dann sehr unruhige Patienten, sehr laute Patienten, weil es zum einen uns stört, zum anderen die Mitpatienten.“*

Für beide Berufsgruppen kann konstatiert werden, dass die im Umgang mit gerontopsychiatrisch erkrankten Patient/innen notwendigen kommunikativen Kompetenzen oft nicht ausreichend vorhanden sind. Dazu gehören Schwierigkeiten, mit Nähe und Distanz umzugehen oder mit Gefühlen wie Aggression und Ärger, die vor allem durch Demenzkranke erzeugt werden. Hinzu kommt ein Stationsklima, das Gespräche mit Patient/innen nicht als nützliche und wichtige therapeutische Arbeit bewertet, sondern eher die auf die Somatik bezogenen Aspekte in den Vordergrund stellt.

Um psychische Versorgungsaspekte ausreichend gewichten zu können, wären nach Ansicht der Interviewpartner/innen mehr Informationen über die Lebenssituation der Patient/innen erforderlich. Für ausführliche biographische und Sozialanamnesen bleibt jedoch im Alltagsgeschäft zu wenig Zeit. Zudem sollte das Personal in der Gesprächsführung geschult werden und Unterstützung bzw. Supervision beim Umgang mit eigenen Gefühlen, die bei der Patientenversorgung entstehen, erhalten.

Lücken im gerontopsychiatrischen Hintergrundwissen

Das Nichtbeachten oder Nichterkennen psychischer Erkrankungen hängt in starkem Maße mit dem mangelnden gerontopsychiatrischen Hintergrundwissen quer durch alle Berufsgruppen zusammen. In den jeweiligen Ausbildungsordnungen wird das Thema allenfalls „gestreift“, und in der Fort- und Weiterbildung erscheinen häufig andere Wissensgebiete als unverzichtbarer. Die Interviewpartner/innen betonen, dass sie sich mehr Hintergrundwissen wünschen, um zu einer stärkeren Handlungssicherheit bei der Behandlung und Pflege gerontopsychiatrisch Erkrankter zu gelangen. Ein ausge dehntes Spezialwissen sei jedoch nicht erforderlich. Schließlich könne die Kooperation mit Expert/innen durch Fortbildungen nicht ersetzt werden.

Insbesondere die Pflegekräfte konstatieren hinsichtlich eines adäquaten Umgangs mit Demenzkranken einen deutlichen Fortbildungsbedarf. *„Gerontopsychiatrisches Hintergrundwissen wäre wünschenswert, weil man einfach manchmal sehr hilflos ist, wie man mit so einem Patienten umgehen soll.“* Unsicherheiten treten z.B. auf, wenn Patient/innen pflegerische oder therapeutische Handlungen verweigern und aggressiv reagieren, permanent die Station verlassen möchten oder unter Wahnvorstellungen und Halluzinationen leiden. *„Zum Beispiel ist die eine Frau so vom Wahn verfolgt. Die Schwester wird jeden Tag ermordet. Oder das Haus brennt. Das ist ganz schlimm. Man kann sie auch nicht beruhigen. Es ist einfach schrecklich. Wir haben keine Erfahrungen damit.“*

Strukturelle Rahmenbedingungen

Neben den Qualifizierungsdefiziten wirkt sich negativ aus, dass die Rahmenbedingungen im Allgemeinkrankenhaus nicht ausreichend auf gerontopsychiatrisch erkrankte Patient/innen ausgerichtet sind. Vor allem für Demenzkranke mit ihrer stark verminderten Anpassungsfähigkeit ist das Krankenhausmilieu geradezu symptomfördernd. So gibt es z.B. keine räumlichen Orientierungshilfen, so dass sich die Kranken auf den Stationen verirren. *„Ich denke, es ist schon schwierig für jemanden, der sich ganz normal orientieren kann, sich dort zurechtzufinden.“* Den in der Regel starren Zeitvorgaben für den Ablauf bestimmter Verrichtungen und Untersuchungen können sie sich nicht anpassen. *„Die Diagnostik ist geplant. Der Patient bleibt nüchtern und bekommt sein erstes Essen am Mittag. Da ist keine Struktur zu erkennen, es gibt keine Orientierungspunkte.“* Insgesamt fehlt es an Be-

schäftigungsmöglichkeiten und einer den Krankheitsbildern angemessenen Tagesstrukturierung. Der hinzukommende ständige Zeitdruck beim ärztlichen und pflegerischen Personal führt zu einer hektischen Atmosphäre, in der Demenzkranke mit ihrem erhöhten Aufwand an Zuwendung und Betreuung zur nervlichen Zerreißprobe werden. *„Da ist immer ein Zeitproblem. Da müsste man sich hinsetzen können und das Frühstück auch geben können, nicht nur den Teller hinstellen und jetzt aber zum Nächsten, den muss ich noch waschen und den Dritten muss ich noch verbinden und dann komme ich wieder und gucke mal, ob der Erste den dann kalten Kaffee getrunken hat.“*

Eingeschränkte Versorgungsqualität

Bei der Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter im Allgemeinkrankenhaus besteht demnach großer Handlungsbedarf. Den Problemen bei der Behandlung Demenzkranker kann teilweise nur mit Sedierungen und Fixierungen begegnet werden, um die Abläufe aufrechtzuerhalten. Bei eher „unauffälliger“ psychischer Komorbidität bleiben die psychischen Beeinträchtigungen in aller Regel unbeachtet, wodurch sich nach Einschätzung der Interviewpartner/innen die Genesung der Patient/innen häufig verzögert oder verkompliziert. Dies wirkt sich nicht nur negativ auf die Lebensqualität der Patient/innen aus, sondern hat - wie zu vermuten - auch finanzielle Konsequenzen durch überproportional häufige und lange Krankenhausaufenthalte sowie vermeidbare Heimeinweisungen oder Verlegungen in das Psychiatrische Krankenhaus. Durch die Installierung des Konsiliar- und Liaisondienstes sind in Kaufbeuren Wege aufgezeigt worden, wie die Versorgungsqualität durch professionelle Unterstützung gesteigert werden kann.

3.2 Probleme bei der Implementierung des Dienstes

Im Mittelpunkt des ersten Modelljahres stand die Implementierung des Konsiliar- und Liaisondienstes, die sich - wenn man sich den zweifelsohne hohen Unterstützungsbedarf vor Augen führt - schwieriger gestaltete, als zu erwarten war. Das ist auf mehrere Faktoren zurückzuführen:

- Erschwert hat den Implementationsprozess, dass **bundesweit wenig Erfahrungen mit multiprofessionellen Gerontopsychiatrischen Kon-**

siliar- und Liaisondiensten vorliegen, auf die man hätte zurückgreifen können.

- Weil es sich um eine neue und unbekanntere Angebotsform handelt, musste der Dienst zunächst seine vielfältigen Aufgaben in den Krankenhäusern bekannt machen. Das betraf vor allem die Tätigkeitsbereiche der Pflegekräfte und der Ergotherapeutin, während ärztliche Konsile bereits zu den üblichen Kooperationsformen gezählt werden können. In den ersten Interviews der Wissenschaftlichen Begleitung wurde deutlich, dass sich die Wahrnehmung des Dienstes zum Teil ausschließlich auf den Arzt bezog. Die **Unkenntnis über die Tätigkeitsschwerpunkte und die Aufgabenvielfalt** führte zu einer zunächst schleppenden Inanspruchnahme ergotherapeutischer und pflegerischer Leistungen, während die Nachfrage nach Unterstützung durch den Facharzt zügig voranschritt. Mit Hilfe von Vorstellungsrunden und dem Verteilen von Faltblättern in den einzelnen Stationen fand man einen Einstieg in die Kooperation, der sich jedoch noch nicht in einer verstärkten Nachfrage niederschlug. Nach ersten Fortbildungsveranstaltungen und einem infolge der fallbezogenen Zusammenarbeit gewachsenen Vertrauen wurden zumindest auch die Leistungen der Pflegekräfte zunehmend in Anspruch genommen.
- Verstärkt wurden die Implementationsprobleme durch die **räumliche Situation**. Wie sich herausgestellt hat, ist die Unterbringung in einem Nebengebäude des Krankenhauses „Gutermannstraße“ zwar grundsätzlich positiver zu beurteilen, als wenn der Dienst vom BKH aus tätig würde. Dennoch wäre eine kontinuierliche Präsenz bei stationsnaher Lage der Räume weitaus einfacher zu gewährleisten. Ungünstig ist zudem, dass auf Grund der räumlichen Entfernung von den Krankenhäusern die Gespräche und Therapien im Patientenzimmer erfolgen müssen, wo es durch Mitpatient/innen, Besucher/innen und Krankenhauspersonal zu erheblichen Störungen kommen kann. Während nach dem ersten Modelljahr zumindest ein Gruppenraum eingerichtet werden konnte, fehlt es weiter an stationsnahen Besprechungsmöglichkeiten. Hier wird noch nach Lösungsmöglichkeiten gesucht.
- Unsicherheiten bestanden zu Beginn auch hinsichtlich der **Finanzierung der Konsile**. Man ging davon aus, dass jedes Konsil - wie vor Modellbeginn - mit 50 Euro zu vergüten und deshalb sparsam einzusetzen sei.

Diese Missverständnisse - die Konsile waren in der Modellphase kostenfrei - konnten nach und nach ausgeräumt werden.

- Zudem nimmt der Dienst - wenn auch ungewollt - eine gewisse **Kontrollfunktion** wahr. Denn durch sein Einbeziehen werden Probleme bei der Versorgung gerontopsychiatrischer Patient/innen deutlich und für andere Stationen oder Vorgesetzte transparent. Demnach musste ein Prozess des Vertrauensaufbaus eingeleitet werden, in dem zu klären war, dass es nicht um einseitige Kritik, sondern um die gemeinsame Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen geht.
- Unterschätzt hatte man auch, wie schwierig eine **Annäherung der Sichtweisen von Psychiatrie und somatischer Akutversorgung** zu erreichen ist. Mittlerweile haben die Modellbeteiligten akzeptiert, dass im somatischen Krankenhaus andere Prioritäten im Mittelpunkt stehen, die sich vor allem an den funktionellen Abläufen der Institution orientieren und ein unsensibles Überstülpen völlig neuer Konzepte zu Überforderungen und schließlich Widerständen der Mitarbeiter/innen führen würde. Dies zeigte sich zu Modellbeginn an den unterschiedlichen Erwartungen an den Dienst. Während es dem Konsiliar- und Liaisondienst primär um eine Sensibilisierung für die Belange gerontopsychiatrisch Erkrankter geht, erwartete man von Seiten der Krankenhäuser zunächst eine Entlastung vor allem hinsichtlich der „Störenfriede“ auf den Stationen. Damit waren in der Regel verhaltensauffällige Demenzkranke gemeint, die sich wegen ihrer mangelnden Anpassungsfähigkeit nicht in die Krankenhausstrukturen einfügen können und über geeignete pharmakologische Interventionen „fügsam“ gemacht werden sollten. Die Konsilauswahl erfolgte demnach weniger bezogen auf die Bedürfnisse der Patient/innen, sondern orientierte sich an den Bedürfnissen der Mitarbeiter/innen und der Institution. Erst langsam rückte beim Krankenhauspersonal ins Bewusstsein, dass auch die eher „stillen“ depressiven Patient/innen von den zusätzlichen Hilfen in starkem Maße profitieren können. Nach einer Umstellungsphase war zu beobachten, dass der psychiatrische Dienst und die Krankenhausmitarbeiter/innen die Logik des jeweils anderen Systems zu begreifen begannen und sich nach und nach aufeinander zu bewegten.
- Auch **Formen der Zusammenarbeit** mussten erst erprobt werden. So stellte sich als Hindernis heraus, dass Konsile nur über die Stationsärz-

tinnen und -ärzte anzufordern waren, was aus Sicht der Pflegekräfte und des Sozialdienstes zu z.T. unnötig langen Wartezeiten führte. Auch der Informationsfluss nach einem Konsil erwies sich als schwierig. Denn gerade für die aufwendigeren Fallbesprechungen fehlten im Anschluss an eine Patientenbehandlung oft die Zeit und ein Forum, mit dem eine möglichst große Gruppe von Mitarbeiter/innen erreicht werden konnte. Mittlerweile hat man versucht, sich für die notwendigen Nachbesprechungen den jeweiligen Arbeits- und Zeitstrukturen der Stationen anzupassen (z.B. Morgenrunde, Mittagsübergabe).

Mit den vielfältigen Stolpersteinen konnte man rechnen, geht doch Herzog in seinen Leitlinien nicht ohne Grund davon aus, dass die Implementationsphase eines Konsiliar- und Liaisondienstes zwischen drei und fünf Jahren dauert.¹⁹ Zwar sind im ersten Modelljahr bereits erhebliche Fortschritte hinsichtlich der Nachfrageentwicklung und der Sensibilisierung für psychische Komorbidität erzielt worden. Dennoch entschied man sich auf Grund der gesammelten Erfahrungen zu einer Anpassung der Konzeption.

3.3 Anpassung der Konzeption

Die Anpassung der Konzeption umfasste im Wesentlichen zwei Bereiche:

1. Die verstärkte Arbeit in Schwerpunktstationen und
2. die Erweiterung des Ergotherapiekonzeptes.

Arbeit in Schwerpunktstationen

Um das Modell in den Krankenhäusern zu etablieren, beschloss man, die Arbeit des Konsiliar- und Liaisondienstes auf Schwerpunktstationen zu konzentrieren. Man hoffte, dass es ausgehend von diesen Schwerpunkten besser gelingen würde, den Dienst im gesamten Haus bekannt zu machen als dies beim zuvor praktizierten „Gießkannenprinzip“ der Fall war. Im Einzelnen handelt es sich um zwei Innere Stationen (A3 und A4) im Krankenhaus „Gutermannstraße“, von denen auch im Vorfeld der konzeptionellen Umstellung die meisten Anfragen kamen.

Während der Arzt nach wie vor auf Anfrage Konsile in allen Abteilungen beider Krankenhäuser durchführt, zeigen die Pflegekräfte und die Ergothe-

¹⁹ Vgl. AWMF (2000): 11.

rapeutin in den ausgewählten Stationen eine verstärkte anfrageunabhängige Präsenz.

Mittlerweile kann festgestellt werden, dass die Implementierung des Konsiliar- und Liaisondienstes über den Weg der Schwerpunktabteilungen erfolgreich war. Durch die Intensivierung des Kontaktes ist es gelungen, die Akzeptanz und das Vertrauen der Krankenhausmitarbeiter/innen zu steigern und die Aufgabenvielfalt des Dienstes zu verdeutlichen. Auch die Effekte der Arbeit sind sichtbarer geworden. Ein Effekt ist z.B., dass die Ärztinnen und Ärzte in der diagnostischen Einschätzung psychischer Erkrankungen sicherer geworden sind. Sie benennen bei den Konsilianforderungen immer häufiger Diagnosen, wo sie zuvor nur Symptome schildern konnten (z.B. Patient ist ängstlich oder verwirrt).

Bei den Pflegekräften hat sich auch die Einstellung gegenüber psychisch kranken älteren Menschen verbessert, was sich allein schon in einer sensibleren Sprache äußert. Man versucht sogar in den gegebenen Grenzen milieuthérapeutische Akzente (Sitzgrüppchen, Orientierungspunkte) zu setzen und gibt Acht, dass die Patient/innen ihre Mahlzeiten einnehmen und genügend trinken usw.

Diese Erfolge haben sich in den anderen Abteilungen herumgesprochen und haben in Verbindung mit den für das gesamte Haus angebotenen Fortbildungseinheiten dazu geführt, dass die Nachfrage aus den anderen Abteilungen sukzessive ansteigt.

Erweiterung des Ergotherapiekonzeptes

Es hat sich gezeigt, dass auf Grund der kurzen Verweildauer im Akutkrankenhaus - sie lag zu Modellbeginn in den Modellkrankenhäusern bei durchschnittlich neun Tagen - eine auf längerfristige Behandlung angelegte Ergotherapie wenig erfolgversprechend ist. Aus diesem Grund wurde in Erwägung gezogen, eine ambulante Nachbetreuung in der eigenen Häuslichkeit anzubieten. Man erwartet sich davon, dass der Therapieerfolg über den Krankenhausaufenthalt hinaus abgesichert werden kann. Es wird überlegt, ob dieser Arbeitsschwerpunkt nach Modellende an die Gerontopsychiatrische Ambulanz des BKH angegliedert wird.

Bezogen auf die krankenhauses internen Leistungen wird der Gruppenarbeit ein stärkeres Gewicht eingeräumt (vgl. auch 4.1). Die Gruppen werden

zweimal wöchentlich jeweils vormittags angeboten. Ihre Hauptziele bestehen darin, die Patient/innen zu aktivieren und sie in Kontakt mit anderen Menschen zu bringen. Sie werden mittlerweile von zwei Teammitgliedern durchgeführt (Ergotherapeutin und Pflegekraft).

Nachdem man die Gruppen zunächst getrennt für Demente und nicht Demente angeboten hat, werden jetzt wegen Auslastungsproblemen gemischte Gruppen für Personen über 65 Jahre durchgeführt. Seither sind die Hemmschwellen der Patient/innen gesunken, wenn auch immer noch strukturelle Probleme eine rege Inanspruchnahme verhindern. Denn zum einen sind viele in Frage kommende Patient/innen nach einer Operation oder sonstigen Akutphase körperlich nicht in der Lage, am Gruppenangebot teilzunehmen. Zum anderen lassen sich die Termine nicht immer mit den anfallenden Untersuchungen, den notwendigen pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen, den Visiten und Besuchszeiten koordinieren.

4. Aufgabenspektrum, Leistungen und Patientenverteilung

4.1 Aufgaben des Konsiliar- und Liaisondienstes

Zielgruppe des Gerontopsychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienstes sind Patient/innen über 65 Jahre, bei denen neben einer körperlichen Erkrankung auch eine psychische Beeinträchtigung besteht. Dabei können die Krankheiten unabhängig voneinander bestehen oder sich gegenseitig beeinflussen. Weitere Zielgruppen sind das Krankenhauspersonal, dessen psychosoziale Kompetenz im Umgang mit gerontopsychiatrisch Erkrankten gestärkt werden soll sowie Kooperationspartner im Außenfeld. Im Modellverlauf haben sich folgende Aufgabenschwerpunkte im Bereich der Patientenversorgung herausgebildet:

- *Diagnostik, Behandlungsempfehlung, Verlaufsmontoring*
Bei direkten Konsilianfragen geht es in der Regel zunächst um eine schnelle Unterstützung bei der Diagnostik und der Behandlung. Diese Anfrage bezieht sich auf die fachärztliche Kompetenz und wird vom Modellarzt wahrgenommen. Die Behandlungsempfehlung umfasst einen Medikamentenvorschlag und die Planung weiterer Unterstützung durch den Fachdienst. Wichtig ist zudem, den eingeschlagenen Therapieweg in festgelegten Abständen zu überprüfen und die Maßnahmen ggf. anzupassen.
- *Krisenintervention*
Die patientenbezogene Krisenintervention wird in aller Regel bei schweren Verhaltensauffälligkeiten notwendig. Dazu zählen aggressives Verhalten gegenüber dem Klinikpersonal oder gegenüber Mitpatient/innen, Verweigerung notwendiger Maßnahmen im Bereich der Pflege oder Behandlung sowie Wahnzustände, die den Eindruck einer Unberechenbarkeit der Person vermitteln und zu Ängsten führen. Um Hilfe nachgesucht wird auch bei Patient/innen mit plötzlichen Verwirrheitszuständen nach Operationen (Delire), bei Personen mit suizidalen Absichten oder bei Erkrankten mit massiven emotionalen Überforderungen.
- *Identifizierung gerontopsychiatrisch erkrankter Patient/innen*
Die Verantwortung für das Identifizieren gerontopsychiatrischer Patient/innen liegt zwar in aller Regel beim ärztlichen Primärbehandler, der den Impuls für die Einbeziehung des Fachdienstes setzt. Der Konsiliar-

und Liaisondienst kann aber auch seinerseits Patient/innen in die Behandlung einbeziehen, wenn sie der jeweiligen Fachkraft auffallen, z.B. anlässlich eines Besuchs bei einem Zimmernachbarn oder bei den Gruppenangeboten.

- *Problem- und ressourcenorientierte Patientengespräche*
Supportive Gespräche sind die Hauptleistung der gerontopsychiatrischen Fachpflegekräfte, werden jedoch auch von der Ergotherapeutin eingesetzt. Dabei bezieht man sich auf grundlegende Eckpfeiler personensorientierter Pflege, wie z.B. Beziehungspflege und Biographiearbeit.
- *Begleitung während des Krankenhausaufenthaltes*
Für das psychische Gleichgewicht vieler Patient/innen ist eine kontinuierliche Begleitung während des belastenden Krankenhausaufenthaltes unerlässlich. Gerade wenn schwerwiegende oder gar letale Diagnosen gestellt werden, ist eine ausführliche und verständliche Aufklärung über die Krankheit und ihre Folge notwendig, und die Patient/innen benötigen Unterstützung bei der Belastungsverarbeitung. Für beides bleibt dem Krankenhauspersonal häufig zu wenig Zeit und auch die dazu nötigen kommunikativen Kompetenzen kann man nicht immer voraussetzen.
- *Aktivierende Einzeltherapien*
Aktivierende Einzeltherapien sind oft der Schlüssel zu denjenigen Patient/innen, die die Einsicht in die vorhandene Erkrankung und in ihren Hilfebedarf vermissen lassen und die ansonsten die Einbeziehung eines psychiatrischen Fachdienstes ablehnen würden. Dabei geht es in der Regel um gestalttherapeutische Interventionen oder um Gedächtnistraining. Die Maßnahmen sind zudem dazu geeignet, das Selbstwertgefühl und das seelische Gleichgewicht der Kranken positiv zu beeinflussen und eignen sich z.B. gut bei depressiven Patient/innen mit Zukunftsängsten. Diese Einzeltherapien sind ein Schwerpunkt der ergotherapeutischen Fachkraft.
- *Gruppenangebote*
Die Gruppenangebote dienen grundsätzlich der Aktivierung der gerontopsychiatrisch erkrankten Patient/innen. Sie werden zudem als Tagesstrukturierung genutzt und bei vereinsamten Menschen als Möglichkeit gesehen, soziale Kontakte anzubahnen. Die Gruppen werden zweimal in der Woche jeweils vormittags angeboten. Es handelt sich um gemischte

Gruppen für Personen über 65 Jahre. Die Gruppenangebote werden von jeweils zwei Teammitgliedern durchgeführt (vgl. auch 3.3).

- *Beratung der Angehörigen*

Die Angehörigen sind in zweierlei Hinsicht eine wichtige Bezugsgruppe. Zum einen sind sie Informationslieferant über die Patient/innen, was gerade bei Demenzkranken hilfreich ist, die sich selbst kaum äußern können. Zum anderen müssen sie intensiv beraten werden, wie die häusliche Pflege zu meistern wäre, z.B. durch das Aufzeigen von Unterstützungsangeboten. Durch die ausführliche Information und Begleitung werden die Angehörigen oft erst ermutigt, die Pflegeverantwortung anzunehmen. Von zentraler Bedeutung ist neben der Aufklärung über das Krankheitsbild und spezifischen Ratschlägen zum Umgang mit dem Kranken auch die emotionale Entlastung der pflegenden Angehörigen.

- *Entlassungsplanung mit Patient/innen und Angehörigen*

Ein wesentliches Ziel der fachlichen Intervention ist, dem Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt trotz der bestehenden Einschränkungen ein Leben in größtmöglicher Lebensqualität zu sichern. Das bedeutet für die meisten, dass sie - wenn möglich - in ihre gewohnte Umgebung zurückkehren können. Um Unterversorgungen zu vermeiden, ist dazu in aller Regel der Aufbau eines umfassenden Hilfenetzes erforderlich, das in Kooperation mit dem Patienten und seinem persönlichen Umfeld und dem Krankenhaussozialdienst erfolgt.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass bei den patientenbezogenen Aufgaben die gerontopsychiatrische Pflege einen zentralen Stellenwert im Konzept des Konsiliar- und Liaisondienstes einnimmt. Während der Arzt ein zwar wichtiges, aber recht eng definiertes Aufgabenspektrum übernimmt, haben die anderen Berufsgruppen - von Ausnahmen abgesehen - den intensivsten Kontakt zum Patienten, begleiten und stützen ihn auf der Basis ihres fundierten Hintergrundwissens. Die jeweilige individuelle Vorgehensweise wird innerhalb des Teams durch regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen diskutiert und ggf. modifiziert.

Eine der zwei Fachkrankenschwestern hat den Hintergrund und die Inhalte der gerontopsychiatrischen Pflege im Allgemeinkrankenhaus im Rahmen einer Studienarbeit²⁰ genauer beschrieben. Sie sieht die Hauptaufgabe darin, die psychische, körperliche und soziale Gesundheit des gerontopsychi-

²⁰ Ernszt, Irmgard (2003).

atrisch Erkrankten so gut als möglich wiederherzustellen, seine Lebensqualität und sein Wohlbefinden zu verbessern. Damit unterscheidet man sich von der Funktionspflege, die primär auf die Befriedigung der basalen Lebensbedürfnisse ausgerichtet ist. Wichtig sei es, den alten Menschen so zu unterstützen, dass er sein Leben möglichst selbstständig bewältigen kann und die Verantwortung dafür behält. Dazu stütze man sich auf die Grundlagen einer personenorientierten Pflege:

Mit **Beziehungsarbeit** ist eine akzeptierende Such- und Grundhaltung gemeint, die sich in einer Wertschätzung des Patienten unabhängig von seiner Krankheit und seinem Verhalten äußert (validierende Grundhaltung). Sie setzt voraus, sich mit viel Geduld und Ausdauer in den Kranken hinein zu versetzen.

Die **Kommunikation** mit gerontopsychiatrisch Erkrankten, also das Verstehen und Sich-verständlich-machen, erfordert viel Gelassenheit und Geduld. Es muss immer wieder nachgefragt werden, ob und wie vereinbarte Inhalte verstanden wurden. Zudem muss man sich klar, verständlich und einführend äußern und Zurechtweisungen und Vorwürfe unterlassen.

Unerlässlich für die Einschätzung der Pflegesituation und Basis der Pflege- und Behandlungsplanung ist die **Biographiearbeit**. Um die Bedürfnisse des gerontopsychiatrisch Erkrankten adäquat befriedigen zu können, müssen seine Gewohnheiten, Interessen, Vorlieben und Rituale bekannt sein. Dies schafft Sicherheit und Vertrauen und erleichtert den Aufbau einer Beziehung.

Hinsichtlich der Kooperation mit dem Krankenhauspersonal und krankenhausexternen Instanzen sind alle Berufsgruppen gleichermaßen gefordert. Im Einzelnen haben sich folgende Aufgabenpakete heraus kristallisiert, die sich teilweise mit den patientenbezogenen Tätigkeiten überschneiden:

- *Lobbying für gerontopsychiatrische Patient/innen*
Im gesamten Krankenhaus soll eine Sensibilität für die Belange älterer und psychisch kranker Patient/innen hergestellt werden. Das betrifft das ärztliche und pflegerische Personal ebenso wie den Krankenhaussozialdienst und den Verwaltungsbereich.

- *Unterstützung bei Diagnostik und Behandlung*
Das ärztliche Personal kann bei Unsicherheiten schnelle und kompetente Unterstützung durch den gerontopsychiatrischen Facharzt einholen.
- *Krisenintervention*
Durch Krisen beim Patienten entstehen oft gleichzeitig Stress und Überforderung des Stationspersonals. Allein die Sicherheit, dass im Bedarfsfall rasch Hilfe angefordert werden kann, führt zur nervlichen Entlastung der Mitarbeiter/innen.
- *Beratung über den Umgang mit den Kranken*
Vor allem das Pflegepersonal, das den intensiveren Patientenkontakt pflegt, benötigt häufig Unterstützung, wenn es um geeignete Strategien für den Umgang mit den gerontopsychiatrisch erkrankten Patient/innen geht. Bezogen auf den Einzelfall kann es sich mit seinen Fragen direkt an den Fachdienst wenden. Darüber hinaus werden im Rahmen bestehender Treffen auf den Stationen gemeinsame Fallbesprechungen durchgeführt, in denen aktuelle Probleme mit Patient/innen und das weitere Vorgehen diskutiert werden können.
- *Berufsgruppenbezogene Fortbildung*
Die Grundlage für das einzelfallbezogene Lernen wird in den auf Berufsgruppen ausgerichteten Fortbildungen gelegt. Bei den Ärztinnen und Ärzten werden vom Modellarzt mehrmals im Jahr ca. einstündige Unterweisungen durchgeführt. Dabei geht es um gerontopsychiatrische Krankheitsbilder und pharmakologische Besonderheiten. Für Pflegekräfte werden viermal im Jahr externe Tagesschulungen angeboten, darunter sind jeweils zwei den Krankheitsgruppen Demenz und Depression gewidmet (vgl. 4.4).
- *Kooperation mit dem Krankenhaussozialdienst*
Eine enge Kooperation mit dem Krankenhaussozialdienst ist von besonderer Bedeutung, weil sich im Rahmen der Entlassungsplanung Überschneidungen in den Tätigkeitsbereichen ergeben. Neben Absprachen, wer im Einzelfall welche Schritte in die Wege leitet, gibt es dazu alle vierzehn Tage regelmäßige Treffen, in denen die zu diesem Zeitpunkt gemeinsamen Patient/innen identifiziert und deren Fallgeschichten besprochen werden können. Entscheidend für die Festlegung der Zuständigkeiten ist insbesondere der einzubringende gerontopsychiatrische Sachverstand, z.B. bei einer gezielten Angehörigenberatung.

- *Schnittstellenübergreifende Behandlungskontinuität*

Im Rahmen der Tätigkeiten des Konsiliar- und Liaisondienstes fallen vielfältige Kooperationen an verschiedenen Schnittstellen innerhalb des Krankenhauses, aber auch mit krankenhausexternen Instanzen an, wie mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, mit Pflegediensten und -einrichtungen, dem psychiatrischen Krankenhaus bzw. der Ambulanz oder mit der Betreuungsbehörde. Das führt zu dem, dass die Personengruppe der gerontopsychiatrisch Erkrankten insgesamt stärker ins Bewusstsein gerückt wird, man spricht über sie. Zum anderen werden wichtige Kooperationsfäden gesponnen, die für eine Koordinierung im Einzelfall notwendig sind (vgl. 6.3).

4.2 Zeitlicher Aufwand für die einzelnen Leistungen

Im Hinblick auf die Regelung der Anschlussfinanzierung war von Bedeutung zu wissen, wie zeitintensiv die einzelnen Tätigkeiten des Konsiliar- und Liaisondienstes sind. Dazu erfassten die Teammitglieder in zeitlichen Abständen alle erbrachten Leistungen einer „normalen“ Arbeitswoche in Minuten. Wie im vorangehenden Kapitel beschrieben, bilden *„Patientenbezogene Leistungen“* nur einen Teil des Aufgabenspektrums ab. Schließlich ist es ein wichtiges Ziel des Modells, sich von einem klassischen Konsiliardienst abzuheben und ein erweitertes Aufgabenprofil im Sinne des Liaisondienstes zu übernehmen. Um ein vollständiges Bild über den Zeitaufwand für die einzelnen Leistungspakete zu erhalten, mussten deshalb auch die *„Kooperationsleistungen mit dem Krankenhauspersonal“* sowie *„Sonstige Leistungen“* entsprechend dokumentiert werden.

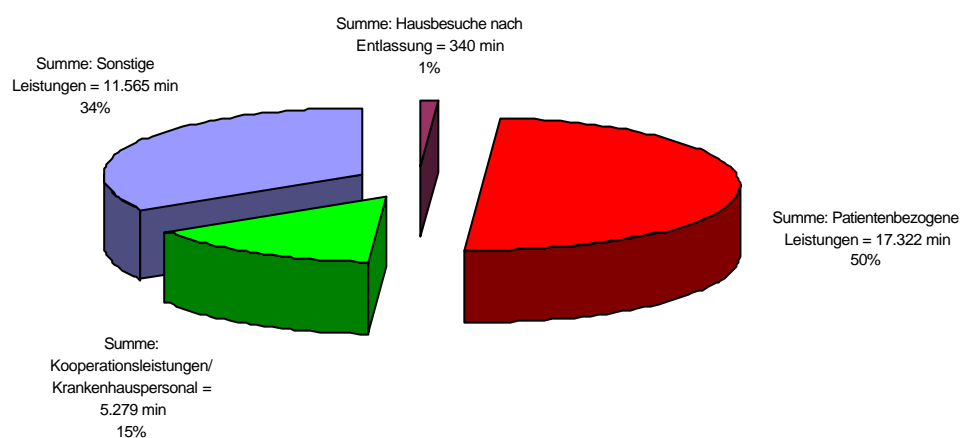
Es wurden insgesamt drei Arbeitswochen im Jahr 2001, zwei in 2002 und eine in 2003 (insgesamt sechs verschiedene Quartale) erfasst. Für die ersten drei Erfassungen in 2001 ist von der Wissenschaftlichen Begleitung eine getrennte Auswertung vorgenommen worden, die im ersten Zwischenbericht²¹ nachgelesen werden kann.

Vergleicht man diese erste Auswertung mit der Gesamtbilanz der vorliegenden sechs erfassten Arbeitswochen, fällt auf, dass es - was die Verteilung der Arbeitszeiten nach Leistungsgruppen anbelangt - nur noch geringe Ab-

²¹ Vgl. Kirchen-Peters, Sabine unter Mitarbeit von Monika Brehm und Patrick Hemm (2002).

weichungen zwischen den Erhebungsergebnissen gibt. Das spricht dafür, dass sich für die Leistungsstatistik ein typisches Bild der Arbeitsinhalte des Konsiliar- und Liaisondienstes und der jeweiligen Zeitaufwände zeichnen lässt.

Schaubild 3: Verteilung der Arbeitszeiten nach Leistungsgruppen (alle Berufe)



Die Hälfte der erbrachten Zeitanteile entfallen auf direkt „*Patientenbezogene Leistungen*“. Hier ist der Arzt mit 61% besonders gefordert, während die Anteile sowohl bei den Pflegekräften als auch bei der Ergotherapeutin mit 42% deutlich darunter liegen.²² Die „*Kooperationsleistungen mit dem Krankenhauspersonal*“ machen bei allen Berufsgruppen 15% aus, wobei es in diesem Bereich kaum Abweichungen zwischen den einzelnen Akteuren gibt (Ergotherapeutin und Arzt jeweils 14%; Pflegekräfte 18%). Unterschiedlich stellt sich der Anteil der „*Sonstigen Leistungen*“ dar (insgesamt 34%). Entfallen beim Arzt auf diese Tätigkeiten nur 25% der Arbeitszeit, machen sie bei den Pflegekräften und der Ergotherapeutin 40 bzw. 41% aus.

Die geschilderten Abweichungen sind im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass bestimmte Tätigkeiten bei den „*Sonstigen Leistungen*“, wie z.B. Wege- oder Besprechungszeiten, wegen der Teilzeitbeschäftigung von Pfl-

²² Vgl. nach Berufsgruppen aufgeschlüsselte Diagramme „Verteilung der Arbeitszeiten nach Leistungsgruppen“ im Anhang.

gekräften und Ergotherapeutin im Verhältnis stärker ins Gewicht fallen (vgl. folgende Aufschlüsselung nach Einzelleistungen der verschiedenen Berufsgruppen).

Schaubild 4: Verteilung der Arbeitszeiten nach Einzelleistungen (ärztliche Leistungen gesamt)

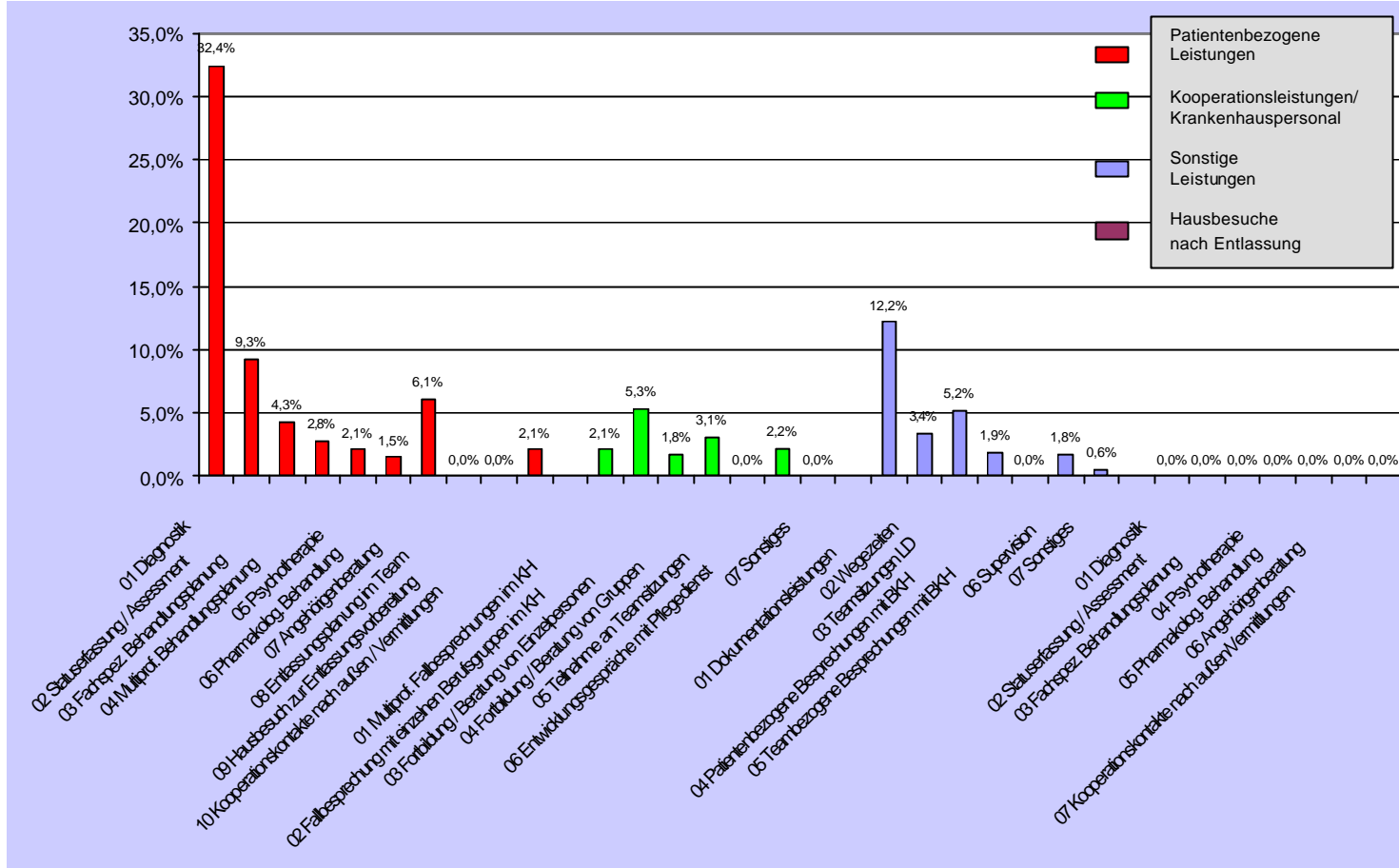


Schaubild 5: Verteilung der Arbeitszeiten nach Einzelleistungen (Leistungen psychiatrische Pflege gesamt)

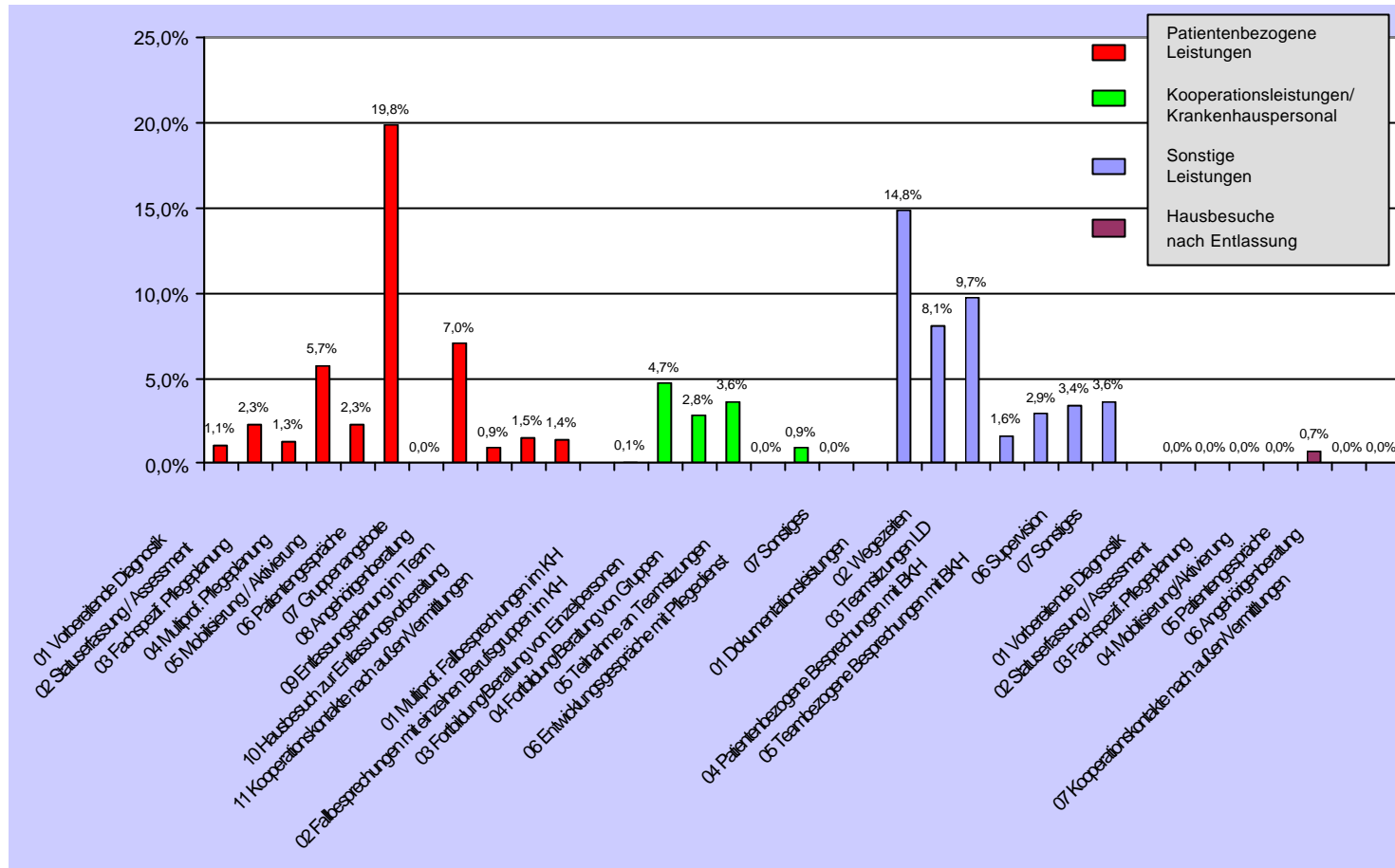
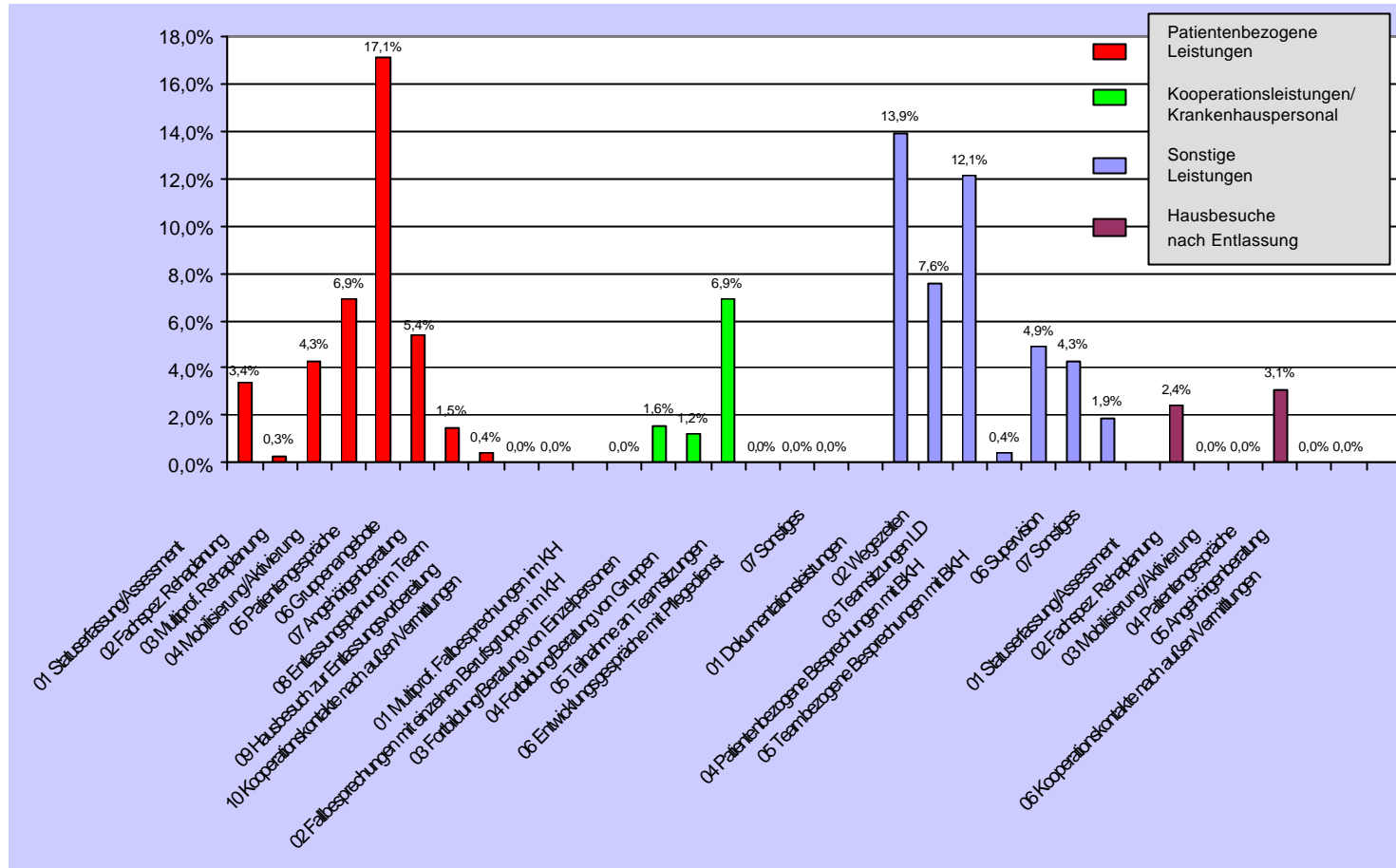


Schaubild 6: Verteilung der Arbeitszeiten nach Einzelleistungen (ergotherapeutische Leistungen)



Wie Schaubild 4 verdeutlicht, entfällt beim Arzt ein großer Teil der zur Verfügung stehenden Arbeitszeit auf Diagnostik und Assessment (insgesamt 40%). Ein fester Bestandteil innerhalb der „*Patientenbezogenen Leistungen*“ ist zudem die Angehörigenberatung, die mit fast 7% ins Gewicht fällt.

Unter den „*Kooperationsleistungen*“ sind beim Arzt die Fallbesprechungen mit einzelnen Berufsgruppen (4,6%) - in der Regel die ärztlichen Kolleg/innen - neben der Fortbildung/Beratung von Gruppen (3,1%) am zeitintensivsten. Die „*Sonstigen Leistungen*“ fallen vergleichsweise weniger ins Gewicht. Zu nennen sind vor allem die Dokumentationsarbeiten (11%).

Die Pflegekräfte²³ haben ihren Schwerpunkt im Bereich der „*Patientenbezogenen Leistungen*“ bei den Patientengesprächen (18,8%). Um in diesem Bereich besonders erfolgreich zu arbeiten, haben sie eine Fortbildung in klientenzentrierter Gesprächsführung durchlaufen, die nach eigener Einschätzung zu einer Erhöhung der Qualität beigetragen hat. Weitere Schwerpunkte liegen in der Angehörigenberatung (6,4%) und in der multiprofessionellen Pflegeplanung (5,7%). Die Gruppenangebote machen in der Gesamtauswertung lediglich 2,4% aus. Die Tendenz ist hier allerdings steigend, weil die Pflegekräfte mittlerweile regelmäßig an den Gruppenangeboten beteiligt sind.

Auch bei den Pflegekräften entfallen die Hauptzeitanteile bei den „*Kooperationsleistungen*“ auf Fallbesprechungen mit einzelnen Berufsgruppen (4%) bzw. Fortbildung/Beratung von Gruppen (8%). Wie beim ärztlichen Kollegen liegt das größte Gewicht bei den „*Sonstigen Leistungen*“ auf Dokumentation (13,3%). Wegezeiten (7,2%) und Teamsitzungen (8,2%) fallen bei Pflegekräften und Ergotherapeutin wegen der Teilzeitkonstruktion stärker ins Gewicht als beim ärztlichen Kollegen. Wegezeiten entstehen auch durch die Hausbesuche, die allerdings in der Summe der Arbeitszeit eine untergeordnete Bedeutung haben. Bei den Hausbesuchen der Pflegekräfte und der Ergotherapeutin standen jeweils Statuserfassung und Patientengespräche im Mittelpunkt.

Wie bereits in Kapitel 3.3 erläutert, legt die Ergotherapeutin bei den „*Patientenbezogenen Leistungen*“ mittlerweile einen Schwerpunkt auf die Gruppenangebote (13,3%). Diese machten im ersten Erhebungszeitraum lediglich

²³ Vgl. Schaubild 5.

5,4% der Zeitanteile aus.²⁴ Demgegenüber sind die Patientengespräche mit jetzt 11,5% nur noch zweitwichtigste Leistung (zuvor 17,1%). Unter den „*Kooperationsleistungen*“ steht die Fortbildung/Beratung von Gruppen an vorderster Stelle (9,1%). Bei den „*Sonstigen Leistungen*“ ist wie bei den anderen Teammitgliedern die Dokumentation (10,3%) ein fester Arbeitsbestandteil ebenso wie Besprechungen (10,5%) und Wegezeiten (8,2%).

4.3 Spezielle Leistung: Fortbildungen

Neben dem Wissen, das im Rahmen der direkten Zusammenarbeit mit dem Krankenhauspersonal vermittelt wird, bietet der Konsiliar- und Liaisondienst spezielle Schulungen an. Bei Bedarf erhält das ärztliche Personal vom Modellarzt zum einen kürzere Unterweisungen auf den Stationen. Zum anderen finden in unregelmäßigen Abständen einstündige Fortbildungen statt, in denen speziellere Informationen z.B. über gerontopsychiatrische Krankheitsbilder oder über Besonderheiten im Bereich der Pharmakologie vermittelt werden. Auch wenn an diesen Veranstaltungen grundsätzlich alle Krankenhausärztinnen und -ärzte teilnehmen könnten, sprechen sie vor allem das medizinische Personal der Inneren Abteilungen an und werden von diesem rege angenommen.

Die innerbetrieblichen Fortbildungen für Pflegekräfte sind mit ca. zwanzig Teilnehmer/innen stets voll ausgebucht sind. Dabei ist unter dem Aspekt der Zeitökonomie die räumliche Nähe des Angebotes ein wichtiges Argument dafür, dass sich gerontopsychiatrische Themen in der Konkurrenz zu den zahlreichen anderen Fortbildungsinhalten im Akutkrankenhaus durchsetzen können.

Seit 2001 gibt es viermal jährlich Angebote - jeweils zwei zu den Krankheitsbildern Demenz und Depression. Inhalte der Fortbildungen sind im Wesentlichen:

- medizinische Informationen zu den Krankheitsbildern und Behandlungsmöglichkeiten,
- nicht medizinische Interventionsmöglichkeiten,
- Tipps für den Umgang mit den Patient/innen sowie

²⁴ Vgl. Kirchen-Peters (2002).

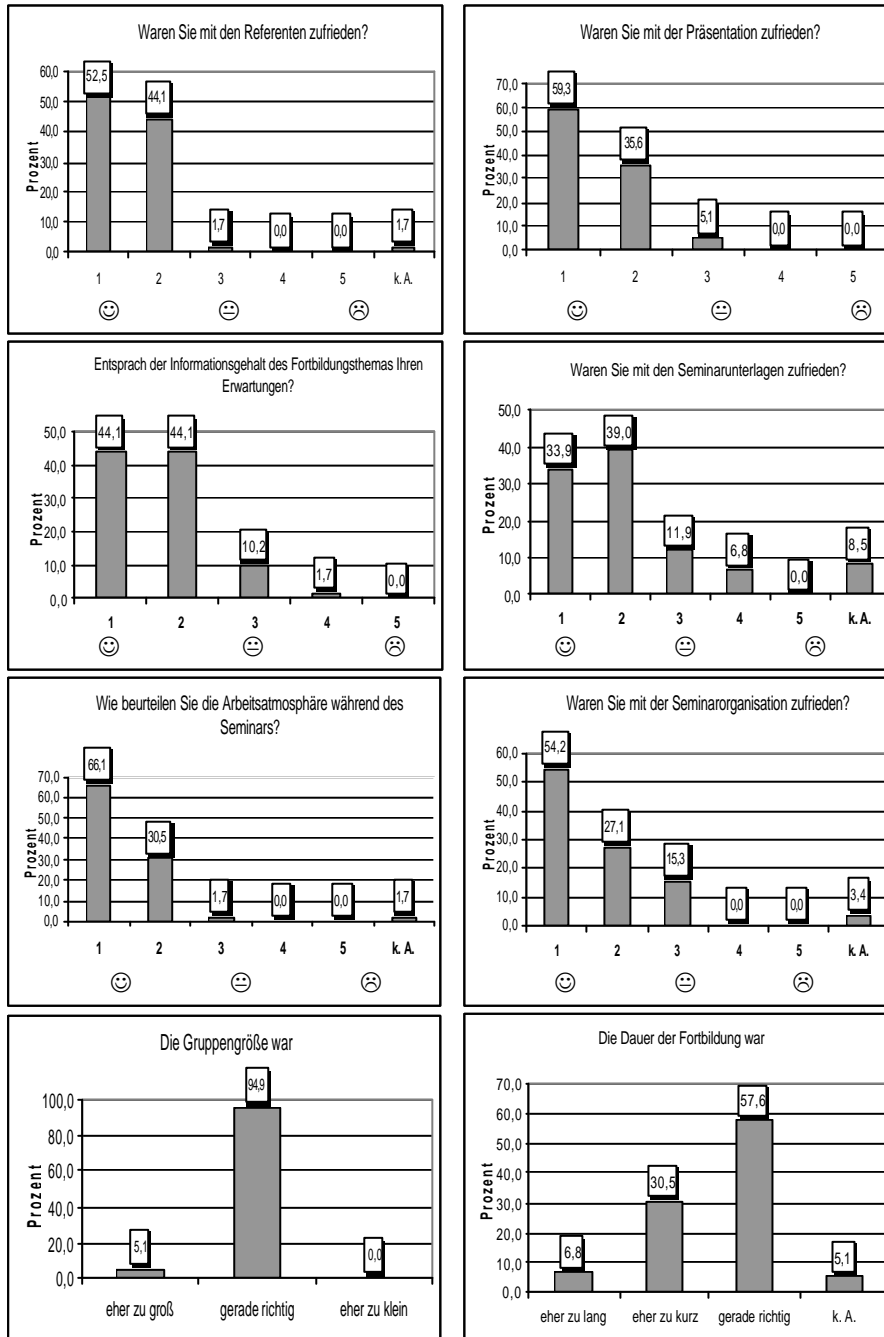
- Ergotherapie und ihre Aufgaben.

Vorrangige Ziele der Fortbildungen sind, die Wahrnehmung des Pflegepersonals zu sensibilisieren, die Fähigkeit zu schulen, psychische Erkrankungen zu erkennen sowie den Umgang mit den Patient/innen zu verbessern. Nach den Erfahrungen von 2001 wurde der zeitliche Umfang der Fortbildungen von einem halben auf einen ganzen Tag erhöht. Auch den Tagungsort hat man verändert. Nachdem die Teilnehmer/innen ihren Unmut über die räumliche Situation im Krankenhaus geäußert hatten (beengte Atmosphäre), fanden die Fortbildungen vorübergehend im nahe gelegenen Pflegeinstitut des BKH statt.

Seit 2002 führen die Modellbeteiligten eine Kurzevaluation der Fortbildungen durch, die die Bewertung durch die Teilnehmer/innen umfasst (vgl. Tabelle 1). Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass die Fortbildungen des Konsiliar- und Liaisondienstes durchgängig sehr positiv bis positiv bewertet werden. Das betrifft die Referent/innen (96,6%) und deren Präsentation (94,9%) ebenso wie den Informationsgehalt der Veranstaltungen (88,2%).

Auch mit den Seminarunterlagen (72,9%), der Arbeitsatmosphäre (96,6%), der Seminarorganisation (81,3%) und der Gruppengröße (94,9%) sind die Teilnehmer/innen mehrheitlich hoch zufrieden. Die Dauer der Fortbildungen war für rund 58% der Teilnehmer/innen „gerade richtig“, ca. 30% wünschen sich zur Vertiefung des Themas tendenziell mehr Zeit.

Tabelle 1: Kurzevaluation der Fortbildungen



Die Ergebnisse der Teilnehmerbewertung können genutzt werden, um die Inhalte und die Struktur der Fortbildungen auf die Bedürfnisse der Krankenhausmitarbeiter/innen anzupassen. So ergaben sich nach der ersten erfassten Fortbildung Hinweise auf Optimierungsbedarf in Richtung einer stärkeren Gewichtung der Praxisbeispiele. Der theoretische Teil wurde daraufhin gekürzt. Dafür hat man neben den Fallschilderungen auch Rollenspiele eingeführt, in denen die Teilnehmer/innen für eine gewisse Zeit in die „Haut“ eines älteren Menschen mit Seh- und Höreinschränkungen schlüpfen können. Gerade diese Elemente von Selbsterfahrung werden als „Aha-Erlebnis“ geschildert, das konkrete Auswirkungen auf die Wahrnehmung der älteren Patient/innen hat.

Seit dieser inhaltlichen Verschiebung sind die Bewertungen durch die Teilnehmer/innen noch positiver geworden, wie vor allem die Auswertung der offenen Fragen anschaulich dokumentiert: *„Beste Fortbildung, die bis jetzt im Haus angeboten wurde“*, *„sehr informativ, macht weiter so“*, *„super“*, *„war sehr interessant und informativ“* usw. Sie geben an, dass die Fortbildung konkrete Auswirkungen auf ihr Pflegeverhalten haben wird. Als Verbesserungen werden vor allem das Erkennen von Depressionen und von Warnsignalen für Suizid sowie ein besseres Verständnis und mehr Akzeptanz für Demenzkranke antizipiert. Ein Großteil lobt, durch die Fortbildung konkrete Tipps für den Umgang mit Demenzkranken erhalten zu haben (vgl. 6.2).

4.4 Konsilanlässe und Nachfrageentwicklung

Die Inanspruchnahme des Konsiliar- und Liaisondienstes konnte bereits innerhalb des ersten Modelljahres gesteigert werden. Allerdings bezogen sich diese Kontakte in erster Linie auf den Konsiliararzt, der mit der Bitte um diagnostische Einordnung und Therapieempfehlung gerufen wurde.

Die häufigsten Konsilanlässe beim Patienten sind mittlerweile:

- *Verhaltensauffälligkeiten*
Ein Patient fällt durch unangemessenes Verhalten auf. Dabei führt meist ein „störendes“ Verhalten zum Einschalten des Konsiliar- und Liaisondienstes, wie z.B. Aggressivität, massive Unruhe, Schreien oder die Verweigerung von Pflege- und/oder Behandlungsmaßnahmen.

- *Unklare körperliche Beschwerden*
Ein Patient ist somatisch „austherapiert“, zeigt aber noch immer nicht erklärbare körperliche Symptome. Es besteht der Verdacht auf eine psychosomatische Störung.
- *Depressive Verstimmtheit*
Der Patient ist weinerlich und zieht sich in sich zurück.

Es kommen Konsilanfragen hinzu, die gezielt auf eine Entlastung der Station gerichtet sind, wenn z.B. massive Konflikte mit Patient/innen bestehen, die der Schlichtung bedürfen. Vereinzelt wird das Modellteam auch dann gerufen, wenn aus Sicht der Station eine Überweisung ins BKH angebracht wäre. Durch die Unterstützung des Fachdienstes wird dieses Anliegen in aller Regel gegenstandslos. Beim Konsiliar wird zudem um Hilfe nachgesucht, wenn eine fachliche Prüfung über die Notwendigkeit einer gesetzlichen Betreuung notwendig ist oder wenn die soziale Isolation eines psychisch kranken alten Patienten bekannt wird und/oder eine umfangreiche häusliche Versorgung zu organisieren ist. Regelmäßig gerufen wird der Konsiliar- und Liaisondienst bei älteren Patient/innen nach Suizidversuch.

Konsilanforderungen werden telefonisch oder schriftlich, meist vom Arzt eingereicht. Der erste Impuls für ein Konsil kommt oft von den Pflegekräften, die sich intensiver mit den Patient/innen befassen, auf Hilfebedarf aufmerksam werden und dann den Arzt informieren. Aber auch Angehörige oder der Sozialdienst sprechen den Konsiliar- und Liaisondienst bei Bedarf direkt an.

Die bisher behandelten Patient/innen lassen sich unterteilen in die „klassischen“ Konsilpatient/innen, bei denen nur ein Kontakt stattfindet und die längerfristig betreuten Patient/innen, die auch ohne erneuten Konsilauftrag mehrfach aufgesucht werden. Die einmaligen Konsile sind wegen der kurzen Liegezeiten relativ häufig. Bei rund 30% der Patient/innen erlaubt ein längerer Krankenhausaufenthalt eine kontinuierlichere Betreuung. Ein kleiner Teil wird auch nach der Entlassung - in der Regel in Kooperation mit der Gerontopsychiatrischen Ambulanz im BKH - weiter behandelt.

Tabelle 2: Nachfrage nach Konsilen/Quartal

	Konsile (gesamt)	Konsile (A3 und A4)	Konsile (A3 und A4)
Quartal	n	n	v.H.
04/2000	112	19	17,0
01/2001	150	58	38,7
02/2001	117	55	47,0
03/2001	148	67	45,3
04/2001	155	73	47,1
01/2002	149	49	32,9
02/2002	132	39	29,5
03/2002	122	41	33,6
04/2002	119	33	27,7
01/2003	147	47	32,0
02/2003	118	41	34,7
03/2003	129	50	38,8
04/2003	123	46	37,4
01/2004	130	47	36,2
02/2004	143	39	27,3

Während im ersten Modellquartal (4/2000) insgesamt 112 Konsile durchgeführt wurden, waren es im zweiten (1/2001) bereits 150. Nach einem Einbruch im dritten Modellquartal, der durch eine kurzfristige Verunsicherung hinsichtlich der Finanzierung der Leistungen ausgelöst wurde (vgl. 3.2), pendelte sich die Zahl der Konsile zunächst auf rund 150 pro Quartal ein, ging dann ab dem ersten Quartal 2002 jedoch wieder zurück. Dieser Rückgang ist damit zu begründen, dass durch die Arbeit des Konsiliar- und Liaisondienstes vor allem auf den Schwerpunktstationen A3 und A4 ein Erkenntniszuwachs stattgefunden hat. Durch die Lernerfolge können jetzt, insbesondere was den Umgang mit demenzkranken Patient/innen betrifft, viele Dinge alleine bewältigt werden, für die zuvor noch die Unterstützung des Modellteams erforderlich war. So ist auch zu erklären, warum die Anfragen von den Schwerpunktstationen „in der Phase des Lernens“ zunächst

stark anstiegen und nahezu 50% der gesamten Anfragen ausmachten, um sich ab dem ersten Quartal 2002 wieder langsam auf einem mittleren Niveau einzupendeln.

Des Weiteren ist der Konsiliar- und Liaisondienst mittlerweile so bekannt geworden, dass die Modellbeteiligten zunehmend „anfrageunabhängig“ tätig werden. Das heißt, das Pflegepersonal spricht sie direkt an, ohne einen offiziellen Konsilauftrag zu schreiben. Dies ist ein gewünschter Effekt im Sinne einer Weiterentwicklung vom Konsiliardienst in Richtung Liaisondienst (vgl. 2.1).

Lässt man das Anfangsquartal im Jahr 2000 außer Acht, kommt man auf eine durchschnittliche Zahl von rund 135 direkter Konsilanfragen pro Quartal. Dabei gibt es eine Bandbreite von 130 Einsätzen im Jahr 2003 bis zu 143 im Jahr 2001. Die Zahl der Patientenkontakte des Teams liegt pro Tag zwischen zwölf und fünfzehn und geht damit weit über die Zahl der angefragten (ärztlichen) Konsile hinaus (vgl. Kapitel 6.).

4.5 Patient/innen nach Diagnosen

Das Modellteam hat die Diagnosen der Patient/innen seit Modellbeginn quartalsweise erfasst. Betrachtet man sich ihre Aufteilung nach Krankheitsgruppen, wird deutlich, dass vor allem die Demenzkranken vom Konsiliar- und Liaisondienst profitieren:

Tabelle 3: Vom Konsiliararzt gestellte Diagnosen nach Krankheitsgruppen (4/2000-2/2004)

Krankheitsgruppen	n	v.H.
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	954	45,6
Affektive Störungen	535	25,6
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	280	13,4
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	89	4,3
Krankheiten des Nervensystems	66	3,2
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	49	2,3
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	41	2,0
Sonstiges	79	3,7
Gesamt	2093	100,0

Von den bisher gestellten Diagnosen entfallen rund 46% auf „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“, 26% auf „Affektive Störungen“ und 13% auf „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“. Diese drei Hauptgruppen machen insgesamt rund 85% der Diagnosen aus. Seit Modellbeginn gab es wenige Verschiebungen zwischen diesen Gruppen. Die Abweichungen betragen pro Jahr jeweils höchstens zwei bis drei Prozent im Vergleich zur Gesamtauswertung. Dabei ist tendenziell ein leichter Anstieg der „Organischen Störungen“ und eine leichte Abnahme der „Belastungs“- und „affektiven Störungen“ zu verzeichnen.

Noch differenziertere Informationen sind der Aufschlüsselung nach Einzeldiagnosen zu entnehmen, die verdeutlicht, wie groß das Patientenspektrum des Konsiliar- und Liaisondienstes ist:

Tabelle 4: Vom Konsiliararzt gestellte ICD-10-Einzeldiagnosen (4/2000-2/2004)

Klassifikationen nach ICD-10	n	v.H.
C00-D89 Neubildungen	2	
Neubildungen	2	0,1
E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	1	
E29 Testikuläre Dysfunktion	1	0,0
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen		
F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	954	
F00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit	307	14,7
F01 Vaskuläre Demenz	190	9,1
F02 Demenz bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten	20	1,0
F03 nicht näher bezeichnete Demenz	143	6,8
F04 organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt	1	0,0
F05 Delir, nicht durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt	115	5,5
F06 sonstige psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	159	7,6
F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	18	0,9
F09 nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung	1	0,0
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	89	
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	45	2,2
F11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	3	0,1
F13 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	33	1,6
F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	2	0,1
F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	6	0,3
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	49	
F20 Schizophrenie	20	1,0
F21 schizotype Störung	1	0,0
F22 anhaltende wahnhaftige Störungen	21	1,0
F23 akute vorübergehende psychotische Störungen	3	0,1
F25 schizoaffektive Störung	3	0,1
F29 nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	1	0,0
F3 Affektive Störungen	535	
Depression	535	25,6
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	280	
F40 Phobische Störungen	12	0,6
F41 sonstige Angststörungen	22	1,1
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	228	10,9
F44 dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	3	0,1
F45 somatoforme Störungen	14	0,7
F48 sonstige neurotische Störungen	1	0,0
F5 Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren	18	
F51 nichtorganische Schlafstörungen	18	0,9
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	41	
F60 Persönlichkeitsstörungen	35	1,7
F61 kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen	3	0,1
F62 andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns	1	0,0
F63 abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	2	0,1
F7 Intelligenzminderung	4	
F70 leichte Intelligenzminderung	4	0,2

G00-99	Krankheiten des Nervensystems	66	
G11	Hereditäre Ataxie	2	0,1
G12	Spinale Muskelatrophie und verwandte Symptome	1	0,0
G20	primäres Parkinson-Syndrom	23	1,1
G21	sekundäres Parkinson-Syndrom	2	0,1
G23	sonstige degenerativen Krankheiten der Basalganglien	1	0,0
G24	Dystonie	2	0,1
G25	sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	16	0,8
G35	Multiple Sklerose	1	0,0
G40	Epilepsie	2	0,1
G45	zerebrale transitorische ischämische Attacken und verwandte Syndrome	2	0,1
G47	Schlafstörungen	4	0,2
G50	Krankheiten des N. trigeminus (V. Hirnnerv)	1	0,0
G51	Krankheiten des N. facialis (VII. Hirnnerv)	1	0,0
G54	Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus	1	0,0
G60	Hereditäre und idiopathische Neuropathie	2	0,1
G62	sonstige Polyneuropathie	3	0,1
G90	Krankheiten des autonomen Nervensystems	1	0,0
G93	sonstige Krankheiten des Gehirns	1	0,0
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	5	
H81	Störungen der Vestibularfunktion	4	0,2
H91	sonstiger Hörverlust	1	0,0
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	20	
I61	Intrazerebrale Blutung	1	0,0
I63	Hirninfrakt	15	0,7
I64	Schlaganfall nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	2	0,1
I67	sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	1	0,0
I69	Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit	1	0,0
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1	
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, andernorts nicht klassifiziert	1	0,0
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	10	
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	2	0,1
R13	Dysphagie	1	0,0
R40	Somnolenz, Sopor und Koma	1	0,0
R51	Kopfschmerz	3	0,1
R52	Schmerz, andernorts nicht klassifiziert	3	0,1
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	1	
Q04	sonstige angeborene Fehlbildungen des Gehirns	1	0,0
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	8	
S06	Intrakranielle Verletzung	2	0,1
S44	Verletzung von Nerven in Höhe der Schulter und des Oberarmes	1	0,0
T50	Vergiftung durch Diuretika und sonstige und nicht näher bezeichnete Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen	4	0,2
T88	sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, andernorts nicht klassifiziert	1	0,0
V01-Y98	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	9	
X84	vorsätzliche Selbstbeschädigung	9	0,4
Gesamt		2093	100,0

Die Demenz macht mit rund 32% von 46% den Großteil der Diagnosen innerhalb der „Organischen Störungen“ aus. Ca. jede dritte Diagnose, die vom Konsiliararzt gestellt wird, betrifft demnach eine Form von Demenz. Von allen Diagnosen entfallen 5,5% auf postoperative Verwirrheitszustände

(Delire). Jede vierte Diagnose lautet Depression. In der Gruppe der „Neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen“ sind mit 11% von 13% in der Hauptsache die „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ von Bedeutung. Unter den „nichtorganischen Schlafstörungen“ (F51) sind Probleme mit dem Schlaf-Wach-Rhythmus erfasst, die nur dann als gesonderte Diagnose aufgenommen wurden, wenn sie eine massive Ausprägung aufwiesen. Ansonsten sind diese Störungen „normale“ Begleiterscheinungen bei Demenz.

Man kann festhalten, dass sich hinsichtlich der Klientel des Konsiliar- und Liaisondienstes mittlerweile ein deutlicher Trend abzeichnet, denn zwischen den seit Modellbeginn geführten Quartalsstatistiken gibt es nur noch graduelle Unterschiede. Zu betonen ist, dass neben den demenzkranken Patient/innen, bei denen auf Klinikseite insbesondere zu Modellbeginn akuter Handlungsbedarf gesehen wurde, auch Personen mit anderen psychischen Erkrankungen vom Modellteam erreicht werden.

5. Vertiefende Fallstudien bei Modellpatient/innen

5.1 Hintergrund

Mit Hilfe einer systematischen Analyse von Daten über Modellpatient/innen sollten Erkenntnisse über spezifische Bedarfslagen gerontopsychiatrisch erkrankter Patient/innen im Allgemeinkrankenhaus und über verallgemeinerbare Empfehlungen hinsichtlich geeigneter Interventionsstrategien gewonnen werden. Durch das Nachzeichnen von Patientenkarrieren auch über den eigentlichen Krankenhausaufenthalt hinaus hat die Wissenschaftliche Begleitung zudem versucht, den Erfolg der Interventionen zu untersuchen und zu beobachten, inwieweit sich aus den Einzelfällen Hinweise über die Bedingungsvariablen

- für das Absichern der häuslichen Versorgung nach einem krisenhaften Krankenhausaufenthalt,
- für die Vermeidung unnötiger Wiedereinweisungen und
- für ein Höchstmaß an möglicher Lebensqualität trotz vorliegender Beeinträchtigungen

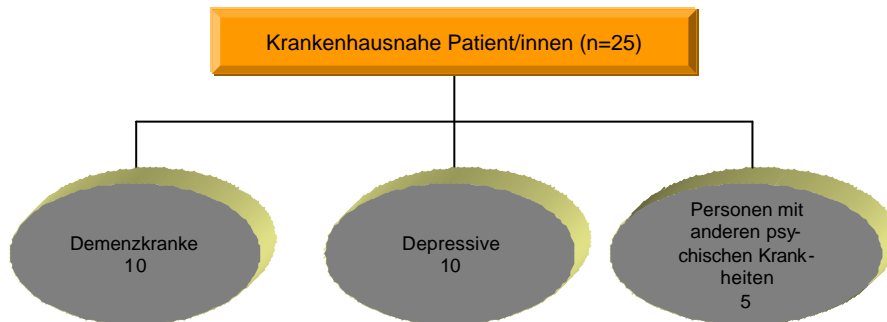
ableiten lassen. Dabei wird auf Grund der geringen Fallzahl kein Anspruch auf Repräsentativität erhoben, sondern es ist beabsichtigt, das Typische sowie die Vielfalt von Hilfebedarfen und von darauf auszurichtenden Hilfeangeboten zu verdeutlichen. Es soll ein Bild über die bestehenden Grundprobleme gerontopsychiatrisch erkrankter Krankenhauspatient/innen entstehen, und es soll nachvollziehbar werden, wie der Fachdienst auf diese Probleme reagiert bzw. was passieren würde, wenn die Interventionen ausblieben.

Neben den Daten, die für alle Patient/innen gesammelt wurden (vgl. z.B. Diagnosestatistik 4.3), dokumentierte der Konsiliar- und Liaisondienst für 25 Personen ausführlich den Werdegang und die erbrachten Leistungen in einem von der Wissenschaftlichen Begleitung entwickelten Analyseraster. Um den Verlauf der Patientenkarrieren „nachhaltig“ nachvollziehen zu können, hat das Modellteam diese Modellpatient/innen auch nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus in festgelegten Abständen besucht und ihre Entwicklung beobachtet und dokumentiert. Die Folgebesuche fanden jeweils nach sechs Wochen, nach drei Monaten und nach sechs Monaten statt.

Als Modellpatient/innen eigneten sich grundsätzlich so genannte „krankenhausnahe Personen“, also solche, die entweder über mehrere Jahre viele und/oder lange Aufenthalte im Allgemeinkrankenhaus verbracht hatten oder solche, die nach Einschätzung des Modellteams zukünftig von wiederholten Einweisungen bedroht waren. Man erhoffte sich dadurch, Gründe für eventuelle Drehtüreffekte nachvollziehen zu können bzw. Wege aufzuzeigen, wie die häusliche Situation auch in schwierigen Fällen abzusichern ist.

Die Auswahl der Modellpatient/innen hat man in erster Linie an der Art der psychischen Erkrankung festgemacht:

Schaubild 7: Einschlusskriterien für Modellpatient/innen



Die Verteilung auf die einzelnen Krankheitsgruppen sollte in etwa die realen Arbeitsschwerpunkte des Konsiliar- und Liaisondienstes widerspiegeln. Demnach wurden jeweils zehn Demenzkranke bzw. depressive ältere Patient/innen ausgewählt. Um die Bandbreite der Hilfebedarfe und darauf abgestimmten Leistungen zu verdeutlichen, sollten zudem etwa fünf Personen mit anderen psychischen Erkrankungen einbezogen werden.

In den beiden Hauptgruppen der Demenzkranken und der Depressiven sind unterschiedliche Wohnformen und Krankheitsstadien vertreten. Dabei liegt der Schwerpunkt entsprechend der typischen Verteilung zunächst auf häuslichen Versorgungssettings. Neufälle, also Patient/innen, bei denen im Allgemeinkrankenhaus erstmals eine gerontopsychiatrische Erkrankung festgestellt wurde, gehen deshalb stärker in die Betrachtung ein, weil sie die eigentliche Zielgruppe des Konsiliar- und Liaisondienstes darstellen. Heim-

bewohner/innen und vom BKH bereits betreute Patient/innen wurden nur exemplarisch in die Auswertung hinzugenommen.

Die Wissenschaftliche Begleitung hat die im Modellverlauf bearbeiteten 25 Fallbeispiele zunächst einer quantitativen „(Quer-)Analyse“ unterzogen, um einen allgemeinen Überblick über die Patient/innen, über die Arbeitsweise des Konsiliar- und Liaisondienstes und über die Erfolge der Interventionen zu erhalten (vgl. 5.2). Zum anderen ist das vorliegende Material qualitativ als Fallstudien aufbereitet worden, um im Detail zu beleuchten, wie heterogen und vielfältig sich die Lebenslage der älteren gerontopsychiatrisch erkrankten Patient/innen darstellt und wie differenziert darauf mit entsprechenden Hilfeangeboten zu reagieren ist. Dazu sind die Patientenkarrieren getrennt für Demenzkranke, für Depressive und für Personen mit sonstigen psychischen Erkrankungen aufbereitet worden (vgl. 5.3 bis 5.5), wobei jeweils nur ein Fallbeispiel in Gänze der gemeinsamen Aufbereitung der Patientengruppe vorangestellt wurde. Die restlichen Fallbeschreibungen können im Anhang nachgelesen werden. Neben der Breite und Vielfalt der ermittelten Verläufe ist die Wissenschaftliche Begleitung bei der Analyse auf zentrale Ähnlichkeiten im Datenmaterial gestoßen, die als Hinweise auf allgemeine Zusammenhänge gewertet werden können (vgl. 5.6).

5.2 Modellpatient/innen im Überblick

5.2.1 Grunddaten bei Aufnahme und Erstkontakt

Von den 25 Modellpatient/innen sind 18 Frauen und sieben Männer. Eine Patientin lebt im Pflegeheim, die anderen - in der Regel allein - im eigenen Haushalt. Fast 60% wurden in der Inneren, weitere rund 30% in der Chirurgischen Abteilung behandelt. Die Einweisung erfolgte überwiegend durch den Haus- (56%) oder Facharzt (12%). Bei über einem Viertel der Patient/innen handelt es sich um Notaufnahmen (28%).

Als einweisungsrelevante Diagnosen werden - mit Ausnahmen der beiden Suizidversuche - überwiegend somatische Erkrankungen genannt:

Tabelle 5: Einweisungsrelevante Diagnosen (n = 25) MFN

Diagnosen	n	v.H.
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	11	44,0
Stoffwechselerkrankungen	6	24,0
Krankheiten des Skelett- und Muskelsystems	6	24,0
Neurologische Erkrankungen	2	8,0
Zustand nach Suizidversuch	2	8,0
Tumorerkrankungen	1	4,0
Sonstiges	8	32,0

Die Kategorie „Sonstiges“ ist zweitstärkste Gruppe bei den „einweisungsrelevanten Diagnosen“. Hier tauchen erste Hinweise auf psychische Auffälligkeiten auf, wobei diese in aller Regel erst in Kombination mit einer somatischen Diagnose zur Einweisung führen (Beispiele: „Patientin wurde hilflos in verwaorlostem Zustand in der Küche liegend aufgefunden“; „seit einer Woche verwirrt“; „Akut reduzierter Allgemeinzustand“, „depressive Störung“).

Tabelle 6: Vorläufige gerontopsychiatrische Diagnosen in der Konsil-anforderung (n = 25) MFN

Gerontopsychiatrische Diagnosen	n	v.H.
keine	14	56,0
Demenz	4	16,0
affektive Störungen	8	32,0
Persönlichkeitsstörungen	2	8,0
Sonstiges	2	8,0

In über der Hälfte der Fälle (56%) handelt es sich bei der Konsilanforderung um eine Schilderung von Symptomen mit der Bitte um Einordnung, z.B. „Patient ist ängstlich“ oder „Frau B. ist verwirrt“. Bei diesen Patient/innen (14 von 25) wird anlässlich des Konsils vom Modellarzt die psychiatrische Erst-diagnose gestellt. Wird vom ärztlichen Krankenhauspersonal eine vorläufige

gerontopsychiatrische Diagnose angegeben, handelt es sich meistens um „affektive Störungen“ (32,0%). Wie bereits in Kapitel 4.3 näher erläutert, werden in den Schwerpunktabteilungen zunehmend Diagnosen und nicht nur Symptome angegeben, weil die Krankenhausärztinnen und -ärzte durch die Zusammenarbeit mit dem Konsiliar- und Liaisondienst an Kenntnissen dazu gewonnen haben und sich sicherer fühlen. Diese „Verdachtsdiagnose“ wird in rund 40% bestätigt, in der Regel aber noch ergänzt bzw. präzisiert.

Tabelle 7: Körperlicher und psychischer Status beim Erstkontakt²⁵

Körperlicher Status		Psychischer Status			
		Erhebliche Beeinträchtigung	Mittlere Beeinträchtigung	Leichte Beeinträchtigung	Gesamt
Erhebliche Beeinträchtigung	n	8	3	2	13
	% von Gesamt	32,0	12,0	8,0	52,0
Mittlere Beeinträchtigung	n	2	7	1	10
	% von Gesamt	8,0	28,0	4,0	40,0
Leichte Beeinträchtigung	n	1	1	-	2
	% von Gesamt	4,0	4,0	-	8,0
Gesamt	n	11	11	3	25
	% von Gesamt	44,0	44,0	12,0	100,0

Etwa die Hälfte der Patient/innen sind bei Aufnahme körperlich (52,0%) und/oder psychisch (44,0%) stark eingeschränkt, darunter knapp ein Drittel körperlich und psychisch (32,0%). Über ein Viertel der Patient/innen (28,0%) ist körperlich und psychisch mittelstark beeinträchtigt. Jeweils zwei bzw. drei Patient/innen haben körperlich bzw. psychisch lediglich leichte Einschränkungen.

Trotz der geschilderten Beeinträchtigungen hat ein Großteil der Patient/innen keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt (88%). Nur ein einziger von 25 Modellpatient/innen ist eingestuft (Stufe 2). Dabei muss berücksichtigt werden, dass der Hilfebedarf teilweise erst im Rahmen des Akutereignisses, das zur Krankenhauseinweisung führte, entstanden ist bzw. sich seither erhöht hat.

²⁵ Einschätzung des Modellteams

Tabelle 8: Pflegerische/hauswirtschaftliche/therapeutische Versorgung vor der Aufnahme (n = 25) MFN

Versorgung	n	v.H.
nicht notwendig	7	28,0
Angehörige	10	40,0
Ambulante Dienste	7	28,0
Essen auf Rädern	4	16,0
Nachbarschaftshilfe/Bekannte	4	16,0
Haushaltshilfe	3	12,0
Gerontopsychiatrische Ambulanz	1	4,0
Pflegeheim	1	4,0
Sonstiges	8	32,0

Bei über einem Viertel der Fälle wird angegeben, dass vor der Aufnahme noch keine pflegerische, hauswirtschaftliche oder therapeutische Versorgung notwendig war (28%). Bei den anderen werden in der Hauptsache Angehörige als Unterstützer genannt. Lässt man diejenigen Personen außer Acht, die vor der Aufnahme noch keine Unterstützung benötigten, verbleibt etwa ein Drittel von Patient/innen mit Hilfebedarf, bei denen Angehörige nicht einbezogen sind, was bereits Hinweise auf die soziale Situation der Modellpatient/innen gibt. Über ein Viertel der Patient/innen (28%) wird bereits von ambulanten Diensten betreut, wobei sich diese Hilfe oft auf behandlungspflegerische Leistungen bezieht (z.B. Medikamentengabe). Nur für jeweils drei bzw. vier Patient/innen sind Hilfen für die Bereiche Einkaufen, Hausarbeit und/oder Essensversorgung organisiert. Das heißt, bezogen auf externe Unterstützung sind bei den Modellpatient/innen die Möglichkeiten eines ambulanten Hilfenetzes nur in Ansätzen ausgeschöpft.

Zusammenfassend kann festgestellt werden: 90% der Modellpatient/innen kommen in einem Zustand mittlerer bis starker Einschränkungen ins Krankenhaus, demzufolge es notwendig wird, sich um die Beantragung einer Pflegestufe oder die Organisation externer Hilfen zur Stützung der häuslichen Versorgung zu kümmern. Obwohl auch psychische Erkrankungen be-

stehen oder soziale Indikationen greifen, wird die Einweisung der Patient/innen in aller Regel somatisch begründet. Während der Behandlung tauchen dann Probleme auf, die zur Konsilianforderung führen.

5.2.2 Leistungen während des Aufenthaltes

Die Modellpatient/innen erhalten während ihres Aufenthaltes eine Vielzahl von Leistungen des Konsiliar- und Liaisondienstes, die in der folgenden Kreuztabelle aufgeführt sind:

Tabelle 9: Leistungen des Konsiliar- und Liaisondienstes

Patient erhält	täglich	mehrmals in der Woche	1 mal wöchentlich	seltener als wöchentlich	einmalige Intervention	Gesamt
Diagnostik/ Assessment (Arzt)		3	2	7	13	25
Psychotherapie (Arzt)			2		1	3
Medikamentöse Behandlung (Arzt)	1		2	9	11	23
Behandlungs-, Pflege- und Rehaplanung		5	6	8	3	22
Gruppenangebot, -therapie (Pflege/Ergo)		3	2			5
Patientengespräche (Pflege/Ergo)		18	4			22
Mobilisierung/Aktivierung (Pflege/Ergo)		7	1	2		10

Die ärztlichen Leistungen werden in der Regel als einmalige Intervention erbracht, die in aller Regel nach einem gewissen Zeitraum nochmals überprüft bzw. ergänzt wird. Das gilt für Diagnostik/Assessment ebenso wie für die medikamentöse Behandlung. Während alle Patient/innen einer Diagnostik zugeführt wurden, erhielten „nur“ 23 von 25 eine medikamentöse Therapie. Ein Patient benötigte keine Psychopharmaka, ein anderer lehnte diese ab. Die medikamentöse Behandlung umfasst sowohl die Empfehlung einer Medikation als auch das Absetzen nicht indizierter Präparate, wie z.B. Sedativa oder Antidepressiva, die auf Grund ihrer hohen Nebenwirkungen nicht für den Einsatz bei älteren Patient/innen geeignet sind. Bei rund einem Drittel der Patient/innen (32%) war ein Absetzen unnötiger oder kontraprodukti-

ver Medikamente notwendig, 22 von 25 erhielten eine neue Verordnung. Zu betonen ist, dass bei drei Personen psychotherapeutische Maßnahmen zum Einsatz kamen, von denen gerontopsychiatrische Patient/innen sonst nur selten profitieren können.

Häufigste Leistung der Pflegekräfte und der Ergotherapeutin sind die Patientengespräche, die in aller Regel mehrmals in der Woche benötigt werden. Dabei handelt es sich in aller Regel um stützende Gespräche, die zunächst dem Beziehungsaufbau dienen, dem Patient/innen während des Krankenhausaufenthaltes emotionale Entlastung und Hilfe bei der Belastungsverarbeitung geben und in denen gemeinsam zukünftige Handlungsoptionen herausgearbeitet werden (vgl. 4.1).

Fünf Modellpatient/innen (20%) nahmen ein- bzw. zweimal wöchentlich an den Gruppenangeboten teil. Wie sich gezeigt hat, sind diese Gruppen für einen Teil der Patient/innen ein äußerst sinnvolles Angebot im Sinne einer sozialen Aktivierung und Tagesstrukturierung. Der Großteil der Patient/innen nutzt dieses Angebot jedoch nicht, sei es, weil es auf Grund der körperlichen Gebrechlichkeit nicht möglich ist oder weil es mit Berührungängsten verbunden ist und deshalb abgelehnt wird (vgl. 4.1).

Von einer gezielten Aktivierung bzw. Mobilisierung profitierten insgesamt zehn der 25 Modellpatient/innen. Diese Leistungen werden primär von der ergotherapeutischen Fachkraft durchgeführt, können aber grundsätzlich auch durch die Fachkrankenschwestern erbracht werden. Es handelt sich meist um gestalttherapeutische Maßnahmen oder kognitives Training, über die eine Beziehung zum Patienten hergestellt werden kann und die sich insgesamt positiv auf das Selbstwertgefühl auswirken.

Zusammenfassend kann festgestellt werden: der Arzt sieht alle Patient/innen zur Diagnostik, ist bei fast allen (23) im Bereich der medikamentösen Behandlung tätig, wobei es sich jedoch in der Regel um einmalige oder seltene Kontakte handelt. Den intensiveren Kontakt oder den Aufbau einer Beziehung zum Patienten übernehmen eher die anderen Teammitglieder. Dabei wird für jeden Patienten individuell die für ihn geeignete Intervention ausgewählt.

Neben den direkt patientenbezogenen Leistungen fielen während des Aufenthaltes eine Reihe von Maßnahmen der Soziotherapie an, die einen wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung der häuslichen Versorgung leisten. Da-

mit sind Leistungen gemeint, die sich auf das Umfeld des Kranken beziehen, wie z.B. auf die Angehörigen, die ärztlichen Primärversorger oder häusliche Pflegedienste.

Tabelle 10: Maßnahmen der Soziotherapie (n = 25) MFN

Maßnahmen der Soziotherapie	n	durchschnittl. Kontakte	v.H.
Keine	2	-	8,0
Beratung von Angehörigen	15	2,1	60,0
Besprechungen mit Pflegediensten und -einrichtungen	11	1,7	44,0
Anbindung an die Gerontopsychiatrische Ambulanz	7	1,3	28,0
Kontaktaufnahme zum Hausarzt	8	1,4	32,0
Gespräche zur Installierung einer gesetzlichen Betreuung	4	2,3	16,0
Sonstiges	4	2,5	16,0

Nur zwei der 25 Modellpatient/innen benötigten keine soziotherapeutischen Maßnahmen bzw. lehnten diese ab. Bei 60% der Patient/innen bestand ein intensiver Beratungsbedarf der Angehörigen, wobei meistens mehrmalige Kontakte erforderlich waren. Im Rahmen der Entlassungsvorbereitung wurden Besprechungen mit ambulanten Diensten, Tagespflegen, Kurzzeitpflegen oder in Einzelfällen auch Pflegeheimen (44%) sowie der Gerontopsychiatrischen Ambulanz am BKH (28%) durchgeführt. In rund einem Drittel der Fälle nahm der Konsiliar- und Liaisondienst Kontakt mit dem Hausarzt auf, um die weitere medikamentöse Behandlung zu sichern und um mehr Informationen über die häusliche und familiäre Situation der Patient/innen zu erhalten. Bei etwa jedem sechsten Modellpatient kümmerte sich das Modellteam um die Installierung einer gesetzlichen Betreuung, was mit durchschnittlich 2,5 Kontakten zu den aufwendigeren soziotherapeutischen Maßnahmen zu zählen ist. Insgesamt kann bei den Modellpatient/innen ein hoher Bedarf an solchen koordinierenden Leistungen konstatiert werden, zumal hier nur die Leistungen des Liaisondienstes erfasst sind. Hinzu kommen

diejenigen Maßnahmen, die der Krankenhaussozialdienst in Absprache mit dem Modellteam für die Patient/innen übernommen hat, wie z.B. die Klärung der Pflegestufe oder die Kontaktaufnahme zu komplementären Diensten (zur Kooperation mit dem Krankenhaussozialdienst vgl. 4.1 und 6.3).

Eine wichtige Leistung, die durch das Modell zeitnah ermöglicht wurde, ist die Krisenintervention. Während des Aufenthalts war bei über einem Drittel der Patient/innen (36%) Krisenmanagement notwendig. Dabei kann die Krise primär den Patienten und seine seelische Verfassung betreffen oder sich auf eine Zuspitzung auf Seiten des Pflegepersonals beziehen, das im Umgang mit einem Patienten überfordert ist. Die Schilderung der Interventionsgründe verdeutlicht, wie viel „Sprengstoff“ die jeweiligen Situationen umfassten, sowohl was die persönlichen Konsequenzen für die Patient/innen als auch das Überforderungspotential auf den Stationen betrifft:

Schaubild 8: Gründe für Kriseninterventionen

- delirante Symptomatik;
- Durchgangssyndrom nach OP;
- Entlassungssängste, Patientin agierte, war sehr auffällig im Verhalten;
- Konflikt auf Station, Patientin wurde von ärztlicher Seite eine Operation angeboten, was diese jedoch ablehnte;
- mangelnde Aufklärung über orthopädische Hilfsmittel (emotionale Überforderung der Patientin);
- sich entwickelnde wahnhafte Symptomatik mit ausgeprägter psychomotorischer Unruhe, Weglauftendenzen und genereller Verweigerungshaltung;
- Umgangsproblematik;
- Station fordert Verlegung ins BKH;
- zunehmend wahnhafte Symptomatik, Selbstgefährdung.

Der Schluss liegt nahe, dass gerade die durch den Konsiliar- und Liaisondienst ermöglichte Krisenintervention von wesentlicher Bedeutung ist, wenn es darum geht, Eskalationen und Traumatisierungen im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes zu vermeiden, die ansonsten für die Patient/innen mit schwerwiegenden Verschlechterungen einhergehen würden, auf die nur noch mit einem direkten Übergang ins Pflegeheim und/oder einer Überweisung ins BKH reagiert werden kann. Dabei entstehen Krisen vor allem an-

lässlich postoperativer Verwirrheitszustände (Delire), bei ausgeprägter wahnhafter Symptomatik, bei stark auffälligem Verhalten oder bei Ablehnung der somatischen Behandlung.

5.2.3 Entwicklungen nach der Entlassung

Was bewirkt die Arbeit des Konsiliar- und Liaisondienstes hinsichtlich der körperlichen und psychischen Verfassung der Modellpatient/innen, hinsichtlich der Sicherung der häuslichen Versorgung und der ärztlichen (Weiter-) Behandlung? Können Pflegeheimweisungen und nicht indizierte Wiederaufnahmen ins Krankenhaus vermieden oder verzögert werden? Diesen Fragen wurde durch eine Erfassung in vier Zeiträumen nachgegangen: bei der Entlassung sowie sechs Wochen, drei Monate und sechs Monate nach der Entlassung.

Körperlicher und psychischer Status

Veränderungen des körperlichen und psychischen Status der Modellpatient/innen wurden zu vier verschiedenen Zeitpunkten erhoben, wobei sich die Angaben jeweils auf den vorangegangenen Erhebungstichtag beziehen.

Tabelle 11: Körperlicher und psychischer Status zu verschiedenen Zeitpunkten

	bei Entlassung		nach 6 Wochen		nach 3 Monaten		nach 6 Monaten	
	n	v.H.	n	v.H.	n	v.H.	n	v.H.
Körperlicher Status								
unverändert	5	26,3	3	16,7	11	57,9	6	33,3
verbessert	14	73,7	14	77,8	7	36,8	9	50,0
verschlechtert	-	-	1	5,6	1	5,3	3	16,7
Gesamt	19	100,0	18	100,0	19	100,0	18	100,0

	bei Entlassung		nach 6 Wochen		nach 3 Monaten		nach 6 Monaten	
	n	v.H.	n	v.H.	n	v.H.	n	v.H.
Psychischer Status								
unverändert	6	31,6	3	16,7	8	42,1	7	38,9
verbessert	11	57,9	14	77,8	10	52,6	8	44,4
verschlechtert	2	10,5	1	5,6	1	5,3	3	16,7
Gesamt	19	100,0	18	100,0	19	100,0	18	100,0

Bereits bei der Entlassung hat sich im Vergleich zur Aufnahme der körperliche Zustand in drei Viertel (76%), der psychische Zustand in über der Hälfte der Fälle (56%) verbessert. Allein diese Tatsache ist als großer Erfolg des Modells zu verbuchen, war doch der Krankenhausaufenthalt bei gerontopsychiatrisch Erkrankten bisher eher als Krise zu bewerten. Nach sechs Wochen haben sich wiederum drei Viertel der Modellpatient/innen sowohl körperlich als auch psychisch weiter regeneriert. Dieser Zustand wird von fast allen auch nach drei Monaten gehalten oder ist sogar weiter verbessert worden (jeweils insgesamt 92%). Sechs Monate nach der Entlassung ist bei über einem Drittel der Patient/innen das körperliche (36,0%) und das psychische Befinden (36,0%) stabil. Ein weiteres Drittel (32,0%) konnte sich psychisch weiter verbessern bzw. ist beschwerdefrei, 40% haben in somatischer Hinsicht weitere Erfolge zu verbuchen. In einem Viertel der Fälle (24,0%) ist nach sechs Monaten ein Einbruch in der körperlichen Verfassung eingetreten, wie es bei multimorbiden Patient/innen voraussehbar ist. Bei 32% der Kranken haben sich Verschlechterungen des seelischen Zustandes ergeben, die teilweise als depressive Reaktionen auf körperliche Verschlechterungen zu verstehen sind und einer weiteren psychiatrischen Behandlung bedürfen. Bei den anderen handelt es sich in der Regel um Verschlechterungen im Rahmen progredienter demenzieller Prozesse.

Die Ergebnisse belegen, dass sich durch die Arbeit des Konsiliar- und Liaisondienstes erhebliche positive Effekte auf die Lebensqualität der Patient/innen ergeben haben. Deutlicher und im Detail nachzuvollziehen ist dies anhand der Patientenkarrieren (5.3 ff.).

Versorgungssituation

Das Wohlbefinden der gerontopsychiatrisch erkrankten Patient/innen hängt auch in entscheidendem Maße damit zusammen, inwieweit es gelingt, einen sicheren Versorgungsrahmen zu schaffen, in dem einerseits die Grundbedürfnisse befriedigt werden, in dem andererseits aber auch Spielräume für individuelle Arrangements und Mitgestaltung bestehen. Der Aufbau eines Hilfenetzes beginnt in aller Regel mit der Prüfung sozialrechtlicher Ansprüche. Vor dem Krankenhausaufenthalt war nur eine Patientin nach SGB XI eingestuft (Stufe 2), bei einer lief das Einstufungsverfahren und bei einer weiteren war der Antrag negativ beschieden worden. 22 von 25 (= 88%) hatten keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt, auch wenn lediglich 28% der Modellpatient/innen angegeben hatten, vor der Auf-

nahme in das Krankenhaus keine pflegerische und hauswirtschaftliche Unterstützung benötigt zu haben (vgl. Tabelle 8).

Bereits zum Zeitpunkt der Entlassung hatte man bei 18 von 24²⁶ Personen Schritte zur Einstufung nach SGB XI in die Wege geleitet. Bei zwei Personen war die Einstufung in die Pflegestufe 1 bereits erfolgt, bei den restlichen lief noch das Verfahren. Die leistungsrechtliche Klärung wurde im Laufe der Nachbetreuung durch den Konsiliar- und Liaisondienst bzw. durch die Gerontopsychiatrische Ambulanz weiter vorangetrieben, so dass spätestens zum Ende des Kontrollzeitraumes nach sechs Monaten 18 von 24 Patient/innen erstmals eingestuft waren (in Stufe 1), drei davon wurden in diesem Zeitraum sogar in die Stufe 2 höher gestuft.

Während des Aufenthalts wurden bei den meisten Modellpatient/innen erste externe Hilfen organisiert. Die folgende Tabelle erfasst ausschließlich die Erstinanspruchnahme von Hilfen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus:

Tabelle 12: Veränderung der Versorgung/Erstinanspruchnahme (n = 24) MFN

Veränderung der Versorgung	n	v.H.
Keine Veränderung	4	16,0
Versorgung nicht mehr notwendig	1	4,0
Angehörige	2	8,0
Ambulante Dienste	10	40,0
Essen auf Rädern	8	32,0
Gerontopsychiatrische Ambulanz	10	40,0
Kurzzeitpflege	1	4,0
Sonstiges	6	24,0

Nur bei etwa jedem sechsten Patienten hat es keine Veränderungen in der poststationären Versorgung gegeben, bei einem Patienten sind diese nicht mehr erforderlich. Die anderen benötigen insbesondere Unterstützung in Form von ambulanten Diensten (40%), Essen auf Rädern (32%) und der aufsuchenden Arbeit der Gerontopsychiatrischen Ambulanz (40%). Diese Hilfen werden häufig miteinander kombiniert. Nur selten ist es gelungen,

²⁶ Eine der 25 Patient/innen war bereits eingestuft.

noch nicht einbezogene Angehörige neu in die Versorgung einzubeziehen (zwei Fälle). Während des ersten Halbjahres nach der Entlassung kommen noch vereinzelte Hilfen hinzu, andere sind auf Grund einer Verbesserung des Zustandes der Patient/innen nicht mehr notwendig.

Ärztliche Versorgung und medikamentöse Behandlung

Die psychiatrische Versorgung der Modellpatient/innen wird während des Krankenhausaufenthaltes vom Konsiliararzt durch die Diagnosestellung und entsprechende Medikation auf stabilere Füße gestellt. Seine Empfehlungen für die ärztliche Weiterversorgung beziehen sich zum einen auf eine Intensivierung der häuslichen Weiterbetreuung - sei es durch die Gerontopsychiatrische Ambulanz oder durch niedergelassene Psychiater/Neurologen - oder auf eine vorübergehende stationäre Behandlung im BKH (drei von 25). Bereits beim ersten Hausbesuch wird klar, dass fast die Hälfte der Modellpatient/innen (45,8%) Veränderungen ihrer ärztlichen Versorgung eingeleitet hat.

**Tabelle 13: Veränderung der ärztlichen Versorgung nach sechs Wochen
(n = 24) MFN**

Veränderung der ärztlichen Versorgung	n	v.H.
Keine Veränderung	13	54,2
Wechsel des Hausarztes	5	20,8
Einbezug des Psychiaters/Neurologen	2	8,3
Versorgung durch Gerontopsychiatrische Ambulanz	6	25,0
Aufenthalt im BKH	1	4,2

Neben der Versorgung durch die Gerontopsychiatrische Ambulanz werden vor allem der Wechsel des Hausarztes und der Einbezug eines Facharztes genannt. Dabei erfolgt der Hausarztwechsel meist deshalb, weil sich die Patient/innen von ihm nicht gut versorgt fühlen, z.B. wenn wirksame Medikamente aus Kostengründen nicht weiter verordnet werden, zu wenig Zeit für Gespräche oder Hausbesuche übrig ist oder eine Kooperation mit der Gerontopsychiatrischen Ambulanz abgelehnt wird. Anlässlich des zweiten und dritten Hausbesuchs berichten einzelne Modellpatient/innen noch von (weiteren) Veränderungen in der medizinischen Versorgung. Man kann

demnach davon ausgehen, dass durch die Beratung des Konsiliar- und Liaisondienstes Lücken in der ambulanten (nerven)ärztlichen Versorgung der Patient/innen geschlossen werden konnten.

Nicht so erfolgreich ist die Kontinuität der Medikation zu beurteilen. In 90% der Fälle wird eine medikamentöse Empfehlung des Konsiliararztes mit auf den Weg gegeben. Beim ersten Hausbesuch nach sechs Wochen wurde festgestellt, dass diese Empfehlung bei einem Drittel der Modellpatient/innen aus unterschiedlichsten Gründen nicht umgesetzt wurde. So kommt es z.B. vor, dass im Krankenhaus verordnete Medikamente aufgebraucht werden, das Präparat dann aber vom Hausarzt oder vom Arzt einer stationären Rehabilitationseinrichtung aus Budget- bzw. Kostenerwägungen abgesetzt wird. Teilweise setzen die Patient/innen selbst ihre Medikamente ab, weil sie sich besser fühlen oder wegen bestehender oder vermuteter Nebenwirkungen. Ausschlaggebend kann auch sein, dass man im Krankenhaus vergessen hat, die psychiatrische Medikamentenverordnung im Entlassungsbrief aufzuführen.

Pflegeheimübersiedlungen und Krankenhausaufenthalte

Nach dem Krankenhausaufenthalt kehren alle Modellpatient/innen zunächst in die gewohnte Umgebung zurück, wobei eine Patientin im Pflegeheim lebt und zwei Schwestern innerhalb ihres Hauses die beiden Wohnungen zusammenlegen. Ein halbes Jahr nach der Entlassung leben immer noch neunzehn von 25 Personen in der eigenen Häuslichkeit, bei fünf Patient/innen war die Übersiedlung in ein Pflegeheim notwendig geworden (20%). Die mehrheitliche Absicherung der häuslichen Versorgung ist als Erfolg zu bewerten, führt man sich vor Augen, dass man sich gerade die „schwierigen“ Patient/innen als Fallbeispiele ausgewählt hat, die ohne Unterstützung durch den Konsiliar- und Liaisondienst wohl stark von einem Wechsel in Pflegeheime bedroht gewesen wären. Bei den fünf Patient/innen konnten die erforderlichen Umzüge gründlich vorbereitet und die Rahmenbedingungen mit den Einrichtungen so abgestimmt werden, dass sie sich in aller Regel nach einer Phase der Eingewöhnung durchaus wohl fühlten und von den Vorteilen der Heimunterbringung profitieren konnten.

Sechs Wochen nach der Entlassung sind insgesamt sechs Personen erneut in stationärer Behandlung gewesen. Zwei mussten wegen ihrer schweren Depression vorübergehend ins BKH. Drei weitere wurden auf Grund körper-

licher Probleme bzw. eine Patientin wegen Schwierigkeiten im häuslichen Umfeld ins Akutkrankenhaus eingewiesen. Beim zweiten Hausbesuch (nach drei Monaten) sind von den 25 Modellpatient/innen zwei weitere Personen in der Zwischenzeit stationär behandelt worden (eine wegen Pneumonie, eine zwei Tage zur Diagnostik nach Chemotherapie). Zwischen dem vierten und sechsten Monat nach der ersten Entlassung ist bei weiteren neun Modellpatient/innen eine Wiedereinweisung notwendig gewesen. Dabei war ein Patient von der Gerontopsychiatrischen Ambulanz wegen schwerer Depressionen einer stationär-psychiatrischen Behandlung zugeführt worden. Die anderen litten unter krankenhausbearbeitungsbedürftigen somatischen Krisen (z.B. Frakturen oder Gangrän am Zeh usw.), wie sie bei geriatrischen Patient/innen häufig sind.

Krankenhausaufenthalte lassen sich bei der körperlich und psychisch stark beeinträchtigten, multimorbiden Klientel nicht verhindern. Einspareffekte sind eher in der Richtung zu erwarten, dass die Patient/innen vorwiegend wegen wirklich behandlungsbedürftigen Erkrankungen, aber nicht wegen sozialer Indikation oder nicht diagnostizierten psychischen Erkrankungen ins Allgemeinkrankenhaus kommen und dass sich die Aufenthalte verkürzen lassen, weil sie nicht durch unentdeckte psychische Komorbidität überlagert werden. Die auf der anderen Seite entstehenden Kosten (vgl. Eingruppierungen nach SGB XI, Erschließen zusätzlicher Hilfen, Medikation) werden zielgerichtet für Gesundheit und Wohlbefinden der Patient/innen eingesetzt.

5.3 Fallgruppe „Demenzkranken Patient/innen“

5.3.1 Fallbeispiel Frau D.

Frau D. ist 78 Jahre, ledig und lebt allein in ihrer seniorengerechten Eigentumswohnung im Erdgeschoss. Frau D. ist in Tschechien aufgewachsen, mit 15 Jahren suchte sie sich Arbeit bei einer reichen Bauernfamilie, wo sie liebevoll behandelt wurde. Nach der Vertreibung aus dem Sudetenland gründete sie eine Familie, war immer darauf bedacht selbstständig zu sein und etwas Eigenes zu besitzen. Sie will alles im Griff haben, hat auch schon Vorsorge für ihren Tod getroffen und ein Grab mit Blumenbepflanzung gekauft. Sie erhält Essen auf Rädern, die Nachbarin, die gleichzeitig Mitarbeiterin eines Pflegedienstes ist, kümmert sich gelegentlich um sie ebenso wie

ihre Nichte. Eine Taxifahrerin erledigt einmal wöchentlich den Einkauf. Weder eine Pflegestufe, noch eine gesetzliche Betreuung sind beantragt.

Im Oktober 2000 wird sie nach einem Sturz und auf Grund einer Exsikkose in die Innere Abteilung des Krankenhauses aufgenommen. Laut Pflegepersonal macht sie einen verahrlosten Eindruck, kann wegen einer schweren Osteoporose kaum laufen, ist verwirrt in allen Bereichen und zudem weinerlich. Sie ist körperlich mittelschwer, psychisch jedoch erheblich beeinträchtigt. So glaubt sie, sich während des Aufenthaltes in ihrer eigenen Wohnung zu befinden und hat optische Halluzinationen. Die Pflegekräfte schildern Frau D. als gereizt und aggressiv, sie sind gestresst, weil sie immer wieder jemanden ins Zimmer ruft. An der notwendigen Mobilisation durch einen Krankengymnasten wirkt sie nicht mit.

Der Konsiliar- und Liaisondienst wird auf Grund der deliranten Symptomatik und der Probleme auf der Station zur Krisenintervention gerufen. Der Modellarzt diagnostiziert eine vaskuläre Demenz. Nach Absetzen eines von der Stationsärztin zuvor verordneten und nicht notwendigen Antidepressivums verschwinden die Halluzinationen und Frau D. wird psychomotorisch ruhiger. Die Belastungen der Pflegekräfte können durch intensive Beratung über einen geeigneten Umgang mit der Patientin abgebaut werden. Sie erhalten z.B. den Tipp, über biographische Elemente eine Vertrauensbasis zu Frau D. herzustellen und die Patientin bei Betreten des Zimmers immer persönlich anzusprechen. Hauptproblem bleiben die massiven Orientierungsdefizite in allen Bereichen und die Tatsache, dass Frau D. ihre aktuelle Lebenssituation unrealistisch einschätzt, die Versorgung durch Familienangehörige und die tatsächliche Lage beschönigt und idealisiert.

Die Patientin wird während des Aufenthalts regelmäßig von den Modellbeteiligten aufgesucht. Die Ansprache tut ihr gut und steigert ihre Orientiertheit. Der Ergotherapeuten gelingt es, sie mit Hilfe eines Rollators zu mobilisieren. Trotz anfänglicher Ängste genießt sie es, sich in Begleitung zur Cafeteria zu begeben. Weil die Patientin unter dem Krankenhausaufenthalt leidet, versucht das Team ihre Entlassung nach Hause zu forcieren. Die Stationsärztin plädiert für eine Pflegeheimunterbringung mit vorgeschalteter Kurzzeitpflege. Frau D. sei somatisch nicht mehr behandlungsbedürftig, könne aber aus ihrer Sicht auf Grund der Sturzgefahr und ihrer Verwirrtheit nicht mehr nach Hause entlassen werden. Die Modellbeteiligten erläutern ihr, dass eine

Rückkehr ins häusliche Milieu unter der Voraussetzung eines tragfähigen Hilfenetzes die bessere Alternative für die Patientin darstellt.

Zur Vorbereitung der Entlassung sind eine Reihe von Maßnahmen erforderlich. Dazu kooperiert man mit dem Krankenhaussozialdienst, der sich um die Beantragung einer Pflegestufe kümmert. Zunächst nimmt das Team Kontakt zum Hausarzt auf, um mehr über die familiäre und soziale Situation der Patientin zu erfahren. Nach Rücksprache mit Frau D. wird versucht, ein Familienmitglied zu finden, das bereit ist, die gesetzliche Betreuung zu übernehmen. Nach Gesprächen mit dem in München wohnenden Stiefsohn fällt die Entscheidung, dass die Nichte von Frau D. zur Betreuerin bestellt werden soll.

Um die häusliche Versorgung sicherzustellen, den Tag zu strukturieren und Einsamkeit vorzubeugen, werden in der Folge weitere Hilfen organisiert. Im Vorfeld der Entlassung klärt die Nichte den Einsatz eines Pflegedienstes ab. Frau D. ist mittlerweile in Pflegestufe 1 eingestuft. Der Pflegedienst soll zweimal täglich eingesetzt werden: morgens für das Frühstück, die Grundpflege und die Medikamentengabe, abends um die Mahlzeiten herzurichten und um beim Zubettgehen zu helfen. Außerdem soll zur Vorbeugung einer erneuten Exsikkose über den Tag verteilt die Flüssigkeitsmenge bilanziert werden. Es wird vereinbart, an der Wohnung ein Doppelschloss einzubauen, damit dem Pflegedienst Zugang gewährt ist.

Am Tag der Entlassung wird in der Wohnung der Patientin eine Helferkonferenz organisiert, um die Hilfen zu ergänzen und aufeinander abzustimmen. Anwesend sind neben dem Konsiliar- und Liaisondienst der Hausarzt, der Pflegedienst, zwei Nachbarinnen und die Taxifahrerin, die sich bereits zuvor um Frau D. gekümmert hatten. Der Hausarzt wird zunächst einmal in der Woche nach der Patientin sehen. Eine Nachbarin wird Frau D. täglich besuchen, die andere reinigt die Wohnung. Essen auf Rädern bleibt bestehen, und die Taxifahrerin erledigt weiterhin die Einkäufe. Zusätzlich wird die Gerontopsychiatrische Ambulanz des BKH hinzugezogen.

Bereits nach ein paar Tagen hat sich Frau D. zu Hause gut eingelebt, fühlt sich wohl und ist glücklich, zu Hause zu sein. Ihre zeitliche Orientierung ist weiterhin gestört, die räumliche und situative Orientierung haben sich jedoch erheblich gebessert. Mit ihrem Rollator bewegt sie sich sicher durch die Wohnung, ist dankbar für jede Hilfe, freundlich und kooperativ.

Nach drei Monaten hat sich die Patientin körperlich und psychisch weiter stabilisiert. Auch wenn sie mittlerweile in Pflegestufe 2 eingestuft ist, läuft sie sicher mit ihrem Rollator in der Wohnung und auf der Terrasse und hat beim Aufstehen vom Sessel keine Probleme mehr. Sie ist freundlich und zugänglich, sieht gepflegt aus. Die Patientin fühlt sich wohl, ist glücklich, in ihrer Wohnung zu sein und hat keine Probleme, die organisierten Hilfen anzunehmen. Innerhalb der Wohnung und rund ums Haus ist sie gut orientiert und übernimmt wieder kleine Hausarbeiten. Sie hat täglichen Kontakt mit ihrer gleichaltrigen Nachbarin, sie besuchen sich gegenseitig zum Kaffee und machen kleine Spaziergänge. Da sich ihre Nichte zurückgezogen hat, übernimmt eine Berufsbetreuerin die gesetzliche Betreuung von Frau D. Seit einigen Wochen kommt regelmäßig die Ergotherapeutin zum kognitiven Training. In den Abendstunden leidet die Patientin allerdings unter dem Alleinsein und wird depressiver, worauf die Dosis des Antidepressivums nach Rücksprache mit der Gerontopsychiatrischen Ambulanz leicht erhöht wird.

Nach sechs Monaten ist die Demenz weiter fortgeschritten. Zeitlich, situativ und zu ihrer Person ist Frau D. nur noch grob orientiert, im Langzeitgedächtnis verstärken sich die Defizite. In ihrer gewohnten Umgebung funktioniert die räumliche Orientierung aber noch gut. Was die körperliche Verfassung anbelangt, gibt es keine Veränderungen. Auch das häusliche Hilfenetz funktioniert weiter gut, die Hilfen des Pflegedienstes wurden auf drei Besuche am Tag erhöht. In diesem momentan stabilen Setting ist für Frau D. trotz ihrer fortgeschrittenen Demenz ein Verbleib in den eigenen vier Wänden, verbunden mit einem Höchstmaß an Lebensqualität, noch für einige Zeit möglich.

5.3.2 Summarische Beschreibung der Fallstudien

Die Fallgruppe „Demenzranke“ umfasst insgesamt zehn Personen, wobei zwei Patientinnen neben ihrer Demenz zusätzlich an einer Depression leiden. Die Mehrzahl der Einbezogenen ist weiblichen Geschlechts (8). Außer drei Personen, die (knapp) unter 80 Jahre alt sind, handelt es sich ausschließlich um Hochbetagte. Der Altersdurchschnitt beträgt rund 85 Jahre.

Soziale Einbindung

Nur ein Patient ist verheiratet und lebt mit seiner Ehefrau in einem konfliktreichen Verhältnis zusammen. Die anderen sind ledig bzw. mit einer Aus-

nahme bereits seit langer Zeit verwitwet. Die Hälfte der Patient/innen lebt trotz kognitiver Einschränkungen allein. Bei den anderen besteht in der Regel zwar ein eigener Haushalt, es leben aber noch weitere Familienangehörige mit im Haus, wie z.B. im Fall der zwei hochbetagten Schwestern, die eine 89, die andere 94 Jahre alt, die in getrennten Wohnungen im gemeinsamen Haus wohnen. Von den zehn Personen verfügen fünf über fast keine Sozialkontakte. Wenn Kinder oder Enkel da sind, bestehen höchstens telefonische Kontakte. Auch im nachbarschaftlichen Umfeld sind sie wenig verwurzelt, Kontakte kommen in der Regel nur im Rahmen von Dienstleistungszuständen (z.B. Besuch durch den Pflegedienst, die Haushaltshilfe bzw. Einkaufshilfe).

Die anderen Personen der Fallgruppe verfügen über eine intensivere Einbindung in soziale Beziehungen, es sind z.B. Kinder bzw. Nichten und Nefen im Hintergrund, die Sorge tragen und sich kümmern.

Biographie/Persönlichkeit

Nicht immer liegen bei den demenzkranken Patient/innen ausführliche biographische Angaben vor, wenn z.B. keine Angehörigen da sind und die Kranken selbst nur rudimentär Auskunft geben können. Bei vier von zehn Patient/innen der Fallgruppe werden Probleme beschrieben, die sich aus den jeweiligen Persönlichkeiten bzw. Biographien ergeben. Diese Probleme umkreisen die Felder des Abhängigseins von Dritten und der damit verbundenen notwendigen Annahme von Hilfen. So wird z.B. Frau H. als „prägnante Persönlichkeit“ beschrieben. Sie war zweimal verheiratet, ist in der Ehe enttäuscht worden. Sie habe Probleme, sich unterzuordnen, sei eigenwillig und launisch, wenn etwas gegen ihren Willen geschehe, reagiere sie sehr stur. Herr E. ist sehr auf seine Freiheit bedacht, zeigt sich sehr dominant und hat große Probleme, wenn er von Dritten abhängig ist. Frau D. ist in der Tschechei aufgewachsen. Nach der Vertreibung aus dem Sudetenland gründete sie eine Familie. Sie war nach eigener Aussage immer darauf bedacht, etwas Eigenes zu besitzen. Sie will alles im Griff haben, hat auch schon Vorsorge für ihren Tod getroffen und ein Grab mit Blumenbepflanzung gekauft. Schließlich ist da noch Frau T., die ehemalige Textilingenieurin, die für die damalige Zeit eine für Frauen ungewöhnlich hohe Position erreichen konnte und auf dieser Grundlage finanziell gut abgesichert ist. Sie weiß, was sie will, zeigt sich Dritten gegenüber oft sehr dominant, hat aber auch eine sehr liebenswerte Seite. Sie hat sich in ihrer Wohnung einen eigenen

Rhythmus mit individuellen Gewohnheiten aufgebaut. Jede Woche verbraucht sie eine Stange Zigaretten und eine Flasche Whisky, den sie mit Wasser verdünnt genießt.

Körperliche/psychische Verfassung und Konsilanlass

Die Patient/innen der Fallgruppe sind in der Regel hochbetagt und was ihre körperlichen Erkrankungen anbelangt stark eingeschränkt. Neben Herz-Kreislaufkrankungen, Stoffwechselstörungen und Krankheiten des Skeletts und Muskelsystems sind sie auch von Hör- und Seheinschränkungen betroffen. Dennoch führte ein Teil von ihnen vor dem Krankenhausaufenthalt mit kleineren Hilfen noch ein weitgehend selbstständiges Leben.

Andere wiederum haben ihre Situation offenbar überschätzt und nicht rechtzeitig Hilfe in Anspruch genommen. So kommt z.B. die Fallpatientin Frau D. (vgl. 5.3.1), die durch ihre schwere Osteoporose stark bewegungseingeschränkt ist, in einem verwahrlosten Zustand mit Exsikkose ins Krankenhaus. Sie ist zudem verwirrt und weinerlich, leidet unter Halluzinationen und massiven Orientierungsdefiziten. Auch andere Patient/innen dieser Gruppe sind beim Erstkontakt psychisch erheblich beeinträchtigt, leiden unter Orientierungsverlust und Wahnvorstellungen. Im Einzelnen werden die krisenhaften Konsilanforderungen wie folgt begründet:

Bei Frau D. wird der Konsiliar- und Liaisondienst wegen ihrer deliranten Symptomatik und wegen Umgangsproblemen auf der Station zur Krisenintervention gerufen. Ähnlich gelagert ist der Fall von Frau N, wo um Hilfe nachgesucht wird, weil sich auf Grund schwerer Wahnvorstellungen Probleme im Umgang ergeben haben. Auch mit Herrn E. kommt das Krankenhauspersonal nicht alleine zurecht, er leidet nach einer Operation unter einem so genannten „Durchgangssyndrom“ mit starker Unruhe und aggressivem Verhalten. Bei Frau P. wird ausdrücklich die nächtliche Verwirrtheit als Konsilanlass genannt. Bei den anderen Patient/innen geht es nach auffallem Verhalten im Erstkonsil zunächst um die Klärung einer Demenz- bzw. Depressionsvermutung.

Interventionen des Konsiliar- und Liaisondienstes

Bereits der Konsilanlass gibt Hinweise auf unterschiedlichen Interventionsbedarf. Liegt bei einer Patientengruppe der Fokus vor allem auf der individuellen Versorgungssituation, stehen bei anderen auch die Vermittlung im

Konfliktfall und Handlungsempfehlungen zum Umgang mit den Patient/innen als gleichrangige Anforderungen im Raum. So stellt sich bei Herrn E. heraus, dass sein Durchgangssyndrom wohl dadurch so massiv ausfällt, weil er seit langem an einer vaskulären Demenz leidet. Sein Zustand stabilisiert sich unter Gabe entsprechender Medikamente recht schnell, so dass er sich in der Folge kooperativ verhält und auch nach einer weiteren erforderlichen Operation keine Probleme im Umgang mehr auftreten.

Schwieriger gestaltet sich die Situation bei Frau N., die massiv unter dem Gedanken leidet, ihre Schwester sei niedergestochen und ihr Geschäft ausgeraubt worden. Sie habe dies ständig vor Augen und niemand glaube ihr. Frau N. klagt weiter über Übelkeit und dass sie nichts zu essen bekomme, sich keiner um sie kümmere. Das Pflegepersonal beschwert sich im Gegenzug, dass die Patientin aggressiv und unruhig sei, sich Hilfen widersetze und immer die gleichen Fragen stelle. Um die Situation zu entschärfen, leitet der Konsiliar- und Liaisondienst eine zügige medikamentöse Behandlung gegen die Unruhe und Wahnvorstellungen ein. Vom Fachdienst erhält das Personal zudem konkrete Tipps zum Umgang mit Frau N. Man solle sie z.B. über biographische Themen erreichen. Eskalationen könnten vermieden werden, indem die Aussagen der Patientin nicht in Frage gestellt werden und sich das Pflegepersonal nicht auf Diskussionen einlasse. Es wird empfohlen, vermehrt auf ihre Gefühlswelt einzugehen, sich z.B. auf die Frage zu konzentrieren, welche Auswirkungen bestimmte Wahrnehmungen der Patientin auf ihr Empfinden haben. Trotz der Unterstützung erweist sich die somatische Behandlung als schwierig, so dass die Klinik auf eine Verlegung ins BKH drängt. Weil dies vom Konsiliar- und Liaisondienst nicht befürwortet wird, spricht sich die Klinik für eine schnelle Entlassung aus, die dann vom Modellteam vorbereitet wird.

Auch bei Frau T., der ehemaligen Textilingenieurin, stellen sich im Laufe des Aufenthaltes Probleme im Umgang ein. Als sie wieder einmal alleine aufsteht, um die Toilette zu suchen, stürzt sie und zieht sich eine Schenkelhalsfraktur zu. Nach der Operation entstehen Probleme, weil sie sich den Dauerkatheter heraus zieht, die Lagerung verweigert und entgegen der ärztlichen Empfehlung immer wieder alleine aufsteht und herumläuft. Nach Beratungen mit dem Fachdienst gelingt es dem Personal immer besser, sich auf die situativ deutlich desorientierte Frau T. einzustellen und sich auf ihre Lebenswelt einzulassen. Zu bestimmten Zeiten wird sie sogar mit ins Dienstzimmer genommen, wo sie sich in der Gesellschaft der Pflegekräfte offen-

sichtlich wohlfühlt. Nachdem ein großes Plakat in Sichtweite der Patientin angebracht wird, auf dem steht, dass sie nicht alleine aufstehen soll, reduziert sich auch dieses Problem.

Am Beispiel von Frau T. lässt sich zudem eine weitere wichtige Intervention des Konsiliardienstes nachzeichnen, die vor allem in der Fallgruppe der Demenzkranken von größter Bedeutung ist: die Angehörigenarbeit. So wurde der Fachdienst von der Station unter anderem deshalb gerufen, weil einer der Söhne die Mutter im Pflegeheim unterbringen wollte. Nach intensiver Beratung mit dem Modellteam wird von Seiten der Angehörigen von dem Plan einer Heimeinweisung abgesehen. Der Fachdienst hatte argumentiert, dass sich Frau T. stets negativ über Heime geäußert habe und in der gewohnten häuslichen Umgebung über mehr biographische Impulse verfügen könne, die ihr ein gutes Gefühl geben und ihr Orientierung verschaffen. Die gemeinsame Planung ergab Folgendes: Einer der Söhne beantragt eine gesetzliche Betreuung, die der Ehemann der Nichte übernimmt. Der Krankenhaussozialdienst kümmert sich um die Einstufung nach SGB XI. Morgens und abends soll ein Pflegedienst für Grund- und Behandlungspflege eingesetzt werden, mittags gibt es Essen auf Rädern. In der Wohnungstür wird ein Doppelschloss eingebaut. Die Haushaltshilfe wird ihre Arbeit wie bisher weiter erledigen. Um Brandgefahr zu reduzieren und unkontrolliertem Alkoholkonsum vorzubeugen, wird alles, was an Alkohol und Zigaretten erinnert, aus der Wohnung entfernt.

Die patientenbezogenen Interventionen in der Fallgruppe der Demenzkranken haben eine spezielle Ausprägung. Neben der rein medikamentösen Therapie geht es vor allem darum, den Patient/innen Sicherheit zu vermitteln und für sie eine Korsettfunktion in einer für sie unübersichtlichen Situation zu übernehmen. Dazu werden empathische Gespräche geführt und über Erinnerungspflege Vertrauen aufgebaut.

Als Beispiele für die patientenbezogenen Interventionen des Modellteams sollen die beiden hochaltrigen Schwestern dienen. Zunächst war die jüngere der beiden wegen einer Fraktur ins Krankenhaus gekommen, die ältere folgte in kurzem Abstand in schlechtem Allgemeinzustand und mit Exsikkose. Bei beiden stellt der Modellarzt die Diagnose Demenz, wobei die Erkrankung bei der Älteren schon weiter fortgeschritten ist. Sowohl mit Frau G. als auch mit Frau F. werden regelmäßig Gespräche geführt und die Ergotherapeutin kümmert sich um die Mobilisierung. Als sich die beiden erstmals im Rahmen

der Aktivierungsgruppe treffen, ist die Freude sehr groß. Es wird deutlich, dass sie in einem symbiotischen Verhältnis leben, in dem die jüngere die ältere bevormundet, beide damit aber offenbar gut zu Recht kommen und sich wohl fühlen. Auf Grund dieser Erkenntnis setzt sich der Konsiliar- und Liaisondienst dafür ein, dass die beiden in ein gemeinsames Zimmer verlegt werden, wo sie nun gemeinsam vom Fachdienst besucht werden.

Da beide einen Wechsel ins Heim ablehnen, prüfen die Modellbeteiligten, ob unter diesen Umständen eine häusliche Versorgung weiter aufrecht zu erhalten wäre. Nach intensiven Beratungen mit den Angehörigen beschließen diese, dem Wunsch der älteren Damen zu entsprechen, auch wenn das Klinikpersonal große Skepsis äußert. Gestützt durch die positiven Erfahrungen mit dem gemeinsamen Zimmer in der Klinik wird im Rahmen der Entlassungsplanung vereinbart, dass beide Schwestern in das Erdgeschoss ihres Hauses umziehen und sich in Zukunft ein gemeinsames Schlafzimmer teilen. Es wird ein engmaschiges Netz an Hilfen gestrickt, das eine Unterversorgung vermeiden soll.

Erfolg der Interventionen

Der unmittelbare Erfolg der Interventionen misst sich in erster Linie an der Versorgungsqualität der Patient/innen, an deren subjektivem Empfinden von Lebensqualität und Wohlbefinden. Gerade in der Fallgruppe der demenzkranken Patient/innen kann daneben belegt werden, wie wichtig die Arbeit des Konsiliar- und Liaisondienstes zudem für das Belastungserleben des Pflegepersonals und der Angehörigen ist. Finanzielle Einsparungen ergeben sich vor allem durch die Vermeidung unnötiger Heimunterbringungen.

In aller Regel ist das Wohlbefinden älterer Menschen eng an den Verbleib in ihrem gewohnten räumlichen und sozialen Umfeld gekoppelt. Insbesondere für Demenzkranke hat die Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung aber zusätzlich eine therapeutische Funktion: so können Orientierungsdefizite kompensiert und über Erinnerungsgegenstände emotionale Sicherheit vermittelt werden. Dennoch muss in jedem Einzelfall geprüft werden, ob der Verbleib in den eigenen Wänden verantwortbar ist.

In der Fallgruppe der Demenzkranken wird nach Abwägen der Umstände bei zwei Personen ein Heimwechsel organisiert. Dabei handelt es sich einmal um Frau J., bei der bereits während des Krankenhausaufenthaltes erhebliche Probleme aufgetreten waren. So verarbeitete sie den Kranken-

hausaufenthalt wahnhaft, sie fühlte sich bedroht, dachte sie sei im Gefängnis und solle vergiftet werden, weshalb sie Nahrung und Getränke verweigerte. Weil die medikamentöse Therapie keinen Erfolg zeigte, musste Frau J. vorübergehend ins BKH verlegt werden, wo sie medikamentös gut eingestellt wurde, so dass die Verwirrheitszustände und Wahnvorstellungen zusehends zurückgingen. Wegen ihrer fortgeschrittenen Demenz und weil die kinderlose und verwitwete Frau über nahezu keine sozialen Kontakte im häuslichen Umfeld verfügt, wird für sie der Umzug ins Pflegeheim organisiert. Ihr Umzug wird gut vorbereitet, sie kann sich noch gut einleben, ist aktiv, fühlt sich wohl und profitiert von den Aktivitäten und sozialen Kontakten.

Auch bei Frau N., bei der ebenfalls bereits während des Krankenhausaufenthaltes eine Krisenintervention des Konsiliar- und Liaisondienstes notwendig war, wird ein Wechsel ins Pflegeheim nötig. Sie war zwar zunächst nach Hause entlassen worden, wo sie sich ihr körperlicher und geistiger Zustand erheblich verbesserten. Nach Problemen mit dem einbezogenen Pflegedienst und einer zunehmenden Überforderung der pflegenden Schwester musste dann doch der Umzug organisiert werden. Die Patientin hatte immer wieder die Grundpflege abgelehnt, sie fühlte sich bevormundet und reagierte darauf nicht selten mit Aggressivität. Im Pflegeheim wird für sie ein sicherer Rahmen geschaffen. Sie genießt dort eine gute Lebensqualität mit mehr Sozialkontakten, erhält viel Besuch, ihre nächtliche Verwirrtheit wird akzeptiert.

Bei den anderen acht Fallpatient/innen kann die häusliche Versorgung aufrechterhalten werden, auch wenn sich das Krankenhauspersonal dazu teilweise sehr skeptisch geäußert hatte. Bestes Beispiel hierfür ist das alte Geschwisterpaar, das nach einer Zusammenlegung der Wohnungen und dem Aufbau eines engmaschigen Versorgungsnetzes trotz erheblicher körperlicher und geistiger Einschränkungen hochzufrieden zu Hause lebt. Auch die familiären Helfer, die durch eine ausführliche Beratung zu diesem Schritt ermutigt wurden, sind mit der Lösung glücklich, weil sie sehen, wie wohl sich die Schwestern in ihren eigenen vier Wänden und in ständiger gemeinsamer Gesellschaft fühlen.

Ähnlich ist es bei Frau T., die trotz ihrer starken kognitiven Defizite innerhalb ihrer Wohnung gut zurecht kommt und sich einige individuelle Annehmlichkeiten leistet, die im Rahmen einer externen Versorgung so vielleicht nicht

möglich wären. Basis des stabilen Settings sind engagierte Helfer/innen in der Familie und im professionellen Umfeld, wobei der Pflegedienst zwi- schendurch Beratung durch den Konsiliar- und Liaisondienst benötigte, jetzt aber ein gutes Verhältnis zu Frau T. aufgebaut hat.

Auch die beiden Männer der Fallgruppe haben von der Unterstützung des Fachdienstes profitiert. Herr E. hat sich so stark regeneriert, dass er sogar keinen Pflegedienst mehr benötigt und nach intensiver Beratung der Ehefrau haben sich auch die ehelichen Konflikte entspannt. Herr L hatte zu Hause zunächst Probleme mit Stürzen, worauf die Modellbeteiligten anrieten, die blutdrucksenkenden Mittel zu reduzieren. Auf Grund der depressiven Symptomatik benötigte Herr L eine Nachbetreuung durch die Gerontopsychiatri- sche Ambulanz. Allmählich verschwand die körperliche und psychische Symptomatik, er kann wieder Außenkontakte pflegen und wirkt mit seinem Leben zufrieden.

Bei Frau H sind Probleme in der häuslichen Versorgung aufgetreten, weil sie sehr eigenwillig ist und eigentlich notwendige Hilfen, wie gesetzliche Betreuung, ambulante Pflege und medikamentöse Therapie, ablehnt. Nur die Unterstützung durch die Gerontopsychiatri- sche Ambulanz kann sie zu- lassen. Sie verfällt nach einem Sturz in eine Krise. Nachdem sie zunächst ins Klinikum eingewiesen werden muss, ist eine Verlegung in das BKH nötig, wo sie antidepressiv behandelt wird. Sie stabilisiert sich aber wieder und nachdem der Fachdienst nun einen in der Gerontopsychiatrie ausgewiese- nen Pflegedienst vorschlägt, gelingt auch die ambulante Versorgung besser.

Beispiel für einen negativen Verlauf trotz häuslicher Versorgung ist Frau P. Sie leidet neben der Demenz an einer ausgeprägten Depression. Nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus hatte sie sich zwar psychisch verbessert, Schwierigkeiten ergaben sich durch ihre geringe Belastbarkeit und Immobili- tät. Ihr Hauptproblem lag jedoch in der Vereinsamung. Auf Grund von Kon- flikten hatte die Tochter den Kontakt zur ihr abgebrochen. Die Enkel küm- merten sich zwar um sie, wohnten aber 600 Kilometer entfernt. Nach Ab- bruch der antidepressiven Behandlung durch den Hausarzt tauchte die Symptomatik wieder verstärkt auf. Zwar konnte der Hausarzt überzeugt werden, die Medikamente wieder zu verordnen, Frau P. musste jedoch nach einer körperlichen Krise erneut ins Klinikum eingewiesen werden. Dort ver- starb sie schließlich in schlechter psychischer Verfassung, vereinsamt und

betrübt durch die familiären Konflikte, die sie bis zu ihrem Tod nicht lösen konnte.

5.4 Fallgruppe „Depressive Patient/innen“

5.4.1 Fallbeispiel Herr F.

Herr F. ist 82 Jahre und lebt nach dem Tod der Ehefrau vor sieben Jahren allein in seiner Wohnung. Die einzige Verwandte ist seine Stieftochter, die in Rom lebt und ihn mehrmals im Jahr besucht, ansonsten hat er keinerlei Kontakte. Er versorgt sich selbst, putzt, kocht, wäscht die Wäsche, was ihm Freude bereitet. Seit einiger Zeit fühlt er sich jedoch zunehmend einsam und ist depressiv verstimmt.

Im Januar 2002 wird Herr F. wegen eines dekompensierten COPD-Syndroms in die Innere Abteilung des Krankenhauses aufgenommen. Weil sich sein Zustand innerhalb einiger Tage verschlechtert, muss er auf die Intensivstation verlegt werden. Dort äußert er immer wieder, nicht mehr leben zu wollen, alles hätte keinen Sinn mehr, er wolle nur noch in Ruhe gelassen werden. Eine Therapie lehnt er ab. Sein Leben ist akut gefährdet.

Der Modellarzt diagnostiziert eine Depression mit passiven Todeswünschen, Suizidgedanken und vollkommener Mut- und Hoffnungslosigkeit. Der Patient klagt bei seinem Besuch über ständige Müdigkeit, Antriebslosigkeit und allgemeine körperliche Schwäche. Es wird ein Antidepressivum und zur Akutentlastung ein Beruhigungsmittel verordnet. Herr F. erklärt sich einverstanden, während seines Aufenthaltes vom Konsiliar- und Liaisondienst begleitet zu werden, gemeinsam nach Perspektiven zu suchen und Hilfen für zu Hause zu organisieren.

Herr F. wird in der Folge von den Mitarbeiterinnen des Konsiliar- und Liaisondienstes intensiv betreut. Nach anfänglicher Skepsis nimmt er die Gesprächsmöglichkeiten mit den Modellbeteiligten dankbar an. Die von der Ergotherapie eingeleitete kognitive Therapie verfolgt er mit großem Interesse und die dort gesammelten Erfolgserlebnisse stärken sein Selbstvertrauen.

Nachdem sich der Zustand des Patienten etwas verbessert hat, wird in einem persönlichen Gespräch mit der Tochter seine Entlassung geplant. Die Tochter kümmert sich um die Beantragung einer Pflegestufe und um die

Einschaltung eines ambulanten Pflegedienstes zur Unterstützung der Grundpflege und zur Medikamentengabe. Sie will in Zukunft längere Zeiträume bei ihrem Stiefvater verbringen. Für die Zwischenzeit wird mit einer Nachbarin vereinbart, die hauswirtschaftliche Versorgung zu übernehmen. Zusätzlich wird Essen auf Rädern bestellt. Einmal wöchentlich soll über die Gerontopsychiatrische Ambulanz Fachpflege und Ergotherapie sichergestellt werden.

Eine Woche nach dem Erstkontakt mit dem Konsiliar- und Liaisondienst kann Herr F. nach Hause entlassen werden. Er ist jetzt vorläufig in Pflegestufe 1 eingestuft. Sein körperlicher und psychischer Zustand haben sich verbessert. Immer noch ist er wegen einer schweren Herz- und Niereninsuffizienz so eingeschränkt, dass seine Probleme mit der Einsamkeit nicht angegangen werden können. So müssen Überlegungen, ihn in ein auf Prävention ausgerichtetes Begegnungszentrum für ältere Menschen zu integrieren, zurückgestellt werden.

Sechs Wochen nach der Entlassung geht es Herrn F. stimmungsmäßig wieder besser. Er erzählt gerne aus seiner Kindheit und Jugend. Vom körperlichen Zustand her fühlt er sich noch schwach und nicht belastungsfähig. Spaziergänge vor das Haus, die von der Ergotherapeutin eingeübt werden, strengen ihn sehr an, die Mobilisation geht langsam voran. Die Versorgung zu Hause gelingt sehr gut. Herr F. schafft jetzt die Grundpflege fast alleine, die Nachbarin kümmert sich um den Haushalt und das Kochen. Die wöchentlichen Termine mit der Krankenschwester oder der Ergotherapeutin der Gerontopsychiatrischen Ambulanz tun ihm sichtlich gut.

Drei Monate nach der Entlassung zeigt sich eine deutliche Verbesserung des psychischen Befindens. Herr F. verlässt zu kleinen Spaziergängen das Haus, möchte auch unbedingt wieder Auto fahren. Von der Stimmung her zeigt er sich locker und heiter, wirkt wieder selbstbewusster. Er liest vermehrt, löst gerne Kreuzworträtsel und nimmt aktiv am kognitiven Training durch die Ergotherapeutin teil. Insgesamt kommt er gut zu Hause zurecht und sieht wieder etwas mehr Lebensperspektive.

Ein halbes Jahr nach der Entlassung berichtet Herr F. von einer Wiederaufnahme in das Krankenhaus, die nach einer Schenkelhalsfraktur notwendig geworden war. Während des Aufenthaltes zeigte er ein sehr schlechtes cardiales Zustandsbild und benötigte wegen einer Prostatahypertrophie für einen längeren Zeitraum einen Blasenkatheter. Parallel zu seinem schlech-

ten körperlichen Zustand entwickelte er wieder eine starke depressive Symptomatik mit Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, Appetitmangel und passiven Todeswünschen. Eine Verbesserung stellte sich erst bei der anschließenden RehaMaßnahme ein, bei der Herr F. allmählich wieder kräftiger wurde und sich auch psychisch, bei gleich bleibender Medikation, stabilisierte. Wieder zu Hause zeigt sich Herr F. selbstbewusst und in ausgeglichener Stimmung, schmiedet Lebenspläne. So plant er, mit dem Schiff eine Weltreise zu unternehmen und verfolgt dieses Ziel mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln. Er geht alleine mit dem Rollator zum Einkaufen, hat auch im Haushalt vermehrt wieder Aufgaben übernommen, so dass die Nachbarin nur noch sporadisch gebraucht wird. Weiterhin gibt es regelmäßige Kontakte und stützende Gespräche mit den Mitarbeiterinnen der Gerontopsychiatrischen Ambulanz.

Durch die Hilfe des Konsiliar- und Liaisondienstes ist es demnach gelungen, Herrn F.'s psychische Verfassung zu stabilisieren, den Verbleib in der gewohnten Umgebung und trotz der erheblichen körperlichen Einschränkungen eine Zukunft mit Lebensqualität zu ermöglichen.

5.4.2 Summarische Beschreibung der Fallstudien

Die Fallgruppe umfasst wie die erste Hauptgruppe zehn Personen, darunter drei Männer. Die jüngste Patientin ist erst 71 Jahre, nur drei Patient/innen sind über 80 Jahre alt. Auch der Altersdurchschnitt liegt mit 78,5 Jahren deutlich unter dem der Dementengruppe. Eine Patientin, Frau B., lebt bereits bei Kontaktaufnahme durch den Konsiliar- und Liaisondienst im Pflegeheim.

Soziale Einbindung

Von den zehn Patient/innen sind sieben verwitwet, darunter zwei erst seit zwei bzw. drei Jahren, zwei sind ledig und eine geschieden. Die geschiedene Frau K. lebte mit ihrer Mutter zusammen, bis diese vor drei Jahren verstarb und sie damit ihre wichtigste Vertrauensperson verlor. Lässt man die Heimbewohnerin außer Acht, leben acht Personen allein. Frau C hat im Haus der Tochter eine eigene Wohnung, zwischen beiden besteht aber keine enge emotionale Bindung. Vier Patient/innen sind kinderlos, die anderen leiden teilweise unter erheblichen familiären Konflikten bzw. Problemen, die einen regelmäßigen Kontakt beeinträchtigen. Von zehn Patient/innen haben sechs annähernd keine Sozialkontakte mehr. Nur drei Patient/innen kann

man als sozial eingebunden bezeichnen. Da ist z.B. Frau O., die eine gute Beziehung zu ihrer Tochter und zu ihrer Schwester pflegt, die beide aber nicht vor Ort wohnen. Probleme bereitet ihr ein massiver Konflikt zur Schwiegertochter. Frau O. macht sie für den Selbstmord ihres Sohnes verantwortlich und die Schwiegertochter versagt ihr im Gegenzug einen regelmäßigen Kontakt zu den Enkelkindern. Herr B. hat zwei Töchter, die sich um ihn kümmern, leidet aber noch unter dem Tod seiner Frau vor zwei Jahren. Frau U. hat regelmäßigen Kontakt zu den Söhnen, einer ist jedoch drogenabhängig und macht ihr viele Sorgen. Auch ihr Ehemann war Alkoholiker und sie pflegte ihn damals trotz der Trennung bis zu seinem Tod. Frau B., die Heimbewohnerin, führte bis zum Tod des Mannes eine sehr konfliktreiche Ehe. Auch zur Tochter hat sie keinen Kontakt mehr, die Stieftochter sieht sie ab und zu. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Patient/innen der Fallgruppe entweder isoliert sind, weil in der Nähe keine Angehörigen oder sonstigen Bezugspersonen vorhanden sind bzw. mit diesen Konflikte bestehen oder es ist eine Einbindung gegeben, es bestehen aber aus anderen Gründen Anlässe zu Trauer und Sorge.

Biographie/Persönlichkeit

Die Biographie der Fallgruppenpatient/innen ist oft von den familiären Problemen und Konflikten bestimmt. So erlebte z.B. die bei ihrer Tochter lebende Frau C. bereits eine unglückliche Kindheit mit frühem Tod des Vaters, verlor ihren Sohn, aus Gram darüber später den Mann. Auch Frau Z. leidet immer noch unter dem Tod ihres Ehemanns, der über einen Zeitraum von 15 Jahren nach und nach einem Krebsleiden erlegen war.

Hinzu kommt, dass ein Teil der Patient/innen über eine recht eigenwillige Persönlichkeit verfügt, die im Umfeld oft auf wenig Verständnis stößt. So war z.B. Herr S. früher Offizier, er hat einen ausgeprägten Drang nach Korrektheit und Selbstständigkeit und begegnet seinen Mitmenschen mit einer gewissen „Herrenmentalität“, mit der Konsequenz, dass er sehr unbeliebt ist und von der Familie und Nachbarschaft gemieden wird. Auch Frau V. gilt als „komische, eingebildete und reservierte“ Person, sie lebt sehr isoliert, die Nachbarn halten sich von ihr fern, sie möchte nach eigener Aussage auch keine Kontakte, fühlt sich jedoch sehr allein. Frau U. ist anderen Menschen gegenüber ebenfalls sehr skeptisch, nach schlechten Erfahrungen vor allem gegenüber Vertreter/innen des Medizinsektors. Sie findet nach eigenen Aussagen selten passende Gesprächspartner, weshalb sie eher zurückge-

zogen lebt. Unter einer regelrechten Persönlichkeitsstörung leidet Frau B., die bereits vor dem Heimwechsel innerhalb der Familie starke Konflikte auf sich zog; so war sie sehr dominant und schwankte immer zwischen Aggression und Depression. Im Heim ist sie nur schwer integrierbar, zeigt auffälliges Verhalten. Sie bauscht z.B. Kleinigkeiten extrem auf und setzt sich theatralisch in Szene. Vor der Kontaktaufnahme durch den Konsiliar- und Liaisondienst hat sie bereits zwei Suizidversuche unternommen und war insgesamt viermal im BKH.

Körperliche/psychische Verfassung und Konsilianlass

Vielleicht weil die Patient/innen der Fallgruppe im Durchschnitt sechs bis sieben Jahre jünger sind als die Patient/innen in der Demenzgruppe, sind die körperlichen Einschränkungen nicht ganz so stark ausgeprägt. Dennoch werden sieben Patient/innen wegen körperlichen Erkrankungen in das Krankenhaus eingewiesen und im Laufe der Behandlung verhärtet sich der Verdacht auf eine psychische Komponente. Bei einer Patientin wird bereits bei Aufnahme neben dem somatischen Anlass eine depressive Symptomatik benannt und zwei Personen werden nach Suizidversuch als Notfall eingewiesen.

Die meisten Patient/innen sind körperlich noch einigermaßen stabil, dafür drängen psychische Probleme in den Vordergrund, die sich zum einen in einer zunehmenden depressiven Verstimmtheit, zum anderen in Somatisierungsstörungen äußern. So z.B. Frau O., die mit ihren 77 Jahren zwar rüstig ist, jedoch subjektiv erhebliche körperliche Beeinträchtigungen erlebt, wie Tremor an allen Extremitäten, verbunden mit Gangunsicherheit, Gleichgewichtsstörungen bis hin zur Sturzgefährdung. Hinzu kommen rezidivierende Ohrgeräusche und Kollapszustände unklarer Genese. Auch Frau K., die durch ihre Parkinsonerkrankung eigentlich nur leicht eingeschränkt ist, stellt diese Symptome, wie das gebeugte Gehen, die verlangsamte Bewegung und die verwaschene Sprache, in den Vordergrund ihrer Klage und macht sie für ihre psychische Verfassung verantwortlich. Dabei war sie bereits vor dem Krankenhausaufenthalt wegen einer sich nach dem Tod der Mutter entwickelnden rezidivierenden depressiven Störung in psychiatrischer Behandlung.

Bei einem anderen Teil der Patient/innen werden die Wechselwirkungen von körperlichem und geistigem Zustand auf eine umgekehrte Weise deutlich.

Diese sind wegen körperlichen Erkrankungen so stark eingeschränkt, dass die Psyche zusätzlich leidet und der Lebensmut schwindet (vgl. auch 5.4.1). So entwickelt z.B. Frau C. nach einer diabetesbedingten Zehenamputation und starken Schmerzen eine ausgeprägte depressive Störung. Die rüstige Frau U., die jüngste Patientin der Fallgruppe, kommt mit ihren therapieresistenten Rückenschmerzen nicht zurecht. Von der Orthopädischen Abteilung wird sie mit Verdacht auf Bauchspeicheldrüsenkrebs in die Innere verlegt. Auch wenn der Verdacht nicht eindeutig bestätigt werden kann, drängt das ärztliche Personal auf eine Operation, die Frau U. allerdings ablehnt. Sie zeigt eine deutliche depressive Symptomatik mit spontanen Tränenausbrüchen. Oder Frau V., die unter starkem Hochdruck und Diabetes leidet und in den vergangenen eineinhalb Jahren wegen hypertensiver Krisen viermal in stationärer Behandlung war. Ihr letzter Aufenthalt kommt zustande, nachdem sie nach einem Sturz mehrere Tage alleine und hilflos auf dem Boden ihrer Wohnung gelegen hatte. Auch wenn der Modellarzt ein adynam-depressives Syndrom im Sinne einer vitalen Traurigkeit feststellt, verleugnet Frau V. eine psychische Beeinträchtigung. Ihr Befinden sei ein rein körperliches Problem.

Vor allem bei Herrn B. hat sich die Kombination von psychischer Belastung und körperlichen Beeinträchtigungen so gravierend ausgewirkt, dass Herr B. einen Selbstmordversuch unternimmt, wonach er ins Klinikum eingewiesen wird. Herr B. hat vor zwei Jahren seine Frau verloren, seitdem lebt er allein. Schon länger leidet er an einem insulinpflichtigen Diabetes, an arterieller Hypertonie und an einer chronisch-venösen Insuffizienz der Beine. Vor seinem Selbstmord quälten ihn zunehmend Schlaflosigkeit, Appetitverlust, Antriebsschwäche und Grübelneigung sowie massive Obstipationsprobleme, auf die er sich gedanklich stark fixiert hat. Als er sich mit seinen Problemen nicht ernst genommen fühlt, versucht er, seinem Leben ein Ende zu setzen, wird aber von seiner Tochter rechtzeitig gefunden.

Interventionen des Konsiliar- und Liaisondienstes

Im Gegensatz zur vorherigen Fallgruppe der Demenzkranken sind die kurativen Möglichkeiten bei Depressionserkrankungen viel versprechender, hat man doch mit der heterogenen Medikamentengruppe der Antidepressiva eine wirksame Interventionsmöglichkeit. Bei allen Patient/innen der Fallgruppe hat der Modellarzt eine rasche medikamentöse Therapie vorgeschlagen. Die meisten erhalten erstmals ein Antidepressivum, bei einzelnen

wird dieses auf Grund der krisenhaften Situation durch ein Beruhigungsmittel oder ein Schlafmittel ergänzt, bis sie sich wieder etwas stabilisiert haben. Bei einer Patientin, der parkinsonkranken Frau K., wird das vom niedergelassenen Arzt verordnete Antidepressivum durch ein spezifischeres ersetzt. Grundsätzlich muss der Modellarzt bei seinen älteren Patient/innen berücksichtigen, dass diese durch ihre Multimorbidität oft eine Vielzahl von Präparaten einnehmen, die unter Umständen mit dem Antidepressivum in Wechselwirkung treten bzw. in Kombination mit diesem zu unangenehmen Nebenwirkungen führen. Nicht alle Wirkstoffe sind deshalb für ältere Menschen geeignet.

Hindernisse für den Erfolg der medikamentösen Therapie liegen einmal in einer Nichtakzeptanz der Erkrankung und daraus folgenden Ablehnung von Medikamenten und/oder in einer mangelnden Medikamentencompliance. So verleugnet z.B. Frau V. ihre Depression und lehnt die diesbezüglichen therapeutischen Bemühungen des Modellteams (Antidepressivum, Psychoedukation) zunächst ab. Bei Frau Z. zeigen sich deutliche Probleme in der Medikamentencompliance. Weil sie auf Grund ihrer Lebensgeschichte starke Vorurteile gegenüber medizinischen Einrichtungen und gegenüber der Psychiatrie hat, weigert sie sich, die psychische Erkrankung als solche zu akzeptieren und setzt häufiger eigenmächtig die Medikamente ab, was immer wieder zu Einbrüchen führt (vgl. auch *Erfolg der Interventionen*).

Neben der medikamentösen Therapie ist die Beziehungspflege bei depressiven alten Menschen von besonderer Bedeutung. Alle Patient/innen benötigen regelmäßig stützende Gespräche, wobei einige sich zu Beginn misstrauisch verhalten und zunächst vom Sinn der Interventionen überzeugt werden müssen (vgl. auch Fallbeispiel Herr F., 5.4.1). Die Inhalte der Gespräche variieren in Abhängigkeit vom jeweils persönlichen Problemhintergrund. Um Unterstützung bei der Trauerarbeit geht es z.B. bei Frau K., die kürzlich ihre wichtigste Bezugsperson, die Mutter verloren hat. Dies gilt auch für Frau Z., die seit drei Jahren verwitwet ist und Hilfe bei der Entwicklung neuen Lebensmutes und einer neuen Lebensperspektive benötigt. Ihre Depression scheint eine Reaktion auf den Tod des Mannes zu sein, sie fühlt sich jetzt sehr allein und wünscht sich, bald zu sterben, um wieder bei ihm zu sein. Mit Hilfe gestalttherapeutischer Therapie lenkt die Ergotherapeutin Frau Z. von ihrem Grübelzwang ab und verhilft ihr zu kleinen Erfolgserlebnissen. Trotz Skepsis des Konsiliar- und Liaisondienstes wird Frau Z. in wenig verbessertem Zustand bereits nach einer Woche aus dem Kranken-

haus entlassen. Die Ergotherapeutin besucht sie zwar weiterhin zu Hause, kann aber nicht verhindern, dass Frau Z. zunehmend einbricht, zumal sie alle Medikamente eigenständig abgesetzt hat. Frau Z. lehnt den Vorschlag des Modellteams ab, sich zur Intensivbehandlung ihrer Depression ins BKH zu begeben, lässt sich aber zumindest darauf ein, zur Abklärung der mittlerweile starken somatischen Beschwerden ins Klinikum zu kommen. Während ihres erneuten Aufenthaltes wird Frau Z. dort intensiv begleitet, zudem erhalten die Pflegekräfte auf der Station einen Hinweis, dass sie die Medikamenteneinnahme der Patientin genau überwachen sollen.

Frau O. leidet immer noch unter dem Selbstmord ihres Sohnes und unter den damit in Zusammenhang stehenden Konflikten zu ihrer Schwiegertochter. Ausgelöst durch die Depression ist sie durch eine Reihe unangenehmer körperlicher Beeinträchtigungen eingeschränkt, die sie zusätzlich verunsichern. Der Konsiliar- und Liaisondienst unterstützt sie bei der Trauerarbeit und beim Umgang mit den familiären Spannungen. Neben intensiven Gesprächen erhält sie Ergotherapie und wird in die Aktivierungsgruppe integriert. Gegen ihren Wunsch wird sie aus dem Krankenhaus entlassen, und es kommt nach einem Urlaub bei der Tochter zu einer Wiedereinweisung in einem deutlich schlechteren Zustand. Da die somatischen Befunde unauffällig sind und die Beschwerden auf psychogene Ursachen hinweisen, wird Frau O. zur Intensivbehandlung ihrer Depression ins BKH eingewiesen, wo sie sich schnell erholt.

Bei Herrn B. steht nach seinem Selbstmordversuch neben intensiven Gesprächen vor allem die Mobilisierung im Vordergrund der Bemühungen. Nachdem der 89-Jährige zunächst in allen Belangen von Dritten abhängig ist, wird er durch kontinuierliche Aktivierung wieder zunehmend selbstständiger. Die körperlichen Probleme, darunter die massive Verstopfung, die seinen Lebensmut so stark beeinträchtigt hatten, werden jetzt ernst genommen und angegangen. Parallel dazu erhält die Tochter eine ausführliche Beratung, in der z.B. eine Weiterbetreuung durch die Gerontopsychiatrische Ambulanz angeraten wird. Um die Mobilisation weiter zu fördern, wird Herr B. nach dem Krankenhaus in eine geriatrische Rehaklinik vermittelt.

Bei denjenigen Fallgruppenpatient/innen, die von ihrer Persönlichkeit her im Umfeld auf Schwierigkeiten stoßen, müssen die Modellbeteiligten nicht selten vermittelnd eingreifen. So z.B. beim ehemaligen Offizier, Herrn S. Nach einer Kontaktaufnahme mit der Familie zur Abklärung der häuslichen Ver-

sorgung wird schnell klar, dass von dieser Seite keine Hilfe zu erwarten ist. Nichte und Schwägerin äußern sich sehr abfällig über den Patienten, er nutze andere Leute aus und kommandiere sie herum. In einem gemeinsamen Hausbesuch werden die Hilfen vor Ort geplant. Eine Nachbarin und ihr Ehemann, ein ambulanter Pflegedienst und die Gerontopsychiatrische Ambulanz sollen die Versorgung in Zukunft sicherstellen. Unklar ist, ob Herr S. mit der Einsamkeit - er lebt ganz allein auf einem großen Bauernhof - zu recht kommen wird. Bereits zwölf Tage nach seiner Entlassung wird Herr S. wegen Problemen mit seinem Katheter wieder in die Urologie aufgenommen. Dort wird deutlich, dass sich die häusliche Versorgung schwierig gestaltet, weil sich der Patient nicht an Abmachungen hält. Schon nach kurzer Zeit hat er sich deshalb mit den Nachbarn und dem Pflegedienst Konflikte eingehandelt. Zudem litt er wohl sehr unter Einsamkeit. Zur Intensivbehandlung seiner Depression wird Herr S. schließlich in das BKH überwiesen. Dort genießt er zwar die vermehrten Sozialkontakte und die therapeutischen Angebote, fällt jedoch gegenüber Mitpatient/innen und Personal häufig durch einen unangebrachten Befehlston auf.

Frau B. muss sich nach ihrem Selbstmordversuch erst einmal erholen. Dann beginnt die Mobilisierung und Gesprächstherapie durch den Konsiliar- und Liaisondienst. In den Gesprächen wird deutlich, dass die Patientin sehr unter ihrem Heimalltag gelitten hat. Zur Entspannung der Situation erhält das Krankenhauspersonal Hinweise, wie am besten mit Frau B. umgegangen werden sollte. Man solle sie motivieren, möglichst viel selbstständig zu erledigen, sie dazu in einem fürsorglichen Ton anhalten und durch lobende Rückmeldungen verstärken. Am Tage ihrer Entlassung in das gewohnte Pflegeheim muss das Modellteam eine Krisenintervention durchführen, weil Frau B. scheinbar aus Angst vor der Entlassung in ein auffälliges regressives Verhalten verfällt. Nach einem ausführlichen Gespräch kann die Entlassung wie geplant vorgenommen werden. Nach ca. zwei Wochen führt der Konsiliar- und Liaisondienst im Heim eine Fallbesprechung mit allen an der Pflege Beteiligten durch, um die Voraussetzungen für beide Parteien zu verbessern.

Frau V., die von ihren Mitmenschen als „komisch“ bezeichnet wird, ist sehr auf ihre Eigenständigkeit bedacht. Die Erfahrung, dass sie nach einem Sturz tagelang hilflos auf dem Boden lag, macht ihr zu schaffen. Langsam muss ihr Selbstvertrauen wieder aufgebaut werden. Erst nach und nach lernt sie mit Unterstützung des Modellteams, notwendige Hilfen anzunehmen, um die

von ihr dringend gewünschte Rückkehr in die eigenen vier Wände zu gewährleisten.

Bei Frau U. und bei Frau C. behindern schwere körperliche Erkrankungen, verbunden mit Schmerzen, zunächst eine psychische Regeneration. So wird Frau U. mit ihren therapieresistenten Rückenschmerzen im Krankenhaus mit der Hypothese konfrontiert, sie habe möglicherweise einen Tumor der Bauchspeicheldrüse. Um Genaueres zu sagen, müsse man operieren, was die Patientin jedoch ablehnt. Frau U., die sich zudem sehr um ihren drogenabhängigen Sohn sorgt, erfährt durch die Gespräche mit den Modellbeteiligten eine Entlastung und emotionale Unterstützung. Sie will sich bezüglich der Operation mit ihrem Hausarzt beraten, sie glaubt nicht an eine Krebserkrankung. Am Ende des Krankenhausaufenthaltes wird sie mit deutlich verringerter Schmerzwahrnehmung entlassen und hat zudem neuen Lebensmut entwickelt.

Bei Frau C. tritt die Depression nach einer Zehenamputation und massiven Schmerzen auf. Der Konsiliar- und Liaisondienst begleitet die Patientin durch insgesamt sechs Operationen mit weiteren Amputationen, Hauttransplantationen und Bypassverlängerung. Die Patientin ist anlässlich der Operationen immer sehr verunsichert. Das Modellteam versucht durch das Einholen und Erläutern von Informationen Vertrauen zu schaffen und ihr in Zeiten emotionaler Einbrüche beizustehen. Zusätzlich erhält sie kognitive Therapie, weil sie diese sichtlich entspannt und schwingungsfähiger macht.

Erfolg der Interventionen

Maßstab des Erfolges ist auch in der Fallgruppe der depressiven Patient/innen vor allem die subjektiv empfundene Lebensqualität der Betreuten. Die Beratung des Personals und der Angehörigen sind im Einzelfall zwar notwendig (vgl. z.B. Frau B.), spielen aber keine so gewichtige Rolle, wie das in der Gruppe der Demenzkranken der Fall ist. Finanzielle Einsparungen ergeben sich nicht nur durch Vermeidung unnötiger Heimunterbringungen, sondern auch dadurch, dass die psychische Erkrankung mit ihren somatischen Auswirkungen fundiert abgeklärt wird und Wiedereinweisungen wegen unklarer Befunde reduziert, wenn auch nicht ganz verhindert werden können.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass alle depressiven Patient/innen von der Arbeit des Konsiliar- und Liaisondienstes enorm profitiert haben. Dabei

hat sich der Erfolg bei einem Teil recht schnell innerhalb von einigen Wochen eingestellt und ist stabil, während bei anderen etwas längere Zeit benötigt wurde, in der teilweise erneute Krankenhauseinweisungen stattfanden bzw. Überweisungen ins BKH aus medizinischen Gründen angeraten waren, wie bei Herrn S., Frau O. und Frau Z.

Mit einer Ausnahme konnten alle Patient/innen in ihr gewohntes soziales Umfeld zurückkehren. Herr S. kam während seines Aufenthalts im BKH zu dem Schluss, dass er sich ein isoliertes Leben auf dem großen Bauernhof nicht weiter vorstellen kann. Auf eigenen Wunsch zieht er in ein Pflegeheim, wo er sich wohl fühlt und die Kontakte und Aktivitäten genießt. Seine Depression klingt völlig ab, er hat eine gute Beziehung zu seinem Betreuer aufgebaut und ist sozial und medizinisch gut abgesichert.

Frau B., die im Pflegeheim wohnt, wirkt nun wie aufgeblüht, sie nimmt wieder soziale Kontakte außerhalb des Heimes wahr, hat keine hysterischen Ausbrüche mehr, fühlt sich im Heim wieder wohler, die Situation hat sich insgesamt entspannt.

Alle Patient/innen erholen sich zu Hause gut. Bei einem Teil verschwindet die Depression völlig, auch Einbrüche der körperlichen Gesundheit werden verkraftet. So z.B. Frau Z., die zwar wegen falscher Einnahme eines Herzmittels kurzfristig ins Krankenhaus muss, zu Hause aber sehr zufrieden lebt und wieder zusehends Kontakte pflegt. Oder Herr B., der trotz seines hohen Alters aktiv und relativ selbstständig und damit sehr zufrieden ist. Bei Herrn F., dem Fallpatienten, kehren die Symptome nach einer Schenkelhalsfraktur wieder zurück. Aber er erholt sich schnell, ist dann guter Dinge und schmiedet trotz seiner körperlichen Einschränkungen Lebenspläne.

Zur Absicherung des Erfolges bei depressiven Patient/innen ist die ambulante Nachbetreuung durch die Gerontopsychiatrische Ambulanz von großer Bedeutung. So muss z.B. regelmäßig überprüft werden, ob die Medikation noch dem Zustand des Patienten entspricht. Nicht alle lassen sich aber auf eine ambulante Nachbetreuung ein. So hat ein Teil der Patient/innen sich so gut gefühlt, dass sie eigenmächtig bzw. mit Unterstützung des Hausarztes das Antidepressivum abgesetzt haben. Darunter die beiden „Schmerzpatientinnen“, Frau C. und Frau U sowie Frau B., die Heimbewohnerin, bei der wegen ihrer Vorgeschichte (mehrere Selbstmordversuche) eigentlich große Vorsicht geboten wäre. Bislang sind aber in keinem Fall gravierende Einbrü-

che erfolgt, wenn auch teilweise Schlafprobleme und diffuse Schmerzen aufgetreten sind.

5.5 Fallgruppe „Patient/innen mit anderen psychischen Erkrankungen“

5.5.1 Fallbeispiel Herr M.

Herr M. ist 78 Jahre alt und lebt mit seiner fünf Jahre älteren Ehefrau in einem Einfamilienhaus. Das Ehepaar hat sechs erwachsene Kinder, die zwar alle etwas entfernt wohnen, aber regelmäßigen Kontakt zu den Eltern pflegen. Die Eheleute versorgen sich zum größten Teil selbstständig, zweimal wöchentlich und bei Bedarf öfter kommt eine Bekannte ins Haus und unterstützt sie bei der Hausarbeit. Es bestehen gute Kontakte zur Nachbarschaft, die beiden haben außerdem einen kleinen Dackel, mit dem Herr M. mehrmals am Tag spazieren geht.

Ende April 2001 wird Herr M. zur Behandlung einer diabetischen Gangrän in die Chirurgische Abteilung aufgenommen. Zuerst wird ihm eine Zehe amputiert, einige Tage später ist eine weitere Operation notwendig. Seine Ehefrau wird zum gleichen Zeitpunkt in einem anderen Krankenhaus am Grünen und Grauen Star operiert. Die Operationen, die Bettruhe und die Sorge um die Ehefrau stellen zusammen eine große Belastung für Herrn M. dar und drücken auf seine Stimmung. Hinzu kommt eine starke psychomotorische Unruhe. Der Liaisondienst wird auf Wunsch einer Tochter des Patienten verständigt, da sie glaubt, ihr Vater leide an einer Depression. Fortan erhält Herr M. mehrmals wöchentlich Besuch durch das Modellteam. Im Laufe der Gespräche wird seine Stimmung besser und seine Befürchtungen relativieren sich. Allerdings wird auch deutlich, dass der Patient an einer wahnhaften Symptomatik leidet, die nach Auskunft der Angehörigen in milderer Form schon seit Jahren besteht und die nun im Krankenhaus verstärkt auftritt. Herr M. zeigt einen starken, auf seine Ehefrau bezogenen Eifersuchtswahn mit ausgeprägten Minderwertigkeitsgefühlen, zum Teil auch mit Vergiftungs-ideen. Er glaubt beispielsweise, seine Ehefrau mische ihm schon seit Jahren Gift ins Essen und hätte dadurch sein Asthma verursacht. Gegen diese Symptome wird vom Modellarzt eine entsprechende Medikation empfohlen. Die Fachkrankenschwester verständigt das Pflegepersonal und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte über die Denkinhalte des Patienten. Mit dem

Pflegepersonal wird vereinbart, dass Herr M. bei einem grundsätzlich offenen Umgang mit ihm nicht auf die Wahnhalte angesprochen werden soll. Weiterhin wird das Personal gebeten, dem Patienten Verrichtungen nach Möglichkeit zu erklären und ihn mit einzubeziehen. Seinen Wünschen sollte so weit als möglich nachgegeben werden. Äußerst wichtig scheint, dass jegliche Anlässe, die das Entstehen von Misstrauen begünstigen könnten, vermieden werden.

Dennoch verstärkt sich die wahnhaftige Symptomatik vor allem deshalb, weil der Patient wegen seiner Vergiftungsängste die verschriebenen Medikamente nicht regelmäßig einnimmt. Herr M. ist massiv unruhig, läuft auch in der Nacht auf der Station umher, will unbedingt entlassen werden und ist davon überzeugt, dass seine Ehefrau ihn zu Hause betrügt. Der Patient ist nicht mehr auslenkbar und vollkommen krankheitsuneinsichtig. Weil die Behandlung durch die psychische Störung stark beeinträchtigt ist, besteht die Gefahr, dass sich der Zustand des rechten Fußes soweit verschlechtert, dass dieser amputiert werden muss. Der Modellarzt veranlasst zunächst die Gabe von zusätzlichen Medikamenten, weiter informiert er das Vormundschaftsgericht, damit ein Antrag auf eine einstweilig zu errichtende Betreuung gestellt werden kann. Außerdem wird eine Verlegung ins BKH beschlossen, wo die somatische Erkrankung durch die chirurgische Ambulanz weiter versorgt werden soll. Herr M. ist mit der Verlegung einverstanden, da er inzwischen das ärztliche und pflegerische Personal sowie die Mitpatienten in seinen Wahn einbezogen hat, und glaubt, diese würden ihn vergiften und mit Mikrofonen überwachen. Nach einem Gespräch mit dem Modellteam können die Angehörigen dieser Maßnahme ebenfalls zustimmen.

Herr M. wird durch den Liaisondienst ins BKH begleitet, und es wird eine ausführliche Übergabe gemacht. Auf der Station zeigt er sich sichtlich erleichtert und ist in allen Qualitäten orientiert. Die Milieuveränderung wirkt offenbar positiv auf ihn.

Nach eineinhalb Wochen, in denen unter medikamentöser Behandlung keine wahnhaften Symptome mehr bemerkbar waren, wird Herr M. zur Revision am rechten Fuß wieder ins Allgemeinkrankenhaus eingewiesen. Einige Tage später muss der Unterschenkel amputiert werden. Diese Operation verarbeitet er - offenbar im Rahmen eines Durchgangssyndroms - wahnhaft, leidet danach an Verwirrtheitszuständen und psychomotorischer Unruhe. Sein Zustand stabilisiert sich bald wieder, er zeigt keine wahnhaften Sym-

tome oder Unruhe mehr und freut sich sehr über Besuche. Herr M. trauert allerdings seinem „schönen Bein“ nach, ist ärgerlich, dass ihm dies „einfach abgenommen“ wurde. Die Fachkraft vom Konsiliar- und Liaisondienst erklärt ihm nochmals seine Erkrankung und die Notwendigkeit der Maßnahmen, klärt ihn über eine spätere Prothesenversorgung auf und über die Möglichkeit, damit wieder mobil sein zu können. Das beruhigt Herrn M., seine Zuversicht steigt.

Der Erfolg der modellhaften medikamentösen und therapeutischen Behandlung zeigt sich auch darin, dass der Patient wieder mit Appetit isst, gut schläft, bei der Krankengymnastik motiviert ist und sich an die Anweisungen des Pflegepersonals hält. Mit den Angehörigen führt das Modellteam mehrere Gespräche, um diese bezüglich der zukünftigen Betreuung zu beraten. Die Familie beschließt, die Eltern mit Hilfe ambulanter Dienste so lange wie möglich daheim zu versorgen. Außerdem wird eine gesetzliche Betreuung für Herrn M. eingerichtet. Mitte Juli wird Herr M. in stabilem psychischen und physischen Zustand in die Rehaklinik entlassen. Die Gefahr eines erneuten wahnhaften Erlebens bei Veränderungen im täglichen Leben und der Umgebung bleibt allerdings bestehen.

Ca. einen Monat später hat sich Herr M. nach erfolgter Reha-Behandlung wieder gut mit seiner Frau zu Hause eingelebt. Er wird täglich durch die Sozialstation grundpflegerisch versorgt, die hauswirtschaftliche Betreuung (Putzen, Wäsche waschen, Einkäufe) erledigt eine Haushaltshilfe, und die psychische Betreuung erfolgt in vierzehntägigem Abstand durch die Gerontopsychiatrische Ambulanz. Die Kinder kümmern sich regelmäßig um alle anfallenden Probleme. Mittagessen erhält das Ehepaar durch Essen auf Rädern, die restlichen Mahlzeiten bereiten sie sich selbst zu. Herr M. zeigt sich psychisch in einer guten Verfassung, obwohl die Medikamente während der Reha abgesetzt wurden. Aktuell hat er Probleme mit dem Asthma bronchiale, ist sehr kurzatmig und klagt immer wieder über Atemnot, besonders gegen Abend und nachts. Er hat deswegen große Angst vor einem neuen Krankenhausaufenthalt und möchte diesen unter allen Umständen vermeiden. Dies hält ihn momentan von größeren Aktivitäten ab, er ist aber sehr motiviert und möchte nicht ständig zu Hause herumsitzen und auf Hilfe angewiesen sein. Sein größter Wunsch ist es, wieder Autofahren zu können.

Kurz nach dem ersten Hausbesuch wird Herr M. wegen einer Pneumonie ins Klinikum eingewiesen. Dort zeigt sich schnell wieder die bekannte Sympto-

matik. Er vermutet, dass sein Essen manipuliert wird, auch den Bettnachbar bezieht er in sein Wahnerleben ein. Auf Drängen der Tochter werden wieder Medikamente angesetzt, und der Liaisondienst schaltet sich wieder ein. Neben dem Patienten und den Angehörigen braucht nun das Pflegepersonal Unterstützung. Die Modellmitarbeiter erläutern die spezielle Problematik und geben Verhaltenshinweise, wie z.B. alle Verrichtungen zu erklären und nachzufragen, ob der Patient auch alles verstanden hat, um so dem Entstehen von Misstrauen entgegenzuwirken. Nach einer Woche wird Herr M. in gebessertem psychischen und physischen Zustand nach Hause entlassen.

Nach fünf Monaten ist der psychische Zustand des Patienten beständig gut. Er ist guter Stimmung, zeigt keine wahnhaftige Symptomatik, hat Appetit, schläft gut und ist voller Tatendrang. Sein körperlicher Zustand bleibt jedoch problematisch. Drei Monate später wird wegen einer Gangrän an Zehen des linken Fußes eine erneute Einweisung ins Klinikum notwendig. Die Zehen müssen teilweise amputiert werden. Der Patient wird während des Aufenthaltes vom Liaisondienst begleitet, der Kontakt mit den ihm vertrauten Personen und die stützenden Gespräche führen zur Stabilisierung seines psychischen Zustands. Auch aufklärende Gespräche mit dem Pflegepersonal finden wieder statt.

Nach dem Krankenhausaufenthalt funktioniert die Versorgung zu Hause weiter gut. Es fällt dem Patienten allerdings sehr schwer, seine körperliche Problematik zu akzeptieren. Herr M. muss zudem verkraften, dass sich durch die Finanzierung der ambulanten Hilfen sein finanzieller Spielraum eingeschränkt hat. So steht er z.B. vor der Notwendigkeit, das Auto abzumelden. Auf Grund seiner Asthmaerkrankung kann er zudem seinem Hobby „Holzarbeiten“ nicht mehr nachgehen. Solche „Rückschläge“ nimmt er in seiner psychisch stabileren Verfassung jetzt aber gut auf. Er freut sich darüber, noch etwas im Garten arbeiten zu können. Durch den Einsatz des Modellteams konnte trotz schwieriger Ausgangsbedingungen erreicht werden, dass sich die wiederholten Krankenhausaufenthalte von Herrn M. nicht zu noch dramatischeren Krisen entwickelt haben und er am Ende wieder mit hoher Lebensqualität zu Hause leben kann. Dies ist zugleich sein größter Wunsch: bis zu seinem Tod ein gemeinsames Leben zu Hause mit seiner Frau.

5.5.2 Summarische Beschreibung der Fallstudien

Die Fallgruppe umfasst drei Frauen und zwei Männer. Es sind drei Personen mit Anpassungsstörungen vertreten, der dritthäufigsten Patientengruppe des Konsiliar- und Liaisondienstes. Dabei handelt es sich zwar auch um eine depressive Störung, diese hat aber einen konkreten Auslöser wie Angst oder Sorgen und ist im Vergleich zur veritablen Depression meist nicht so schwer ausgeprägt und klingt bei adäquater Behandlung schneller ab. Mit zwei Patienten soll die Vielfalt des betreuten Personenkreises verdeutlicht werden, wie beim Fallpatienten Herrn M. (5.5.1), der unter einer Wahnerkrankung leidet und Herrn R., der keine ausgeprägte psychische Erkrankung aufweist.

Die jüngste Patientin der Fallgruppe ist erst 69 Jahre, der älteste ist 80 Jahre. Es handelt sich mit einem Altersdurchschnitt von 75 Jahren um die deutlich jüngste Gruppe unter den Modellbeteiligten.

Soziale Einbindung

Mit Ausnahme von Herrn M., der noch verheiratet ist und sechs erwachsene Kinder hat, leben alle Patient/innen der Fallgruppe allein und sind sozial weitgehend isoliert. So hat der ledige Herr R. nur noch Kontakt zu einer Nichte, die ihn gegen Entgelt versorgt. Frau Y. ist geschieden, hat Konflikte zu den noch lebenden Verwandten und führt mit ihren sieben Katzen und ihrem Hund ein sehr zurückgezogenes Leben. Frau W. lebt seit Jahrzehnten allein, ihr Mann ist vor langer Zeit gestorben, das einzige Kind hat sie bereits im Säuglingsalter verloren. Sie hat keine näheren Angehörigen in der Umgebung. Ein Cousin, der im Osten lebt, wollte sie eigentlich zu sich nehmen; bei einem „Probewohnen“ gab es aber gravierende Konflikte, so dass er von dem Angebot Abstand nahm. Während Frau S. im Krankenhaus ist, verstirbt ihr Ehemann an den Folgen seiner Alkoholsucht. Die Ehe hatte keine Kinder, zu ihren beiden Stiefkindern hat sie kein gutes Verhältnis, auch nicht zur eigenen Tochter aus erster Ehe, die beim Vater aufwuchs. Guter Kontakt besteht nur noch zur Schwägerin.

Biographie/Persönlichkeit

Über Herrn M., den Fallpatienten, liegen diesbezüglich wenig Informationen vor. Drei Personen waren früher in verantwortlicher Position tätig. Herr R. war selbstständiger Zulieferer in der Schmuckindustrie. Im Ruhestand beschäftigt er sich weiter mit der Erfindung von Werkzeugen und kleinen Au-

tomaten. Frau S. war zunächst Arzthelferin, stieg dann zum Operator in einem großen Elektrokonzern auf. Sie interessiert sich für Musik und für das Weltgeschehen. Vom Wesen her ist sie zwar freundlich, aber ihren Mitmenschen gegenüber durchaus kritisch. Auch Frau W. war immer mit gehobenen Tätigkeiten betraut und ist auch heute noch sehr dominant.

Überhaupt sind die Patient/innen der Fallgruppe von ihrer Persönlichkeit her etwas schwierige Charaktere. Frau Y. und Frau W. sind eher misstrauisch und ablehnend, weil sie in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen gesammelt haben. Vor allem bei Frau W. und Herrn R. gibt es auf Grund der Persönlichkeit massive Probleme mit der Hilfeannahme. Bereits vor der Kontaktaufnahme durch das Modellteam lehnte z.B. Frau W. immer wieder notwendige Hilfen ab, weshalb ihr eine Pflegestufe nicht anerkannt wurde. Es gab Konflikte im Umfeld, in die Betreuung einbezogene Personen weigerten sich mit der Zeit, sie weiter zu versorgen; sie wechselte zudem mehrmals den Pflegedienst und den Hausarzt. Da sie so sehr auf ihre Selbstständigkeit fixiert ist, wird sie aggressiv und schroff, wenn sie fremde Hilfe benötigt und wirkt teilweise unberechenbar.

Körperliche/psychische Verfassung und Konsilanlass

Unter einem schlechten Allgemeinzustand leiden Frau W. und Herr R. Dies ist wohl auf ihre Probleme mit der Hilfeannahme zurückzuführen. Herr R. wird in verahrlostem Zustand, stark mangelernährt und mit einer Exsikkose ins Krankenhaus eingeliefert und muss dort wieder aufgebaut werden. Sein Zustand und sein ablehnendes Verhalten wird vom Krankenhauspersonal auf eine psychische Erkrankung zurückgeführt. Aber der Modellarzt kann außer einer leichten kognitiven Störung und einem ausgeprägten Nikotinabusus nichts feststellen. Frau W. leidet an Diabetes, wodurch sie in den letzten Jahren bereits mehrere Krankenhausaufenthalte erdulden musste. Sie ist körperlich und psychisch beeinträchtigt, ist einsam, verahrlost und leidet verstärkt durch ihre Sehschwäche unter Verfolgungsängsten. Sie kommt nicht allein zurecht, lehnt notwendige Hilfen jedoch ab.

Bei beiden Patient/innen wird der Konsiliar- und Liaisondienst wegen Problemen im Umgang gerufen. Bei Frau W. entstehen diese, weil sie therapeutisch notwendige Maßnahmen verweigert und eine äußerst wechselhafte Stimmung zeigt. Auch bei Herrn R. ist die allgemeine Verweigerungshaltung

Anlass der Anfrage, gepaart mit einer nicht näher definierten Antriebsstörung.

Die anderen Patient/innen der Fallgruppe waren vor dem Krankenhausaufenthalt noch weitgehend rüstig. So der Fallpatient, Herr M., der zwar ebenfalls an Diabetes und einem leichten Wahnerleben litt, was aber von der Familie gut aufgefangen wurde. Ein Bruch ergibt sich durch den Krankenhausaufenthalt sowohl bei Frau S. als auch bei Frau Y. Frau S. reagiert auf die Amputation des Unterschenkels mit einer Anpassungsstörung. Sie hat zudem existentielle Sorgen nach dem Tod ihres Ehemanns. Frau Y. war vor dem Krankenhaus völlig selbstständig und wird dann mit einer letalen Diagnose aus der Bahn geworfen. Wochenlang ist sie wegen der Gefahr einer Querschnittslähmung völlig immobil und in allen Verrichtungen auf fremde Hilfe angewiesen. Auf Grund der massiven Belastung entwickelt sie eine Anpassungsstörung.

Interventionen des Konsiliar- und Liaisondienstes

Beim Fallpatienten Herrn M. steht neben der patientenbezogenen Behandlung und der Beratung der Angehörigen auch das Pflegepersonal im Zentrum der Bemühungen. Denn durch die Wahnerkrankung wirkt Herr M. auf das Umfeld unberechenbar und angsteinflößend. Die Aufklärung des Personals zielt vor allem darauf, dem krankhaften Misstrauen des Patienten keine Nahrung zu geben (vgl. 5.5.1). Dennoch lässt sich eine Intensivbehandlung im BKH nicht vermeiden. Die Beratung des Klinikpersonals ist bei allen Patient/innen der Fallgruppe ein wichtiges Aufgabenfeld, wenn sich die Aufklärung auch stets mit unterschiedlichen Inhalten befasst.

Frau S. und Frau Y. werden vom Modellteam über eine längere Phase der Behandlung begleitet. Besonders intensiv ist der Unterstützungsbedarf bei Frau Y. Da sie zunächst immobil ist, kann keine Ergotherapie eingesetzt werden, und die Interventionen konzentrieren sich - neben der Medikation - auf fast tägliche stützende Gespräche. Dabei steht die Verarbeitung des nahe stehenden Todes im Zentrum. Sie braucht das Modellteam, um „Ordnung in ihr Gefühlschaos“ zu bringen und um über ihre familiären Konflikte zu sprechen. Nachdem Frau Y. mehrmals durch Äußerungen des Klinikpersonals über ihre Lebensperspektiven verunsichert wurde, berät der Konsiliar- und Liaisondienst über eine geeignete Gesprächsführung mit der Patientin. Es wird z.B. vereinbart, dass Neuigkeiten Frau Y. erst dann mitgeteilt

werden, wenn sie wirklich spruchreif sind. Nach zweieinhalb Monaten ist Frau Y. körperlich wieder so stabil, dass die Ergotherapie einsetzen kann. Die gestalttherapeutischen Übungen führt sie konzentriert und motiviert durch und erfreut sich an den Ergebnissen (Seidentuch). Nach Beendigung der Strahlen- und Chemotherapie erhält sie ein stützendes Korsett und kann zunehmend mobilisiert werden. Nach der für die meisten Beteiligten überraschenden Stabilisierung der Patientin kann über die Weiterführung des eigenen Haushaltes nachgedacht werden, die vom Modellteam intensiv vorbereitet wird. Mit Unterstützung des Fachdienstes hat Frau Y. während des Krankenhausaufenthalts immer mehr Lebensmut und Kampfgeist entwickelt, wenn auch ihre psychische Verfassung immer noch instabil ist. Ihrer Entlassung wird ein dreiwöchiger Rehaufenthalt vorangeschaltet.

Auch Frau S. geht durch Höhen und Tiefen. Nach einer Phase des Vertrauensaufbaus zeigt sie sich kooperativer und nimmt die Gesprächsangebote des Modellteams dankbar an. Dabei stehen die negativen Emotionen bezüglich ihres verstorbenen alkoholabhängigen Ehemanns im Zentrum. Die vom Modellarzt empfohlene antidepressive Medikation lehnt sie aus Angst vor Nebenwirkungen ab. Erst nach einem neuen Einbruch, der in Folge der Ankündigung weiterer Operationen entsteht, erklärt sie sich bereit, das Medikament einzunehmen. Krisen entstehen immer wieder durch mangelnde Aufklärung durch das Klinikpersonals. Der Konsiliar- und Liaisondienst nimmt sich Zeit für die Fragen der Patientin und spricht mit dem Pflegepersonal ab, die Patientin zukünftig auf anstehende Maßnahmen besser vorzubereiten. Bis zur Entlassung in die Anschlussheilbehandlung kann der psychische Zustand von Frau S. stabilisiert werden. Nach zwei Wochen Reha und ein paar Tagen zu Hause wird Frau S. mit großen Schmerzen wieder ins Krankenhaus eingewiesen, wo ihr der zweite Unterschenkel amputiert werden muss. Sie hat massive Ängste, wie sie in Zukunft alleine zu Hause zurecht kommen soll. Als noch belastender empfindet sie, dass die Wohnung stark an ihren Mann erinnert und dass sie das gemeinsame Schlafzimmer, das Sterbezimmer des Mannes, nicht betreten kann. Frau S. erhält die Zusage, dass der Konsiliar- und Liaisondienst sie bei der Entlassung begleitet und ihr beim Aufräumen hilft.

Die dritte Patientin mit Anpassungsstörungen, Frau W., wird ebenfalls durch eine lange Phase vielseitiger Belastungen begleitet. Neben der medikamentösen Behandlung wird sie engmaschig betreut, woraufhin sie sich langsam beruhigt. In den Gesprächen wird deutlich, dass ihre Verweigerungshaltung

gegenüber dem Klinikpersonal darauf beruht, dass sie keinen Sinn mehr im Leben sieht. Wegen mangelnder Mitwirkung an der Behandlung wird sie plötzlich aus dem Krankenhaus entlassen, um einen Tag später nach einer handgreiflichen Auseinandersetzung mit dem Essenslieferant wieder aufgenommen zu werden. Wie bereits bei der Erstaufnahme muss der Konsiliar- und Liaisondienst wieder schlichtend eingreifen und das Klinikpersonal beraten. Trotz der häuslichen Probleme will Frau W. unbedingt in ihre eigenen vier Wände zurückkehren, was vom Modellteam vorbereitet wird. Man kümmert sich um einen neuen Pflegedienst, und die Gerontopsychiatrische Ambulanz wird hinzugezogen. Eine gesetzliche Betreuung lehnt die Patientin ab. Nach rascher Entlassung nach Hause lässt sich Frau W. drei Wochen später auf eigenen Wunsch wieder ins Krankenhaus bringen, weil sie sich zu Hause so allein und schlecht versorgt fühlte. Sie äußert nun von sich aus den Wunsch, ins Pflegeheim zu gehen, und das Modellteam bemüht sich um ein Einzelzimmer in einer wohnortnahen Einrichtung. Während des Krankenhausaufenthaltes kochen die Konflikte auf der Station hoch, sie soll wegen Behandlungsunfähigkeit entlassen werden. Frau W. fühlt sich hilflos. Sie stimmt schließlich am Ende des zweiten stationären Aufenthaltes der Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung und der schnellen Verlegung in eine Kurzzeitpflege zu.

Herr R., der in erster Linie wegen seiner Verweigerungshaltung zum Klienten des Modellteams wurde, erhält während seines Krankenhausaufenthaltes einmal in der Woche Psychotherapie, alle anderen Hilfen des Modellteams lehnt er ab. Psychopharmaka sind aus Sicht des Modellarztes nicht erforderlich. Die empfohlene intermistische Medikation lehnt er ebenso ab wie die Krankengymnastik. Ziel ist eine Verbesserung seines Allgemeinzustandes und seiner Versorgungssituation. Immer wieder muss zwischen dem Patienten und dem Klinikpersonal vermittelt werden. Konflikte entzündeten sich z.B. am Rauchbedürfnis des Patienten. Seit Herr R. auf Veranlassung des Modellteams dreimal täglich an einen Ort gebracht wird, an dem er genüsslich eine Zigarette rauchen kann, entspannt sich die Situation allmählich. Dem Personal wird es sogar möglich, seine durchaus sympathisch-scurrile Art wahrzunehmen. Weil der Patient mit der Organisation seines Lebens offensichtlich überfordert ist, stimmt er einem gesetzlichen Betreuer zu, der sich zunächst mit der Entrümpelung der Wohnung beschäftigt. Auch mit der Übersiedelung in ein Pflegeheim ist er einverstanden. Vor der Entlassung wird das zukünftige Heimpersonal vom Konsiliar- und Liaisondienst

vorbereitet. Unter anderem wird geraten, dem Patienten mit einem hohen Maß an Toleranz zu begegnen und ihm möglichst viele Freiräume zu belassen. Es wird angeboten, bei Problemen als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen.

Erfolg der Interventionen

In der Fallgruppe der Personen mit anderen psychischen Erkrankungen handelt es sich aus unterschiedlichen Gründen um jeweils sehr betreuungsintensive Patient/innen. Maßstab des Erfolges ist die individuelle Lebensqualität trotz gesundheitlicher und/oder sozialer Einschränkungen. Finanzielle Einsparungen sind in dieser Gruppe nicht vorrangig zum Tragen gekommen; es kam zu Wiedereinweisungen ins Krankenhaus, es waren Intensivbehandlungen im BKH notwendig und für zwei von fünf Personen musste am Ende auch ein Umzug ins Heim organisiert werden. Ein wichtiger Effekt ist durchgängig durch die Beratung der informellen und/oder professionellen Helfer/innen zu verbuchen.

Sowohl für Herrn R. als auch für Frau W. ist das Leben im Heim letztlich die bessere Alternative. Sie waren zu Hause sozial isoliert und unterversorgt. Alle Versuche, ein tragfähiges Hilfenetz aufzubauen, scheiterten an der eigenwilligen Persönlichkeit der Patient/innen. Für beide bedeutet die neue Wohnform eine Erhöhung der Lebensqualität, nicht nur in pflegerischer und medizinischer, sondern auch in sozialer Hinsicht. Dies wird besonders deutlich bei Herrn R., der sich zwar zunächst wegen unkooperativem Verhalten beim Heimpersonal unbeliebt macht. Nach und nach gewöhnt man sich jedoch aneinander. Nach drei Monaten hat er sich komplett eingelebt. Herr R. nimmt vermehrt Kontakt zu anderen Bewohnern auf, insbesondere mit einer bestimmten Dame ist er recht eng befreundet. Auch wenn er an manchen Tagen schlecht gelaunt ist, hat ihn das Personal mittlerweile ins Herz geschlossen.

Frau W. profitiert ebenfalls von der Tagesstruktur und der Zuwendung im Heim. Mit Unterstützung der nachsorgenden Gerontopsychiatrischen Ambulanz stabilisiert sich ihr psychisches Befinden. Es gibt jedoch einige Konflikte mit dem Heimpersonal. Nach Fallbesprechungen mit der Ambulanzfachkraft kommt das Personal besser mit der Patientin zurecht. Frau W. hat unterdessen Auseinandersetzungen mit dem Betreuer, den sie jetzt wechseln will. Auch der neue Hausarzt genießt nicht mehr ihr Vertrauen. Durch das Heim

hat Frau W. trotz aller Konflikte jedoch sichere und stabile Lebensbedingungen.

Die anderen drei Patient/innen der Gruppe führen trotz ihrer körperlichen Einschränkungen ein zufriedenes Leben in den eigenen vier Wänden. Herr M. ist nach seinen Einbrüchen zwar körperlich erheblich beeinträchtigt, psychisch aber in einer stabilen Verfassung. Frau S. kommt mit ihren beidseitigen Prothesen gut zurecht. Sie genießt einige Hilfen, ist sonst recht selbstständig und hat wieder mehr Sozialkontakte. Ihre Depression ist völlig abgeklungen. Auch Frau Y. führt trotz ihrer schweren Krebserkrankung ein zufriedenes Leben. Sie ist deutlich gehobener Stimmung, kann wieder selbstständig ihren Haushalt führen und spazieren gehen. Sie nimmt auch wieder mehr Kontakte zu Mitmenschen auf, so zu einer Patientin, die sie im Krankenhaus kennen gelernt hat.

5.6 Zusammenfassung: Typische Hilfebedarfe und geeignete Interventionen

Die Aufbereitung der Fallbeschreibungen hat neben der Veranschaulichung individueller Verläufe zentrale Ähnlichkeiten verdeutlicht, die Rückschlüsse über mögliche Zusammenhänge erlauben. So werden typische Hilfebedarfe ebenso deutlich wie darauf auszurichtende Interventionen. Die Fallstudien erlauben zudem, den Erfolg der Interventionen exemplarisch nachzuvollziehen (vgl. auch 6.).

Dass der Konsiliar- und Liaisondienstes so viele isoliert lebende Personen betreut, heißt nicht, dass dies die normale Lebensform älterer Menschen darstellt. Durch eine intakte Familie und ein funktionierendes soziales Umfeld kann viel Unterstützungsbedarf aufgefangen werden, und dies gilt insbesondere, wenn das Umfeld zusätzlich eine fundierte Beratung genießen konnte.

Personen, die im Umfeld auf wenig Unterstützungspotential zurückgreifen können, haben folglich einen höheren Bedarf an professioneller Hilfe. Dabei spielt es zunächst keine Rolle, ob wirklich keine Angehörigen, Freunde, Bekannte vor Ort leben oder ob zu diesen auf Grund von Konflikten kein Kontakt mehr besteht. Wenn Patient/innen im Umfeld wegen ihres eigenwilligen Verhaltens unbeliebt sind, sei es auf Grund ihrer Persönlichkeit oder Biographie oder aber Ausdruck ihrer psychischen Störung, ist es teilweise sehr

schwierig oder manchmal sogar unmöglich ein stabiles Hilfesetting zu etablieren.

Gravierende Verhaltensauffälligkeiten zeigen sich oft bereits während des Krankenhausaufenthalts und führen dort zu Krisen, die sich nicht selten in die häusliche Betreuung hinein fortsetzen. Dann werden auch die Betreuungspersonen im Umfeld, sei es das Klinikpersonal oder die sonst zuständigen informellen oder professionellen Helfer/innen zu Klienten des Konsiliar- und Liaisondienstes. Um weitere Eskalationen zu vermeiden, benötigen sie zeitnah Ratschläge zum Umgang mit den Kranken.

Vor allem bei Demenzkranken, bei Wahnerkrankten und bei Personen mit Anpassungsstörungen besteht offenbar ein besonderer Beratungsbedarf im Umfeld der Patient/innen. Wichtig ist die Vermittlung von Strategien zur Deeskalation. Daneben besteht insbesondere bei Demenzkranken ein hoher Informationsbedarf bei den Angehörigen, wenn es um den Aufbau eines Hilfenetzes geht. Durch die fachlich fundierte Beratung des Konsiliar- und Liaisondienstes merken viele Angehörige erst, dass sie Verantwortung teilen können und dass die Pflege mit der geeigneten Unterstützung doch leistbar ist.

Besondere Probleme ergeben sich immer, wenn Patient/innen notwendige medizinische Behandlungen oder pflegerische Hilfen verweigern. Auch hier gibt es in der Regel zwei Zielgruppen der Intervention. Den Patient/innen muss über die Beziehungspflege Vertrauen in die Sinnhaftigkeit der Maßnahmen zurückgegeben werden, und den Betreuungspersonen wird geholfen, sich in die Perspektive des Kranken hineinzusetzen und ihm mit geeignetem Verhalten die Annahme von Hilfen zu erleichtern.

Gerade bei den depressiven älteren Patient/innen wird die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Betrachtung der Problemlage deutlich. Eine gravierende körperliche Beeinträchtigung wirkt sich immer auch auf das psychische Befinden aus, und umgekehrt verursachen psychische Krisen, wie ungeklärte familiäre Konflikte oder zu verarbeitende Todesfälle, somatische Beschwerden bzw. führen dazu, dass die körperliche Gesundheit nicht recht vorankommt. Zwar ist die Hauptaufgabe des Konsiliar- und Liaisondienstes die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit, er muss aber gleichzeitig die somatische Seite mit im Blick haben. Das der psychischen Erkrankung zugrunde liegende Problem muss im Rahmen der Gesprächstherapie

bearbeitet werden. Viele Patient/innen benötigen z.B. Unterstützung bei der Bearbeitung von Konflikten oder bei der Trauerarbeit.

Neben den supportiven Gesprächen stützt sich die Behandlung der depressiven Patient/innen auf eine antidepressive Medikation. Durch diese Medikamentengruppe ergeben sich vielversprechendere kurative Möglichkeiten, mehr als dies z.B. bei Demenzkranken der Fall ist, bei denen nur in der Anfangsphase der Erkrankung wirksame Psychopharmaka eingesetzt werden können, so genannte Antidementiva der neuesten Generation, die in der Lage sind, den geistigen Abbauprozess zu verlangsamen, wenn auch nicht aufzuhalten. Probleme ergeben sich, wenn Patient/innen ihre psychische Erkrankung nicht akzeptieren und daraus eine ungenügende Medikamentencompliance resultiert, die den Behandlungserfolg gefährdet. Hier hat sich im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Interventionen des Konsiliar- und Liaisondienstes die fachlich fundierte Nachbetreuung durch die Gerontopsychiatrische Ambulanz des BKH als großer Vorteil erwiesen.

Die Modellpatient/innen mit Anpassungsstörungen müssen in der Regel schwerwiegende körperliche Erkrankungen oder gar letale Diagnosen verarbeiten. Hier stellt sich an den Konsiliar- und Liaisondienst die Anforderung, die Patient/innen auf ihrem schweren Weg zu begleiten und sie in ihrem Verarbeitungsprozess kontinuierlich zu unterstützen, bis sie aus eigener Kraft wieder in der Lage sind, ihre Situation zu meistern bzw. sie zu akzeptieren. Wichtig ist zudem, eine für die Verarbeitung notwendige Aufklärung über die Erkrankung und ihre Auswirkungen zu betreiben, was von den Krankenhausmitarbeiter/innen auf Grund der engen zeitlichen Spielräume, oft in Kombination mit mangelnden kommunikativen Kompetenzen, nicht geleistet werden kann. Auch das Klinikpersonal benötigt bei solchen Patient/innen häufig Unterstützung und muss über einen geeigneten Umgang beraten werden. Denn es muss unbedingt verhindert werden, dass die Patient/innen mit unvorsichtigen Bemerkungen und unabgesicherten Prognosen zusätzlich verunsichert und belastet werden.

Neben den speziellen Hilfebedarfen auf Seiten der Patient/innen wird durch die Fallstudien ein Bild über die komplexen Interventionsstrategien des Konsiliar- und Liaisondienstes deutlich, die nur schwer auf einzelne Aufgaben reduzierbar sind. Charakteristisch für die Arbeitsweise des Fachdienstes ist ein ganzheitlicher Blick auf die Situation des Patienten, auf seinen seelischen Zustand und seine körperlichen Probleme, auf seine Biographie und

das soziale Umfeld. Um dem Patienten insgesamt zu helfen, müssen die Interventionen entsprechend umfassend sein und die für den Erfolg wichtigen Handlungsebenen in die Überlegungen einbeziehen. Dieses andere Verständnis von Medizin und Pflege wird z.B. in einer sensiblen Sprache oder in milieuthérapeutischen Akzenten deutlich. Im Hinblick auf die Effekte der Modellarbeit entsteht durch die Fallstudien eine Vorstellung darüber, was im Einzelfall passieren würde, wenn die Unterstützung des Fachdienstes nicht stattgefunden hätte.

6. Nachweis von Effekten

Im Zuge knapper werdender Mittel im Sozial- und Gesundheitsbereich erhält ein optimierter Ressourceneinsatz zunehmende Bedeutung. So entsteht für die Modelleinrichtungen ein wachsender Druck, die Effekte ihrer Arbeit zu belegen. Ein methodisch korrekter Nachweis **messbarer** Ergebnisqualität ist jedoch aus verschiedenen Gründen nur schwer realisierbar.²⁷

Dennoch ist es mit Hilfe eines kombinierten methodischen Verfahrens möglich, die Auswirkungen der Modellarbeit zu beleuchten. Dabei sind die zum Maßnahmebeginn gesteckten Zielsetzungen Maßstab einer Bewertung. Effekte auf Lebensqualität und Wohlbefinden der Patient/innen können exemplarisch anhand von Fallstudien nachgezeichnet und quasi „hochgerechnet“ werden. Ökonomische Effekte lassen sich z.B. ausmachen, wenn man eine Veränderung der Aufnahmen im Krankenhaus feststellen kann. Und mit Hilfe von Leitfadengesprächen mit Krankenhausmitarbeiter/innen kann eruiert werden, wie sich die Modellarbeit auf den Stationen konkret auswirkt.

Nach Abschluss der Modellphase zeichnen sich auf allen Zielebenen des Projektes (vgl. 2.1) deutliche Erfolge ab:

- Durch die Arbeit des Konsiliar- und Liaisondienstes kann die **Lebensqualität gerontopsychiatrischer Patient/innen** gesteigert werden. Dies wird vor allem durch eine frühzeitige Diagnostik, adäquate Behandlung, intensive Patientenbegleitung und Krisenintervention sowie eine sorgfältigere Angehörigenbetreuung erreicht (vgl. 6.1).
- Die **gerontopsychiatrische Kompetenz beim Krankenhauspersonal** konnte deutlich erhöht werden, was sich zum einen positiv auf die Versorgungsqualität der Patient/innen auswirkt, zum anderen aber auch die Arbeitsbelastung der Mitarbeiter/innen reduziert (vgl. 6.2).

²⁷ Die Bildung von Kontrollgruppen ist gerade im gerontopsychiatrischen Bereich mit Problemen behaftet, werden die Ausprägungen der Erkrankungen doch von einer Reihe sehr individueller Einflussfaktoren im persönlichen und sozialen Umfeld bestimmt. So kann z.B. eine häusliche Versorgung daran scheitern, dass die Pflegekraft des ambulanten Dienstes bei einem Demenzkranken biographische Assoziationen hervorruft, die zu einer Verweigerungshaltung führen. Es stellen sich zudem ethische Probleme, wenn in der Kontrollgruppe aus wissenschaftlichen Erwägungen heraus notwendige Leistungen ausbleiben. Schließlich sind die Beobachtungszeiträume im Rahmen des Modellprogramms in der Regel zu kurz, um langfristige Erfolgssicherung beobachten zu können.

- Durch Initiierung von Koordinations- und Vernetzungsprozessen ist es gelungen, die **schnittstellenübergreifende Behandlungskontinuität** zu verbessern (vgl. 6.3).
- Durch die Vermeidung von Einweisungen in die Psychiatrie und von Heimunterbringungen kommt es zu **finanziellen Einsparungen** (vgl. 6.4).

Zu betonen ist die Tatsache, dass der Konsiliar- und Liaisondienst pro Werktag mit zwölf bis fünfzehn Patient/innen zu tun hat, was umgerechnet auf ein Jahr (ca. 250 Werktage) einer Zahl von zwischen 3.000 und 3.750 Kontakten entspricht. Dass das Modell eine hohe Durchdringungsrate bei den älteren Patient/innen aufweist, belegt die Krankenhausstatistik:

Tabelle 14: Durchdringungsrate des Modells

Jahr	Aufnahmen gesamt	Aufnahmen Altersgruppe 65 J. u. älter	Anzahl Patient/innen mit ärztlichen Konsilen ²⁸	Durchdringungsrate
2001	12.885	5.669 (44,0%)	528	9,3
2002	12.946	5.847 (45,2%)	486	8,3
2003	14.287	6.238 (43,7%)	477	7,6

Rechnet man die vom Konsiliar- und Liaisondienst selbst identifizierten Patient/innen mit ein, die ohne offiziellen Konsilauftrag von den Leistungen profitieren, erreichte der Fachdienst etwa jeden zehnten älteren Patienten, der in den Modellkrankenhäusern aufgenommen wurde. Hinzu kommen neben dem in der Regel einmaligen ärztlichen Konsil Kontakte im Rahmen der Begleitung durch die nicht ärztlichen Berufsgruppen. Die Durchdringungsrate weist eine leicht abfallende Tendenz auf, die aus den Lernerfolgen des Klinikpersonals resultiert (vgl. 4.4). Dennoch bleibt zu vermuten, dass eine Restgröße von Patient/innen mit relevanten psychischen Störungen unerkannt und unbehandelt bleibt (vgl. 7.). Diese „Dunkelziffer“ wird wohl vor allem von denjenigen Personen gespeist, bei denen auf Grund der Kürze ihres Aufenthaltes keine intensive Abklärung erfolgen kann.

²⁸ Die Zahlen sind niedriger als in der Konsilstatistik (vgl. 4.4), weil hier nur die erreichten Patient/innen unabhängig von den Mehrfachanfragen erfasst sind.

6.1 Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit der Patient/innen

Nicht nur der gerontopsychiatrische Fachdienst, sondern auch das Klinikpersonal konstatierte im Rahmen der Interviews eine deutliche Qualitätssteigerung in der Patientenversorgung. *„Die Patientenversorgung ist viel besser geworden bei diesen älteren Patienten, die früher nicht viel Verständnis gefunden haben. Der Krankenhausaufenthalt hat sich für die enorm verändert, die Angehörigen sind anders informiert und auch die Hausärzte.“*

Die Auswirkungen der Modellarbeit auf die Lebenszufriedenheit und das Wohlbefinden der Patient/innen kann jedoch in eindrucksvollster Weise über die Modellpatient/innen nachvollzogen werden. In Kapitel 5 werden zum einen ausführliche „Querergebnisse“ dargestellt, die eine Quantifizierung der Effekte ermöglichen, zum anderen wird anhand ausgewählter Fallstudien und mit einer summarischen Beschreibung verschiedener Fallgruppen verdeutlicht, welchen entscheidenden Stellenwert der Konsiliar- und Liaisondienst hat, wenn es um den Erhalt und die Absicherung der persönlichen Lebensqualität geht. Die in Kapitel 5 geschilderten Aspekte sollen hier nur stichwortartig zusammengefasst werden. Dabei ist vorzuschicken, dass es sich bei den Modellpatient/innen um krankenhaunahe, auf Grund körperlicher und psychischer Erkrankungen mehrfach eingeschränkte Personen handelt, für die ein Krankenhausaufenthalt grundsätzlich eine bedrohliche Krisensituation darstellt, mit der eine gravierende Verschlechterung ihrer Verfassung einherzugehen droht.

- Für die Mehrzahl der Patient/innen konnte die *körperliche und psychische Verfassung* bereits zum Zeitpunkt der Entlassung deutlich verbessert werden. Dabei ist die Stabilisierung zum einen auf die frühzeitige Diagnostik sowie auf die zielgerichtete Behandlung der gerontopsychiatrischen Erkrankungen zurückzuführen, die auch die körperliche Genesung positiv beeinflussen. Weitere stützende Effekte entstehen durch die intensive Begleitung der Patient/innen durch das Modellteam. Besonders hervorzuheben ist, dass sich die Modellarbeit nachhaltig auswirkt. So ist im Rahmen der Nachbetreuung deutlich geworden, dass sich der Zustand der Patient/innen - von wenigen Ausnahmen abgesehen - auch zu Hause weiter verbessert hat oder zumindest auf gleichem Niveau gehalten werden konnte.

- Der Konsiliar- und Liaisondienst hat in Kooperation mit dem Krankenhaussozialdienst zudem die *Voraussetzungen für einen sicheren Versorgungsrahmen* der Modellpatient/innen geschaffen. Denn auch wenn es sich bei den Modellpatient/innen um stark eingeschränkte Personen handelt, war beim Erstkontakt nur für eine Person eine Pflegestufe beantragt worden. Am Ende waren neunzehn von 25 Patient/innen eingestuft.
- Positive Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patient/innen hat insbesondere das *Aufbauen von Hilfenetzen*. Durch die Beratung des Konsiliar- und Liaisondienstes werden z.B. Lücken in der ambulanten (nerven)ärztlichen Weiterbehandlung geschlossen. So hat sechs Wochen nach der Entlassung fast die Hälfte der Patient/innen notwendige Veränderungen der zukünftigen ärztlichen Versorgung in die Wege geleitet, sei es die Versorgung durch die Gerontopsychiatrische Ambulanz des BKH, der Einbezug eines niedergelassenen Psychiaters/Neurologen oder der Wechsel des Hausarztes.
Weiterhin wurde zur Sicherung der häuslichen Versorgung Unterstützung in Form von ambulanten Diensten, Essen auf Rädern, Nachbarschaftshilfe usw. organisiert. Damit konnte zum einen das Problem der Unterversorgung gelöst, zum anderen den Patient/innen zu mehr sozialen Kontakten und Tagesstruktur verholfen werden.
- Zu mehr Wohlbefinden und Lebensqualität führt auch die prozesshafte *Beratung der Angehörigen*. Den Angehörigen gelingt es oft erst durch fachkundige Ansprechpartner/innen, in angespannten Situationen die notwendige Distanz zum Kranken zu entwickeln und krankheitsbedingte Defizite besser einordnen zu können. Konkrete Tipps zum Umgang mit dem Kranken erhöhen die Bewältigungs- und Handlungskompetenz und helfen, familiäre Konflikte zu entschärfen.

6.2 Qualifikation und Entlastung des Krankenhauspersonals

Wenn die Effekte des Modells auf die Qualifikation des Krankenhauspersonals beleuchtet werden, ist zunächst auf die sehr gute Akzeptanz der vom Team durchgeführten Fortbildungen für Pflegekräfte zu verweisen. Die viermal jährlich stattfindenden Angebote sind mit zwanzig Teilnehmer/innen stets voll ausgebucht. Die in Kapitel 4.4 dargestellte Kurzevaluation der Veranstaltungen belegt, dass die Absolvent/innen mit den Fortbildungen hoch

zufrieden sind. Sie gehen davon aus, dass das Erlernte konkrete Auswirkungen auf ihr Pflegeverhalten haben wird. Das bezieht sich nach ihrer Ansicht sowohl auf das Erkennen der verschiedenen Erkrankungen als auch auf den Umgang mit den Kranken.

Lernerfolge zeigen sich jedoch vor allem in Kombination mit der Zusammenarbeit am konkreten Fall. Zu Modellbeginn berichteten die Pflegekräfte noch von großen Unsicherheiten und von Hilflosigkeit im Umgang mit den Kranken (vgl. 3.1). Jetzt konstatieren die Modellbeteiligten eine zunehmende Kompetenz vor allem auf den Schwerpunktstationen (vgl. 3.3). Die Einstellung gegenüber psychisch kranken älteren Menschen habe sich verbessert, was allein schon in einer sensibleren Sprache zum Ausdruck käme. Probleme bei der Versorgung würden jetzt erkannt, und es gelte das Bestreben, sie gemeinsam aus dem Weg zu räumen. Man versuche sogar in den gegebenen Grenzen, milieuthérapeutische Akzente zu setzen und gebe Acht, dass die Patient/innen ihre Mahlzeiten einnehmen und genügend trinken. Auch aus Sicht der Pflegekräfte sind die Lernerfolge beachtlich. In den Abschlussinterviews betonten sie vor allem folgende Aspekte:

- Psychische Faktoren werden stärker wahrgenommen. *„Man ist für die ganze Sache sensibler geworden. Das mussten wir erst lernen. Wir sind halt aus der Somatik und nicht aus der Psychiatrie. Das sind zwei Welten. Aber diese Welten kommen im Krankenhaus oft aufeinander, und dann muss man das kombinieren können.“*
- Die Wahrnehmung psychischer Probleme führt zu konkreten Maßnahmen. *„Das pflegerische Handeln ist jetzt zielgerichteter auf diese Erkrankungen.“* *„Wir nehmen das ernst, auch die „Macken“ oder Todeswünsche und wissen, dass es da Möglichkeiten gibt, das zu behandeln.“* *„Zum Beispiel bei Depressionen, da kann man jemanden dazuholen, der mit dem Patienten spricht und ihm die entsprechenden Medikamente gibt, und dann sieht man auch wirklich eine Verbesserung.“*
- Es findet eine bessere Krankenbeobachtung statt. Der Blick richtet sich individueller auf den einzelnen Patienten, z.B. durch Berücksichtigung seiner Biographie.
- Zur besseren Orientierung belässt man die Patient/innen auch mal in ihrer Alltagskleidung, eine Umstellung nicht nur für das Klinikpersonal, sondern auch für die Angehörigen.

- Bei unruhigen Patient/innen besteht das Ziel, Fixierungen zu vermeiden, z.B. durch eine stärkere Einbindung der Angehörigen oder durch eine gezielte Aktivierung. *„Wenn er laufen kann, warum soll er nicht laufen.“*
- Für die Demenzkranken werden Orientierungspunkte geschaffen, z.B. durch eine Markierung der Tür.
- Man versucht sich, wenn möglich, dem Rhythmus des Patienten anzupassen, auch wenn dies bedeutet, gewohnte hierarchische Strukturen zu hinterfragen. *„Früher musste alles nach einem festen Plan ablaufen. Wenn's der Doktor gesagt hat, wurde das so gemacht.“*
- Bei Krisen helfen Strategien der Deeskalation. *„Wir hatten eine Patientin mit einer Infektion und die musste ihre Medikamente nehmen. Da bin ich rein und sie hat sie mir nur entgegengespuht. Da habe ich die Fachkrankenschwester gerufen und die hat gesagt, schicken sie mal jemand anderes rein, und auf einmal hat's geklappt. Früher hätten wir wahrscheinlich versucht, die irgendwie ruhig zu stellen, ihr ein Medikament zu geben, sie zu fixieren und sie irgendwie in ein Einzelzimmer zu schieben.“*
- Die Pflegekräfte haben mehr Informationen über Möglichkeiten zur Unterstützung der poststationären Versorgung, z.B. über gesetzliche Betreuungen, über ambulante pflegerische Hilfen usw.

Auch die Ärztinnen und Ärzte profitieren von der Zusammenarbeit mit dem Konsiliar- und Liaisondienst. Wie sich gezeigt hat, sind sie im Modellverlauf sicherer in der diagnostischen Einordnung von gerontopsychiatrischen Erkrankungen geworden. Das spiegelt sich z.B. in den Konsilianforderungen, in denen immer häufiger Diagnosen benannt sind, wo zuvor nur eine Symptomschilderung möglich war. In den Abschlussinterviews bringen die Ärztinnen und Ärzte insbesondere folgende Fortschritte zur Sprache:

- Bei psychischen Auffälligkeiten wird der Facharzt hinzugezogen, dessen Kompetenz anerkannt wird. Seine Vorschläge, z.B. zur Medikation, nimmt man ernst. *„Mein Blick hat sich geschärft. Man kann mehr Patienten rausfiltern. Man weiß, da ist der Facharzt, der ist eine große Hilfe, und den kann man hinzuziehen. Vielleicht ist ja was, vielleicht ist nichts.“*
- Man ist auch dankbar für Ratschläge über eine geeignete Kommunikation mit schwierigen Patient/innen. *„Ich kriege wichtige Tipps, auch vom Menschlichen her.“*

- Es ist ein stärkeres Bewusstsein für gerontopsychiatrisch Erkrankte entstanden. *„Das Wichtigste ist, den Patienten zu beobachten, mit den Angehörigen darüber zu sprechen und hellhöriger zu werden, was die psychischen Probleme anbelangt.“*
- Man hat mehr Verständnis für Demenzkranke und geht anders mit ihnen um. *„Da war vor kurzem z.B. ein Patient im Nachtdienst, der wollte plötzlich aus dem Krankenhaus raus, dachte, er wäre sonst wo. Das ist eine wahnsinnig schwierige Situation. Man hat ja auch irre Gegenreaktionen und denkt, muss das jetzt sein, ich hab so viel zu tun, wieso fängt der jetzt an zu spinnen. Dann habe ich mich an die Tipps vom Facharzt erinnert und habe versucht, dem Patienten verständnisvoll entgegenzukommen.“*
- Die Ärztinnen und Ärzte sind vorsichtiger mit Sedativa. Früher wurden oft so genannte „überhängende“ Schlafmittel zur Ruhigstellung eingesetzt. Heute weiß man mehr über deren Nebenwirkungen, wie z.B. die Benommenheit noch am nächsten Tag und die damit zusammenhängende Sturzgefahr. *„Die Patienten schlafen jetzt nachts ruhiger und sind dann tagsüber wacher und nicht so somnolent. Manchmal legen wir bei Sturzgefahr einfach die Matratzen auf den Boden.“*
- Auch mit Fixierungen ist man vorsichtiger geworden. *„Früher war dieses Ruhigstellen so der erste Reflex. Der muss jetzt ruhiger werden, ich kann mit dem nicht umgehen oder mit der Situation nicht umgehen. Das heißt nicht, dass es heute nicht auch passiert. Aber es ist nicht der erste Weg, Gott sei dank.“*
- Zudem hat sich der Blick für die Anschlussversorgung der Patienten geschärft. Probleme werden früher antizipiert und entsprechende Unterstützung eingefordert. So können unvorbereitete Entlassungen vermieden werden.

Schließlich kann man davon ausgehen, dass durch die Erhöhung der Handlungssicherheit im Umgang vor allem mit den demenzkranken Patient/innen eine Belastungsreduktion auf den Stationen erfolgt ist. Diese stellt sich jedoch nicht primär als Zeitersparnis, sondern in Form einer Stressreduktion ein. *„Es ist nicht mehr ganz so anstrengend wie es früher war, weil man diese Tipps und Tricks zum Umgang kriegt. Es ist schon entlastend. Und der Liaisondienst kommt und führt die Gespräche mit den Patienten, die sind*

dann oft wieder zugänglicher und aufnahmefähiger.“ Entlastungseffekte entstehen auch durch die gezieltere Medikation der Patient/innen. So haben sich Probleme mit nächtlichen Unruhezuständen reduziert, obwohl man sorgfältiger mit Sedativa umgeht.

Gerade die Möglichkeit, in Krisensituationen schnell kompetenten Rat einzuholen, wirkt Stress reduzierend und verhindert zudem die Traumatisierung von Patienten. Man weiß, für Notfälle ist ein Ansprechpartner im Hintergrund, man steht mit seinen Problemen nicht alleine da. *„Man hat ein Ventil. Wenn ich jemanden brauche, ist jemand da.“* Als arbeitserleichternd empfinden die Pflegekräfte zudem die Tatsache, dass sie gelernt haben, besser mit Schwerstkranken umzugehen und mit gutem Gewissen Angehörigengespräche und Entlassungsplanung an den Fachdienst abzugeben.

Spannungen bauen sich nicht mehr so massiv auf. *„Für mich ist es so, dass ich zufriedener bin, wenn ich heimgehe und gar nicht mehr in so eine Stresssituation komme.“* Man wird entlastet, weil es dem Patienten besser geht. *„Zusammenfassend bin ich persönlich sehr froh, dass der Liaisondienst da ist, obwohl ich am Anfang eher skeptisch war und es erst ein Prozess war, sich aufeinander einzulassen. Aber insgesamt ist es wahnsinnig hilfreich, es ist eine tolle Sache, sowohl für die Mitarbeiter als auch für die Patienten.“*

6.3 Schnittstellenübergreifende Behandlungskontinuität

Ein Konsiliar- und Liaisondienst kann nur dann erfolgreich arbeiten, wenn es zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen zu Verknüpfungen kommt, wenn man an „einem Strang zieht“. Eine Kooperationsbeziehung ergibt sich jedoch nicht allein auf Grund der Notwendigkeiten, sondern sie - so zeigten es die Modellerfahrungen - muss wachsen und geduldig aufgebaut werden (vgl. 3.2). Wurde der Konsiliar- und Liaisondienst in der Implementationsphase vom Klinikpersonal lediglich „geduldet“, herrscht jetzt eine wohlwollende Atmosphäre. Das Personal nimmt sich Zeit für den Austausch vor dem Hintergrund der Erfahrung, dass es selbst und der Patient profitieren und dass aus der Zusammenarbeit konkrete Ergebnisse resultieren. In kollegialen Beratungen werden individuelle Problemlösungen gesucht, die in die Krankenhausstruktur passen. Dafür mussten beide Seiten ihr fachspezi-

fisches Wissen um die jeweils andere Seite ergänzen, den anderen in seiner Handlungslogik verstehen lernen.

Nach einer Anlaufphase hat sich ein regelhaftes Einbeziehen des Konsiliar- und Liaisondienstes durchgesetzt. Die Annäherung von Psychiatrie und somatischer Akutversorgung ist geglückt. *„Man ist ein Team geworden, es ist ein richtiger Standard, dass man die dazuholt.“* *„Jetzt ist es so, wir sind gemeinsam hier, und man kümmert sich gemeinsam um die Patienten.“* Vor allem auf den Schwerpunktstationen ist der Fachdienst regelmäßig präsent, und es gibt fest verankerte Foren des Austauschs und des Informationstransfers. So nimmt eine Pflegekraft des Modellteams in einer Station einmal wöchentlich an der Mittagsbesprechung teil. In der anderen Station begleitete sie die Mitarbeiter/innen jeden Montag bei der Pflegevisite, was sich jedoch als zu zeitintensiv herausgestellt hat.

Eine wichtige krankenhauserne Schnittstelle ist der Sozialdienst. Aufgabenüberschneidungen zum Modell gibt es vor allem in den Arbeitsbereichen Beratung und Entlassungsplanung. Deshalb ist regelmäßiger Austausch erforderlich, der mindestens alle vierzehn Tage in einer Besprechung und bei Bedarf zwischendurch stattfindet. Auch wenn es eine Schnittmenge von gemeinsamen Patient/innen gibt, ist die Arbeitsaufteilung zwischen den beiden Instanzen klar geregelt. Der Konsiliar- und Liaisondienst hat primär mit dem Patienten zu tun und berät die Angehörigen vor dem Hintergrund seiner speziellen Kompetenz, z.B. wenn es um Fragen des Umgangs geht, um Informationen zum Krankheitsbild, um die Errichtung einer gesetzlichen Betreuung oder um den Aufbau eines geeigneten häuslichen Unterstützungssystems. Der Sozialdienst ist Ansprechpartner für die Angehörigen, meist geht es um die sozialrechtliche Abklärung, um die Beantragung einer Pflegestufe und um das Aufzeigen von Versorgungsmöglichkeiten im ambulanten und stationären Sektor.

Zu den Aufgaben des Konsiliar- und Liaisondienstes gehören neben den krankenhausernen Bereichen auch Maßnahmen der Soziotherapie, die die Kontaktaufnahme zu externen Instanzen erfordern. Damit stellt der Dienst in gewissem Sinne die Brücke zwischen „Innen und Außen“ dar, die so wichtig ist, wenn es um die Vermeidung von Versorgungsbrüchen mit der Folge unnötiger Pflegeheimweisungen geht. Die Kontaktaufnahme zu Angehörigen und dem Hausarzt dient neben anderem der Informationssammlung über die häusliche Situation, nach der oft weitere Schritte in die

Wege zu leiten sind, wie z.B. sich zu kümmern, dass eine Pflegestufe beantragt wird, dass eine gesetzliche Betreuung einzurichten ist oder dass weitere Hilfen organisiert werden.

Diese Aufgabe, die man auch mit Case Management umschreiben könnte, wird vom Konsiliar- und Liaisondienst allerdings nur subsidiär übernommen, das heißt, wenn sie von anderen Instanzen, wie dem Krankenhaussozialdienst oder von Angehörigen, nicht geleistet wird oder werden kann. Durch das „Netzwerken“ ist der Fachdienst im Umfeld der Krankenhäuser mittlerweile deutlich bekannter geworden, was sich z.B. an externen Anfragen zeigt. *„Die Angehörigen sind anders informiert und auch die Hausärzte. Da sind viele, die anrufen und sagen, ich schicke den Patienten, aber ich weiß, dass Sie einen Liaisondienst haben, den müssen Sie dann sofort anrufen. Also es kommt auch von außen.“*

Dennoch stößt der Konsiliar- und Liaisondienst bei seiner Vernetzungsarbeit an personelle und strukturelle Grenzen. Deshalb wird versucht, eine Diskussion über die Installierung einer Pflegeüberleitung zwischen den Modellkrankenhäusern und krankenhausexternen Instanzen, wie z.B. den ambulanten Pflegediensten, in Gang zu setzen (vgl. 7.). Wie die Fallstudien verdeutlicht haben, bestehen auch innerhalb des Krankenhauses noch Probleme mit der bereichsübergreifenden Kommunikation. So wird der Konsiliar- und Liaisondienst z.B. nicht immer informiert, wenn es zu Wiederaufnahmen bereits bekannter Patient/innen kommt.

6.4 Finanzielle Einsparungen

Dass durch den Konsiliar- und Liaisondienst auch Kosten eingespart werden, liegt auf der Hand. So zitieren z.B. Oswald und Engel jüngere Studien, die gezeigt haben, dass vor allem bei der kostenintensiven Krankheitsgruppe der Demenzkranken durch frühzeitige Diagnostik, gezielte Behandlung und Beratung der Angehörigen nicht nur auf individueller Ebene Entlastung geschaffen, sondern auch auf gesellschaftlicher Ebene eine erhebliche Kostenreduzierung bewirkt werden kann. Eine Früherkennung ermöglicht den Einsatz von Antidementiva, der zu einem längeren Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit, zu einer Stärkung der Alltagskompetenz und zu einer Abnahme von Verhaltensauffälligkeiten führt. Ebenso können durch die Früherkennung einer Demenz rechtzeitig Unterstützungsprogramme für die

pflegenden Angehörigen eingesetzt werden, die die häusliche Pflege stabilisieren.²⁹

Die Vorteile einer Früherkennung werden auch in den Modellkrankenhäusern gesehen. *„Die Patienten können teilweise daheim weiter versorgt werden. Eine Krankheit, die ja im Prinzip immer schlimmer wird, wird rechtzeitig erkannt oder möglichst früh, und man kann sie therapieren. So typische Sachen wie Nahrungsverweigerung und die ganzen Folgen, das kann gleich aufgefangen werden, weil man weiß, wo es herkommt.“*

Auch wenn die ökonomischen Effekte, die durch das Modell erzielt werden, offensichtlich sind, ist es schwierig und zum Teil unmöglich, diese im einzelnen und präzise darstellbar zu machen. Denn es stellen sich immer methodische und ethische Probleme, wenn man den finanziellen Effekt medizinischer oder pflegerischer Maßnahmen ermitteln will (vgl. 5.1). Dennoch soll der Versuch einer Schätzung von Einsparungen unternommen werden. Dazu wird zunächst nachvollzogen, was der Konsiliar- und Liaisondienst bisher pro Jahr kostete:

Tabelle 15: Jährliche Kosten des Konsiliar- und Liaisondienstes

Kosten	in Euro
Personalkosten	140.000
Sachkosten	9.500
Insgesamt	149.500

Zu finanzieren waren demnach rund **150.000 Euro** pro Jahr³⁰.

Kostenersparnis durch Verhinderung von Einweisungen ins BKH

Durch rechtzeitige Intervention des Konsiliar- und Liaisondienstes am Krankenbett können früher notwendige Überweisungen ins BKH weitgehend vermieden werden. *„Früher kamen die Patienten schneller ins BKH. Jetzt sind bei weitem nicht mehr so viele Verlegungen notwendig, nur noch im*

²⁹ Vgl. Oswald, W.D.; S. Engel (2003): 181-182.

³⁰ Die angegebenen Kosten beziehen sich auf den zu Modellbeginn mit dem BMGS vereinbarten Zuwendungsbescheid. Real liegen die aktuellen Personalkosten auf Grund von Tarifierhöhungen und Alterszuschlägen etwas höher. Die Vergütung erfolgt auf folgender Basis: Arzt BAT Ia, Pflegekräfte KR VII, Ergotherapeutin BAT Vb, Schreibkraft BAT VII.

Extremfall.“ Folgende Tabelle belegt, wie sich die Zahl der Überweisungen seit der Installierung des Modells im Oktober 2000 reduzierte:

Tabelle 16: Entwicklung der Überweisungen ins BKH seit Modellinstallierung

Jahr	Zahl der Überweisungen ins BKH
1999	51
<u>2000</u>	<u>42</u>
<u>2001</u>	<u>27</u>
<u>2002</u>	<u>35</u>
<u>2003</u>	<u>29</u>
<u>2004</u>	<u>26</u>

Nimmt man die Zahl von 51 Überweisungen im Modellvorjahr (1999) als Vergleichsmaßstab und setzt diese in Beziehung zu den Überweisungszahlen der Folgejahre, wird eine rückläufige Tendenz von Psychatrieeinweisungen deutlich, die um so stärker ins Gewicht fällt, wenn man sich vor Augen führt, dass die Zahl gerontopsychiatrisch erkrankter Patient/innen steigend ist. Um die sich daraus ableitenden Einspareffekte einzuschätzen, kann man die Werte mit einem mittleren Tagessatz von 244,10 Euro und einer durchschnittlichen Liegezeit von 27 Tagen in der gerontopsychiatrischen Abteilung des BKH³¹ hochrechnen:

Tabelle 17: Einsparungen durch verhinderte Überweisungen ins BKH

Jahr	Zahl der eingesparten Überweisungen ins BKH	Kostensparnis in Euro
2000	9	59.316,30
2001	24	158.176,80
2002	16	105.451,20
2003	22	144.995,40
2004	25	164.767,50

³¹ Grundlage sind die Tagessätze und Liegezeiten in 2002.

Das Jahr 2000 wird bei der Einschätzung von Einspareffekten außer Acht gelassen, weil das Modell erst im letzten Quartal einsetzte und eine Anlaufphase in Rechnung gestellt werden muss. Im Jahr 2002 ließ die Breitenwirkung des Liaisondienstes im Hinblick auf zu verhindernde Überweisungen nach einer Umstellung der Konzeption vorübergehend nach. Es war notwendig geworden, den Dienst in seiner multiprofessionellen Vielfalt zunächst über Schwerpunktabteilungen voll zu implementieren, um danach die Effekte besser hausweit streuen zu können (vgl. 3.3). Die berechneten Kostenersparnisse in den Modelljahren bewegen sich zwischen rund 105.000 und rund 165.000 Euro. In diesem Rechenpiel liegt die mittlere Kostenersparnis für die Krankenkassen bei 143.348 Euro pro Jahr.

Damit wären die Kosten des Konsiliar- und Liaisondienstes bereits durch die Einsparungen in der stationären psychiatrischen Versorgung fast komplett abgedeckt.

Kostenersparnis durch Vermeidung von Heimeinweisungen

Hallauer u.a. berichten im Weißbuch Demenz, dass allein durch die Behandlung mit AChE-Hemmern die erste demenzbezogene Pflegeheimeinweisung um bis zu 21 Monate verzögert werden kann.³² Dass Heimeinweisungen durch die Arbeit des Konsiliar- und Liaisondienstes vermieden werden, wird vor allem bei den Modellpatient/innen mit schweren Beeinträchtigungen deutlich, bei denen durch besonders schwierige Ausgangsbedingungen ohne diese Unterstützung wohl ausnahmslos der Weg in die Heimversorgung vorgezeichnet gewesen wäre. Bei 80% der Modellpatient/innen konnte der Verbleib in den eigenen vier Wänden auch über den Kontrollzeitraum hinaus gesichert werden, auch wenn das Krankenhauspersonal dies in aller Regel nicht für möglich gehalten hätte (vgl. 5.2 ff.).

Dieser Erfolg ist nicht nur auf die Stabilisierung der Patient/innen zurückzuführen, sondern resultiert auch aus einer gezielten Angehörigenberatung. *„Viele Angehörige wissen gar nicht, was es alles an Möglichkeiten gibt. Die haben Angst, die trauen sich nicht, und das ist schwierig.“* Auch das Krankenhauspersonal wird ermutigt, die Vermeidung von Heimunterbringungen zu unterstützen. *„Der Liaisondienst ist das Fachpersonal. Die können auch die Angehörigen gut einschätzen, was die noch zu leisten vermögen, das ganze Umfeld. Es hat schon oft gut geklappt, wo man erst gedacht hatte, der*

³² Vgl. Hallauer, Johannes F.; Alexander Kurz (Hg.) (2002): 21.

kann nie mehr daheim alleine leben, und dann haben die es doch geschafft, dass der Patient noch jahrelang daheim gut lebt, wo man sonst gesagt hätte, wir tun den jetzt ins Heim.“

Als Anhaltspunkt, in welchen Größenordnungen sich die Effekte bewegen, muss eine vorsichtige Schätzung des Konsiliar- und Liaisondienstes dienen. Danach kann von den pro Quartal behandelten rund 150 Patient/innen in etwa zehn Fällen die Heimunterbringung vermieden werden. Geht man davon aus, dass jeweils die Hälfte davon in die Pflegestufe 1 und 2 eingestuft sind, ergäben sich Einsparungen von rund 552.480 Euro im Jahr.³³ Demgegenüber entstünden bei Ausschöpfung der ambulanten Sachleistung Kosten von 313.200 Euro, womit der Pflegeversicherung immerhin noch ein Ersparnis von 239.280 Euro³⁴ verbleibt.

Weitere Kosteneffekte

Neben den genannten Kosteneffekten ergeben sich durch den Konsiliar- und Liaisondienst zusätzliche Einsparungen, die jedoch nicht weiter quantifiziert werden sollen bzw. können. So ist davon auszugehen, dass sich durch die Modellarbeit insgesamt auch die Liegezeiten im Allgemeinkrankenhaus verkürzen. Denn psychische Komorbidität hat jetzt sehr viele größere Chancen erkannt zu werden, womit sie die körperliche Genesung nicht mehr behindert und verzögert. Durch den Abbau diagnostischer Unsicherheiten kann die Effektivität der Primärbehandlung gesteigert und auf unnötige apparative Zusatzuntersuchungen verzichtet werden.

Auch wenn der Konsiliar- und Liaisondienst von der Tendenz her versucht dazu beizutragen, die Liegezeiten vor allem bei demenzkranken Patient/innen möglichst kurz zu halten, führt seine Intervention nicht immer zu einer Verkürzung der Aufenthalte. In Einzelfällen wirkt er sogar auf Verlängerungen hin, wenn z.B. absehbar ist, dass der Patient für eine Entlassung noch nicht ausreichend stabilisiert ist. *„Besser einmal gescheit abgeklärt mit längerer Liegedauer, als dass das so eine Pingpongsache wird.“*

So trägt der Konsiliar- und Liaisondienst dazu bei, dass die Liegezeiten optimaler auf den Bedarf der Patient/innen ausgerichtet werden und verhindert

³³ 1.023 Euro für Pflegestufe I x 12 Monate x 20 Patient/innen + 1.279 Euro für Pflegestufe II x 12 Monate x 20 Patient/innen = 552.480 Euro.

³⁴ 384 Euro für Pflegestufe I x 12 Monate x 20 Patient/innen + 921 Euro x 12 Monate x 20 Patient/innen = 313.200 Euro.

dadurch Wiederaufnahmen, die man auch als „Drehtüreffekte“ bezeichnet. Diese betreffen z.B. diejenigen Patient/innen, bei denen eine gerontopsychiatrische Erkrankung erstmals vom Konsiliar- und Liaisondienst erkannt und behandelt wurde und die ansonsten wegen unklarer Beschwerden und sozialer Indikation wieder und wieder ins Krankenhaus eingewiesen worden wären.

Nicht zu vernachlässigen sind auch Einsparungen, die sich durch die Vermeidung nicht angebrachter Leistungen ergeben. So hat der Konsiliar- und Liaisondienst durch seine Intervention mehrere stationäre Rehaufenthalte von Demenzkranken verhindert. Dabei ist zu betonen, dass es in diesen Fällen nicht um eine Verweigerung notwendiger Leistungen ging, sondern dass der Konsiliar- und Liaisondienst durch seine Fachkompetenz in der Lage war zu beurteilen, dass die Patient/innen von diesen Maßnahmen nicht profitiert bzw. diese ihnen sogar geschadet hätten. Dies ist z.B. der Fall, wenn auf Grund der Schwere einer Demenz die Sinnhaftigkeit einer Rehabilitation vom Patienten nicht erkannt wird und die Maßnahme damit ins Leere laufen muss.

7. Resümee und Ausblick

Betrachtet man sich die Auswirkungen des Konsiliar- und Liaisondienstes auf die Lebensqualität der gerontopsychiatrisch erkrankten Krankenhauspatient/innen, müsste dies bereits Argument genug sein, das Modell dauerhaft zu etablieren. Es ist aber auch gelungen nachzuweisen, dass sich der Dienst durchaus „rechnet“, sich also nicht nur selbst trägt, sondern auch zusätzlich Mittel der Sozialversicherung einspart. Denn den Kosten von rund 150.000 Euro im Jahr stehen vorsichtig eingeschätzte Einsparungen von 382.628 Euro gegenüber, was einem „Plus“ von über 230.000 Euro entspricht.

Die im modellbegleitenden Beirat vertretenen Kostenträger waren dementsprechend schnell vom Nutzen des Modells überzeugt. Etwas länger dauerte es, bis ein angemessenes Finanzierungsmodell gefunden wurde. Die Leistungen des Teams werden seit Modellende im Oktober 2004 über Mehrerlöse der DRGs³⁵ (Fallpauschalen) abgegolten, die durch die vom Facharzt gestellten psychiatrischen Neben- und Hauptdiagnosen entstehen. Die psychiatrischen Diagnosen führen über eine Erhöhung des patientenbezogenen Komorbiditäts- und Komplexitätsgrades (PCCL) zu einer Veränderung des ökonomischen Schweregrades der DRGs. Das Abrechnungssystem wird dadurch besser ausgenutzt, die Leistungsvergütung entspricht eher dem realen Versorgungsbedarf des multimorbiden Patienten.³⁶ Damit rechnet sich der Konsiliar- und Liaisondienst auch aus Sicht der Krankenhäuser. Zudem wird vermutet, dass man dem durch die DRGs verstärkten Entlassungsdruck mit Hilfe des Fachdienstes kompetenter begegnen kann.

Der Konsiliar- und Liaisondienst hat im Bereich der Krankenhausversorgung von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen Pionierarbeit geleistet. Er hat Wege aufgezeigt, wie der sowohl in der Fachwelt als auch in der Praxis als Krisenereignis bekannte und gefürchtete Krankenhausaufenthalt für die Kranken sogar zur Chance werden kann, wenn er als erste Station für Diagnostik, Behandlung und weiterführende Unterstützung genutzt wird. Das heißt jedoch nicht, dass psychisch kranke alte Menschen zukünftig zur Abklärung ins Allgemeinkrankenhaus geschickt werden sollten. Denn vor allem bei Demenzkranken ist der Umgebungswechsel immer eine Belastung und

³⁵ „Diagnosis related groups“.

³⁶ Vgl. Diefenbacher, A. & V. Arolt (2004): 69.

auch die demenzfördernden Rahmenbedingungen, wie die hektische Atmosphäre, Unübersichtlichkeit usw. (vgl. 1.) können von einem Konsiliar- und Liaisondienst nicht behoben werden.

Im Hinblick auf bundesweite „Nachahmeffekte“ soll der Abschlussbericht mit einigen Hinweisen über wichtige Voraussetzungen zur Etablierung eines solchen Fachdienstes enden:

- *Ab welcher Krankenhausgröße lohnt sich ein Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst?*

Der Fachdienst umfasst insgesamt drei Vollzeitstellen für zwei Krankenhäuser³⁷ mit zusammen rund 380 Betten. Etwa jeder zehnte ältere Patient wird erreicht (vgl. 6.). Orientiert man sich an den Bedarfszahlen von Experten, nach denen etwa ein Drittel der älteren Krankenhauspatient/innen unter behandlungsbedürftigen psychischen Störungen leidet (vgl. 1.), kann man noch von einer beträchtlichen Dunkelziffer nicht identifizierter Patient/innen ausgehen.

Die Modellerfahrungen haben gezeigt, dass der Konsiliar- und Liaisondienst häufig an seine personellen Grenzen stößt. So entstehen teilweise längere Wartezeiten, bis vorliegende Konsilianfragen abgearbeitet werden können. Auch Vertretungen in Urlaubs- und Krankheitsphasen sowie eine Nacht- und Wochenendbereitschaft können mit der dünnen personellen Besetzung nur unbefriedigend gelöst werden. Nach einer Probephase soll deshalb geprüft werden, ob die mit den DRGs erzielten Erlöse ausreichen, um den Fachdienst personell aufzuwerten.

- *Welche strukturellen Voraussetzungen sind für einen Gerontopsychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst erforderlich?*

Wichtig sind eine Klärung der Rolle des Fachdienstes und die klare Zuteilung von Aufgaben. Es muss eine Verantwortungshierarchie mit eindeutigen Zuständigkeiten bestehen. Die Krankenhausleitung hat dafür zu sorgen, dass die Mitarbeiter/innen auf den Stationen über den Dienst informiert werden. Wünschenswert sind standardisierte Kommunikationsformen, um den notwendigen Austausch zu regeln. Zudem werden eigene stationsnahe Büroräume sowie ein Gruppen- und/oder Besprechungsraum benötigt. Eine verbindliche Erreichbarkeit ist über eine entsprechende Büroausstattung zu organisieren, zudem muss es für die Datenerfassung ein geeignetes EDV-gestütztes Dokumentationssystem geben.

³⁷ Die beiden Krankenhäuser wurden im Modellverlauf zusammengelegt (vgl. 2.1).

Für die Implementationsphase hat es sich bewährt, verstärkte Präsenz in Schwerpunktabteilungen zu zeigen, um den Konsiliar- und Liaisondienst dann auf der Basis des dort gewonnenen Vertrauens hausweit bekannt zu machen.

- *Welche personellen Voraussetzungen sind für einen Gerontopsychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst erforderlich?*

Wichtig ist zunächst das multiprofessionelle Team aus Facharzt und psychiatrisch geschulten Pflegekräften und Ergotherapeut/innen, um sich in den jeweiligen Sichtweisen und Kompetenzen zu ergänzen. Wegen der Bedeutung der Zusammenarbeit müssen alle Beteiligten gerne im Team arbeiten. Vor allem in der Implementationsphase spielt die Teamsupervision eine große Rolle, um Konflikte zu schlichten und die Arbeitsorganisation zu optimieren.

Weil die Arbeit hohe Anforderungen an die körperliche und psychische Belastbarkeit stellt, sollten die Mitarbeiter/innen eine stabile Persönlichkeit und Frustrationstoleranz mitbringen. Zudem werden ausgeprägte soziale und kommunikative Kompetenzen benötigt, man braucht die Fähigkeit, sich auf unterschiedliche Menschen und Situationen schnell einzustellen und muss in der Gesprächsführung sensibel sein. Unerlässlich ist eine Fachkompetenz bezüglich der gerontopsychiatrischen Krankheitsbilder und deren Behandlung. Beim Arzt ist ein solides Grundwissen über körperliche Erkrankungen und die jeweiligen Behandlungsoptionen erforderlich. Im Idealfall verfügt er über eine psychotherapeutische Ausbildung. Die Pflegekräfte und Ergotherapeut/innen sollten die relevanten Pflegekonzepte und therapeutischen Ansätze kennen und beherrschen. Wenn Fortbildungen angeboten werden, muss auf didaktische Vorkenntnisse geachtet werden. Um die adäquate Nachversorgung der Patient/innen zu planen, sind Erfahrungen im ambulanten Arbeitsbereich unerlässlich.

- *In welchen Bereichen kann die Modellkonzeption inhaltlich noch verbessert werden?*

Gerade bei seiner externen Vernetzungsarbeit ist das Modellteam an personelle und strukturelle Grenzen gestoßen. Deshalb wird versucht, eine Diskussion über die Installierung einer Pflegeüberleitung zwischen den Modellkrankenhäusern und krankenhausexternen Instanzen, wie z.B. den ambulanten Pflegediensten, in Gang zu setzen. Weiterhin bestehen Überlegungen, inwieweit bei multimorbiden Patient/innen eine integrierte

geriatriisch-gerontopsychiatrische Versorgung innerhalb des Krankenhauses ermöglicht werden könnte. In einer solchen Behandlungseinheit wäre es z.B. einfacher, die Umgebung gezielter auf die Bedürfnisse der älteren Patient/innen auszurichten, z.B. mit Gruppenräumen, Beschäftigungsangeboten, Orientierungshilfen, Rooming-in usw. Auch in den Bereichen Austausch und Fortbildungen sind Lücken deutlich geworden. So plädierten z.B. die interviewten Ärztinnen und Ärzte für ein wöchentliches Besprechungsforum, die in den Schwerpunktstationen installierten Kommunikationsstrukturen müssen auch auf andere Abteilungen ausgeweitet werden, und es ist zu prüfen, inwieweit die Fortbildungen in Zukunft nicht besser stationsweise durchgeführt werden können.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2000): Konsiliar- und Liaisondienst in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin (psmCL) in Krankenhäusern der Akutversorgung. www.uni-duesseldorf.de: 3.
- Arolt, Volker & Albert Diefenbacher (Hg.) (2004): Psychiatrie in der klinischen Medizin. Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie, Darmstadt: 5.
- Arolt, V. & M. Rothermundt (2004): Depression bei körperlichen Erkrankungen. In: Arolt, Volker & Albert Diefenbacher (Hg.): 349.
- Bergener, Manfred (1998): Epidemiologie psychischer Störungen im höheren Lebensalter. In: Kruse, Andreas: Psychosoziale Gerontologie, Band 1: Grundlagen. Jahrbuch der medizinischen Psychologie: 15: 97.
- Diefenbacher, Albert; Winfried Reichwaldt (2001): Die Rolle der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in der gerontopsychiatrischen Versorgung. Eine Einführung. In: pan 1/2001: 28.
- Diefenbacher, Albert & Volker Arolt (2004): Konsiliarpsychiatrische Versorgung. Entwicklung und Perspektiven. In: Arolt, Volker & Diefenbacher, Albert (Hg.): 69.
- Ernszt, Irmgard (2003): Gerontopsychiatrische Pflege im Allgemeinkrankenhaus. Am Beispiel des Klinikums Kaufbeuren. Studienarbeit im Rahmen der Weiterbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft. Pflegeinstitut am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Hallauer, Johannes F.; Alexander Kurz (Hg.) (2002): Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland, Stuttgart: 21.
- Herzog, T. u.a. (2003): Leitlinie und Quellentext für den psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst. In: Rudolf, G. & W. Eich (Hg.): 32.
- Herzog, T. & B. Stein (2003): Europäisches Forschungsprogramm, Qualitätsmanagement und Basisdokumentation. In: Rudolf, G. & W. Eich (Hg.): 185.
- Hewer, W. (2004): Körperliche Erkrankungen bei psychiatrischen Patienten. In: Arolt, Volker & Albert Diefenbacher (Hg.): 252f.
- Hirsch, Rolf D. (2003): Störfaktor dementer Patient? In: krankenhauseinschau 3/2003: 172-175.
- Kenny, David (1997): The Medical Perspective. In: Allan, Kate (Hg.) 1997: Care for People with Dementia in Acute Ward Settings, Sterling: 3ff.
- Kirchen-Peters, Sabine unter Mitarbeit von Monika Brehm und Patrick Hemm (2002): Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst des Gerontopsychiatrischen Zentrums Kaufbeuren. Ein Modellvorhaben zur Verbesserung der Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter im Allgemeinkrankenhaus, 1. Zwischenbericht, Saarbrücken.

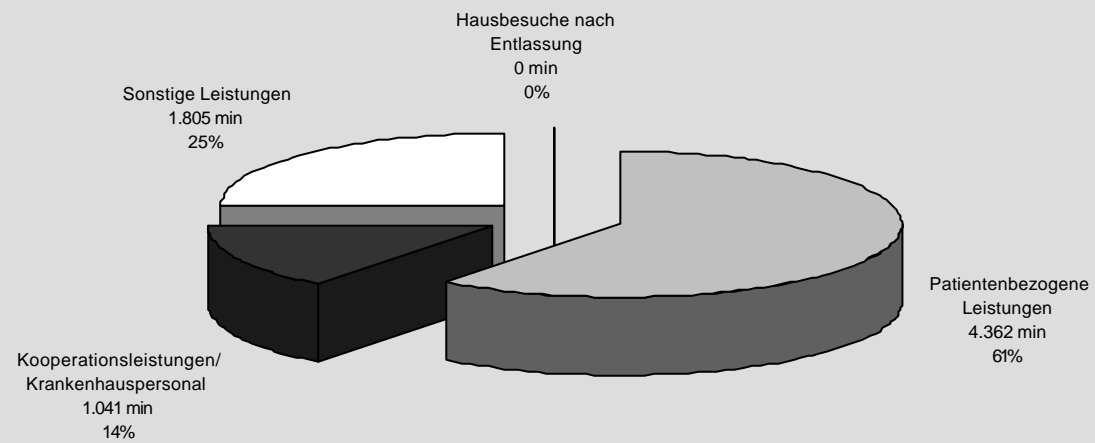
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (2002): Menschen mit Demenz im Krankenhaus. In: Pro Alter 4/2002: 66-70.
- Rudolf, G. & W. Eich (Hg.) (2003): Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik und -psychiatrie, Stuttgart.
- Oswald, W. D.; S. Engel (2003): Zur Notwendigkeit der Qualitätsentwicklung bei der Versorgung Demenzkranker und ihrer Angehörigen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36(2003)3: 181-182.
- Wojnar, Jan (2003): Demenzpatienten im Krankenhaus. In: Alzheimer Info 1/2003: 2-4.
- Zimmer, R. & H. Förstl (2004): Demenz. In: Arolt, Volker & Diefenbacher, Albert (Hg.): 285.

Anhang

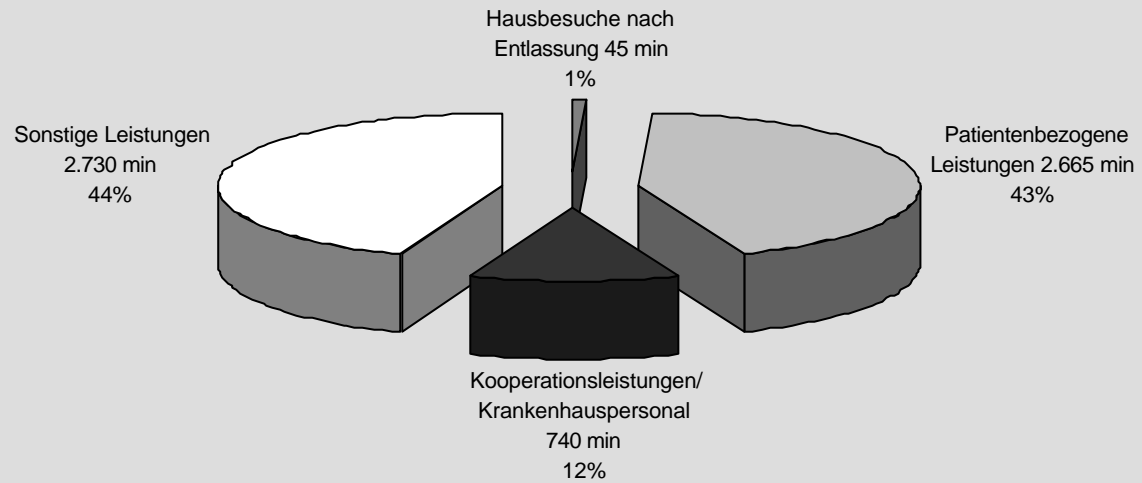
Inhalt

Schaubild 9:	Verteilung der Arbeitszeiten nach Leistungsgruppen (ärztliche Leistungen)	1
Schaubild 10:	Verteilung der Arbeitszeiten nach Leistungsgruppen (Leistungen psychiatrische Pflege)	2
Schaubild 11:	Verteilung der Arbeitszeiten nach Leistungsgruppen (ergotherapeutische Leistungen)	3
1.	Fallbeschreibungen nach Patientengruppen	5
1.1	Fallgruppe „Demenzkranke Patient/innen“	5
1.2	Fallgruppe „Depressive Patient/innen“	44
1.3	Fallgruppe „Patient/innen mit anderen psychischen Erkrankungen“	84

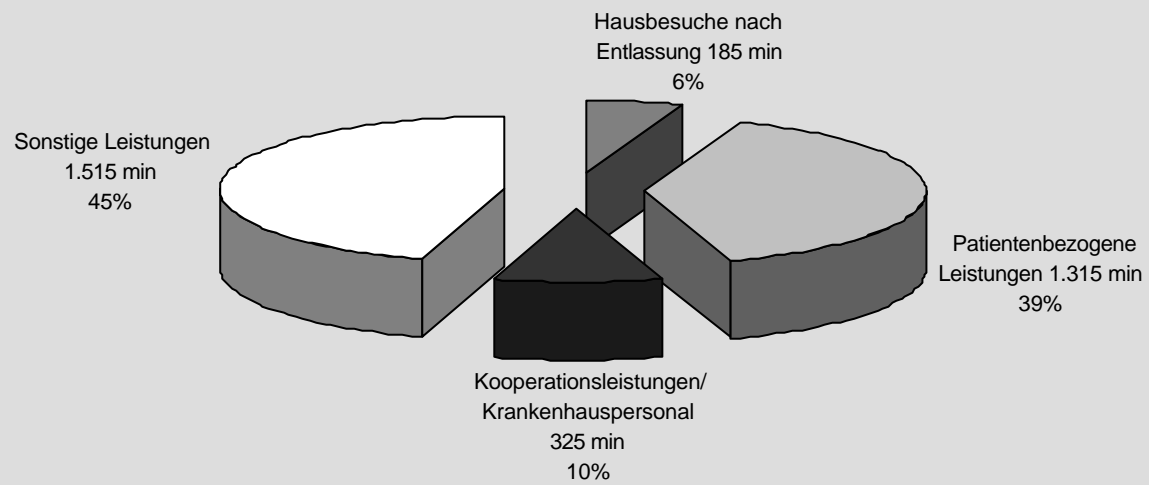
**Schaubild 9: Verteilung der Arbeitszeit nach Leistungsgruppen/
ärztliche Leistungen**



**Schaubild 10: Verteilung der Arbeitszeit nach Leistungsgruppen/
Leistungen psychiatrische Pflege**



**Schaubild 11: Verteilung der Arbeitszeit nach Leistungsgruppen/
ergotherapeutische Leistungen**



1. Fallbeschreibungen

1.1 Fallgruppe „Demenzkranke Patient/innen“

Frau H.

Frau H. wird Mitte Mai 2001 wegen einer Oberarmfraktur in die Chirurgische Abteilung eingeliefert. Sie ist zu diesem Zeitpunkt 75 Jahre alt und lebt seit dem Tod des Ehemanns vor ca. elf Jahren alleine in einer kleinen Wohnung. Aus erster Ehe hat sie einen leiblichen Sohn, zu dem sie aber nach Streitigkeiten den Kontakt abgebrochen hat, und aus zweiter Ehe einen Stiefsohn, der etwas entfernt wohnt, sich aber einmal pro Woche meldet und sie etwa zweimal im Jahr besucht. Seit ein paar Jahren wird sie zweimal wöchentlich hauswirtschaftlich durch eine Nachbarin versorgt, sonst hat sie fast keine sozialen Kontakte.

Bei der ersten Begegnung mit dem Liaisondienst wirkt sie krankhaft schläfrig und im Antrieb sehr verlangsamt. Das Modellteam stellt fest, dass Frau H. Symptome einer beginnenden Demenz aufweist. Sie zeigt hin und wieder eine mangelnde situative bzw. örtliche Orientierung sowie Zeitgitterstörungen. Merkfähigkeit und Konzentration sind teilweise stark beeinträchtigt, das formale Denken verlangsamt. Hinzu kommt eine depressive Symptomatik mit Zukunftsängsten, passiven Todeswünschen und Angst vor Einsamkeit. Im Rahmen eines Tests zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung können beide Diagnosen bestätigt werden. Frau H. realisiert ihre Defizite und schiebt diese auf ihr Alter. Sie sieht aber ein, dass sie zukünftig wohl vermehrt auf Hilfe angewiesen sein wird. Laut Pflegepersonal ist die Patientin sehr wechselhaft. Teilweise lässt sie sich hängen, macht nicht mit, das nächste Mal steht sie selbstständig auf und ist dann relativ mobil. Zeitweise wirkt sie geordnet, dann wieder ablehnend und verwirrt. Manchmal lässt sie bestimmte Hilfen zu, dann wieder nicht. Sie habe eine prägnante Persönlichkeit und wenn gegen ihren Willen etwas gemacht werde, reagiere sie sehr stur. Die Grundpflege erledigt sie selbst, wenn auch mit erheblichem Zeitaufwand. Allgemein bewegt sie sich auf Grund ihres Übergewichtes und Gelenkproblemen eher langsam und schwerfällig und geht in sehr kleinen Schritten.

Gegenüber den Modellbeteiligten ist sie stets freundlich und zugänglich, erkennt sie auch wieder. Frau H. erhält eine medikamentöse antidepressive

Therapie und wird mehrmals wöchentlich von einer Fachkrankenschwester des Liaisondienstes besucht. In den Gesprächen geht es hauptsächlich darum, der Patientin ihre derzeitige Situation zu veranschaulichen und Zukunftsperspektiven zu erarbeiten. Außerdem wird mit der Patientin die Notwendigkeit einer gesetzlichen Betreuung und der Beantragung einer Pflegestufe besprochen. Frau H. stimmt beidem zu. Auch einem Umzug in ein Altenheim scheint sie trotz einiger Befürchtungen nicht abgeneigt zu sein, sie möchte aber unbedingt in der Umgebung bleiben. Auf Grund ihrer kognitiven Defizite müssen viele Inhalte in mehreren Gesprächen erklärt und wiederholt werden.

Um den bisherigen Verlauf der psychischen Symptomatik und die häusliche Situation zu klären, führt die Mitarbeiterin des Modellteams ein Telefonat mit Frau J., der Nachbarin der Patientin, die ihr schon seit längerem im Haushalt hilft. Diese hat schon bemerkt, dass die Situation zu Hause immer schwieriger wird. Frau H. sei oft launisch und verweigere häufig Hilfen, z.B. durch die Sozialstation, bei der Grundpflege lasse sie gar keine Hilfen zu, dabei sei sie schon seit über einem Jahr inkontinent. Sie habe auch Probleme beim Laufen, könne sich nicht mehr lange auf den Beinen halten, auch Merkfähigkeit und Zeitgefühl hätten abgenommen. Die Nachbarin berichtet außerdem über wahnhaftige Symptome. Frau H. sei zeitweise sehr seltsam, habe häufig tagsüber die Rollläden heruntergelassen und des Öfteren von Strahlungen berichtet, die durch die Wände kämen. Zudem behauptet sie, die Nachbarn würden sie belästigen, worauf sie gereizt reagiere und mit Gegenständen gegen die Wände schlage. Zurzeit bestünden diese Beeinträchtigungen ihres Wissens wohl nicht. Soziale Kontakte habe Frau H. fast keine, nach dem Tod des Ehemannes habe sie sich zurückgezogen. Das Haus verlasse sie nur zwei- bis dreimal jährlich, wenn sie in Begleitung von Frau J. zur Bank geht. Seit Jahren habe sich die Patientin keine neue Kleidung mehr gekauft, im Haus sei sie Tag und Nacht mit einem Schlafanzug bekleidet. Frau H. interessiere sich nicht mehr für das Umweltgeschehen, lese keine Zeitung und sehe auch nicht fern. Außerdem höre sie sehr schlecht, lehne aber ein Hörgerät ab. Frau J. hält eine weitere häusliche Versorgung für unmöglich, da die Verwahrlosung durch die Inkontinenz und die Hilfsverweigerung ein enormes Ausmaß angenommen habe.

Nach zweiwöchigem Krankenhausaufenthalt ist der Oberarmbruch soweit verheilt, dass die Patientin entlassen werden könnte. In einem Gespräch mit dem behandelnden Arzt thematisiert die Mitarbeiterin des Liaisondienstes

die häusliche Situation der Patientin und weist darauf hin, dass vor der Entlassung ein gesetzlicher Betreuer bestellt werden müsse. Es wird vereinbart, die Zeit zu nutzen, um die bestehende Inkontinenz diagnostisch abzuklären.

Nach der Bestellung des Betreuers und einem ersten Kontakt, zeigt sich Frau H. sehr ambivalent. Über Sinn, Zweck und Vorteile der Betreuung müssen immer wieder Gespräche und Aufklärung erfolgen, wobei sich deutlich die Defizite im Kurzzeitgedächtnis der Patientin zeigen. Außer der gesetzlichen Betreuung, die Gesundheitsfürsorge, Vermögenssorge und Aufenthaltsbestimmung betrifft, wird auch Pflegestufe 1 genehmigt. Frau H. fühlt sich insgesamt sehr unsicher, weiß nicht, wie es weitergeht und möchte auf jeden Fall erst mal nach Hause.

Um die Entlassung vorzubereiten, leitet der Liaisondienst ein Gespräch mit dem Betreuer ein. Darin wird er über die psychiatrische Problematik bei Frau H. informiert und erhält Empfehlungen für die Organisation der häuslichen Hilfen. Es wird abgesprochen, dass Frau H. an die Gerontopsychiatrische Ambulanz angebunden wird (die Fachkrankenschwester des Modellteams wird eine Übergabe machen), dass die Nachbarin zwei- bis dreimal wöchentlich hauswirtschaftliche Hilfen (einkaufen, Wohnung säubern etc.) leistet und dass zweimal täglich die Sozialstation zur Medikamentengabe und eventuellen Anleitung zur Grundpflege vorbeikommt. Zudem wird veranlasst, dass in der Wohnung vorhandene Medikamente entfernt werden, damit keine unkontrollierte Einnahme erfolgen kann. Frau H. wird außerdem prophylaktisch in einem Pflegeheim angemeldet.

Frau H. freut sich auf die Entlassung, wobei sich die Freude auch mit Ängsten mischt. Ihre Gesprächspartnerin vom Liaisondienst beruhigt sie, indem sie ihr die häuslichen Hilfen nochmals erläutert und ihr erklärt, dass sie durch diese auch mehr Kontakt mit verschiedenen Personen hat und sich nicht mehr so einsam fühlen müsse.

Nach sechs Wochen zu Hause haben sich das körperliche und psychische Zustandsbild verbessert. Ein Problem stellt die mangelhafte Medikamentencompliance dar. Frau H. wird zwar täglich zur Medikamentengabe gesehen, aber sie nimmt seit der Entlassung das Antidepressivum nicht mehr ein und die anderen Medikamente nur unregelmäßig. Die Grundpflege erledigt sie selbstständig und lehnt jede Hilfe dabei ab. Sie hat inzwischen Einspruch gegen die gesetzliche Betreuung erhoben, weil sie deren Aufgaben nicht versteht und glaubt, dass sie alles selbst regeln könne. Die Besuche durch

die Gerontopsychiatrische Ambulanz akzeptiert sie nach anfänglichen Schwierigkeiten. Sie freut sich, wenn ihr jemand zuhört und Zeit für ihre Sorgen und Nöte hat. Momentan möchte Frau H. noch gerne zu Hause leben, wobei sie vor allem die Einsamkeit als Problem ansieht. Ihre Stimmung ist sehr wechselhaft, gegenüber ihr Unbekannten ist sie äußerst misstrauisch, lehnt daher auch immer wieder die Pflege durch die Sozialstation ab, weil deren Personal häufig wechselt. Von der Auffassung her ist sie sehr verlangsamt, viele Dinge müssen ihr immer wieder erklärt werden.

Weitere sechs Wochen später befindet sich Frau H. körperlich und geistig in einem guten Zustand, auch wenn sie sich nicht an die Fachkrankenschwester erinnern kann und sich zunächst weigert, sie in die Wohnung zu lassen. Es kann aber ein gemeinsamer Hausbesuch mit der Schwester der Gerontopsychiatrischen Ambulanz vereinbart werden. Diese weist auch darauf hin, dass die vielen Besuche - durch Schwestern der Sozialstation, die Termine mit Betreuer und Vormundschaftsgericht, die Einstufung durch den Medizinischen Dienst - für die Patientin zu viel sind, sie überfordern und misstrauisch machen, weil sie die Hintergründe oft nicht versteht. Die Besuche durch die Gerontopsychiatrische Ambulanz nimmt sie nach wie vor gut an, der ambulante Pflegedienst kommt nach einer Streichung der Pflegestufe jedoch nicht mehr. Diese war erfolgt, nachdem die Patientin die Grundpflege und die Medikamentenkontrolle verweigert hatte. Das Einspruchsverfahren wegen der gesetzlichen Betreuung läuft derzeit noch. Im Gespräch wirkt die Patientin von der Auffassung her stark verlangsamt. Auch Defizite bezüglich der Konzentrations- und der Merkfähigkeit machen sich bemerkbar. Auf ihre Stimmung angesprochen, zeigt sich die Patientin ambivalent. Sie klagt einerseits über depressive Verstimmtheit, möchte andererseits aber keine Antidepressiva einnehmen, weil es ihr gut gehe. Sie beklagt auch ihre Einsamkeit und mangelnde Mobilität, will aber nicht soviel Menschen um sich haben. Sie beklagt sich, dass die betreuenden Personen bei ihren Besuchen zuwenig Zeit für sie hätten. Sie fühlt sich oft in die Gespräche nicht mit einbezogen und versteht den Sinn vieler Aktivitäten um sich herum nicht. Die Erklärungen sind ihr nicht ausreichend, zum Teil vergisst sie sie wieder und die jeweiligen Gesprächspartner müssen sie ständig wiederholen bzw. nachfragen, ob sie verstanden wurden. Frau H. wünscht sich einen kleineren Personenkreis, der sich um sie kümmert, der für sie Zeit hat, der ihre Wünsche und Sorgen ernst nimmt und der sie so akzeptiert, wie sie ist.

Drei Monate später kann der dritte Hausbesuch nicht stattfinden, wie vorgesehen, weil Frau H. die Besucherin unter keinen Umständen in die Wohnung lassen möchte. Das Modellteam kann jedoch beim jetzt tätigen Pflegedienst Informationen erhalten. Es scheint, dass sich der körperliche und der psychische Zustand verschlechtert haben. Frau H. lässt nun doch wieder Hilfe durch ambulante Dienste zu. Der neue Pflegedienst arbeitet nach dem Bezugspflegesystem und berücksichtigt gerontopsychiatrische Aspekte. In der Zeit seit dem letzten Hausbesuch war sie zwei Tage lang wegen einer Schädelprellung nach einem Sturz in der Wohnung im Krankenhaus gewesen. Danach war sie nicht in der Lage, alleine zu Hause zu bleiben. Sie war nicht orientiert und fand sich nicht zurecht. Auf Grund ihrer Verwirrtheit wurde sie ins psychiatrische Krankenhaus verlegt, wo sie vier Wochen verblieb. Dort wurde die antidepressive Medikation wieder aufgenommen, wonach sich der Zustand und das Befinden bald wieder besserten, auch wenn die Patientin an Stimmungsschwankungen litt. Wird sie derzeit auf die weitere Versorgung angesprochen, so verhält sie sich ambivalent. Sie leidet immer wieder sehr unter der Einsamkeit zu Hause und äußert dann den Wunsch nach einem Wechsel ins Pflegeheim. Dann wiederum möchte sie ihre Eigenständigkeit nicht aufgeben, sich nicht unterordnen müssen und weiterhin zu Hause leben.

Frau H. kommt nun aber doch in den eigenen vier Wänden gut zurecht. Sie hat Vertrauen zur Bezugsperson des Pflegedienstes gefasst, der Kontakt ist gut. Sie nimmt das Antidepressivum regelmäßig ein, lässt auch hauswirtschaftliche Versorgung zu und schafft es, die Grundpflege alleine zu bewerkstelligen. Sie lässt allerdings außer den Pflegepersonen und dem Betreuer - ihr Einspruch ist zwischenzeitlich abgelehnt worden - niemand anderen mehr in die Wohnung. Ihr Misstrauen ist jedoch nicht wahnhaft. In Absprache mit dem Pflegedienst und dem behandelnden Arzt wird dieser Zustand akzeptiert und im Umgang mit ihr berücksichtigt.

Auch wenn sich die Organisation mitunter schwierig gestaltet, ist die häusliche Versorgung auf Grund der speziellen Krankheitsausprägung für Frau H. die beste Alternative, denn sie ist sehr eigenwillig und kann sich nur schwer unterordnen, was z.B. ihren Tagesablauf oder ihre Essgewohnheiten betrifft. In der eigenen Häuslichkeit ist es eher möglich, ihre individuellen Rhythmen und Eigenarten zu berücksichtigen als in einer Institution. Für die Zukunft kann ein Umzug jedoch nicht ausgeschlossen werden, wenn sich der körperliche Zustand und die Mobilität verschlechtern sollten.

Frau N.

Frau N. ist 88 Jahre alt, ledig und wohnt im Haus der älteren Schwester in einer eigenen Wohnung im zweiten Stock. Als zweite Tochter von sechs Kindern wuchs sie in einem landwirtschaftlichen Betrieb auf, musste viel arbeiten und durfte keinen Beruf erlernen. Dabei wäre sie gerne Schneiderin geworden. Später arbeitete sie im Haushalt und im Geschäft der älteren Schwester mit. Sie war nie verheiratet, habe dies auch nicht vermisst, sei aber schon immer eine sehr gesellige Frau gewesen. Seit ca. zwei Jahren leidet sie an einer beginnenden Demenz, findet sich in ihrer Wohnung und der angrenzenden Umgebung aber noch gut zurecht. Ihre Schwester, von der persönlich und von deren Familie sie betreut wird, bewohnt die Wohnung im Erdgeschoss. Außerdem erhält sie Hilfe bei der Medikamenteneinnahme durch einen Pflegedienst und mittags Essen auf Rädern. Allerdings vergisst sie immer wieder, Nahrung zu sich zu nehmen. Manchmal fällt es ihr schwer, die Toilette rechtzeitig zu finden. Zudem hat sie zu Hause Wahnvorstellungen, mit denen die Familie nicht umzugehen weiß. Seit einiger Zeit leidet Frau N. außerdem an Diabetes.

Anfang Juni 2001 wird sie durch den Notarzt wegen einer Hypoglykämie ins Klinikum eingewiesen. Kurz darauf wird der Liaisondienst verständigt, da Frau N. eine ausgeprägte wahnhaft-symptomatische Symptomatik zeigt und immer wieder Probleme im Umgang mit der Patientin entstehen. Sie leidet massiv unter dem Gedanken, ihre Schwester sei niedergestochen und ihr Geschäft ausgeraubt worden. Sie habe dies ständig vor Augen und niemand glaube ihr. Die Wahnideen erweisen sich als unkorrigierbar. Frau N. klagt weiter über Übelkeit, und dass sie nichts zu essen bekomme, Schmerzen im Bein habe und niemand sich um sie kümmere. Das Pflegepersonal beschwert sich darüber, dass die Patientin oft aggressiv und unruhig ist, sich Anweisungen oder Hilfen widersetzt und ständig die gleichen Fragen stellt.

Um die Situation zu entschärfen, empfiehlt der Modellarzt zunächst eine medikamentöse Behandlung gegen Unruhe und Wahnstörung. Darüber hinaus gibt das Modellteam dem Pflegepersonal nach persönlichen Gesprächen mit der Patientin konkrete Tipps über den Umgang mit Frau N. Diese lässt sich beispielsweise über biographische Themen gut erreichen. Eskalationen können vermieden werden, indem die Aussagen der Patientin nicht in Frage gestellt werden und das Pflegepersonal sich mit ihr nicht auf Diskussionen einlässt. Demgegenüber wird empfohlen, vermehrt auf die Gefühls-

welt der Patientin einzugehen, sich z.B. auf die Frage zu konzentrieren, welche Auswirkung diese Gedanken auf sie haben. Frau N. wird während ihres Aufenthaltes regelmäßig durch das Modellteam aufgesucht.

Trotz der Gabe von weiteren Medikamenten und einer Erhöhung der Dosis ändert sich das psychische Zustandsbild nicht, worauf von Seiten der Station eine Verlegung ins BKH für nötig befunden wird, zumal sich die somatische Behandlung als schwierig erweist. So gelingt die Blutzuckereinstellung auf Grund der unregelmäßigen Essgewohnheiten der Patientin nur bedingt. Mit der Stationsärztin wird besprochen, dass es besser sei, die Patientin nach Abschluss der Behandlung nach Hause zu entlassen. Die Entlassung wird nun relativ schnell angeordnet, obwohl der Blutzucker noch nicht optimal eingestellt ist. Um die Versorgung zu Hause vorzubereiten, führt das Modellteam mehrere Gespräche mit den Angehörigen. Dabei stehen das Krankheitsbild Demenz, der Umgang mit den Kranken und Empfehlungen für die weitere Betreuung im Mittelpunkt. Die Angehörigen sind dankbar für die Informationen. Folgende Hilfen werden organisiert: Mittags wird weiterhin Essen auf Rädern geliefert, und dreimal täglich kommt ein Pflegedienst, um die Medikamentengabe, die regelmäßige Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und den Blutzucker zu kontrollieren sowie Anleitung zur Grundpflege zu geben. Die Patientin wird auch an die Gerontopsychiatrische Ambulanz des BKH angebunden. Außerdem werden eine gesetzliche Betreuung und eine Pflegestufe beantragt, und die Angehörigen wollen sich verstärkt um die Patientin kümmern. Es wird besprochen, dass sie Frau N. auch regelmäßig an Nahrungsaufnahme und Toilettengang erinnern, um eine Diabetesentgleisung und Inkontinenz zu vermeiden. Die Entlassung nach Hause ist dabei als Übergangslösung geplant, bis der bereits beantragte Platz im Pflegeheim frei wird.

Nach sechs Wochen zu Hause haben sich der psychische und der physische Zustand deutlich gebessert. Frau N. ist recht mobil und macht kleinere Spaziergänge in der Nachbarschaft, bewältigt auch die Treppen ohne größere Probleme. Die wahnhaften Ideen sind völlig verschwunden, der dementielle Zustand aber unverändert, das Kurzzeitgedächtnis kaum vorhanden. Die psychopharmakologische Behandlung wurde nicht fortgeführt, da diese im Arztbrief bei der Entlassung vergessen wurde. Bei der Betreuung durch den Pflegedienst entstehen häufig Probleme, weil die Patientin die Grundpflege immer wieder ablehnt. Sie fühlt sich bevormundet und reagiert nicht selten aggressiv, auch gegenüber ihrer Schwester. Nach Meinung der übr-

gen Angehörigen, die selbst inzwischen gut mit der Patientin zurecht kommen, geht die Schwester oft an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Deshalb wird die bereits bestehende Anmeldung im Pflegeheim forciert. Kurz nach dem ersten Hausbesuch findet der Umzug statt.

Zum Zeitpunkt des zweiten Hausbesuchs sechs Wochen später hat sich Frau N. bereits gut im Pflegeheim eingelebt, ihr Zustand hat sich kaum verändert. Probleme stellen eine ab dem späten Nachmittag bis in die Nacht auftretende Unruhe und Aggressivität dar sowie nächtliche Schlafprobleme. Sie steht nachts oft auf und macht dann alle Lichter aus, um Strom zu sparen. Sie meint dann auch, sie wäre zu Hause. Um diese Probleme zu mindern, wird medikamentös interveniert. Hinzu kommen Schwierigkeiten bezüglich der Inkontinenz, besonders abends und nachts, da Frau N. häufig die Toilette nicht findet und keine Hilfen oder Windelunterlagen zulässt. Tagsüber ist Frau N. freundlich und kooperativ, sie hat auch Kontakt zu anderen Heimbewohnern gefunden. Die sehr gesellige Frau genießt die Atmosphäre und die Aktivitäten in Gemeinschaft mit anderen Menschen. Sie äußert sich sehr positiv über ihr Leben im Heim und ist froh, gut versorgt zu sein. Frau N. wird weiter täglich von Angehörigen besucht, die sie häufig zu Spaziergängen mitnehmen.

Drei Monate später bestehen im Rahmen ihres Krankheitsbildes immer noch Schwankungen, meist mit zunehmenden Verwirrheitszuständen gegen Abend und nachts. Das Personal kann mit der Situation und der Patientin jedoch gut umgehen. Ansonsten ist Frau N. gesundheitlich stabil. Sie hat gute Kontakte zu anderen Heimbewohnern und nimmt an Aktivitäten teil. Manchmal zieht sie sich aber auch gerne zurück, braucht dann ihre Ruhe. Nach wie vor wird sie oft von der Familie besucht oder mit nach Hause genommen.

Da Frau N. nun in einem sicheren Rahmen lebt, in dem auch ihre abendlichen Verwirrheitszustände akzeptiert werden können, und in dem sie eine feste regelmäßige Tagesstruktur hat, ist perspektivisch eine relative Stabilität ihres psychischen Zustandes zu erwarten. Krankenhausaufenthalte oder andere örtliche Veränderungen, wie z.B. ein Umzug innerhalb des Heimes, sollten allerdings vermieden werden, da sie die dementielle Entwicklung beschleunigen oder wieder Wahnvorstellungen hervorrufen könnten.

Herr E.

Herr E. ist 79 Jahre alt und lebt mit seiner zweiten Ehefrau zusammen. Die beiden haben einen gemeinsamen Sohn, aus erster Ehe hat Herr E. zwei weitere Kinder. Mitte Juni 2002 wird er für eine operative Prostataresektion in die Urologische Abteilung aufgenommen. Nach der Operation wird er dem Liaisondienst wegen eines Durchgangssyndroms mit starken Unruhezuständen und aggressivem Verhalten notfallmäßig vorgestellt. Es stellt sich heraus, dass Herr E. seit längerem an einer vaskulären Demenz leidet, die vom Hausarzt ab November 2001 medikamentös anbehandelt wurde. Der Patient hat das Antidementivum aber seit einigen Monaten nicht mehr einnehmen wollen.

Sein Zustand stabilisiert sich unter Gabe von entsprechenden Medikamenten recht schnell. Auch eine Nachoperation, die nach 14 Tagen wegen eines durch Fistelbildung hervorgerufenen Nierenstaus notwendig wird, verkraftet er ohne Rückfall. Körperlich befindet er sich anschließend in einem sehr schlechten Zustand, zwei Wochen lang liegt er auf der Intensivstation und muss dort pflegerisch komplett versorgt werden. Probleme im Umgang gibt es keine, er verhält sich kooperativ.

Während des Aufenthaltes finden neben regelmäßigen Besuchen des Patienten auch mehrmals Gespräche mit seiner Ehefrau statt. Ihre Aussagen lassen vermuten, dass ihr Mann von der Grundpersönlichkeit her sehr dominant ist und zeitlebens um Eigenständigkeit sowohl in beruflicher als auch in privater Hinsicht bemüht war. Die gemeinsame Ehe ist keineswegs konfliktfrei verlaufen, Herr E. nahm bezüglich seiner Lebensgestaltung wenig Rücksicht auf die Ehefrau. Sein Vater hatte eine Schmiede, die Herr E. von ihm übernahm. Während des Krieges machte Herr E. sehr schlechte Erfahrungen, die nun vermehrt in den Vordergrund treten. Mit knapp sechzig Jahren kam er in Frührente, arbeitete anschließend als Selbstständiger und stattete Straßenlaternen mit Innenleben aus. Ab dem 72. Lebensjahr ließen laut Ehefrau die geistigen Fähigkeiten nach, das Gedächtnis verschlechterte sich stufenweise.

Seit einiger Zeit kommt es wegen seiner dementiellen Erkrankung immer wieder zu Problemen und Ehestreitigkeiten. Die größten Auseinandersetzungen entstehen, weil Herr E. immer noch mit dem Auto unterwegs ist, sich die Strafmandate häufen und er - trotz seiner zunehmenden Orientierungsprobleme - ohne vorherige Ankündigungen größere Fahrten unternimmt.

Auch das Gedächtnis - besonders das Kurzzeitgedächtnis - betreffend hat er merkliche Defizite, die er stets bagatellisiert. Trotz des jahrelangen Nebeneinanderherlebens fühlt sich Frau E. für ihren Mann zuständig und möchte ihn auch zu Hause pflegen und betreuen. In den Gesprächen wird sie über das Krankheitsbild und Umgangsmöglichkeiten aufgeklärt. Das Modellteam stellt ihr Hilfsmöglichkeiten vor, klärt sie über die Notwendigkeit einer gesetzlichen Betreuung auf und bestärkt Frau E. in ihrer Haltung, das Autofahren ihres Mannes zu problematisieren. Für die gemeinsame Zukunft besteht die Schwierigkeit, einerseits die Eigensinnigkeit des Patienten zu akzeptieren, um dadurch sein Selbstwertgefühl zu erhalten, und ihn andererseits dazu zu bringen, Hilfen und Betreuung durch andere anzunehmen. Zudem steht ein Konflikt an, wenn es ansteht, ihm seine „liebste Freizeitbeschäftigung“, das Autofahren, zu untersagen.

Das Modellteam unterstützt Frau E. auch praktisch beim Ausfüllen der notwendigen Formulare und beim Organisieren der nach der Entlassung notwendigen Hilfen. Herr E. kann nach etwa sechs Wochen im Krankenhaus wieder nach Hause. Momentan steht eine Verbesserung seines geschwächten Allgemeinzustandes im Vordergrund. Ein ambulanter Pflegedienst kommt vorläufig zum Verbandswechsel und eventuell zur Hilfestellung bei der Grundpflege. Auch der Hausarzt bietet seine Unterstützung an. Er scheint über das Krankheitsbild der Demenz gut informiert und ist für die Ehefrau bei Problemen immer erreichbar.

Acht Wochen später hat sich der Zustand des Patienten gut entwickelt. Herr E. ist mobil, beim Laufen auf keine Hilfe angewiesen. Zur Person ist er gut orientiert, zeitlich, örtlich und situativ ist seine Orientierung Schwankungen unterworfen. Das vom Hausarzt verordnete Antidementivum nimmt er nun wieder regelmäßig ein. Er wurde in den ersten Wochen durch einen Pflegedienst betreut, jetzt versorgt ihn seine Ehefrau wieder alleine. Sein Hilfebedarf bei der Alltagsbewältigung hat sich im Vergleich zu der Zeit vor dem Krankenhausaufenthalt nicht erhöht. Die Ehefrau hat inzwischen die gesetzliche Betreuung in allen Bereichen für ihn erhalten, den Führerschein hat er abgegeben, und sein Auto wurde verkauft. Dies belastet Herrn E. sehr, er hat das Gefühl, nicht mehr über sein Leben bestimmen zu können. Da Herr E. immer viel unterwegs war, trotz seiner Ehe ein sehr eigenständiges Leben geführt hat, vermisst er seine Freiheit sehr. Er fühlt sich sehr eingeengt, was auch immer zu Meinungsverschiedenheiten mit seiner Frau führt. Er bemerkt selbst, dass sein Kurzzeitgedächtnis oft sehr schlecht ist, versucht

im Gespräch immer wieder, dies zu bagatellisieren oder zu kaschieren. Zu Hause beschäftigt er sich mit Zeitunglesen und wird von der Ehefrau zu kleinen Küchenarbeiten angehalten. Ansonsten versucht sie, ihn mit kleinen Spaziergängen abzulenken. Trotz mehrfacher Hinweise durch das Modellteam nimmt das Ehepaar E. keine entlastenden Angebote an, wie z. B. durch das Zentrum für seelische Gesundheit im Alter.

Weitere sechs Wochen später hat sich der Allgemeinzustand von Herrn E. weiter stabilisiert. Außer kleinen Anleitungen und Hilfestellungen, z.B. das Bereitlegen der Tageskleidung, kommt er gut alleine zurecht. Nach wie vor ist sein Kurzzeitgedächtnis defizitär, dies erkennt er zum Teil auch selbst und empfindet es als Belastung. Manchmal kann er gut damit umgehen, indem er es in Verbindung mit dem Alter sieht. Das Thema Führerschein sorgt weiter ab und zu für Meinungsverschiedenheiten. Die Probleme im Umgang mit Herrn E. haben sich allerdings zum größten Teil beruhigt. Herr E. benötigt nicht mehr so viel Betreuung und Aufmerksamkeit, was sich positiv auf seine Stimmung auswirkt. Auch die Ehefrau erscheint lockerer, sie kann mit dem Krankheitsbild immer besser umgehen. Beispielsweise hat sie gelernt, die Meinungen und Ansichten ihres Ehemanns unkommentiert stehen zu lassen, auch wenn sie nicht stimmen. Dieser wirkt nun wieder sehr selbstbewusst, er schildert keine Probleme mehr mit dem Verlust der Eigenständigkeit und fühlt sich auch nicht mehr so eingeengt. Psychisch wirkt er sehr viel stabiler als beim letzten Besuch. Herr E. war zwischenzeitlich sogar zwei Wochen lang alleine bei Bekannten zu Gast, was gut verlaufen ist.

Drei Monate später haben sich der körperliche und der psychische Zustand nicht verändert. Herr E. fährt demnächst wieder für vierzehn Tage zu Bekannten, seine Ehefrau möchte diese Zeit zur Entspannung nutzen.

Frau E. hat durch die Gespräche mit dem Konsiliar- und Liaisondienst gelernt, die Erkrankung ihres Ehemanns zu akzeptieren und ihr Verhalten ihm gegenüber entsprechend umzustellen. Die regelmäßige Wochen- und Tagesstruktur, auf die sie jetzt achtet, geben Herrn E. Sicherheit und stärken sein Selbstwertgefühl. Sie weiß, dass sie Auseinandersetzungen vermeiden kann, wenn sie auf seine Wünsche Rücksicht nimmt und er das Gefühl hat, so akzeptiert zu werden, wie er ist. Infolge der Therapie mit dem Antidementivum, das Herr E. weiterhin regelmäßig nimmt, kann der Verlauf der dementiellen Erkrankung wahrscheinlich etwas verlangsamt werden, so dass die

derzeitige, von beiden Ehepartnern positiv erlebte Betreuungssituation wohl noch über einen längeren Zeitraum hinweg aufrechterhalten werden kann.

Frau J.

Frau J. ist 88 Jahre alt und wohnt allein in ihrer Eigentumswohnung. Sie ist seit sechzehn Jahren verwitwet, Kinder hat sie keine. Mit Unterstützung eines ambulanten Dienstes, der einmal am Tag vorbeikommt, sowie von Bekannten und Nachbarn hat sie sich bisher weitgehend selbst versorgt. Bis zu einem Sturz Anfang Februar 2002 war sie sowohl geistig als auch körperlich in einem guten Zustand. Danach hat sich ihr kognitiver Zustand sichtlich verschlechtert, kommt aber noch relativ gut allein zurecht. Nach einem Schlaganfall Anfang Mai wird Frau J. in das Allgemeinkrankenhaus eingewiesen. Zwei Wochen später fordert das Krankenhauspersonal wegen „dementieller Symptome und vermuteter Depression“ den Liaisondienst an.

Beim Erstkontakt mit dem Modellarzt erscheint die Patientin wach und bewusstseinsklar, aber zeitlich, räumlich und situativ nicht orientiert. Es liegen evidente kognitive und mnestiche Funktionsstörungen, vor allem das Kurzzeitgedächtnis betreffend, vor. Der Modellarzt stellt ein leichtgradiges dementielles Syndrom bei vaskulärer subkortikaler Demenz fest. An der Patientin fallen zudem Tendenzen zu einer paranoiden Erlebnisverarbeitung auf sowie ein starkes Verlangen nach menschlicher Zuwendung. Ihr körperlicher Zustand und der Ernährungszustand sind recht gut. Bis auf eine arterielle Hypertonie, die medikamentös eingestellt wird, und eine Verengung der hirnversorgenden Arterien hat Frau J. keine schwerwiegenden internistischen Erkrankungen.

Jedoch leidet sie an einer erheblichen Visusminderung mit bisher ungeklärter Ursache. Diese sensorische Beeinträchtigung schränkt sie in ihrer Selbstständigkeit stark ein, weshalb ihre zukünftige Versorgung überdacht werden muss. Die verminderte Sehfähigkeit ist außerdem wohl mitverantwortlich dafür, dass die bereits an einer demenzbedingten Störung der Informationsverarbeitung leidende Patientin während des Krankenhausaufenthaltes eine wahnhaft Symptomatik entwickelt. Frau J. fühlt sich bedroht, verarbeitet die Krankenhausumgebung als Gefängnis und verweigert wegen Vergiftungsängsten die angebotene Nahrung und die Getränke. Durch diese wahnhaft motivierten Ängste wird die Patientin psychomotorisch immer un-

ruhiger, agitiert, zeigt Weglauftendenzen, ist einerseits weinerlich, andererseits gereizt.

Eine Krisenintervention auf der Station wird notwendig. Das von der Stationsärztin vorab verordnete antriebssteigernde Antidepressivum setzt der Modellarzt wegen der psychotischen Unruhe ab, da aus seiner Sicht kein behandlungswürdiges depressives Syndrom besteht. Neu verordnet erhält die Patientin ein niederpotentes Neuroleptikum und ein Beruhigungsmittel, das bei Bedarf eingesetzt werden kann. Die pharmakologischen Behandlungsversuche der psychomotorischen Unruhe schlagen jedoch fehl. Wegen der bestehenden Herzrhythmusstörungen kann auch kein Antidementivum der neuesten Generation eingesetzt werden.

Auf Grund der akuten Verschlechterung des psychischen Zustandes wird die Patientin schließlich nach Rücksprache mit dem mittlerweile bestellten Betreuer ins BKH verlegt. Dieser begrüßt die Verlegung, weil er es für unmöglich hält, dass Frau J. in ihrer jetzigen Verfassung zu Hause weiter versorgt werden kann. Die ursprünglich geplante Einzel-Ergotherapie und die Teilnahme an der Demenzgruppe kommen wegen der raschen Verlegung ins BKH nicht mehr zustande.

Im BKH wird durch eine gezielte medikamentöse Behandlung eine baldige Besserung des wahnhaften Erlebens und der extremen Unruhe erreicht. Frau J. wird zunehmend zugänglicher und kooperativer, Verwirrheitszustände treten nicht mehr auf. Auch die wahnhafte Symptomatik ist unter Behandlung mit einem Neuroleptikum vollständig abgeklungen. Sie zeigt sich jedoch weiter deutlich eingeschränkt in ihrer Gedächtnisleistung sowie in der zeitlichen und örtlichen Orientierung. Eine Entlassung in den häuslichen Bereich ist bei der mittlerweile fortgeschrittenen Demenz nicht mehr möglich. In Realisierung ihrer eigenen kognitiven Defizite und der sich daraus ergebenden Konsequenz, auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein, stimmt die Patientin - wenn auch schweren Herzens - der Übersiedlung in ein Pflegeheim zu. Während sie sich noch in stationärer Behandlung befindet, richten ihr Betreuer sowie der Mann einer ihrer Cousinen das Zimmer im Pflegeheim möglichst angenehm für sie her.

Kurz nach ihrem Umzug muss sie sich wegen Herzrhythmusstörungen nochmals in stationäre Behandlung begeben. Als Ursache wird eine medikamentös induzierte Kreislaufdysregulation erkannt, die nach Absetzen des verordneten Betablockers verschwindet. Während des gesamten Aufenthal-

tes im Klinikum ist sie gut führbar, kooperativ, zeigt keine Weglauftendenzen mehr und nimmt regelmäßig an der durch den Liaisondienst angebotenen Demenzgruppe teil.

Wieder im Heim bleibt die eingeschränkte Sehfähigkeit der Patientin weiter ein Problem. Zwischenzeitlich wurde als Ursache ihrer Visusminderung ein Glaukom identifiziert, so dass keine Aussicht auf Verbesserung der Sehkraft durch technische Hilfsmittel besteht. Weil bei Frau J. keine depressive und auch keine wahnhaftige Symptomatik mehr erkennbar sind, wird in Absprache mit dem behandelnden Arzt der Gerontopsychiatrischen Ambulanz sowohl die Dosis des sedierenden Antidepressivums als auch des Neuroleptikums halbiert. Umgangsschwierigkeiten gibt es laut Pflegeheimpersonal keine.

Zum Zeitpunkt des ersten Hausbesuches wirkt Frau J. etwas bedrückt, da sie ihren Zustand noch realisiert und unter ihrer Pflegebedürftigkeit leidet. Der Betreuer hat die Eigentumswohnung der Patientin zwar noch nicht aufgelöst, sie möchte aber nicht in ihr altes Zuhause zurück. Mit ihrem Betreuer ist Frau J. sehr zufrieden, sowohl er als auch das Pflegepersonal sind sehr um ihr Wohlergehen bemüht. Inzwischen hat sie auch vorläufig die Pflegestufe 1 erhalten.

Sechs Wochen später, zum Zeitpunkt des zweiten Hausbesuchs, hat sich Frau J. laut Pflegepersonal gut eingelebt, sie nimmt sehr gerne an den Seniorennachmittagen im Gemeindehaus sowie an den gemeinschaftlichen Veranstaltungen im Heim teil. Im Kontakt ist sie freundlich und zugänglich, zeigt sich auch dankbar für die geleistete Hilfe und Unterstützung. Sie sei aktiv und recht viel in Bewegung, was ihr sichtlich wohl tue, und esse mit gutem Appetit. Frau J. erhält regelmäßig Besuche, die sie sehr genießt, ihr Betreuer oder dessen Frau und eine gut bekannte ehemalige Nachbarin kommen wöchentlich vorbei. Mit ihrem Betreuer macht sie oft kleinere Ausflüge und Spaziergänge in der freien Natur, die der nach eigener Aussage naturverbundenen Frau viel Freude machen. Ihr allgemeiner körperlicher Zustand ist nach wie vor gut, allerdings leidet die Patientin seit kurzem an Beinödemen, die ihr ab und zu starke Schmerzen bereiten, und die nun mit Kompressionsstrümpfen und -binden behandelt werden. Nach eigenem Bekunden fühlt sie sich im Heim sehr wohl und gut versorgt. Sie erkennt ihre kognitiven Defizite noch immer, benennt aber ihre Sehkraftverschlechterung als größte Beeinträchtigung.

Drei Monate später befindet sich die Patientin nach wie vor in einem, bezogen auf ihr Alter, guten körperlichen Zustand. Die Beinödeme sind verschwunden, nachdem ein internistisches Medikament abgesetzt wurde, das diese als Nebenwirkung hervorrufen kann. Laut ihrem Betreuer nimmt Frau J. dies als Entlastung wahr, sie beklagt nun keine Schmerzen mehr. Seit einiger Zeit nimmt sie auch an der Seniorengymnastik und am gemeinsamen Singen teil, was ihr laut Pflegepersonal viel Freude bereitet.

Ihr kognitiver Zustand hat sich allerdings inzwischen deutlich verschlechtert. Das dementielle Syndrom scheint weiter fortgeschritten zu sein, was aber wegen der starken Visusminderung nicht genauer testpsychologisch untersucht werden kann. Auch ihre Pflegebedürftigkeit hat zugenommen. Aktivitäten des täglichen Lebens müssen immer häufiger zumindest teilweise durch das Pflegepersonal übernommen werden. Frau J. bewege sich nicht mehr so viel wie früher, sei häufiger müde, wirke manchmal gar apathisch und teilnahmslos, insgesamt erheblich antriebsgemindert. Die Symptomatik ist jedoch aller Wahrscheinlichkeit nicht Ausdruck eines depressiven Syndroms, sondern auf die dementielle Grunderkrankung zurückzuführen. Um für Anregung zu sorgen, wird ihr Betreuer, der sich seiner Klientin nach wie vor sehr fürsorglich annimmt, Frau J. einen Kassettenrekorder ins Zimmer stellen, der dann bedarfsweise vom Personal bedient werden kann und auf dem sie ihre Lieblingsmusik hören kann. Die Nachricht vom anstehenden Verkauf ihrer Eigentumswohnung hat die Patientin mit Gleichmut aufgenommen.

Durch die Unterstützung des Liaisondienstes ist es gelungen, die Pflegeheimübersiedelung von Frau J. in einem Zustand zu organisieren, in dem sie sich noch gut einleben und von den Angeboten profitieren konnte. Sie ist dort jetzt gut versorgt, allerdings lässt sich das Fortschreiten des dementiellen Syndroms kaum noch verlangsamen, so dass sie wahrscheinlich zusehends auf Hilfe und Betreuung angewiesen sein wird.

Herr L.

Herr L. ist 89 Jahre alt, verwitwet und hat zwei Kinder. Seit dem Tod seiner Frau vor zwei Jahren verschlechtert sich allmählich sein Befinden. Neben einer Magenerkrankung und Bluthochdruck sind in letzter Zeit auch kognitive Defizite, insbesondere das Kurzzeitgedächtnis betreffend, aufgetreten. Weder eine Pflegestufe noch eine gesetzliche Betreuung wurden bisher beantragt. Mit einigen Hilfen kam Herr L. bislang einigermaßen zurecht. So erhielt

er von der Nachbarschaftshilfe und von der Familie seines Sohnes zweimal in der Woche Unterstützung im Haushalt und beim Baden. Seit einiger Zeit wird durch die Nachbarschaftshilfe versucht, ihn bei der täglichen Grundpflege zu unterstützen. Herr L. lehnt sich jedoch dagegen auf. Um seine Versorgung zu verbessern, ist jetzt seine Tochter zu ihm gezogen, die allerdings tagsüber berufstätig ist. Bisher war er auch immer wieder mit guten Bekannten unterwegs, die auf ihn achteten, wenn er sich in einer anderen Umgebung nicht zurecht fand.

Anfang März wird er nach einem Sturz mit anschließender Bewusstlosigkeit als Notfall ins Krankenhaus eingeliefert. Dort gibt es vom pflegerischen Umgang her keine Probleme, allerdings zeigt Herr L. Schwierigkeiten in der örtlichen Orientierung - er findet beispielsweise wiederholt nicht zur Toilette - und benötigt hierbei immer wieder Hilfen. Außerdem stürzt er mehrmals, zieht sich aber keine größeren Verletzungen zu. Auffällig sind vor allem die massiven Defizite im Kurzzeitgedächtnis. Auf viele Fragen weiß er keine Antwort, kann sich auch nicht an den Grund seines Krankenhausaufenthaltes erinnern. Wegen der deshalb vermuteten leichten bis mittelschweren Demenz wird zehn Tage nach der Aufnahme der Liaisondienst hinzugezogen. Der Modellarzt bestätigt und präzisiert die Vermutung, er diagnostiziert eine Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form (ICD10 F 00.2). Zu diesem Zeitpunkt wirkt Herr L. körperlich und psychisch mittelschwer beeinträchtigt. Er wird nun mit einem Antidementivum behandelt, einmal wöchentlich finden Patientengespräche statt. Auch wenn er bei den Gesprächen etwas auflockert, zugänglicher wird und einen weniger antriebslosen Eindruck macht, wirkt er bei den Besuchen doch stets sehr traurig und depressiv, er kämpft oft mit den Tränen. Besonders das Heimweh nach seinem gewohnten Umfeld macht ihm zu schaffen, er hofft inständig, in dieses zurückkehren zu können. Auch seine Bekannten vermisst er sehr. Immer wieder gibt er an, dass er sich nur wünsche, alles solle wieder so werden, wie es war.

Mit den Angehörigen wird ein ausführliches, über das Krankheitsbild aufklärendes, beratendes Gespräch geführt. Da Herr L. bereits eine Vorsorgevollmacht erteilt hat, wird auf einen Antrag auf gesetzliche Betreuung vorläufig verzichtet. Beide Kinder wollen ihren Vater so schnell wie möglich wieder in seine Wohnung bringen. Gestützt durch die Informationen des Modellteams, setzen sie alles daran, ihrem Vater ein Leben zu Hause zu ermöglichen und möchten dafür sämtliche ambulanten Hilfsangebote ausschöpfen. Auch der

Vorschlag einer Anbindung an die Gerontopsychiatrische Ambulanz wird von den Angehörigen angenommen. Zudem wird eine Pflegestufe beantragt.

Wegen einer fieberhaften Bronchitis verschiebt sich der Entlassungstermin immer wieder. Gegen Ende seines Aufenthaltes hat der Patient sich körperlich etwas stabilisiert, der Schwindel und die Stürze haben abgenommen. Allerdings liegt Herr L. sehr viel im Bett. Seine psychische Verfassung hat sich eher verschlechtert, zusätzlich zu seinen kognitiven Defiziten zeigt der Patient zunehmend eine depressive Symptomatik mit Antriebsmangel, Appetitlosigkeit und großer Traurigkeit. Ende März wird Herr L. in zumindest körperlich verbessertem Zustand entlassen.

Wie beim ersten Hausbesuch nach sechs Wochen berichtet wird, waren die ersten Tage nach der Entlassung für Herrn L. sehr schwierig. Der tägliche Besuch durch den ambulanten Pflegedienst zur Hilfestellung bei der Grundpflege war für ihn zunächst sehr ungewohnt. Prekär war auch seine geringe körperliche Belastbarkeit. Durch die längere Bettlägerigkeit kam es beim Aufstehen und Laufen immer wieder zu Schwächezuständen mit Stürzen, die sich besonders gravierend auswirkten, weil Herr L. die meiste Zeit des Tages alleine ist. Seine Angehörigen besorgten ihm dann schnell einen Platz in der Tagespflege, die er an fünf Tagen pro Woche besuchte. Schwierig sind zudem seine nächtlichen Unruhezustände.

Da der Hausarzt sich weigerte, das Antidementivum weiter zu verordnen, haben die Angehörigen die Gerontopsychiatrische Ambulanz hinzugezogen. Gemeinsam mit dem Hausarzt wurde auch die internistische Medikation überprüft und die blutdrucksenkenden Mittel reduziert. An den Wochenenden holt der Sohn Herrn L. zu den Mahlzeiten zu sich nach Hause, zusätzlich versucht seine Familie ihn mit kleineren Spaziergängen zu mobilisieren. Von der Stimmung her wirkt der Patient noch lange sehr bedrückt, spricht wenig, beteiligt sich kaum an Unterhaltungen. Er hat auch sehr wenig Appetit und muss immer wieder zum Essen angehalten werden.

Seit einer Woche vor dem Hausbesuch ist Herr L. wieder täglich zu Hause, da er sich weigerte in die Tagespflege zu gehen, gab an, dass er sich dort nicht wohl fühlte. Nun wird er auch unter der Woche mittags vom Sohn zum Essen abgeholt und wieder nach Hause gebracht. Zudem wurde die Betreuung durch die Nachbarschaftshilfe erweitert, damit Herr L. weniger alleine ist.

Zum Zeitpunkt des Hausbesuchs wirkt Herr L. sehr ruhig, er redet kaum. Er zeigt wenig Selbstbewusstsein und scheint sehr unsicher zu sein. Er realisiert seine Gedächtnisdefizite und leidet darunter. Auch an vieles aus früheren Zeiten kann er sich nicht mehr so gut erinnern. Die Reduzierung seiner sozialen Kontakte belastet ihn ebenfalls, die Bekannten, die er früher regelmäßig besucht hat, sind mit seinem Allgemeinzustand und seiner Desorientierung zum Teil überfordert. Hinzu kommt, dass die Übernahme vieler kleiner Aufgaben im Haushalt durch Andere ihn unselbstständig gemacht hat und er keine Beschäftigung mehr findet. Obzwar Herr L. auch über seine Langeweile klagt, weigert er sich, zu Seniorentreffen oder z.B. zum Zentrum für Seelische Gesundheit zu gehen. Insgesamt hat sich seine Versorgung aber gut eingespielt, er findet sich gut damit zurecht.

Drei Monate nach dem Krankenhausaufenthalt hat sich das körperliche Befinden von Herrn L. weiter verbessert, zu Stürzen ist es seit vielen Wochen nicht mehr gekommen. Inzwischen hat sich auch sein psychischer Zustand gebessert, die depressive Symptomatik ist fast verschwunden. Vom Langzeitgedächtnis her zeigt er sich in etwas besserer Form, er erzählt von seinen früheren Reisen. Die Defizite des Kurzzeitgedächtnisses sind unverändert, er scheint allerdings nicht mehr so sehr darunter zu leiden.

Das größte Problem für ihn ist momentan die Langeweile und das Gefühl, keine sinnvolle Beschäftigung zu haben. Seine Angehörigen versuchen zu verhindern, dass Herr L. viel alleine ist, denn sich selbst zu beschäftigen, fällt ihm schwer. Er liest zwar die Zeitung, aber er erzählt, dass ihn das aktuelle Tagesgeschehen nicht mehr interessiert. Auch nach seinen früheren Hobbies, z.B. Modelleisenbahnen, zeigt er kein Verlangen. Seit einigen Tagen verlässt er zu kleineren Spaziergängen das Haus ohne Begleitung, bisher hat er auch immer wieder alleine zurückgefunden.

Sechs Monate nach dem Krankenhausaufenthalt zeigt sich Herr L. beim Hausbesuch in einer guten körperlichen und stabilen geistigen Verfassung. Seine körperliche Belastbarkeit hat sich im letzten halben Jahr stetig gesteigert, so dass er nun seine sozialen Kontakte wieder besser pflegen kann. Seit ein paar Wochen besucht er alleine eine in der Nähe wohnende Bekannte zum Kaffeetrinken. Auch mit anderen Freunden trifft er sich wieder, wegen seiner mangelnden Orientierungsfähigkeit wird er jedoch zu weiter entfernten liegenden Örtlichkeiten hingebacht und wieder abgeholt. Seine kognitiven Defizite sind nicht größer geworden, was wahrscheinlich auf sei-

ne gute körperliche Verfassung und seine stabile Tagesstruktur zurückzuführen ist.

Von der Stimmung her wirkt Herr L. ausgeglichen und zufrieden, er klagt auch nicht mehr über Langeweile. Da er seine Situation gelassen hinnimmt und mit seiner Versorgung zufrieden ist, gibt es auch kaum Umgangsschwierigkeiten mit ihm. Einziges Problem für sein Umfeld ist momentan seine zunehmende Urininkontinenz. Obwohl er eine Windelhose trägt, kommt es vor, dass die Kleidung und Stühle oder Sofa nass werden und er unangenehm riecht, was er selbst anscheinend nicht wahrnimmt.

Alles in allem haben sich das körperliche und damit zusammenhängend auch das psychische und kognitive Befinden des Patienten in seinem aktuellen Versorgungssetting deutlich gebessert bzw. stabilisiert, weshalb zu erwarten ist, dass der Patient zu seiner eigenen Zufriedenheit wohl noch einige Zeit in seinem gewohnten Umfeld verbleiben kann.

Frau G. und Frau F.

Die 89-jährige Frau G. lebt gemeinsam mit ihrer älteren Schwester, der 94-jährigen Frau F., im eigenen Zweifamilienhaus mit großem Garten. Jede der beiden Schwestern hat eine separate Wohnung, Frau F. wohnt im Erdgeschoss, Frau G. im ersten Stock. Die beiden kamen bisher weitgehend alleine zurecht. Unterstützt wurden sie durch eine Haushaltshilfe einmal pro Woche und durch ihren Neffen, der diverse Kleinigkeiten (z.B. Bankangelegenheiten) nach Rücksprache für seine Tanten erledigt bzw. organisiert und diese auch zwei bis dreimal wöchentlich besucht. Frau G. hat die ältere Schwester zum Teil mitversorgt, für beide eingekauft (per Taxi) und gekocht.

Mitte Januar 2003 wird die seit einigen Jahren an Osteoporose leidende Frau G. nach einem Sturz zu Hause ins Krankenhaus eingewiesen, nach chirurgischem Ausschluss einer Fraktur wird sie auf die Innere Abteilung verlegt.

Ein paar Tage nach der stationären Aufnahme klagt Frau G. über zunehmende Schwindelgefühle und damit verbundene Fallneigung, insbesondere bei schnelleren Bewegungen und beim Aufstehen. Sie benötigt deshalb auch Hilfe beim Gehen und bei der Grundpflege. Nachdem sie berichtet, dass sie seit einiger Zeit außerdem den Urin kaum halten könne, wird sie dahingehend untersucht. Es wird ein Harnwegsinfekt diagnostiziert und mit

Antibiotika behandelt. Bei der Krankengymnastik wird kurz darauf beobachtet, dass die Patientin starke unkontrollierte Zuckungen hat. Zufällig ist der Modellarzt auf der Station und wird zu dem Fall hinzugezogen. Er vermutet zerebrale Anfälle, Myoklonien unklarer Genese und räumt die Möglichkeit ein, dass ein Zusammenhang mit der laufenden Antibiotikabehandlung bestehen könnte. Der Modellarzt empfiehlt dringend eine Computertomographie des Kopfes und ein neurologisches Konsil. Bei diesen Untersuchungen werden degenerative Prozesse und Gewebeschwund im Gehirn (Großhirn- sowie Marklageratrophie) festgestellt. Nach Absetzen der Antibiotika reduzieren sich die Zuckungen, die Frau G. inzwischen so weit beeinträchtigen, dass sie bei der gesamten Grundpflege Unterstützung benötigt, sich nicht einmal die Zähne selbst putzen kann.

Das Modellteam führt zur genaueren Exploration der kognitiven Defizite verschiedene Tests durch. Diese weisen auf leichte Gedächtnisstörungen, Störungen der Aufmerksamkeit und der Konzentration sowie der motorischen Funktion und des Abstraktionsvermögens hin. Zusammen mit den bei der CT festgestellten Atrophien und degenerativen Prozessen deutet der Gesamtbefund auf einen beginnenden dementiellen Prozess hin. Dabei wirkt Frau G. geistig durchaus noch sehr aktiv für ihr Alter. Zu den kognitiven Defiziten kommen allerdings noch ihre zunehmende Schwerhörigkeit und ihre eingeschränkte Sehfähigkeit hinzu. Zu Hause hat sie ein Hörgerät, das sie aber nicht benutzt. Außerdem trägt sie eine Brille für nah und fern, sehe aber trotzdem verschwommen. Nach ihren Angaben könne laut Augenarzt nichts mehr daran geändert werden.

Frau G. wird während ihres Aufenthaltes regelmäßig durch den Liaisondienst betreut. Es finden mehrmals wöchentlich Patientengespräche und Mobilisierungen durch die Ergotherapeutin statt. Zudem nimmt sie mehrfach an Gruppenangeboten teil. Frau G. wird allmählich wieder selbstständiger und fühlt sich insgesamt sicherer. Die weiterhin bestehende Urininkontinenz belastet sie sehr. Sie hat immer wieder Ängste, ins Bett oder auf den Stuhl zu urinieren. Sie macht den Eindruck einer sehr auf Reinlichkeit bedachten Frau und jedes Malheur ist ihr peinlich.

Eine Woche nach der Aufnahme von Frau G. wird auch ihre ältere Schwester Frau F. wegen akut reduziertem Allgemeinzustand stationär eingewiesen, sie leide unter „HOPS“, Exsikkose und sei seit zwei Tagen zunehmend verwirrt. Zu Hause hatte Frau G. viel für Frau F. übernommen, und nachdem

die jüngere Schwester ins Krankenhaus kam und dadurch die Unterstützung wegfiel, fand sich die Ältere wegen ihrer Gedächtnisdefizite und Apraxie (Störung von Handlungen oder Bewegungsabläufen) nicht alleine zurecht und vergaß wohl auch zu trinken.

Auf Grund der dementiellen Symptomatik wird auch bei Frau F. der Liaisondienst hinzugezogen. Zum Zeitpunkt des Erstkontaktes wirkt Frau F. körperlich mittelmäßig eingeschränkt und psychisch leicht beeinträchtigt. Zeitlich, räumlich und situativ ist sie desorientiert, zeigt deutliche Defizite im Kurzzeitgedächtnis. Hinzu kommen ausgeprägte Auffassungsstörungen, sie kann den Inhalt von Fragen oder Gesagtem oft nicht erfassen, antwortet dann nicht oder nur mit „schön“, „ist schon recht“, „Meine Schwester macht das“ usw. Sie scheint unbekümmert und völlig sorglos, wirkt in sich zufrieden. Wegen dieser positiven Wirkung auf andere wird ihr kognitiver Zustand wohl oft überschätzt, dessen genauere Beurteilung durch ihr schlechtes Hörvermögen beschränkt ist. Der Modellarzt interpretiert die Symptomatik als leichtgradiges dementielles Syndrom, vermutlich im Rahmen einer Mischdemenz. Während der Betreuung durch den Liaisondienst kann Frau F. mehrfach an Gruppenangeboten teilnehmen, und wird von der Ergotherapeutin zur Mobilisierung und Aktivierung besucht.

Das Pflegepersonal erlebt die Patientin als sehr unselbstständig. Sie benötigt beispielsweise viel Hilfe und Anleitung bei der Grundpflege. Es ist kaum möglich, sie zum Laufen zu bewegen, ihr fehlt der nötige Antrieb, sie ist schnell ermüdet. Bei der Aktivierung der Beine und Arme durch Krankengymnastik arbeitet sie aber gut mit. Sie erweckt oft den Eindruck, als wäre sie eigentlich recht mobil, traue sich aber nicht so richtig. Frau F. ist außerdem urininkontinent, meldet sich durch Rufen, wenn sie Wasser lassen muss. Sie trägt eine Windelhose, das vom Modellteam für notwendig gehaltene Toilettentraining wird unregelmäßig durchgeführt. Medikamente müssen eingegeben und das Essen mundgerecht vorbereitet werden. Im Umgang ist sie kooperativ, sehr geduldig, hat stets ein Lächeln im Gesicht, aber zu Anfang wirkt sie auch sehr unsicher und teilnahmslos an ihrer Umwelt. Letzteres ändert sich erst, als sie vier Tage nach ihrer Aufnahme im Rahmen der Aktivierungsgruppe des Liaisondienstes mit ihrer Schwester zusammengebracht wird.

Als die beiden sich dort zum ersten Mal treffen, ist ihre Freude sehr groß. Am selben Tag werden sie auf Initiative des Liaisondienstes und des Neffen

auf die innere Privatstation in ein Zweibettzimmer verlegt, die zusätzlichen Kosten übernimmt der Neffe. Frau G. zeigt sich gleich sehr dominant gegenüber ihrer Schwester, therapeutische Maßnahmen gestalteten sich deshalb schwierig. Sie bevormundet ihre Schwester bzw. antwortet für sie, sagt ständig, „*das kannst du doch, stell dich nicht so an*“ etc. und entschuldigt sich auch für die Unzulänglichkeiten der älteren Schwester. Es ist kaum möglich, nur mit einer der beiden Damen innerhalb der Gruppe etwas zu machen. Auch während der ergotherapeutischen Einzelbehandlungen kann Frau G. während der Therapie ihrer Schwester kaum abschalten. Sie hat ihre Augen und Ohren überall und mischt sich ungeduldig in das Gespräch zwischen der Ergotherapeutin und Frau F. ein, wirkt überbesorgt bis genervt. Frau F. wiederum ist sehr auf ihre Schwester fixiert, scheint sich voll auf die Jüngere zu verlassen, Zukunftsfragen betreffend ist die Ältere völlig sorglos, das macht schon ihre Schwester. Die beiden kommen jedoch gut miteinander aus und scheinen wirklich eine enge Beziehung zu haben.

Sowohl der Stationsarzt als auch das Pflegepersonal vertreten die Auffassung, dass über den Sozialdienst schnellstmöglich für beide Damen Pflegeheimplätze organisiert werden sollen. Wegen der hohen Pflegebedürftigkeit und der Vergesslichkeit könne Frau F. nicht nach Hause, und auch Frau G. sei zu unselbstständig für einen weiteren Verbleib in ihrer Wohnung. Frau G. macht sich selbst große Sorgen darüber, wie es weitergehen soll. In ein Pflegeheim möchte sie aber auf gar keinen Fall, das käme für sie und ihre Schwester nicht in Frage. Frau F. äußert trotz ihrer Defizite äußerst deutlich, dass sie mit ihrer Schwester nach Hause und niemals in ein Heim möchte.

Der Liaisondienst nimmt daher erneut Kontakt mit dem Neffen auf, der sorgenvoll in die Zukunft blickt, da die Tanten perspektivisch noch pflegebedürftiger würden und er sich nur begrenzt um sie kümmern könne, da seine Ehefrau schwer krank sei und er auch seinen Haushalt zusätzlich erledigen müsse.

Um sich ein konkretes Bild zu machen, führt der Liaisondienst gemeinsam mit Frau G. und ihrem Neffen einen Besuch im Haus der Schwestern durch. Frau G. ist sehr aufgeregt, zieht sich zu diesem Anlass komplett selbstständig an und gibt während der Autofahrt eine genaue Wegbeschreibung. Mit Hilfe ihres Gehstocks kann sie sicher gehen, auch das Ein- bzw. Aussteigen bereitet ihr kaum Schwierigkeiten. Sie zeigt sehr selbstbewusst die Wohnung ihrer Schwester im Erdgeschoss, ihre Wohnung im ersten Stock sei

identisch. Da Frau G. noch unsicher beim Treppengang ist, wird besprochen, dass sie zu ihrer Schwester in die Erdgeschosswohnung ziehen könne, es wäre möglich, im Schlafzimmer zwei Pflegebetten aufzustellen. So müsse keine der Schwestern allein sein und beide hätten Unterhaltung. Auch die Pflege wäre so einfacher zu bewerkstelligen. Frau G. ist damit einverstanden, sie kann es kaum erwarten, wieder ganz zu Hause zu sein. Auch die Notwendigkeit, dass mehrmals täglich ein Pflegedienst zur Unterstützung kommt, und der Erhalt von Esse auf Rädern werden von Frau G. befürwortet.

Der Liaisondienst führt anschließend mit dem Neffen nochmals ein ausführliches Beratungsgespräch, in dem das Krankheitsbild und der Verlauf von Demenz, die Pflegeversicherung und die Notwendigkeit einer gesetzlichen Betreuung thematisiert werden. Zudem wird über ambulante Hilfsangebote und eine vorsorgliche Anmeldung im Pflegeheim gesprochen. Das Ziel des Neffen ist es, die Pflegeheimeinweisung zu vermeiden, weil beide Damen dies konsequent ablehnen. Die Beteiligten haben außerdem die Hoffnung, dass die im Krankenhaus nur schwer zu mobilisierende Frau F. in der eigenen Wohnung durch die Übernahme kleiner hauswirtschaftlicher Aufgaben besser aktiviert werden kann.

Nach Absprache mit den behandelnden Ärzten, mit dem Neffen und dem Pflegedienst sowie mit dem Hausarzt wird Folgendes geplant und organisiert: Es wird verabredet, dass beide Schwestern zum gleichen Zeitpunkt nach Hause entlassen werden. Vom Sozialdienst wird für beide eine Pflegestufe beantragt; Pflegebetten, Toilettenstuhl und Badelifter werden über den Hausarzt verordnet. Dreimal täglich kommt der Pflegedienst (Hilfe bzw. Anleitung zur Grundpflege, Hilfen beim Essenrichten, Toilettentraining, Medikamentengabe, Hilfe beim Aufstehen und abends beim zu Bett gehen), ein Hausnotruf wird installiert und einmal täglich gibt es Essen auf Rädern. Die gewohnten Unterstützungen wie Haushaltshilfe und Hilfe des Nachbarn bei Gartenarbeiten bleiben bestehen. Der Neffe schaut ein- bis zweimal täglich vorbei. Auf Wunsch des Hausarztes wird auf eine Anbindung an die Gerontopsychiatrische Ambulanz zunächst verzichtet, da er glaubt, dass es den Schwestern schon schwer genug fallen würde, die anderen Hilfen zuzulassen und sie einen weiteren Dienst nicht annehmen würden. Er möchte sich diese Option für die weitere Zukunft aber offen halten. Da der Hausarzt keine Mitbehandlung der Ambulanz wünscht, wird auf die Verordnung eines Antidementivums der neuesten Generation verzichtet.

Mit dem Pflegepersonal und den Ärztinnen und Ärzten des Krankenhauses werden wegen diesem Entlassungsmodell einige Diskussionen geführt, und es besteht auch noch am Entlassungstag große Skepsis, wie dies bei diesem Pflegeaufwand und bei den kognitiven Funktionsstörungen funktionieren soll. Dem Modellteam wird vorgeworfen, dass diese Konstellation zwangsläufig zu baldigen und häufigen Wiederaufnahmen ins Krankenhaus führen würde.

Das Modellteam sieht das Ganze optimistischer. Die kognitiven Funktionsstörungen sollten im häuslichen Milieu eine zweitrangige Rolle spielen, da die Geschwister in „Gesellschaft“ sind, das Haus sowieso nicht mehr verlassen und relativ engmaschig jemand vorbeischaute. Für die weitere Entwicklung kann das häusliche Pflegenetz weiter ausgebaut und so die Lebensqualität und Lebensfreude der beiden Damen erhalten werden. Ihrem Wunsch, das Lebensende zu Hause zu verbringen, sollte solange als möglich nachgekommen werden. Da die Geschwister mietfrei wohnen, bleiben die Kosten der ambulanten Pflege geringer als die von Plätzen im Pflegeheim. Die größten Probleme zu Hause werden anfangs im Zulassen der organisierten Hilfen bestehen.

Sechs Wochen nach der Entlassung findet der erste Hausbesuch bei den Schwestern statt. Frau G. empfängt die Besucherin freundlich, auch wenn sie sich an deren Namen nicht erinnern kann. Sie erzählt, dass sie nun mit ihrer Schwester zusammen wohnt und zeigt stolz das Schlafzimmer mit den beiden Pflegebetten. Sie hat sich gut in der Wohnung ihrer Schwester eingelebt und fühlt sich dort wohl. Die Treppen in ihre Wohnung in der ersten Etage könne sie ohnehin nicht mehr alleine gehen. Sie bewegt sich in der ebenerdigen Wohnung aber sicher mit Hilfe eines Gehstocks. Sie geht alleine auf Toilette, nachts auf den Nachtstuhl neben ihrem Bett. Vom Pflegedienst erhält sie morgens und abends Hilfe, vor allem bei der Grundpflege. Das Essen auf Rädern würde gut schmecken, sie sei zufrieden.

Die Stimmung von Frau G. ist gut und ausgeglichen. Ihre Funktionsstörungen in der Merkfähigkeit und im Kurzzeitgedächtnis bezeichnet sie als „leichte Vergesslichkeit“, diese belaste sie nicht. Sie rege sich eher manchmal über die Vergesslichkeit ihrer Schwester auf, diese frage immer wieder dasselbe, aber könne ja nichts dafür. Wie Frau G. berichtet, beschäftigen sich die beiden Schwestern gerne mit Erzählungen von früher, nicken dann oft im Sessel ein und seien froh, wenn sie aufwachen und sehen, dass die andere

auch da ist. Frau G. fühlt sich verantwortlich für die ältere Schwester, was ihr enormen Lebensauftrieb gibt. Und dadurch, dass sie ständig Gesellschaft hat, kommen keine Gefühle von Vereinsamung auf.

Bei Frau F. stellte sich laut Pflegedienst eine nächtliche Unruhe ein, sie konnte nachts nicht schlafen und musste des Öfteren auf den Nachtstuhl. Der Hausarzt verordnete ihr daraufhin das Schlafmittel Diazepam. Nachdem dies keine Wirkung zeigte, verdoppelte er die Dosis. Frau F. schlief dann nachts, sprach aber nur noch wenig, sei zunehmend inkontinenter geworden, lief nach vorne gebückt und kleinschrittig. Bei diesen Symptomen handelt es sich wohl um Nebenwirkungen von Diazepam (u.a. Verwirrheitszustände, Benommenheit und Muskeler schlaffung), das auch eine lange Halbwertszeit (Wirkung 36 bis 200 Stunden) hat und daher als Schlafmedikation für Senioren als nicht geeignet angesehen wird. Nachdem sie auch noch häufig erbrechen musste, verbrachte Frau F. Mitte März zwei Tage stationär im Krankenhaus zur Diagnostik. Eine Entzündung der Speiseröhre durch zurücklaufenden Magensaft wurde festgestellt und medikamentös behandelt. Die Schlafmedikation wurde einige Tage nach dem Krankenhausaufenthalt abgesetzt. Nun sei Frau F. wieder wacher, spreche wieder mehr, könne auch sicherer laufen. Seit Anfang März hat sie Pflegestufe 2, der Pflegedienst kommt dreimal täglich zu ihr. Durch die Urininkontinenz und die Apraxie sei der Pflegeaufwand schon erheblich. Sie benötigt Hilfe beim An- und Auskleiden, die Grundpflege muss meist übernommen werden. Die Mahlzeiten nimmt sie selber ein, wenn sie hergerichtet sind.

Zum Zeitpunkt des Hausbesuchs ist keine psychische Veränderung festzustellen, sie wirkt zufrieden und ausgeglichen, hat zwar z.T. Wortfindungsstörungen, diese beeinträchtigen ihre Stimmung aber nicht. Sie beklagt selbst nur, dass ihre Schwester so oft wegen ihrer Vergesslichkeit mit ihr schimpfen würde. Aber das sei eben so.

Laut Pflegedienst sind die beiden Damen sehr „pflegeleicht“, da sie immer freundlich, sehr kooperativ und dankbar seien. Das momentane Pflegeangebot wird als ausreichend eingeschätzt, Frau G. würde nur zeitweise Anleitung und Unterstützung benötigen, wogegen bei Frau F. der Pflegeaufwand wesentlich höher ist. Bei zusätzlichen Besuchen der Älteren werde aber auch nach Frau G. geschaut. Diese sei auch noch so fit, dass sie mithelfen kann, z.B. beim Herrichten von Frühstück und Abendessen. Der Notruf, der

inzwischen installiert wurde, ist von Frau G. schon einige Male wegen ihrer Schwester ausgelöst worden.

Der Neffe ist mit der momentanen Situation zufrieden, fühlt sich durch den Pflegedienst sehr entlastet, ist glücklich, dass die Tanten sich so wohl fühlen, sie hätten den ganzen Tag gegenseitige Gesellschaft, akzeptierten wieder erwarten den Pflegedienst sehr gut. Er habe ein sehr gutes Gefühl dabei, den beiden den lebenslangen Wunsch zu erfüllen, zu Hause zu sein und gemeinsam alt werden zu können. Die Zwei seien schon sehr aufeinander fixiert. Eine vorsorgliche Pflegeheimanmeldung habe er zur Sicherheit für beide Damen gemacht, wobei er hoffe, diese nie in Anspruch nehmen zu müssen.

Zum Zeitpunkt des zweiten Hausbesuchs hat sich die Jüngere der beiden körperlich und kognitiv verschlechtert. Sie wirkt beim Laufen etwas unsicherer, nächtliche Inkontinenz ist für sie fast die Regel geworden, worüber sie sehr unglücklich ist, sie erhält nachts deshalb eine Inkontinenzhose. Die kognitiven Funktionsstörungen haben zugenommen, sie benötigt mehr Zeit, bis das Gesagte bei ihr ankommt. Auch die Gedächtnisstörungen haben zugenommen. Es wurde Höherstufung der Pflegestufe für Frau G. beantragt. Trotz der zunehmenden Defizite kommt sie laut Pflegedienst mit dem momentanen Setting gut zurecht. Das Hilfsangebot wurde entsprechend ausgeweitet. Frau G. benötigt mehr Anleitung bei der Grundpflege, hilft aber immer noch bei der Bereitung des Morgen- und Abendessens, worauf sie ganz stolz ist. Tagsüber sitzt sie mit der Schwester häufiger vor dem Fernseher, Unterhaltungen zwischen den Geschwistern würden weniger. Der Pflegedienst fährt die beiden in der Spätrunde noch mal an, um nach dem Rechten zu schauen. Der Notruf wird von Frau G. bei Bedarf weiterhin verwendet (meist wegen der Schwester), aber relativ selten unbegründet. Frau G. fühlt sich nach eigenen Angaben weiterhin gut und zufrieden.

Zum selben Zeitpunkt macht die Ältere insgesamt einen stabilen Eindruck. Frau F. wirkt zufrieden und ausgeglichen, ist freundlich, aber nicht gesprächig. Sie ist zeitlich, örtlich und zur Situation desorientiert, die Wortfindungsstörungen scheinen sich aber nicht verschlechtert zu haben. Psychomotorisch wirkt sie ruhig. Laut Pflegedienst hat sie sich körperlich stabilisiert, zwischendurch sei sie sehr antriebslos gewesen, musste zu allem aufgefordert werden, sei fast gar nicht mehr gelaufen. Das Problem mit dem Magen

besteht nicht mehr, und auch die nächtliche Unruhe hat sich gelegt, sie schläft jetzt auch ohne Medikamente gut.

Beide sind weiterhin sehr glücklich in „ihrem“ Heim, auch der Neffe ist zufrieden. Dieser konnte sich trotz mehrmaligen Empfehlungen nicht entschließen, eine gesetzliche Betreuung für die beiden Tanten zu beantragen. Dies sehe er als Bevormundung, stattdessen bespricht er alle organisatorischen Fragen mit den beiden, die dann ihr Einverständnis geben. Obwohl eine Geschäftsfähigkeit zumindest bei Frau F. nicht mehr gegeben ist, wird dies so toleriert, da der Neffe sich im Sinne der Damen entscheidet und sich voll einsetzt.

Kurz nach diesem Hausbesuch muss Frau G. nach einem Sturz zur Abklärung ins Klinikum eingewiesen werden, sie hatte zuvor schon rezidivierende Stürze, diesmal klagt sie aber über Schmerzen im Steißbein, im Krankenhaus werden Prellungen diagnostiziert. Für die Zeit ihres Aufenthaltes wird auch ihre Schwester wegen akutem Schwindel und Desorientiertheit bzw. sozialer Indikation eingewiesen. Wieder ist das medizinische und pflegerische Personal der Meinung, für beide sollte schnellstmöglich ein Pflegeheimplatz gesucht werden, da sie zu Hause in dem schlechten körperlichen, pflegeaufwendigen Zustand und wegen ihrer Vergesslichkeit nicht leben könnten. Eine entsprechende dringende Anforderung wird an den hausinternen Sozialdienst weitergeleitet. Nachdem sich dieser mit dem Liaisondienst, dem Pflegedienst und dem Neffen in Verbindung gesetzt hat, unterstützt er die Entlassung beider Schwestern nach Hause.

Etwa sechs Monate nach ihrer Aufnahme in den Kreis der Modellpatienten scheint bei Frau F. die Demenz nun weiter fortgeschritten zu sein. Sie ist aber ungetrübter Stimmung, lächelt immer wieder, imitiert auch mimische Gesten (z.B. Lächeln). Sie äußert sich nur auf Ansprache und redet dann häufig am Thema vorbei, scheint den Inhalt nicht zu erfassen. Laut Pflegedienst wiederhole sie zeitweise immer wieder Sätze oder verkenne die Situation, sei dann nur schwer auslenkbar. Nach etwa einer halben Stunde spätestens sei dies aber wieder vorbei, das Pflegepersonal komme damit gut zurecht. Auch ihr körperlicher Zustand hat sich laut Pflegedienst verschlechtert, sie ist urin- und z.T. stuhlinkontinent, sei sehr wechselhaft, die Grundpflege muss meist komplett übernommen werden. Anleitung sei nicht möglich, da sie das Gesagte nicht umsetzen kann. Ihr Appetit sei meist ordentlich, das Essen muss ihr aber häufig eingegeben werden. Nachts schla-

fe sie gut, erhalte allerdings auf Anordnung des Hausarztes wieder das Schlafmittel. Zum Trinken muss Frau F. regelmäßig angeleitet und unterstützt werden.

Frau G. hat körperlich ebenfalls etwas abgebaut, sie ist nicht mehr so mobil, läuft fast nur noch in Begleitung bzw. wenn jemand anwesend ist. Sie hat auch Schwierigkeiten, alleine aus dem Sessel hoch zu kommen. Allerdings gibt es auch Tage, an denen sie gut alleine laufen kann. Urininkontinenz besteht nachts wie auch tagsüber, sie trägt jetzt über 24 Stunden Inkontinenzeinlagen, hat sich nach eigenen Angaben aber daran gewöhnt. Seit zwei Monaten hat Frau G. Pflegestufe 2. Auch der dementielle Prozess ist weiter fortgeschritten, zeitlich ist sie nicht mehr orientiert, räumlich und situativ ist eine grobe Orientierung vorhanden. Wie ihre Schwester hat auch Frau G. eine „gute Fassade“ nach außen, Fragen delegiert sie z.B. oft geschickt an ihren Neffen. Sie überspielt ihre Situation, wirkt aber zufrieden, ist fröhlich, schäkert mit ihrer Schwester. Sie freut sich über die häufigen Besuche des Pflegedienstes, und fühlt sich mit Frau F. in der Wohnung wohl. Beide Schwestern wirken glücklich und zufrieden in ihrer aktuellen Situation.

Grundvoraussetzung für dieses positive Lebensgefühl ist für die beiden ihre gegenseitige Gesellschaft und der Verbleib in den eigenen vier Wänden, der durch die Anleitung und kontinuierliche Betreuung durch den Pflegedienst und durch den Neffen möglich wird. Durch die Verteilung der Lasten auf mehrere Schultern und da die Schwestern ihre Dankbarkeit und Zufriedenheit auch vermitteln, sind die Beteiligten bereit, die Situation zu unterstützen und sich dafür zu engagieren. Die wichtigsten, die Gestaltung ihres Lebensabends betreffenden Wünsche der Damen können so umgesetzt werden, was in hohem Maße zu deren Wohlbefinden beiträgt.

Frau P.

Frau P. ist 85 Jahre alt. Sie lebt allein im eigenen Haus, hat eine Tochter und mehrere Enkel. Sie versorgt sich weitgehend selbst, erhält für größere Einkäufe Unterstützung von Nachbarn, und einmal täglich kommt die Sozialstation zur Medikamentengabe.

Anfang Oktober 2003 fallen bei einer Routineuntersuchung durch den Hausarzt Herzrhythmusstörungen und Vorhofflimmern auf, daraufhin wird sie in die Kardiologische Abteilung eingewiesen. Bei einer unter Kurznarkose durchgeführten Kardioversion treten wieder starke Herzrhythmusstörungen

auf, von der Narkose erholt sich die Patientin nur zögerlich. Wegen nächtlicher Verwirrtheit und nicht adäquater Reaktionen der Patientin (pessimistische Zukunftsperspektiven, verminderte Aufmerksamkeit und Konzentration, Gefühle von Wertlosigkeit, Schlafstörungen und verminderter Appetit) wird ca. eine Woche nach der Aufnahme der Konsiliararzt hinzugezogen, der zunächst ein agitiert-depressives Syndrom diagnostiziert und dieses mit einem Antidepressivum anbehandelt. In testpsychologischen Untersuchungen werden auch kognitive Defizite festgestellt und die Diagnose daher in „*dementielles Syndrom unklarer Genese, vorwiegend depressiv*“ verändert. Die Verordnung eines Antidementivums ist auf Grund der kardialen Problematik nicht möglich. Während ihrer Betreuung durch den Liaisondienst erhält Frau P. mehrmals wöchentlich unterstützende Gespräche und ergotherapeutische Einzelbehandlungen.

Bei den ersten Kontakten gibt Frau P. an, sie wisse nicht, warum sie im Krankenhaus sei, ihr Leben lang hätte sie nichts gehabt und auf einmal sei Schluss. Nach und nach berichtet sie dann aber von zwei Knochenbrüchen, einem Hüftgelenkersatz, Rheuma, zu hohem Blutdruck und Herzrasen innerhalb der letzten Jahre. Im Gespräch zeigt sich Frau P. zwar gesprächig und lustig, aber auch weinerlich. Es stellt sich bald heraus, dass dies nur Fassade ist. Tatsächlich steht der Konflikt mit ihrer Tochter im Zentrum ihres Denkens. Frau P. erzählt, sie hätte trotz ihrer beruflichen Tätigkeit in der Gastronomie immer sehr viel für die Tochter und deren Familie getan. Nach ihrer Hüftgelenkoperation vor acht Jahren sei es im Krankenhaus zum Streit gekommen, da Frau P. sich durch ihre Tochter nicht unterstützt fühle, sondern herabgewürdigt und beleidigt - die Tochter hätte auch eine Übersiedelung ins Pflegeheim vorgeschlagen. Seit diesem Vorfall haben die beiden nicht mehr miteinander gesprochen.

Auf ihre zukünftige Versorgung angesprochen, reagiert sie unterschiedlich. Manchmal scheint sie nicht zu realisieren, dass sie wegen ihrer Defizite nicht mehr so gut alleine zurechtkommen wird. Um die Rückkehr nach Hause vorzubereiten, wird ein Beratungsgespräch mit den Enkeln geführt, die sich dann um die Organisation der häuslichen Pflege und der Hilfsmittel (z.B. Krankenbett) kümmern. Gleichzeitig beantragt der Krankenhaussozialdienst eine Pflegestufe. Der Liaisondienst bietet Frau P. an, die begonnene körperliche und geistige Aktivierung ambulant weiterzuführen, was die Patientin auch gerne annimmt. Bis zur Entlassung Ende Oktober arbeiten die Enkel,

der Liaison- und der Sozialdienst gemeinsam am Aufbau eines ambulanten Hilfenetzes.

Durch die antidepressive Medikation, die stützenden Gespräche und die ergotherapeutischen Angebote kann während des Krankenhausaufenthaltes eine Verbesserung des psychischen Zustandes der Patientin erreicht werden. Die größten Probleme liegen in ihrer geringen Belastbarkeit und Immobilität. Sie ist nicht mehr in der Lage, sich selbst zu versorgen, wagt es auch nicht, ohne Begleitperson mit ihrem Rollator zu laufen. Als wesentlich erscheint zu diesem Zeitpunkt die Wiedergewinnung ihrer Mobilität, wodurch auch ihr Selbstwertgefühl gesteigert werden könnte, weil sie nicht mehr so stark von anderen Menschen abhängig wäre und selbst wieder etwas tun könnte.

Zum Zeitpunkt des ersten Hausbesuchs hat sich Frau P. körperlich verbessert. Sie kann wieder laufen, wegen ihrer großen Angst zu fallen, tut sie dies jedoch nur unter Aufsicht. Sie fühlt sich auch kognitiv klarer und kann besser denken, sich etwas merken und auf Fragen adäquat antworten, was ihr, wie sie selbst sagt, im Krankenhaus sehr schwer gefallen sei. Ihr psychisches Befinden ist im Vergleich zum Krankenhausaufenthalt unverändert. Auf Nachfrage erfährt man, dass das Antidepressivum entgegen der Empfehlung des Modellarztes nicht weiterverordnet wurde, weil dies im Entlassungsbericht des Krankenhauses an den Hausarzt vergessen wurde. Erst ca. vier Wochen nach ihrer Entlassung hat der Hausarzt von sich aus eine antidepressive Behandlung in Form eines Johanniskrautpräparates verordnet. Bisher kann Frau P. aber noch keine Verbesserung ihres Gemütszustandes feststellen.

Sie hat zwischenzeitlich mit ihren beiden Enkeln eine Betreuungs- und Patientenverfügung erstellt. Es fällt Frau P., die vor dem Krankenhausaufenthalt mobil war und sich um alles selbst kümmern konnte, aber schwer, ihren jetzigen Zustand zu akzeptieren. Trotz ihres Alters und der ärztlichen Diagnosen hofft sie immer noch, dass sie wieder auf die Beine kommt und ihre alte Selbstständigkeit wiedergewinnt. Damit scheinen die von ihr nicht näher definierten Angstzustände in Zusammenhang zu stehen, die je nach Gesundheitszustand schwanken. Frau P. gibt an, dass sie wegen ihrer Situation und der Problematik mit ihrer Tochter zeitweise recht niedergeschlagen sei.

Ihre Betreuung erfolgt weitgehend lückenlos. Anfängliche Schwierigkeiten mit dem ambulanten Pflegedienst - Frau P. wurde z.B. morgens oder abends wiederholt vergessen - konnten durch stärkeren Einbezug der Nachbarin, die nun häufiger nach dem Rechten sieht, ausgeglichen werden. Die beiden Enkel wechseln sich an den Wochenenden ab, um die verbleibenden hauswirtschaftlichen Aufgaben und sonstigen Angelegenheiten zu erledigen. Außer ihren Enkeln, der Nachbarin und den ambulanten Diensten hat Frau P. allerdings kaum soziale Kontakte, was sie auf die kalte Jahreszeit zurückführt. Für Veranstaltungen wie Weihnachtsfeiern fühlt sie sich meistens zu erschöpft. Ihre Einsamkeit wird zunehmend zu einem Problem, zumal es ihr schwer fällt, sich selbst zu beschäftigen. Viele Tätigkeiten, die sie früher erledigte, sind ihr wegen ihrer körperlichen Einschränkungen unmöglich geworden, am aktuellen Tagesgeschehen und Fernsehen hat sie kein Interesse.

Nach Einschätzung der Ergotherapeutin könnte Frau P. wieder selbstständig und ohne Aufsicht laufen, wenn sie an der Mobilisierung entsprechend mitarbeiten würde. Sie kann sich jedoch derzeit kaum dazu motivieren. Sie arbeitet lieber kognitiv, was ihr Spaß macht, und sie von ihren zeitweise quälenden Gedanken über die persönliche Lage ablenkt. Sie erledigt stets alle ihr aufgegebenen „Hausaufgaben“. Die gestalterischen Übungen machen ihr nach anfänglicher Ablehnung ebenfalls große Freude. Zunächst geht sie sehr vorsichtig und ängstlich an neue Aufgaben heran, wird dann aber zunehmend sicherer und benötigt zum Schluss keine Hilfe mehr.

Beim zweiten Hausbesuch nach drei Monaten wirkt Frau P. affektiv wesentlich mitschwingender. Sie arbeitet in den ergotherapeutischen Sitzungen rege mit, zeigt Gefühle, weint, lacht, ärgert sich und freut sich. Klappt aber nicht alles so, wie erwartet (z.B. die Neuanschaffung der Brille), zeigt sie sich äußerst genervt und ungeduldig. Auch das Versöhnungsangebot ihrer Tochter setzt sie psychisch sehr unter Druck. Sie selbst führt diese Belastungsgefühle auf die ständige nervliche Beanspruchung in ihrem Leben zurück, jetzt mangle es ihr an Geduld und Ausdauer, sie fühle sich schnell müde und erschöpft, könne z.B. noch nicht mal einen Abend lang fernsehen, das sei ihr schon zu viel. Die Enkel meldeten Frau P. inzwischen vorsorglich in einem Alten- und Pflegeheim an, für den Fall, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtern sollte.

Momentan scheint sich ihre körperliche Verfassung aber eher zu bessern, sie läuft sicher und ohne Aufsicht mit ihrem Rollator, manchmal auch ohne. Ihre rheumatischen Beschwerden haben sich verbessert. Sie kann dank der ergotherapeutischen Aktivierung jetzt besser zugreifen und kleine Aufgaben im Haushalt übernehmen wie z.B. Blumen gießen. An der Versorgung hat sich nichts geändert, außer dass die Enkel inzwischen mit der Nachbarin einen zeitlich begrenzten Vertrag über den Umfang und die Art der Hilfe abgeschlossen und einige Absprachen getroffen haben.

Weiter problematisch ist jedoch die Einschränkung der sozialen Kontakte. Die Enkel kommen wegen der großen Entfernung (ca. 600 km) nun nicht mehr jedes Wochenende vorbei. Außer zur Nachbarin hat Frau P. mit nur zwei weiteren Frauen aus der Nachbarschaft direkte soziale Kontakte. Vorher hätten sie sich öfter im Garten oder auf der Straße getroffen, das ginge jetzt alles nicht mehr. Frau P. fühlt sich sehr allein. Sie hofft, dass sie mit der bald beginnenden wärmeren Jahreszeit mehr Möglichkeiten haben wird, soziale Kontakte aufzunehmen. Derzeit klammert sie sich oft sehr an die Ergotherapeutin, hat bei deren Besuchen immer noch etwas zu erzählen, möchte diese nicht gehen lassen.

In der folgenden Zeit sieht es zunächst so aus, als ob sich ihr Gesundheitszustand weiter positiv entwickeln würde, teilweise wirkt sie wieder sehr agil, ist ständig in Bewegung. Auch kognitiv und affektiv scheint sie aufzublühen. Bald kehrt sich diese Entwicklung jedoch um, und ihre depressive Verstimmung nimmt zu. Der durch die Ergotherapeutin informierte Modellarzt empfiehlt dem Hausarzt daraufhin eindringlich, die im Krankenhaus verabreichte antidepressive Medikation wieder aufzunehmen, was den Hausarzt schließlich überzeugt. Vereinsamung scheint das größte Problem für Frau P. zu sein, es ist zu vermuten, dass dies auch ursächlich für die allmähliche Degeneration ihres Gesundheitszustandes in den folgenden Wochen ist.

Anfang März beendet die Ergotherapeutin die ambulante Therapie und übergibt Frau P. zur weiteren Betreuung an die Gerontopsychiatrische Ambulanz, was die Patientin schließlich gut annimmt. Sie leidet jedoch weiter stark unter ihrem Mangel an sozialen Kontakten. Besonders schwer scheint es für sie zu sein, das Alleinsein an den Osterfeiertagen zu ertragen. Kurz darauf muss sie wegen Exsikkose ins Krankenhaus eingewiesen werden. Sowohl die sie betreuende Nachbarin als auch der Hausarzt berichten außerdem von zunehmender Verwirrtheit. Bei der Aufnahme ist sie hypoton

und desorientiert, hat ein großes Durstgefühl und starke Schmerzen im rechten Bein (Ulcus). Am gleichen Tag kommt es nach akuten Respirationsschwierigkeiten (Tachyarrhythmia absoluta) bei äußerster Unruhe und akuter Sauerstoffunterversorgung zu einer Notfallsituation mit Reanimation. Frau P. ist zwanzig Minuten später wieder voll ansprechbar, muss aber wegen unkontrollierter Bewegungen und starkem Bewegungsdrang fixiert werden. In der folgenden Nacht wird die Fixierung auf Wunsch der Patientin gelöst, sie wirkt deutlich klarer und ist wieder gut führbar.

Bei einem Besuch des Liaisondienstes einen Tag später (zu dieser Zeit steht auch der dritte Hausbesuch an) ist sie sehr unruhig, wälzt sich ständig hin und her und spricht kaum. Sie erkennt die Besucherin aber sofort und möchte diese nicht mehr gehen lassen. Frau P. leidet weiter stark unter ihrer Einsamkeit, sie stellt aber keine Ansprüche, fühlt sich der Situation ausgeliefert. Ihr Zustand verschlechtert sich zunehmend. Da sie keine lebensverlängernden Maßnahmen möchte, wird sie durch das medizinische Personal im Sinne einer palliativen Sterbebegleitung betreut. Nach letzten Kontakten mit Enkelkindern und Tochter nimmt die Bewusstseinswachheit der Patientin beständig ab, nach ein paar Tagen stirbt sie.

Frau P. befand sich während der halbjährlichen Betreuungsphase durch den Liaisondienst in einem schlechten somatischen Zustand und in einer damit in Zusammenhang stehenden instabilen psychischen Verfassung. Verstärkt wurde ihr Leid durch ungelöste familiäre Konflikte und soziale Deprivation. Trotz eines hinsichtlich der körperlichen Bedürfnisse umfangreichen Hilfenetzes konnte deshalb die krisenhafte Entwicklung am Schluss nicht aufgehalten werden.

Frau T.

Die 84-jährige ehemalige Textilingenieurin lebt seit dem Tod ihres Ehemannes vor dreizehn Jahren alleine in einer großzügigen und ebenerdigen Vierzimmerwohnung in einem Mehrfamilienhaus. Sie hat zwei Söhne, die beide weiter entfernt leben und zu denen wenig bzw. kein Kontakt besteht. Eine in der Nähe wohnende Nichte besucht Frau T. wöchentlich und schaut nach dem Rechten, erledigt auch finanzielle Angelegenheiten für sie. Frau T. versorgt sich weitgehend selbst, einmal wöchentlich kommt schon seit zwanzig Jahren eine Haushaltshilfe, die außer der Wohnungsreinigung Einkäufe

erledigt und Frau T. bei Besorgungen begleitet. Finanziell ist sie durch eine relativ hohe Rente gut abgesichert.

Mitte August 2003 wird Frau T. nach einem Sturz zur Abklärung ihrer Schmerzen ins Krankenhaus eingewiesen, wo Prellungen im Beckenbereich festgestellt werden. Die Diagnostik wird durch unklare Angaben seitens der Patientin erschwert, die vom Personal zeitweise als desorientiert erlebt wird. Bei der Grundpflege benötigt sie Anleitung und Hilfe, ist jedoch körperlich so weit mobil, dass sie selbstständig aufsteht, wenn sie zur Toilette muss. Auf Grund ihres mangelhaften Orientierungsvermögens fällt es ihr aber schwer, diese zu finden. Am Tag nach der Einweisung uriniert sie daher in den Abfalleimer, auf dem Rückweg stürzt sie und zieht sich eine Schenkelhalsfraktur zu. Am folgenden Tag wird ihr operativ ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt. Nach der Operation entstehen pflegerische Probleme, weil die Patientin sich den Dauerkatheder zieht, die Lagerung verweigert und entgegen der ärztlichen Empfehlung immer wieder alleine aufsteht und herumläuft. Das Personal erlebt sie als verwirrt, z.B. versteht sie den Umgang mit der Glocke nicht, und meldet sich statt dessen durch lautes Rufen. Um ihren kognitiven Zustand abzuklären und da einer der Söhne die Mutter im Pflegeheim unterbringen will, wird der Liaisondienst gerufen.

Nach dessen Einschätzung leidet Frau T. an einem leicht- bis mittelgradigen dementiellen Syndrom, vermutlich vom Alzheimerstyp. Im Kontakt zeigt sie sich zunächst distanziert, aber es kann schnell ein Zugang zu ihr gefunden werden. Frau T. hat einen Umgangsstil mit vielen Floskeln, der es ihr ermöglicht, ihre Defizite recht gut zu überspielen. Sie hat daher eine „gute Fassade“ und wirkt von der Stimmung her auch sehr ausgeglichen. Zu ihrer Wohnsituation und ihrem sozialen Umfeld kann sie kaum Angaben machen. Zur Sozial- und Fremdanamnese werden mehrere Kontakte aufgenommen und Gespräche geführt (Sohn, Haushaltshilfe, Nichte und Hausarzt). Wie es scheint, hat Frau T. seit einiger Zeit keine sozialen Kontakte mehr außer zur Nichte und zur Haushaltshilfe. Sie habe die Wohnung seit Jahren nicht mehr alleine verlassen, und seit Monaten gar nicht mehr. Ihre Persönlichkeit betreffend wird sie als einerseits sehr lieb, aber andererseits auch als äußerst dominant und stur beschrieben. Jede Woche verbrauche sie eine Stange Zigaretten und eine Flasche Whisky, den sie mit Wasser verdünnt. Betrunken wurde Frau T. noch nicht erlebt, die beiden Genussmittel seien aber wichtige Bestandteile ihres Lebens. In den letzten Jahren habe sich langsam die Vergesslichkeit eingeschlichen, in den vergangenen Monaten

hätte diese sehr stark zugenommen. Frau T. habe außerdem sehr unregelmäßig gegessen, und sei in alte Rituale zurückgefallen, z.B. kocht sie ihren Kaffee nun wieder mit dem Wasserkocher (wie früher Malzkaffee). Den Tag verbringe sie meist im Wohnzimmersessel vor dem Fernseher.

Während ihres Krankenhausaufenthaltes wird Frau T. engmaschig durch den Liaisondienst begleitet. Sie erhält regelmäßig ergotherapeutische Einzelbehandlungen und nimmt an der Aktivierungsgruppe teil. Über empathische Gespräche und Erinnerungspflege kann eine Beziehung aufgebaut werden. Frau T. erzählt viel von ihrem Mann und von ihrem Beruf als Textilingenieurin, was zu der damaligen Zeit nicht unbedingt üblich war. Körperlicher Aktivierung steht sie ablehnend gegenüber, ist aber mit Übungen zur geistigen Aktivierung einverstanden. Während des Trainings kommt sie kognitiv langsam in Schwung, es wird deutlich, dass noch einige Potentiale für geistige Verbesserungen durch Übung vorhanden sind. Anfangs besteht das Problem, ihr Interesse zu wecken und aufrechtzuerhalten, viele Dinge schiebt sie mit großem Selbstbewusstsein einfach von sich, sie hätte sich eben noch nie dafür interessiert. Zu Hause bestanden ihre einzigen Interessen wohl in Zigaretten und Whisky. Wider Erwarten fragt sie während ihres Aufenthaltes jedoch nie danach, zeigt auch keine Entzugssymptomatik.

In der ersten Sitzung der Aktivierungsgruppe verhält sie sich passiv und lässt sich nicht einbinden, verfolgt aber die ganze Zeit über aufmerksam das Geschehen, was auch schon als Erfolg gewertet werden kann. Erst als sich in der nächsten Gruppensitzung die Konstellation ändert und mehr Leute „ihres Standes“ dabei sind (Akademiker, gleicher Geburtsort, Sprachverbundenheit), fühlt sie sich wohler, lässt sich integrieren und wird erstaunlich schwingungsfähig und lebhaft.

Mit dem Pflegepersonal werden die Umgangsprobleme immer wieder besprochen, Interventionen, wenn notwendig, verändert. Dem Personal gelingt es zunehmend besser, sich auf Frau T. und ihre Lebenswelt einzulassen, sie über biographische Aspekte anzusprechen und auszulenken und die Patientin stärker mit einzubeziehen. Zu bestimmten Zeiten wird sie sogar mit ins Dienstzimmer genommen. Nachdem ein großes Plakat im Sichtweite der Patientin angebracht wird, auf dem steht, dass sie nicht alleine aufstehen soll, reduziert sich auch dieses Problem. Frau T. zeigt sich insgesamt sehr zufrieden, fühlt sich wohl. Situativ ist sie aber deutlich desorientiert, glaubt, dass sie zu Hause ist. Tagsüber wird sie nun öfter in einen Lehnstuhl ge-

setzt, wo sie Zeitungen und Zeitschriften liest, auch wenn sie sich die Zusammenhänge nicht merken kann. Nächtliche Schlafprobleme werden erfolgreich mit einem Neuroleptikum behandelt.

Nach Meinung des Oberarztes soll Frau T. nach der Entlassung zunächst in eine Rehabilitationseinrichtung bzw. gleich in ein Pflegeheim übersiedeln. Da Frau T. wenig Schmerzen hat, relativ stabil ist und sich, nachdem sie die Operation wieder vergessen hat, selbst mobilisiert, unterstützt der Liaisondienst jedoch eine sofortige Rückkehr ins häusliche Milieu mit entsprechenden Hilfen. Denn es wird zum einen eingeschätzt, dass die Patientin durch das dementielle Syndrom in der Rehaklinik überfordert wäre. Zum anderen hat sie sich stets sehr ablehnend über Pflegeheime ausgelassen und verfügt in der gewohnten häuslichen Umgebung über mehr biographische Impulse, die ihr ein gutes Gefühl geben.

Nach mehreren Gesprächen wird Folgendes in die Wege geleitet und organisiert: Einer der Söhne beantragt eine gesetzliche Betreuung für alle Bereiche, die der Ehemann der Nichte übernehmen wird. Der Sozialdienst kümmert sich um eine Pflegestufe. Morgens und abends kommt ein Pflegedienst zur Grundpflege, Medikamentengabe und Behandlungspflege (Dekubitusversorgung), mittags wird Essen auf Rädern geliefert. In die Wohnung wird ein Doppelschloss eingebaut. Die Haushaltshilfe wird ihre Tätigkeit wie bisher weiter erledigen. Um die Brandgefahr zu reduzieren und unkontrolliertem Alkoholkonsum vorzubeugen, wird alles, was an Zigaretten oder Alkohol erinnert, aus der Wohnung entfernt.

Wegen der häuslichen Versorgung und dem Verzicht auf einen Rehabilitationsaufenthalt kommt es zu einigen Diskussionen zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Liaisondienst, nach einer schriftlichen Stellungnahme des Modellarztes wird dessen Entlassungsmodell schließlich so akzeptiert. Vor der Entlassung führt der Liaisondienst noch ausführliche Beratungsgespräche mit den Angehörigen und mit dem Pflegedienst. Beiden wird empfohlen, sich zur Unterstützung an die Gerontopsychiatrische Ambulanz des BKH zu wenden, falls z.B. Schwierigkeiten oder Verhaltensauffälligkeiten auftreten.

Nach knapp vier Wochen stationärem Aufenthalt wird Frau T. nach Hause entlassen. Dort verbessern sich ihr körperlicher und psychischer Zustand deutlich bis zum ersten Hausbesuch, der gemeinsam mit ihrem Betreuer durchgeführt wird. Dieser berichtet, dass Frau T. sich zu Hause wieder

schnell eingelebt hat, nur anfangs fragte sie häufig, ob dies ihre Wohnung sei. Die Unterstützung durch die ambulanten Dienste habe sie gut angenommen, die Pflegenden kämen auch mit ihr gut zurecht. Es werden vom Pflegedienst möglichst dieselben Personen eingesetzt, diese achten darauf, dass Frau T. sich nicht bevormundet fühlt, da sie in diesem Fall die Kooperation verweigert. Den Wechsel des Haustür- und Wohnungsschlusses hat sie nicht bemerkt, da die Dienste trotzdem klingeln und sie dann selbst die Tür öffnen kann.

In ihrer Wohnung ist sie sehr gut orientiert und bewegt sich sicher ohne Hilfsmittel. Im Gespräch wirkt sie aufgeschlossen, wobei sie Fragen häufig ausweicht bzw. diese an Herrn E. weitergibt. Sie kann ihre Defizite weiterhin durch ihre Umgangsformen recht gut kaschieren. Ihren Betreuer, der sie jeden zweiten Tag besucht, bezeichnet sie als ihre Vertrauensperson. Besuchern zeigt sie stolz die Wohnung, und erzählt, was sie jeden Tag koche und im Haushalt noch arbeiten müsse. Sie macht einen frischen, regen und sehr zufriedenen Eindruck. Auch die Familie ist zufrieden mit der Situation und möchte die häusliche Versorgung, wenn nur irgend möglich, beibehalten. Sorgen bereitet, dass Frau T. jedem die Tür aufmacht. Im Gespräch kann er jedoch überzeugt werden, dass das Gefühl der Selbstständigkeit und damit die empfundene Lebensqualität nicht eingeschränkt werden sollten. Der Betreuer wird darauf hingewiesen, dass er in seiner Funktion andere Möglichkeiten hat, um den wirksamen Abschluss von Geschäften oder Ähnliches zu verhindern.

Sechs Wochen später, drei Monate nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, sind der körperliche und psychische Zustand von Frau T. stabil. Für ihr Alter ist sie recht beweglich, hat einen sicheren Gang. Trotz ihrer zeitlichen und örtlichen Desorientiertheit findet sie sich in ihrer Wohnung problemlos zurecht. Sie fühlt sich zu Hause wohl, sitzt die meiste Zeit in ihrem Fernsehsessel, lässt sich berieseln oder beobachtet durch ein großes Panoramafenster die Vögel im Garten.

Nach drei weiteren Monaten ist ihr körperlicher Zustand immer noch stabil. Sie ist sehr fit und mobil, benötigt diesbezüglich keine Hilfsmittel. Der dementielle Prozess ist jedoch weiter fortgeschritten, das Betreuungsangebot wurde deshalb ausgeweitet. Der Pflegedienst kommt nun dreimal täglich, Frau T. benötigt Unterstützung bei allen Mahlzeiten, sonst würde sie mittags vor dem vollen Tablett verhungern. Bei guter Anleitung kann sie sich beim

Frühstück schon mal ihr Brot schmieren, beim zweiten Brot habe sie dies laut Pflegedienst aber schon wieder vergessen. Es kommt häufiger vor, dass sie sich das Gesicht mit Zahnpasta eincremt oder im Bad nach etwas Essbarem sucht. Frau T. macht jedoch im Kontakt immer noch einen guten Eindruck, ist freundlich und zugänglich und anscheinend an Konversation gewöhnt, sie wiederholt sich inhaltlich allerdings häufig. Sie beschäftigt sich weiterhin mit Fernsehen - sie kann auch mit der Fernbedienung noch selbst umgehen - und mit dem Beobachten der Vögel im Garten.

Das Haus, in dem sie sich gut auskennt, verlässt sie nicht. Frau T. erzählt, dass sie sich manchmal sehr einsam fühle, sie tröste sich dann mit einem Teddybär namens „Wuschel“. Der sei ihr ein guter Kamerad, sie nehme ihn auch mit ins Bett und fühle sich durch seine Anwesenheit nicht mehr so alleine. Sie würde ihn manchmal beschimpfen, auch das müsse sein. Sie erkennt allerdings eindeutig, dass dies ein Kuscheltier ist, meint, dass manche sie deshalb für „blöd“ halten würden, aber sie habe so einen ständigen Begleiter. Um ihr vermehrte soziale Kontakte zu ermöglichen und sie zu aktivieren, erhält Frau T. seit ca. zwei Monaten wöchentlich Besuch durch einen ehrenamtlichen, speziell auf die Betreuung von Demenzkranken ausgerichteten Dienst. Es ist zudem geplant, sie in die Betreuungsgruppe für Demenzkranke des Pflegedienstes mit aufzunehmen, allerdings ist noch unklar, ob Frau T. das Haus dafür verlassen wird. Um ihr Lebensgefühl zu verbessern, bekommt sie nun jeden Abend ein mit Wasser verdünntes Gläschen Whisky, das sie genussvoll trinke. Verlangen nach Zigaretten sei weiterhin nicht aufgetreten.

Der Betreuer ist mit der momentanen Situation zufrieden, fühlt sich durch den Pflegedienst und den Hausarzt gut unterstützt, wobei es ihm anscheinend aber schwer fällt, die Konsequenzen und das Ausmaß der dementiellen Erkrankung zu akzeptieren. Da Frau T. eine recht dominante Persönlichkeit ist und häufig sehr bestimmend auf ihn einwirkt, hat er manchmal Schwierigkeiten, sich ihr gegenüber durchzusetzen. Um sich Erleichterung und Unterstützung zu holen, wird ihm die Teilnahme an einer Angehörigen-Gruppe empfohlen. Herr E. hat Frau T. vorsorglich in einem Pflegeheim angemeldet, strebt jedoch an, dass sie in ihrer Wohnung bleiben kann. Die dementielle Erkrankung ist sehr schleichend und setzt sich langsam fort, Frau T. leidet aber nicht darunter.

Sie fühlt sich in ihrem bekannten Umfeld mit den für sie gewohnten Abläufen und Annehmlichkeiten sehr wohl und kann trotz ihrer dominanten Persönlichkeit die Hilfen gut akzeptieren. Dies ist wohl auch eine Voraussetzung für das große Engagement und Einfühlungsvermögen der an der Pflege Beteiligten, die sich bemühen, Frau T. ein gewisses Gefühl von Selbstständigkeit zu lassen und auf ihre Wünsche und Bedürfnisse einzugehen, wozu im häuslichen Setting bessere Möglichkeiten bestehen. So empfindet Frau T. trotz ihrer fortschreitenden Demenzerkrankung ein vorwiegend positives Lebensgefühl.

Fallbeispiel: Frau D. (s. Kap. 5.3.1)

1.2. Fallgruppe „Depressive Patient/innen“

Frau Z.

Frau Z. ist 79 Jahre alt. Seit dem Tod ihres Ehemannes vor drei Jahren lebt sie allein in einer Eigentumswohnung, die sich in einem eher anonymen Hochhauskomplex befindet. Trotz ihres hohen Alters kommt sie noch gut zurecht. Lediglich ein Nachbar unterstützt sie bei der Besorgung von Getränken. Soziale Kontakte unterhält Frau Z. nur sporadisch, so zu einer Nachbarin sowie zu den in Augsburg lebenden entfernteren Verwandten. Der Sohn eines Cousins, ihr „Neffe“, besucht sie in unregelmäßigen Abständen. Eigene Kinder hat Frau Z. nicht, ihre beiden Kinder verstarben jeweils direkt nach der Geburt.

Im April 2001 wird sie auf Grund von Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule sowie Herz-Kreislauf-Problemen in die Innere Abteilung des Krankenhauses aufgenommen. Zu diesem Zeitpunkt wirkt Frau Z. körperlich sehr geschwächt. Sie beklagt ständige Schmerzen, bewegt sich daher auch sehr verlangsamt, wirkt gangunsicher und steif. Außerdem zeigt die Patientin eine ausgeprägte depressive Symptomatik, weshalb der Konsiliar- und Liaisondienst hinzugezogen wird. Der Modellarzt kann die depressiven Symptome bestätigen. Er stellt Antriebsminderung, Grübelneigung, Schlafstörungen, vorübergehende Appetitlosigkeit und damit einhergehenden Gewichtsverlust, innere Unruhe und Niedergeschlagenheit mit passiven Todeswünschen fest. Außerdem fällt der soziale Rückzug der Patientin auf, der auf ihrer psychischen Erkrankung beruht. Da Frau Z. starke Vorurteile gegenüber der Psychiatrie hat, weigert sie sich, ihre eigene psychische Erkrankung als solche zu akzeptieren. Stattdessen bagatellisiert sie dahingehende Symptome bzw. versucht diese zu überspielen. Ihr Hauptaugenmerk liegt auf den körperlichen Beschwerden. Um die durch die Schlafstörungen entstandenen erheblichen Belastungen zu senken, verschreibt der Modellarzt zusätzlich zum Antidepressivum (Remergil) ein angstreduzierendes Präparat (Tavor) für den abendlichen Gebrauch.

In den nächsten Tagen wird Frau Z. mehrfach von einer Fachkrankenschwester und von der Ergotherapeutin besucht. Gegenüber ihren Gesprächspartnern zeigt sich die Patientin offen, zugänglich und gesprächsbereit. Allerdings bricht sie während der Unterhaltung immer wieder in Tränen

aus. Ihre Äußerungen lassen vermuten, dass ihre Depression wahrscheinlich als Reaktion auf den Tod des Ehemanns vor drei Jahren entstand. In ihrer gemeinsam mit dem Mann ersparten Eigentumswohnung fühlt sie sich nun sehr isoliert und allein. Sie wünscht sich, bald sterben zu können, um bei ihrem Ehemann zu sein. Frau Z. meint allerdings, dass sie aus diesem Tief allein herauskommen müsse, und ist misstrauisch und ablehnend gegenüber den Therapieangeboten. Mit einiger Überzeugungsarbeit gelingt es schließlich doch, Frau Z. zum Ausprobieren von gestalterischen, handwerklichen Techniken zu bewegen. Gemeinsam mit der Ergotherapeutin gestaltet sie einige Karten mit Spezialfarben und Bügeleisen (Encaustik). Nach kurzer Anleitung und Demonstration kann sie die Technik selbstständig ausführen, was ihr sichtlich gut tut und ihr Selbstwertgefühl verbessert. Entgegen ihrer ursprünglich ablehnenden Haltung hat die Patientin viel Spaß und lässt sich temporär von ihren Grübeleien ablenken. Sie ist stolz auf ihre Ergebnisse, die sie anderen selbstbewusst präsentiert.

Nach einer knappen Woche ordnet der Stationsarzt die Entlassung der Patientin aus dem Krankenhaus an, weil sich ihr körperlicher und psychischer Zustand stabilisiert habe. In einem Gespräch mit der Psychiatriseschwester und der Ergotherapeutin wird jedoch deutlich, dass sich der seelische Zustand von Frau Z. nur leichtgradig verbessert hat. Sie ist nach wie vor weiterhin, findet keine befriedigende Lebensperspektive, leidet unter ihrem Alleinsein und lässt weiterhin passive Todeswünsche durchklingen. Ihren Aufenthalt in der Klinik möchte sie jedoch auf keinen Fall verlängern, sondern in ihre gewohnten vier Wände zurückkehren. Es wird daher vereinbart, dass die Patientin zukünftig zu Hause von der Gerontopsychiatrischen Ambulanz betreut wird, was die nervenärztliche Behandlung und die Ergotherapie mit einschließt.

Nach drei Wochen zu Hause hat sich die depressive Symptomatik von Frau Z. eher verschlechtert als verbessert. Eine Ursache hierfür liegt darin, dass die Patientin nach zwei Wochen eigenständig das Antidepressivum abgesetzt hat. Sie beklagt nun ständige Müdigkeit und Antriebsarmut sowie mangelnden Lebensmut. Die Patientin wagt es sogar kaum, nach draußen auf den Balkon zu gehen. Sie ist dringend behandlungsbedürftig, lehnt aber eine Einweisung in die Psychiatrie trotz aller Überzeugungsversuche durch Mitarbeiter der Gerontopsychiatrischen Ambulanz ab. Immerhin kann sie im Gespräch aber akzeptieren, dass ihre somatischen Beschwerden (Rückenschmerzen), deren Ursache nicht geklärt werden konnte, womöglich im Zu-

sammenhang mit einer Depression stehen. Von den gestalterischen Angeboten der Ergotherapeutin kann Frau Z. weiterhin profitieren. Diese demonstrieren ihr, dass sie trotz ihres Tremors und anderer körperlicher Beschwerden noch die Fähigkeit hat, etwas Besonderes herzustellen und etwas Schönes zu erleben.

Nach weiteren drei Wochen wirkt die Patientin unverändert depressiv, unruhig und weinerlich. Der körperliche Zustand der Patientin hat sich soweit verschlechtert, dass sie zu Hause kaum mehr regelmäßig etwas zu sich nehmen kann und dass alltägliche Hausarbeiten unüberwindbare Hürden darstellen. Sie zeigt ein unsicheres Gangbild mit Gleichgewichtsstörungen und verstärktem Tremor in beiden Händen. Hinzu kommen Kreislaufschwächen und ein schon seit vier Wochen andauernder Brech-Durchfall. Zum wiederholten Mal hat sie fast alle Medikamente eigenständig und ohne Rücksprache mit einem Arzt abgesetzt. Sie befürchtet, die Medikamente vergiften ihren Körper. In einem Angehörigengespräch mit dem „Neffen“ von Frau Z. kann dieses Verhalten und ihre Abneigung gegen ärztliche Untersuchungen und Krankenhausaufenthalte erklärt werden: Der Ehemann von Frau Z. litt die letzten fünfzehn Jahre seines Lebens an einer Krebserkrankung. Die Familie hatte mit ansehen müssen, wie er „Stück für Stück gestorben“ sei. Der Verwandte bestätigt außerdem die massiven Vorurteile, die Frau Z. gegen die Psychiatrie hegt. Die Patientin lehnt den vorgeschlagenen Aufenthalt im Psychiatrischen Krankenhaus weiter ab.

Anlässlich eines durch den Liaisondienst initiierten ambulanten Arzttermins im BKH gelingt es, die Patientin davon zu überzeugen, dass ein stationärer Aufenthalt im KZV Ostallgäu zur Abklärung der körperlichen Symptomatik notwendig ist. Gleich zu Beginn werden die Pflegekräfte über die Ambivalenz der Patientin gegenüber medizinischem Personal und Krankenhäusern aufgeklärt. Sie werden außerdem gebeten, die Medikamenteneinnahme genau zu überwachen und die Patientin immer wieder darauf hinzuweisen, dass sie ihre Medikamente regelmäßig und wie verschrieben einnehmen muss. Bei einem von der Schwester des Liaisondienstes begleiteten Besuch zum Grab ihres Mannes bietet sich die Gelegenheit für ein intensives Gespräch, in dem vor allem mangelnde Zukunftsperspektiven von Frau Z. und ihre Einsamkeit thematisiert werden. Frau Z. wird dringend nahe gelegt, die Kontaktangebote der Nachbarn und Bekannten in Anspruch zu nehmen, die sie bisher allzu oft abgelehnt hat. Nachdem die Mitarbeiter des Liaisondienstes den behandelnden Ärztinnen und Ärzten die häusliche Situation von

Frau Z. erläutern haben, erklären jene sich bereit, die Entlassung um eine Woche zu verschieben, damit Frau Z. psychisch noch weiter stabilisiert werden kann. Während des insgesamt vier Wochen langen Aufenthaltes gelingt es, sowohl den körperlichen als auch den psychischen Zustand der Patientin zu stabilisieren. Die depressiven Symptome vermindern sich zusehends. Frau Z. erkennt jetzt an, dass sie psychisch erkrankt ist und sieht im Nachhinein die Notwendigkeit einer stationären Behandlung ein.

Nach drei Monaten in der eigenen Häuslichkeit hat sich der psychische und physische Zustand von Frau Z. weiter verbessert. Eine depressive Symptomatik ist kaum noch erkennbar. Frau Z. ist gehobener Stimmung. Sie berichtet über eine deutliche Steigerung ihrer Antriebskraft, ihres Appetits und des Lebenswillens. Ihre sozialen Kontakte hat sie - den Ratschlägen entsprechend und auf Grund der nachlassenden Depression - vermehren und intensivieren können. Für umfangreichere Hausarbeiten hat sie eine Putzhilfe engagiert. Es wird vereinbart, dass Frau Z. weiter durch die Gerontopsychiatrische Ambulanz betreut wird, in wöchentlichem Wechsel vom behandelnden Psychiater, der Fachkrankenschwester und der Ergotherapeutin.

Nach sechs Monaten wirkt Frau Z. psychisch sehr stabil, die depressive Symptomatik zeigt sich nicht mehr. Die Patientin fühlt sich gelassener und antriebsfreudiger. Zwischenzeitlich war ein weiterer stationärer Aufenthalt im Krankenhaus notwendig geworden, nachdem Frau Z. auf Grund einer unkontrollierten Selbstmedikation mit einem Herzmittel eine Bradyarrhythmia absoluta entwickelte. Frau Z. wurde nochmals genau über die Wirkungen ihrer Medikamente aufgeklärt, um solche Vorkommnisse zukünftig zu vermeiden. Während des Aufenthaltes nahm sie an der Aktivierungsgruppe teil. Dort konnte sie ihre anfänglichen Unsicherheiten schnell überwinden und fand leicht Kontakt zu den anderen Teilnehmern. Ihre sozialen Kontakte und familiären Beziehungen pflegt Frau Z. wieder zunehmend. Sie unternahm sogar einen Ausflug ins entfernte Augsburg, um Verwandte zu besuchen. Außerdem hält sie nun Kontakt zu einer Freundin, die sie als Mitpatientin bei ihrem letzten Krankenhausaufenthalt kennen lernte. Die Besuche durch die Gerontopsychiatrische Ambulanz wurden reduziert. Frau Z. kann sich momentan problemlos zu Hause selbst versorgen, mit der Medikamenteneinnahme kommt sie gut zurecht.

Durch die Intervention des Liaisondienstes ist es gelungen, die Depression erfolgreich zu behandeln, die Patientin psychisch zu stabilisieren und ihre

Medikamentencompliance zu stärken. Auf dem Boden eines erweiterten sozialen Netzes in Kombination mit der Anbindung an die Gerontopsychiatrische Ambulanz kann die häusliche Versorgung weiter aufrechterhalten werden.

Frau K.

Frau K ist 73 Jahre alt. Sie ist seit langem geschieden, hat einen Sohn und einen Bruder, zu denen aber kaum Kontakt besteht. Sie hat sich allgemein aus ihrem sozialen Umfeld zurückgezogen. Bis zum Tod der Mutter vor drei Jahren lebte sie mit dieser zusammen. Nach diesem Verlust einer sehr wichtigen Vertrauensperson entwickelte sie eine rezidivierende depressive Störung, die bisher durch einen niedergelassenen Psychiater bzw. in einer somatischen Klinik behandelt wurde. Die Patientin ist außerdem an Morbus Parkinson erkrankt. Ihr körperlicher Zustand ist bisher nur leicht beeinträchtigt. Eine Pflegestufe oder gesetzliche Betreuung ist nicht beantragt. Eine Nachbarin unterstützt Frau K. bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. Sie wird außerdem regelmäßig durch eine Sozialstation betreut, die die Medikamentengabe übernimmt und ist lose eingebunden in Angebote des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Mitte Dezember 2000 wird sie auf Grund einer Verschlimmerung der depressiven Symptomatik ins Allgemeinkrankenhaus eingewiesen. Die Patientin ist sehr weinerlich, klagt über innere Unruhe, Antriebslosigkeit, Einsamkeit und Ängste. Der Gedanke an die kommenden Weihnachtsfeiertage bereitet ihr großes Unbehagen. Sie fürchtet sich insbesondere vor einem Besuch ihres im Ausland lebenden Sohnes, der sich - so die Vermutung - an sie wenden werde, um sein finanzielles Auskommen zu sichern. Andererseits erfahre sie keine Anteilnahme oder Geborgenheit. Darüber hinaus zeigt die Patientin eine deutliche somatopsychische Problematik: Ihr psychischer Zustand ist zu einem großen Teil von ihrer Wahrnehmung des körperlichen Zustandes abhängig. Hauptsächlich die durch den Parkinson verursachten Symptome wie das gebeugte Gehen, die verlangsamte Bewegung und die verwaschene Sprache, insbesondere in Konfliktsituationen, sowie zeitweiser Tremor veranlassen die Patientin zur Klage.

Während ihres Aufenthalts wird Frau K. mehrmals wöchentlich durch Mitglieder des Liaisondienstes besucht. Dabei geht es vor allem um stützende Gespräche, die auch dem erhöhten Mitteilungsbedürfnis seitens der Patien-

tin entsprechen. In diesen Gesprächen äußert sie ein deutliches Interesse an ihrem Krankheitsbild und an der Medikation. Frau K. möchte hierzu immer wieder aufgeklärt werden. Die Patientin spricht sehr gut auf positive Verstärkung und Bestätigung hinsichtlich der Therapie an, sie ist kooperativ und kann Ratschläge der Therapeuten gut annehmen. Der Liaisondienst nimmt auch Kontakt zu der ihr bereits bekannten Mitarbeiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes auf, um Frau K. weiterhin in dessen Angebote zu integrieren. Nach einer Umstellung des Antidepressivums und in Folge der intensiven Betreuung durch das Modellteam stabilisiert sich der psychische Zustand der Patientin zügig, so dass sie nach drei Wochen wieder nach Hause entlassen werden. Um die Persönlichkeit der Patientin weiter zu festigen, wird eine Betreuung durch eine Krankenschwester der Gerontopsychiatrischen Ambulanz veranlasst, die die Patientin in vorerst wöchentlichen Abständen zu Hause besucht. Während des Aufenthaltes nahm die Patientin auch wieder Kontakt zu ihrem Bruder auf, der zusagte, sich bei Bedarf um Frau K. zu kümmern.

Nach sechs Wochen hat sich die psychische Verfassung von Frau K. weiter gebessert. Frau K. hat aber noch Schwierigkeiten, ihre Einsamkeit zu bewältigen und sie hat Angst, dass sie ihre Depression nicht überwinden könnte. Problematisch ist weiterhin die starke Abhängigkeit ihrer psychischen Verfassung von ihrem körperlichen Zustand. Die Patientin ist aber auch motiviert, ihren körperlichen Zustand zu stabilisieren und zu kräftigen. Sie geht jeden Tag spazieren, erhält Krankengymnastik zu Hause und bewältigt mit Hilfe der Nachbarin den Haushalt. Versuche, die Sozialstation stärker in die pflegerische Grundversorgung einzubinden, hat Frau K. allerdings abgelehnt, weil sie nicht so viele Leute im Haus haben möchte und es auch alleine schaffen will.

Nach drei Monaten hat sich die psychische Symptomatik weiter verringert, die Patientin braucht ab und zu aber eine Bestätigung, dass es ihr besser geht. Mit abnehmender Depression hat Frau K. auch ihre sozialen Kontakte wieder vermehren und intensivieren können. Mit verschiedenen Bekannten geht sie einmal täglich spazieren. Ihre Mahlzeiten bereitet sie selbst zu (mittags fertig gekochtes Essen erwärmen), und leichte Putzarbeiten kann sie ohne Hilfe bewältigen. Ihre körperlichen Defizite üben nach wie vor einen starken Einfluss auf ihre psychische Befindlichkeit aus, die Patientin hat Angst vor einer Verschlechterung ihres Allgemeinzustandes. Ihre Selbstständigkeit und die Fähigkeit, sich zu Hause versorgen zu können sind für

sie von größter Wichtigkeit. Es wird vereinbart, die Besuche der Gerontopsychiatrischen Ambulanz auf ca. zehn- bis vierzehntägige Abstände zu reduzieren.

Nach weiteren drei Monaten hat sich der körperliche Zustand der Patientin deutlich verschlechtert, sie wirkt sehr gebrechlich. Einen Monat zuvor verbrachte Frau K. wegen Wirbelerkrankungen drei Wochen in der Orthopädischen Abteilung. Ihre körperlichen Beschwerden bewirken, dass sie sehr agiert, Zuwendung einfordert und Ängste äußert, den Alltag nicht bewältigen zu können. Sie fürchtet auf Grund ihrer eingeschränkten Mobilität häufiger einsam zu sein. Allerdings möchte sie nur bestimmte Vertrauenspersonen um sich haben. Vorschläge für gemeinsame Aktivitäten, z.B. Seniorentreff, lehnt sie ab. Depressive Symptome zeigt sie derzeit aber kaum, sie schläft gut, hat Appetit, verspürt keine Unruhe. In der Hauptsache leidet die Patientin unter ihrem Alleinsein, der mangelnden Zuwendung und Geborgenheit sowie der durch die körperliche Gebrechlichkeit bedingten Einschränkung ihrer Bewegungsfreiheit in der Wohnung. Die Frequenz der Besuche durch die Gerontopsychiatrische Ambulanz wird wieder erhöht, nachdem die Patientin einen erhöhten Bedarf an stützenden Gesprächen und Zuspruch zeigt. Zudem sollen zusätzliche Hilfen im Haushalt vermittelt werden, da Frau K. den Alltag momentan nicht allein bewältigen kann. Der wichtigste Wunsch von Frau K. ist ein Leben zu Hause und mehr Mobilität. An diesem Punkt hat sie sich mit ihrem Bruder überworfen, der sie drängt, eine Pflegeheimunterbringung in Erwägung zu ziehen.

Mit Hilfe des Liaisondienstes ist es gelungen, den anfänglich erheblich beeinträchtigten psychischen Status der Patientin zu stabilisieren. Ihr im Verlauf der Betreuung zunehmend geschwächerter körperlicher Zustand konnte durch eine Intensivierung des ambulanten Hilfenetzes so weit kompensiert werden, dass der Verbleib in der eigenen Wohnung bis auf weiteres gewährt scheint.

Herr S.

Herr S. ist 79 Jahre alt, ledig und hat keine Kinder. Er lebt allein auf einem großen Bauernhof, der allerdings nicht mehr bewirtschaftet wird, und dessen Erhaltung nunmehr eine große finanzielle Belastung darstellt. Herr S. bezieht eine kleine Rente und musste zusätzlich Hypotheken aufnehmen. Kontakt zu Angehörigen besteht außer zu einer Schwägerin nicht mehr. Diese

hat ihn zeitweise unterstützt, was ihr jetzt nicht mehr möglich ist, seit ihr Mann - der Bruder des Patienten - verstorben ist und sie sich alleine um einen Hof mit angeschlossener Gaststätte kümmern muss. In den letzten Jahren ist es dem übergewichtigen Patienten zunehmend schwerer gefallen, sich selbst zu versorgen. Vor allem eine Urininkontinenz bereitet Herrn S. zunehmend Probleme. Zu Hause trägt er nur noch Unterhosen, weil er es sonst nicht rechtzeitig auf die Toilette schafft. Mittags, wenn er mit dem eigenen Auto zum Essen in eine Gaststätte fährt, nässt er oft die Hose ein, worüber er große Scham empfindet. Die Hilflosigkeit widerspricht seinem Selbstbild, denn er war während des Krieges Offizier, deshalb spreche er heute noch Hochdeutsch und schaue auf ein anständiges Äußeres. Auf die Inkontinenz führt er auch zurück, dass sich seine Bekannten vermehrt zurückgezogen haben.

Nach dem Herr S. in den letzten zehn Jahren bereits fünfmal im Klinikum Ostallgäu war, wird er Anfang Januar 2001 erneut wegen Sigmadivertikulitis in die Innere Abteilung aufgenommen. Hinzu kommen eine linksseitige Herzinsuffizienz unklarer Genese und ein Harnwegsinfekt. Etwa drei Wochen später wird der Konsiliar- und Liaisondienst kontaktiert. Der Modellarzt stellt fest, dass der Patient an einer mittelgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom leidet. Er zeigt typische Symptome wie Antriebsminderung, affektive Herabgestimmtheit, Anhedonie, ausgeprägte Grübelneigung sowie passive Todeswünsche. Seit zwei Jahren besteht eine Insomnie. Der Patient weint im Gespräch wiederholt, sein größtes Problem ist die Vereinsamung. Auch den Verlust seines früheren Ansehens als Vorstand des Bauernverbandes bedauert er. Aus seiner depressiven Symptomatik ergeben sich ein zunehmender Verlust der Selbstständigkeit, wiederholtes Andrängen von belastendem Erinnerungsmaterial, fast durchgängig depressive Kognitionen sowie eine subjektiv erlebte Hilflosigkeit, die ihn veranlasst, über die Maßen Hilfen einzufordern. Der Patient erhält nun ein Antidepressivum.

Noch während des Aufenthaltes wird vom Sozialdienst des Krankenhauses ein Antrag auf Pflegestufe 1 gestellt. Der Liaisondienst führt zur Vorbereitung der Entlassung einige Telefongespräche, um die ambulanten Hilfen zu organisieren. In einem Gespräch mit der Schwägerin und der Nichte wird massive Ablehnung und eine konfliktreiche Beziehung zum Patienten deutlich. Die Nichte äußert sich sehr abfällig über ihn, wirft ihm Herrenmentalität vor und dass er andere ständig herumkommandiert. Er nutze die Leute aus

und ließe andere für sich arbeiten. Von familiärer Seite sind also keine Hilfen für Herrn S. zu erwarten.

Der Liaisondienst initiiert gemeinsam mit Herrn S. einen Hausbesuch, bei dem zukünftige Hilfen vor Ort geplant werden sollen. Eine Nachbarin wird sich um das Einkaufen und das Mittagessen kümmern, ihr Ehemann wird für Heizmaterial sorgen und gelegentlich vorbeischauen. Zur Unterstützung bei der Grund- und Behandlungspflege beauftragt man einen Pflegedienst. Der Patient soll außerdem von der Gerontopsychiatrischen Ambulanz nachbetreut werden. Seine größte Sorge ist, wie er mit der zunehmenden Vereinsamung zu Hause fertig wird.

Veranlasst durch den Liaisondienst führt das Pflegepersonal vor der Entlassung ein Training zum Handhaben des Urinbeutels durch, um die selbstständige Handhabung zu gewährleisten. Anfang Februar wird der Patient nach Hause entlassen, aber schon zwölf Tage später auf Grund von wahrscheinlich nicht selbst verschuldeten Problemen mit seinem suprapubischen Katheter wieder stationär in die Urologie aufgenommen. Es wird deutlich, dass sich die ambulante Versorgung wohl recht schwierig gestaltete, da sich Herr S. nur schlecht an Abmachungen hielt und ihn außerdem die noch ungeklärte Kostenfrage teilweise Hilfen ablehnen ließ. Statt das Mittagessen wie besprochen von der Nachbarin anzunehmen, fuhr er lieber in eine Gaststätte. Während des Krankenhausaufenthaltes leitet die Gerontopsychiatrische Ambulanz eine gesetzliche Betreuung ein. Der Patient fühlt sich im Krankenhaus sehr gut aufgehoben und stimmt daher einer vom Liaisondienst als notwendig erachteten Verlegung ins BKH zu.

Zum Zeitpunkt des ersten Hausbesuches sechs Wochen nach dem ersten stationären Aufenthalt befindet sich Herr S. noch in der gerontopsychiatrischen Abteilung des BKH. Hier wird die Behandlung seiner Depression weitergeführt. Im stationären Setting wird der Patient zu größerer Selbstständigkeit in den Bereichen Grundpflege und Mobilität angehalten. Er beteiligt sich rege an allen gruppentherapeutischen Angeboten, wie z.B. kognitivem Training, Aktivierungsgruppen, Werkgruppen sowie Freizeitangeboten (wöchentliche Ausflüge und Seniorenabende). Innerhalb der Patientengruppe kann er sich gut durchsetzen, genießt die vermehrten Sozialkontakte. Wiederholt berichtet er, dass die Einsamkeit zu Hause ein großes Problem sei. Die Nachbarn stellen richtig, er hätte diese selbst verschuldet, indem er stets nur Forderungen bezüglich seiner Versorgung gestellt hätte. Im stationären

Rahmen tritt dieses Verhalten ebenfalls zutage: Herr S. verfällt teilweise gegenüber den Pflegekräften und den Mitpatienten in einen ausgeprägten Befehlston, er kann jedoch im Laufe der Zeit sein Verhalten korrigieren. Außerdem zeigt sich vermehrt die Tendenz, übertrieben Hilfe einzufordern, worauf der Patient schrittweise zu mehr Selbstständigkeit angeregt wird.

Der psychische Zustand von Herrn S. bessert sich in der Folge zunehmend. Auch körperlich hat er sich gut erholt, er ist nun so mobil, dass er an allen therapeutischen Angeboten teilnehmen kann. Da er noch Hilfe bei der pflegerischen Grundversorgung und bei der Medikamenteneinnahme benötigt, hat die Pflegekasse Pflegestufe 1 anerkannt. Mittlerweile ist ein Betreuer bestellt worden, der gemeinsam mit Herrn S. seine weiteren Lebensperspektiven erörtert. Ein Leben zu Hause kann sich der Patient nicht mehr vorstellen. Um Herrn S. die dringend benötigten Sozialkontakte zu ermöglichen und um eine umfassende Versorgung zu gewährleisten, wird die Übersiedelung in ein Seniorenheim erwogen.

Drei Monate später hat der Umzug in das Seniorenheim bereits stattgefunden. Sein körperlicher Zustand hat sich stabilisiert, sein psychisches Befinden sogar verbessert. Der Patient wirkt stimmungsmäßig gehoben, ist insgesamt jedoch affektlabil (auch bei freudigen Empfindungen kommen ihm die Tränen). Er ist sehr gesprächig und offen. Herr S. fühlt sich im Seniorenheim sehr wohl, genießt Ansprache und Kontakte und nimmt an den verschiedensten therapeutischen Gruppen teil. Er werde hier gut betreut und sei sehr dankbar für diese Veränderung der Wohnsituation. Mit Hilfe eines Rollators erreicht er ausreichende Mobilität, um an Ausflügen oder Spaziergängen teilzunehmen. Er beklagt keine somatischen Beschwerden mehr. Herr S. teilt sich sein Zimmer mit einem anderen Heimbewohner, mit dem er sich nach eigener Aussage ausgezeichnet versteht. Dieses Zusammenleben mit einem zunächst fremden Menschen sei kein Problem für ihn gewesen, er sieht sich selbst als sehr umgänglichen Menschen an. Die bestehende gesetzliche Betreuung empfindet er nicht als Beschneidung seiner Entscheidungsfreiheit, sondern als Entlastung, gerade was die Vermögensfürsorge betrifft. Der Patient erhält weiter das verordnete Antidepressivum, die Dosis kann aber etwas reduziert werden. Auch die immer noch stattfindenden Besuche der Gerontopsychiatrischen Ambulanz können verringert werden. Herr S. berichtet im Gespräch immer wieder von den guten Erfahrungen, die er mit der Betreuung durch den Liaisondienst und auch im stationären Setting des BKH gemacht habe und lässt den Mitarbeitern Grüße ausrichten.

Teilweise weitschweifig und wiederholend berichtet er aus seinem Leben, er zeigt dabei aber keine Zeichen einer etwa beginnenden Demenz, er wirkt geordnet, sein Auffassungsvermögen, seine Gedächtnisfunktionen und seine Orientierungsfähigkeit scheinen intakt zu sein.

Nach weiteren drei Monaten ist Herr S. weiter sehr zufrieden mit seinem körperlichen und psychischen Befinden, wirkt ausgeglichen, gelöst, schwingungsfähig und stabil. Eine depressive Symptomatik ist nicht mehr erkennbar. Er beteiligt sich im Heim weiterhin gerne an allen therapeutischen Angeboten und genießt das Zusammensein mit den anderen Bewohnern. Wenn Herr S. nun im Gespräch in Tränen ausbricht, dann nur vor Rührung. Wieder beschreibt er seine Dankbarkeit gegenüber dem Liaisondienst und der Gerontoambulanz. Insbesondere erwähnt er die Einleitung einer Betreuung, die Vermittlung ins Seniorenheim sowie die therapeutischen Angebote, von Gesprächen bis zu Gruppenaktivitäten, während seiner stationären Aufenthalte. Auch mit dem gesetzlichen Betreuer ist er sehr zufrieden. Er fühlt sich von diesem respektiert und bringt ihm großes Vertrauen entgegen. Mittlerweile wurde sein Haushalt aufgelöst, einen Großteil hat er an seine Nichte vermacht. Der Verkauf von Haus und Grundstück steht demnächst bevor, diesbezüglich macht sich Herr S. wohl leider Illusionen über die Höhe des Erlöses.

Der Patient hat sich während der Betreuungszeit psychisch zunehmend erholt und stabilisiert, die Depression konnte erfolgreich behandelt werden. Seine zunehmende Hilfsbedürftigkeit und die häusliche Einsamkeit, die sich negativ auf seinen psychischen Zustand auswirkten, konnten durch Selbstständigkeitstraining und durch die Übersiedelung in ein Seniorenheim verringert und abgebaut werden. Der Patient ist nun sozial und medizinisch umfassend abgesichert, er fühlt sich in der derzeitigen Wohnform sehr wohl und wird unter Voraussetzung seiner körperlichen Gesundheit wahrscheinlich keine längeren stationären Aufenthalte im somatischen oder psychiatrischen Krankenhaus benötigen.

Frau O.

Frau O. wird an Silvester 2000 wegen einer akuten Herz-Kreislauf-Erkrankung in die Innere Abteilung (Kardiologie) aufgenommen. Zu diesem Zeitpunkt ist sie 77 Jahre alt. Sie lebte bisher alleine und versorgte sich in jeder Hinsicht selbst. Frau O. ist sozial sehr gut eingebunden, geht verschiedenen

Freizeitaktivitäten nach, z.B. Kartenspielrunden oder Frauenabende. Zu ihrer Schwester und zu ihrer Tochter hat sie eine gute Beziehung, auf Grund großer räumlicher Distanz besteht jedoch zu letzterer fast nur telefonischer Kontakt. Ihr Sohn hat vor fast einem Jahr im Alter von 45 Jahren Selbstmord begangen, wahrscheinlicher Auslöser hierfür war die Trennung von seiner Frau und den gemeinsamen Kindern. Die Beziehung zwischen Frau O. und ihrer Schwiegertochter gestaltet sich seit Jahren schwierig, da Frau O. den Eindruck hat, diese habe stets ihre Beziehung zu den Enkeln unterbinden wollen und könne ihr nun die drei Enkel entziehen.

Drei Wochen nach ihrer Einlieferung verständigt das Pflegepersonal den Liaisondienst wegen dem Verdacht, Frau O. leide an einer Somatisierungsstörung. Der Modellarzt kann die Diagnose der Pflegekräfte bestätigen und präzisieren. Er stellt eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom fest, vermutlich zu verstehen als Reaktion auf den Suizid ihres Sohnes. Die psychische Erkrankung ruft ein subjektives Erleben bestimmter körperlicher Beeinträchtigungen hervor, wie Intensionstremor an allen Extremitäten, verbunden mit Gangunsicherheit und Gleichgewichtsstörungen bis hin zur Sturzgefährdung. Hinzu kommen rezidivierende Ohrgeräusche sowie Kollapszustände unklarer Genese. Die Patientin beschreibt außerdem eine ausgeprägte Grübelneigung, eine leichte Antriebsminderung und Appetitlosigkeit. Im Gespräch zeigt sie sich deutlich herabgestimmt und weinerlich. Der Modellarzt empfiehlt, die Dosis des bereits verabreichten Antidepressivums zu erhöhen. In der Folge werden mehrmals wöchentlich stützende Gespräche mit der Patientin durchgeführt. Zudem besucht Frau O. einmal wöchentlich die Aktivierungsgruppe des Liaisondienstes und erhält mehrfach ergotherapeutische Einzelmaßnahmen.

Die Beteiligten des Modellteams sehen primär die Aufgabe, Frau O. durch Gespräche bei der Bewältigung der Trauerarbeit und der bestehenden familiären Spannungen zu unterstützen. In den Gesprächen werden die Ursachen für die psychischen Probleme der Patientin deutlicher: Da Frau O. mit der ständigen Angst lebt, ihre Schwiegertochter könne ihr die Enkel entziehen, kann sie die Wut, die sie der Schwiegertochter gegenüber empfindet, nicht herauslassen und muss sie ständig unterdrücken. Zudem wirken sich massive Kränkungen in der Vergangenheit sehr belastend auf den seelischen Zustand der Patientin aus. Sie leidet sehr darunter, dass die Enkelkinder sie bereits seit eineinhalb Wochen nicht mehr im Krankenhaus besucht haben, obwohl sie versucht, sich deren Zuwendung insbesondere

auch durch finanzielle Aufmerksamkeiten zu sichern. Zudem macht sie sich große Sorgen, dass sie vielleicht nicht mehr alleine leben kann und in ein Heim muss, da sie zu Hause immer wieder gestürzt ist. Es ist auffällig, dass Frau O. von diesen Begebenheiten sehr kontrolliert spricht. Sie zeigt kaum Gefühle und selbst, wenn sie direkt nach ihren Gefühlen gefragt wird, fällt es ihr sehr schwer, diese in Worte zu fassen, und sie versucht davon abzulenken. Durch gestalterische ergotherapeutische Maßnahmen wird es ihr erleichtert, einen Zugang zu ihren Gefühlen zu schaffen und diese zu äußern. Die Patientin ist den therapeutischen Angeboten gegenüber sehr offen und vertrauensvoll, sie verspricht sich davon eine Besserung ihres momentanen Zustandes. Nach und nach gelingt es ihr besser, ihre Gefühle zu offenbaren.

Sie nimmt auch an der Aktivierungsgruppe teil, kann dort leicht Kontakt zu den anderen Teilnehmern herstellen und sich in der Gruppe behaupten. Schwierigkeiten zeigen sich im Umgang mit leichter Überforderung. Wenn sie auf Grund ihrer noch bestehenden Verlangsamung im Denken nicht mit den anderen Teilnehmern mithalten kann, wird eine gewisse Gespanntheit oder Gereiztheit spürbar.

Kurz vor ihrer Entlassung fällt bei den gymnastischen Übungen während der letzten vereinbarten Sitzung ein verstärktes Zittern auf, das die Patientin ängstigt und den Wunsch weckt, noch etwas länger im Krankenhaus bleiben zu können. Da sie aus somatischer Sicht nicht mehr behandlungsbedürftig ist, wird diesem Wunsch durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nicht entsprochen und die Entlassung auf einen Termin wenige Tage später festgelegt. Das Modellteam regt sie dazu an, ab sofort das Treppensteigen zu trainieren, damit sie ihre Ängste vor durch das Zittern hervorgerufenen Stürzen mindern und zu größerer Selbstsicherheit zurückfinden kann. Unmittelbar nach ihrer Entlassung möchte Frau O. drei Wochen Urlaub bei ihrer Tochter in Stuttgart machen. Es wird abgesprochen, dass sie danach durch die Gerontopsychiatrische Ambulanz weiter betreut wird.

Nach dem Urlaub und der Rückkehr ins eigene Wohnumfeld tritt die einweisungsrelevante Symptomatik wieder verstärkt auf, so dass die Patientin erneut stationär aufgenommen werden muss. Trotz des Antidepressivums befindet sie sich nun in einem deutlich schlechteren Zustand, gekennzeichnet durch starken Tremor an allen Extremitäten, kleinschrittiges Gangbild mit Sturzgefährdung, Gleichgewichtsstörungen, Unsicherheit und Angst. Bereits nach wenigen Tagen ist die Symptomatik zum größten Teil wieder ver-

schwunden, Frau O. braucht lediglich noch Unterstützung beim Gehen. Da die somatischen Befunde nicht auffällig sind und die Beschwerden eher auf psychogene Ursachen hinweisen, versucht das Modellteam Frau O. dazu zu bewegen, zur stationären psychiatrischen Betreuung einer Einweisung ins BKH zuzustimmen. Mehrere ausführliche aufklärende Gespräche sind mit ihr und den Angehörigen nötig, bis die Vorbehalte und Ängste weitgehend ausgeräumt sind. Um sie psychisch zu stützen, begleitet die ihr bekannte Fachkrankenschwester des Modellteams die Patientin am Tag ihrer Überweisung ins BKH.

Binnen kurzer Zeit geht es ihr dort besser, sie kann wieder ohne Unterstützung gehen, hat kaum noch Gleichgewichtsstörungen und hat auf Grund dessen auch zu größerer Selbstsicherheit zurückgefunden. Die sozialen Kontakte zu ihren Mitpatienten und zum Personal empfindet sie als sehr befriedigend. Nach ihrem Aufenthalt wird die Betreuung durch die Gerontopsychiatrische Ambulanz fortgeführt.

Bereits zum Zeitpunkt des ersten Hausbesuchs scheint Frau O. sich körperlich und psychisch erholt zu haben. Sie zeigt nun eine ausgeglichene Stimmungslage und wirkt hoffnungsvoll und zuversichtlich. Die Besuche durch die Gerontopsychiatrische Ambulanz sind nach eigener Aussage sehr wichtig für sie. Ihre Trauerarbeit sieht sie als noch nicht ganz abgeschlossen und beschreibt eine zeitweise auftretende Grübelneigung. Die Patientin hat große Angst, dass ihre körperliche Symptomatik wieder auftreten könnte. Sozial ist Frau O. weiterhin gut eingebunden. Nachbarn und Freunde nehmen sie zum Kegeln, zum Kartenspielen und zu Frauentreffen mit. Alle häuslichen Aktivitäten außer Fensterputzen bewältigt sie ohne fremde Hilfe.

Sechs Wochen später hat sich die Patientin körperlich und psychisch weiter stabilisiert. Sie wird mittlerweile alle vierzehn Tage von einer Fachkrankenschwester der Gerontopsychiatrischen Ambulanz besucht, die sie als eine wichtige Stütze erlebt, mit der sie ihre Probleme besprechen kann und die ihr Sicherheit gibt. Manchmal neigt sie noch zu emotionalen Einbrüchen, wenn sie z.B. das Grab ihres Sohnes besucht. Sie kann diese jedoch unter Nutzung ihrer familiären Kontakte und in stützenden Gesprächen mit der ambulanten Helferin bewältigen. Um ihre Sturzneigung und Gangunsicherheiten zu kompensieren, wurde mittlerweile ein Rollator besorgt, den die Patientin für längere Strecken außerhalb der Wohnung nutzt. Die Fachkrankenschwester regt an, einmal wöchentlich Unterstützung durch einen Pfle-

gedienst in Anspruch zu nehmen, da Frau O. wegen ihrer Unsicherheit beim Baden bzw. Duschen Hilfe benötigt. Um die Organisation dieser Hilfe möchte die Patientin sich selbstständig kümmern. Frau O. konnte inzwischen auch wieder Gespräche mit der Witwe ihres verstorbenen Sohnes anbahnen und zu ihren Enkelkindern hat sie wieder häufiger Kontakt.

Insgesamt sechs Monate nach Ende des ersten Krankenhausaufenthaltes bietet die Patientin sowohl psychisch als auch somatisch ein stabiles Zustandsbild. Körperlich bereiten ihr die bekannte Gangunsicherheit und die damit verbundene latente Sturzgefahr sowie die Unfähigkeit, längere Strecken zu laufen, noch Probleme. Sie hat sich mit diesem Zustand jedoch weitestgehend arrangiert. Sie geht nun betont langsam und vorsichtig und plant jeden Schritt im Kopf voraus. Als verbleibendes psychisches Problem bestehen hin und wieder Grübelzwänge, wenn die Patientin allein ist. Diese Grübeleien drehen sich ausschließlich um den Suizid ihres Sohnes. Ihre Stimmung ist jedoch im Allgemeinen recht gut, sie zeigt keine Antriebsminderung und ist nach wie vor sehr kontakt- und kommunikationsfreudig. Ein mittlerweile gestellter Antrag auf Pflegestufe 1 ist von der Pflegekasse auf Grund ihrer weitgehenden Selbstständigkeit abgelehnt worden. Die Patientin wird die HelferIn für das Duschen bzw. Baden nun aus eigenen Mitteln finanzieren. An ihrer sozialen Situation hat sich nichts geändert. Frau O. pflegt weiterhin ihre Kontakte und erhält ab und zu Besuch von ihren Enkelkindern. Für Mitte des nächsten Monats plant die Patientin einen einwöchigen Kuraufenthalt in Bad Füssing und nimmt damit eine seit dem Tod ihres Sohnes abgelegte Gewohnheit wieder auf. Frau O. äußert sich im Gespräch sehr zufrieden mit ihrem derzeitigen Zustand.

Durch die Kombination von medikamentöser Therapie, intensiver Betreuung während der stationären Aufenthalte und ambulanter Nachversorgung ist es gelungen, den psychischen und damit einhergehend auch den körperlichen Zustand der Patientin nach ihrem Schicksalsschlag wieder in den Griff zu bekommen. Es wurde ein stabiler Rahmen für die Patientin geschaffen, der es ihr ermöglicht ihre Sozialkontakte wieder aufzunehmen und damit ihr Selbstwertgefühl zu stärken. Die soziale Eingebundenheit spielt für ihr Wohlergehen weiterhin eine große Rolle und hilft ihr über Krisen hinweg.

Frau C.

Frau C. ist 71 Jahre alt, verwitwet und lebt im Haus der Tochter in einer eigenen Wohnung. Sie leidet schon seit mehr als zwei Jahrzehnten an Diabetes. Auf Grund dieser Erkrankung bestehen seit einigen Jahren schwere Durchblutungsstörungen, es haben sich offene Geschwüre an beiden Unterschenkeln entwickelt. Ihre Mobilität ist schon seit längerer Zeit eingeschränkt, ihre maximale Gehstrecke liegt bei zwanzig bis dreißig Metern. Sie wird durch einen ambulanten Dienst betreut, der die Wundversorgung übernimmt.

Ende Oktober des Jahres 2000 wird sie zur Behandlung der Ulcera in die Chirurgische Abteilung des Klinikums Ostallgäu eingewiesen. Seit ca. drei Monaten „wandert“ Frau C. wegen dieser Erkrankung von einem Krankenhaus ins andere, mit jeweils wechselnden therapeutischen Strategien.

Zweieinhalb Wochen nach der Aufnahme wird der Liaisondienst wegen vermuteter Anpassungsstörung verständigt. Dem Pflegepersonal war aufgefallen, dass die Patientin extrem herabgestimmt war. Frau C. muss zu diesem Zeitpunkt nach einer Zehenamputation schon mehrere Wochen lang eine strenge Bettruhe einhalten und leidet an massiven Schmerzen. Beim ersten Kontakt wird deutlich, dass die Patientin nicht nur körperlich, sondern auch psychisch erheblich beeinträchtigt ist. Sie zeigt ein ausgeprägtes depressives Zustandsbild mit Antriebsarmut, Lustlosigkeit, Interessellosigkeit, passiven Todeswünschen, sie fühlt sich überflüssig und teilweise als Last. Frau C. ist kaum gesprächsbereit und anfänglich abweisend, liegt teilnahmslos im Bett. Der Modellarzt verschreibt zusätzlich zu dem bisher verabreichten Beruhigungsmittel ein Antidepressivum.

Die Fachkrankenschwester und die Ergotherapeutin führen mehrmals wöchentlich stützende Gespräche durch. Während der ersten Kontakte bricht Frau C. häufig in Tränen aus, wirkt im Affekt aber eher starr. Frau C. macht zunächst einen sehr ablehnenden Eindruck, wirkt misstrauisch und kritisch. Nach einiger Zeit wird sie jedoch offener und teilt sich mehr mit. Sie hat trotz entsprechender Medikation große Schmerzen, und ihre größte Angst ist, dass weitere Amputationen vorgenommen werden müssen und die Schmerzen noch schlimmer werden. Trotz des schlechten körperlichen Zustandes hat sie die Hoffnung, dass es irgendwie weitergeht. Andererseits äußert sie auch passive Todeswünsche, würde manchmal am liebsten sterben. Sie findet anscheinend keine Mechanismen, um den Schmerzen entgegenzutre-

ten und möchte am liebsten allein gelassen werden. Wegen der kaum noch auszuhaltenden Qualen ist sie sogar froh über die Entscheidung des Arztes, zwei weitere Zehen zu amputieren. Nach dieser Operation wird Frau C. mit nachlassenden Schmerzen deutlich zuversichtlicher und zugänglicher. Mit einer Bypassoperation wird versucht, ihren Fuß zu erhalten. Frau C. fürchtet sich vor einem Scheitern der Operation, weil sie glaubt, nach einer Fußamputation nicht mehr laufen zu können. Die Fachkrankenschwester des Modellteams kann sie jedoch beruhigen, indem sie sie auf die Möglichkeit einer Unterschenkelprothese hinweist, mit der sie nach einem Training wieder mobil sein kann.

In den ersten Wochen wird die Grundpflege auf Grund der verordneten Bettruhe und wegen der Antriebslosigkeit der Patientin fast komplett vom Personal übernommen. Im Bett erhält sie auch Krankengymnastik. Frau C. leidet sehr unter der passiven Patientenrolle. Sie hat das Gefühl, dass sie dem Krankenhauspersonal hilflos ausgeliefert ist und dass sie mit ihren Sorgen und Ängsten nicht ernst genommen wird. Frau C. gibt an, dass sie bei den vorhergehenden Krankenhausaufenthalten immer wieder enttäuscht worden sei. Die Ärztinnen und Ärzte hätten ihr falsche Hoffnungen gemacht und den Therapieverlauf falsch beschrieben. Die regelmäßigen Gespräche mit dem Modellteam bieten ihr die Möglichkeit, ihre Ängste, Sorgen und Belastungen zu besprechen und wieder Vertrauen aufzubauen.

In den Gesprächen wird sie immer zugänglicher, offener und redseliger. Sie erzählt auch aus ihrem Leben, über eine unglückliche Kindheit und Jugend mit viel Leid, Armut und Arbeit, die durch den frühen Tod des Vaters geprägt wurde, der bei einem Arbeitsunfall starb. Seinen Tod hat sie bis heute nicht richtig verwinden können. Ihre Mutter stellt sie als sehr verschlossenen Menschen dar, der wenig Kontakte zu den Nachbarn pflegte und sehr zurückgezogen lebte. Frau C. beschreibt sich selbst auch als einen Menschen, der recht einsam ist, kaum soziale Kontakte hat. Sie wohnt zwar im Haus ihrer Tochter, es scheint jedoch kein enger emotionaler Kontakt zu bestehen. Die Tochter besucht Frau C. regelmäßig, aber nicht sehr häufig im Krankenhaus und versorgt sie mit dem Nötigsten. Frau C. hatte nie viel Freundschaften, ging allerdings bis vor ca. zwei Jahren regelmäßig in einen Seniorenkreis, genoss dort die sozialen Kontakte, freute sich auch über Ausflüge und andere Aktivitäten. Aus gesundheitlichen Gründen konnte sie nicht mehr mithalten und zog sich zurück, worauf die Kontakte abgebrochen sind. Einmal wöchentlich ging sie zur Messe, sie sei ein sehr gläubiger Mensch.

Während ihres Aufenthaltes werden an der Patientin sechs Operationen durchgeführt: Resektion von drei Zehen, eine Bypassverlängerung und Hauttransplantationen. Ein großes Problem besteht für Frau C. stets in der Ungewissheit vor und nach den Eingriffen. Einmal wird auf Grund eines Notfalls die Narkose abgebrochen und die Operation vertagt. Ein anderes Mal wird die Patientin nicht informiert, ob eine angekündigte Operation tatsächlich stattfindet, weshalb sie sehr verängstigt ist. Hinzu kommen Unsicherheiten über den Verlauf von Eingriffen. All das schlägt sich massiv in der Stimmung der Patientin nieder. Das Modellteam unterstützt sie, indem es Informationen einholt, um mehr Klarheit zu schaffen und in beruhigenden Gesprächen.

Stimmungsmäßig erleidet sie einen Einbruch, als der behandelnde Arzt ihr mitteilt, dass sie Weihnachten wahrscheinlich im Krankenhaus verbringen müsse, obwohl sie gleichzeitig meint, dass sie zu Hause sowieso nichts verpasse. Auf Grund ihrer neuerlichen Herabgestimmtheit beschließt der Modellarzt, die antidepressive Medikation zu erhöhen.

Außerdem empfiehlt er sie nun zur Ergotherapie, deren Angebote sie recht gut akzeptiert. Sie hat keine Probleme die Erklärung der Techniken zu verstehen und adäquat umzusetzen. Frau C. erweist sich dabei als eher eigenständiger Mensch. Sie setzt ihre eigenen kreativen Vorstellungen um, ohne sich im Geringsten von der Ergotherapeutin beeinflussen zu lassen. Durch die ergotherapeutischen Maßnahmen wird Frau C. sichtlich entspannter und schwingungsfähiger. Sie nimmt nun auch gerne die Angebote an, sie mit dem Rollstuhl spazieren zu fahren, damit sie selbst kleinere Einkäufe erledigen und ihre Tochter oder andere Verwandte anrufen kann oder damit sie einfach ein wenig Abwechslung erlebt. Da die Patientin gerne Kreuzworträtsel löst, werden nun auch kognitive Übungen in die Ergotherapie eingebaut, was sie besonders freut, weil sie Wert auf geistige Fitness legt.

Nachdem das Antidepressivum seine volle Wirkung entfaltet hat und die Patientin durch Ergotherapie und Gesprächstherapie schwingungsfähiger und aufgeschlossener geworden ist, kann sie Rückschläge, wie die Ankündigung weiterer Operationen und einer Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes, besser verkraften. Sie ist nicht mehr traurig, Weihnachten in der Klinik verbringen zu müssen. Sie sieht positiv in die Zukunft und macht sich Gedanken, wie sie zu Hause in ihrer Wohnung zurecht kommen wird. Die Patientin zeigt auch wieder Interesse an ihrer Umwelt und am Zeitgesche-

hen. Sie beschäftigt sich wieder selbst, indem sie Kreuzworträtsel löst und Romane liest. Die strenge Bettruhe kann sie nun gelassener annehmen. Frau C. wirkt nun gut gelaunt, teilweise geradezu euphorisch.

Nach einiger Zeit wird Frau C. darauf vorbereitet, dass sie nach dem Krankenhausaufenthalt in eine geriatrische Rehabilitationseinrichtung überwiesen werden soll. Sie wirkt in Bezug auf die bevorstehende Verlegung ziemlich gleichgültig. Die bisher zu beobachtende gute Stimmung ist etwas abgeklungen, Frau C. wirkt eher nüchtern. Sie meint zwar, es ginge ihr gut, sagt aber gleichzeitig, es wäre ihr auch egal, wenn sie am nächsten Tag schon sterben würde. Sie hat noch Befürchtungen, was die Entlassung nach Hause betrifft. Frau C. möchte soweit wie möglich selbstständig zurechtkommen. Wenn einmal täglich der Pflegedienst zur Wundbehandlung käme, würde ihr dies genügen, da sie ansonsten in allen Bereichen durch ihre Tochter unterstützt wird. Das Modellteam nahm keinen Kontakt zur Tochter auf, da die Patientin dies nicht wünschte.

Eine Anbindung an die Gerontopsychiatrische Ambulanz lehnt die Patientin mit der Begründung ab, dies sei nicht notwendig. Sie ist aber einverstanden, dass sie im Rahmen des Modellprojektes zu Hause besucht wird. Es wird vereinbart, dass sie das Antidepressivum insgesamt ein halbes Jahr einnehmen soll. Falls sich ein Einbruch ihrer Stimmung oder sonstige Veränderungen ergäben, will sie Kontakt mit der Gerontopsychiatrischen Ambulanz aufnehmen. Außerdem erhält sie die Nummer des Liaisondienstes, falls ihr die Kontaktaufnahme dorthin leichter fällt. Die mangelhafte Mobilität stellt momentan noch ein Problem dar, durch die Amputation von drei Zehen hat sich das Gangverhalten verändert. Das Bein darf jetzt belastet werden, und die Prognosen, dass während der Anschlussheilbehandlung eine zufriedenstellende Mobilität erreicht werden kann, sind günstig. Ihr psychischer Zustand ist stabil, sie ist vielseitig interessiert und weiß sich zu beschäftigen, möchte nach erfolgter Rehabilitation auch wieder vermehrt soziale Kontakte aufnehmen.

Acht Wochen nach der Entlassung ist Frau C.'s Zustand weiter stabil. Sie achtet sehr auf ihr Äußeres, ist gepflegt, zugänglich, im Gespräch schwingungsfähig. Sie fühle sich wie neu geboren, weil sie keine Schmerzen mehr hat. Allerdings äußert sie nun Ängste, einen Schlaganfall zu erleiden. Sie hatte einen einmaligen Schwächeanfall zu Hause, wobei sie durch Rufen niemanden erreichen konnte. Die Fachkrankenschwester weist sie daher auf

die Möglichkeit eines Notrufgerätes hin. Eine Belastung für die Patientin stellt eine offene Stelle an ihrem Bein dar, die einmal täglich von der Sozialstation versorgt wird. Der Hausarzt kommt vierzehntägig vorbei. Der Kontakt zu ihrer Familie ist spärlich, einmal am Tag schaut jemand nach ihr. Ihre Tochter unterstützt sie im Haushalt, indem sie einkauft und den Boden wischt. Kochen, Staubwischen, Waschen erledigt die Patientin selbstständig. Das Laufen bereitet ihr noch Schwierigkeiten, weil ihr orthopädischer Schuh noch nicht angepasst ist. Deshalb verlässt sie momentan die Wohnung fast nie. Auf ihr eigenes Drängen hin hat sie einen neuen Rollator erhalten, mit dem sie sehr gut zurecht kommt.

Beim Hausbesuch berichtet die Patientin über weitere Vorkommnisse aus ihrem Leben, die sie belasten. So kann sie nun von ihrem Sohn erzählen, der vor fünfzehn Jahren als Bauarbeiter bei einem Arbeitsunfall tödlich verunglückte. Dadurch hatte sich der Zustand ihres Mannes so verschlechtert, dass dieser vier Jahre später verstarb. Zur Schwiegertochter bestehen keine Kontakte, ungeklärte Schuldzuweisungen wegen der Alkoholkrankheit des Sohnes und Erbstreitigkeiten, die vor Gericht geklärt werden mussten, stehen zwischen den beiden Frauen. Allerdings erhielt sie kürzlich Besuch von ihrer ältesten Enkeltochter (18 Jahre alt) und hofft, dass nun wieder ein häufigerer Kontakt entsteht.

Die medikamentöse Empfehlung des Modellarztes, das Antidepressivum noch ein halbes Jahr einzunehmen, wurde nicht umgesetzt, weil die entsprechende Angabe im Entlassungsbrief des Krankenhauses vergessen wurde. Dennoch macht die Patientin einen sehr stabilen psychischen Eindruck. Sie war froh, nicht mehr so viele Medikamente einnehmen zu müssen. Sie regelt ihre Angelegenheiten recht gut und kann ihre Bedürfnisse äußern. Sobald der orthopädische Schuh fertig gestellt ist, möchte sie auch gerne wieder häufiger das Haus verlassen und Kontakte im Dorf pflegen.

Weitere sechs Wochen später haben sich der körperliche und der psychische Zustand von Frau C. leider verschlechtert. Sie hat teilweise Schmerzen beim Laufen und muss häufiger Pausen einlegen. Nach eigenen Angaben leidet sie schon seit Jahren an der so genannten Schaufensterkrankheit. Sie hat Angst vor vermehrten Schmerzen, laut Hausarzt könne dies auf Grund ihrer zu sehr beeinträchtigten Gefäße nicht mehr beeinflusst werden. Den orthopädischen Schuh hat die Patientin noch nicht erhalten. Dies stört sie nicht, da sie zu Hause mit offenen Sandalen gut laufen kann. Sie benutzt

den Rollator innerhalb der Wohnung, allerdings sehr schwerfällig und langsam. Da der Ulcus am Unterschenkel abgeheilt ist und entsprechend keine Verbandswechsel mehr notwendig sind, wurden die Besuche des Pflegedienstes eingestellt. Die Grundpflege erledigt die Patientin selbst.

Der verschlechterte körperliche Zustand beeinträchtigt Frau C. jedoch auch psychisch. Sie äußert Ängste vor weiteren Schmerzen und befürchtet, dass ihre Mobilität noch weiter eingeschränkt wird. Sie fühle sich „wie auf dem Abstellgleis“, zeitweise minderwertig und überflüssig. Auch dass sie nicht mehr in den Garten gehen kann und dieser nicht mehr so gepflegt würde wie früher, empfindet sie als Belastung. Ein Gespräch mit der Tochter war nicht möglich und von der Patientin auch nicht erwünscht. Da Frau C. nicht wie erhofft die Wohnung verlassen kann, werden die sozialen Kontakte immer weniger. Sie fühlt sich auch vom Hausarzt vernachlässigt, der weiterhin alle zwei Wochen zur Quick- und Marcumarkontrolle vorbeikommt, aber kaum Zeit habe, mit ihr zu reden. Das Angebot einer Betreuung durch die Gerontopsychiatrische Ambulanz lehnt die Patientin ab, diese könnten ihr aus der Situation auch nicht helfen, entlastende Gespräche seien nicht notwendig. Eine erneute medikamentöse antidepressive Behandlung kann sich die Patientin vorstellen, möchte aber nicht, dass diese durch die Ambulanz verordnet wird, sondern durch den Hausarzt. Die Fachkrankenschwester wird sich diesbezüglich mit dem Hausarzt in Verbindung setzen.

Zum Zeitpunkt des dritten Hausbesuches hat sich Frau C.s körperliche Verfassung deutlich gebessert. Das Laufen fällt ihr immer noch schwer, aber die Schmerzen haben wesentlich nachgelassen. Innerhalb der Wohnung läuft sie langsam mit einem Gehstock, außerhalb mit einem Rollator. Den orthopädischen Schuh hat sie mittlerweile erhalten, trägt ihn aber nur außerhalb der Wohnung, weil er sonst zu „globig“ sei. Psychisch hat sie sich wieder stabilisiert. Sie hat zwar weiterhin Ängste vor Schmerzen, aber durch die verbesserte Mobilität steigt auch ihr Selbstwertgefühl. Sie benötigt nur sporadisch Hilfe im Haushalt, putzt wieder selbstständig die Fenster, wischt den Boden und hat dabei das Gefühl, wieder etwas leisten zu können.

Frau C. berichtet von der von ihr entwickelten Tagesstruktur. Mit Grundpflege, Haushalt und Einkaufen und den dabei notwendigen längeren Ruhepausen sei der Tag ausgefüllt. Sie akzeptiert ihre Situation und ihre Leistungseinbußen, und ist soweit motiviert, dass sie, wenn auch mit einem wesentlich längeren Zeitaufwand ihre Tätigkeiten erledigt und ihre Hobbys pflegt.

Durch die gewonnene Mobilität kann Frau C. nun auch wieder vermehrt Sozialkontakte pflegen. Sie weiß wieder, was im Dorf los ist, und fühlt sich hier auch wieder integriert und akzeptiert. Sie zeigt Interesse am politischen Geschehen, liest Zeitung und macht viel Kreuzworträtsel, was sie als Gedächtnistraining sieht. Ihre Denkfähigkeit scheint noch recht flexibel zu sein.

Die beim letzten Hausbesuch empfohlene antidepressive Medikation wurde nicht umgesetzt, weil zu jenem Zeitpunkt der Hausarzt in Urlaub war und sich ihr psychischer Zustand nach eigenem Ermessen bis zu seiner Rückkehr soweit gebessert hatte, dass sie dies nicht mehr für notwendig hielt. Frau C. wirkt im Affekt schwingungsfähig und gut gelaunt, sieht aber der Zukunft mit Wehmut entgegen, da es bald Winter wird und sie diese Zeit wieder mehr im Haus verbringen muss.

Frau C. hat sich psychisch und somatisch stabilisieren können, und solange sie weitgehend schmerzfrei bleibt, wird es ihr wahrscheinlich gelingen, ihre Selbstständigkeit zu erhalten. Weiter problematisch bleiben ihre Eigensinnigkeit und ihr Bestehen auf Selbstständigkeit in Kombination mit den Schwierigkeiten, fremde Hilfe anzunehmen und auf andere Personen zuzugehen. So könnte es in Zukunft Probleme geben, falls sich ihr Zustand wieder verschlechtern sollte.

Frau V.

Frau V. ist 83 Jahre alt und wohnt alleine in einer Dreizimmerwohnung mit Balkon in der 5. Etage eines Hochhauses. Sie ist seit vierzehn Jahren verwitwet, hat keine Kinder, ihr einziger Sohn starb wenige Tage nach der Geburt. Finanziell ist sie durch ihre Rente abgesichert. Bisher versorgte sie sich mit folgenden Hilfen selbst: sie erhält Essen auf Rädern, eine Nachbarin kauft für sie ein und eine Zugehfrau von den Johannitern unterstützt sie im Haushalt. Sie selber verlässt die Wohnung kaum noch. Ihre einzigen Verwandten leben in Ostdeutschland, Frau V. hat nur wenig Kontakt zu ihnen. Mit Ausnahme eines Ehepaares, das sich seit dem Tode ihres Ehemanns um sie kümmert, hat sie wenige Kontakte in der Nachbarschaft. Frau V. wird als komische, reservierte und eingebildete Person beschrieben, die im Haus eher unbeliebt ist, weshalb andere Nachbarn sich von ihr fernhalten. Seit ca. sechs Jahren ist sie insulinpflichtige Diabetikerin. In letzter Zeit treten immer wieder Probleme mit dem Blutdruck auf, in den vergangenen eineinhalb Jahren war sie wegen hypertensiver Krisen viermal stationär in Behandlung.

Ihr letzter Krankenhausaufenthalt fand von Ende April bis Mitte Juni 2002 statt. Während diesem war sie schon vom Liaisondienst behandelt und begleitet worden, ein adynames depressives Syndrom im Sinne einer vitalen Traurigkeit wurde diagnostiziert. Während ihres Aufenthaltes litt sie an einer ständigen Übelkeit, die somatisch nicht geklärt werden konnte, aber schließlich verschwand. Versuche einer Psychoedukation seitens des Modellteams schlugen fehl, Frau V. betrachtete ihr Befinden als rein körperliches Problem. Auch die vorgeschlagene Teilnahme an der Aktivierungsgruppe lehnte sie ab, nachdem sie bei ihrer Ankunft im Gruppenraum von einer Angstattacke erfasst wurde. Begegnungen mit fremden Menschen und Menschengruppen bereiten ihr nach eigener Aussage Probleme, sie möchte diese nach Möglichkeit vermeiden. Nach etwa sechs Wochen wurde Frau V. in deutlich gebessertem psychischem und physischem Zustand in eine Rehaklinik entlassen.

Ende August 2002 erleidet Frau V. wieder eine Bluthochdruckkrise mit Schwindelattacken, wegen der sie in ihrem Schlafzimmer hinfällt und dann wahrscheinlich - sie kann sich später nur an Bruchteile erinnern - mehrere Tage lang hilflos auf dem Boden liegt. Bei dem Sturz zieht sie sich Schürfwunden an beiden Knien und ein ausgeprägtes Hämatom mit Schwellung an der Stirn zu. Nachdem sie die Wohnungstür nicht öffnet, nicht ans Telefon geht und von zwei Tagen das Essen auf Rädern vor der Wohnungstür steht, rufen die Nachbarn schließlich die Polizei, Frau V. wird vom Notarzt ins Krankenhaus gebracht.

Dort erscheint sie dem Pflegepersonal und der Stationsärztin verwirrt und dement, sie sei unzuverlässig bei Anweisungen, sei auch teilweise stuhl- und urininkontinent. Es wird die Meinung vertreten, Frau V. könne nicht mehr alleine zu Hause leben, eine „Vormundschaft“ und Heimunterbringung seien notwendig.

Beim erneuten Erstkontakt mit dem Liaisondienst ist die Patientin im Denken und in der Gestik sehr verlangsamt, wirkt antriebslos. Ihre Stimme klingt monoton, die Stimmung scheint sehr gedrückt. Frau V. ist resigniert, äußert passive Todeswünsche. Sie habe keine Lust mehr am Leben, weil sie schon wieder im Krankenhaus sei, fühle sich hilflos und allein. Körperlich würde sie immer schwächer, Gedanken an die Zukunft machten ihr Angst. Kognitiv bestehen aber kaum Einschränkungen, sie ist in allen Qualitäten orientiert, zeigt lediglich kleinere Schwächen bei der zeitlichen Einordnung. Die in der

Reha abgesetzte Behandlung mit einem antriebssteigernden Antidepressivum wird nun wieder aufgenommen. Zudem erhält Frau V. zur supportiven Gesprächstherapie regelmäßig Besuch durch das Modellteam.

In den Gesprächen äußert Frau V. große Ängste, dass sie nicht mehr nach Hause komme, bzw. dass sie daheim nicht mehr zurechtkomme. Ihr Selbstwertgefühl ist die ersten Tage sehr herabgesetzt, Frau V. zeigt eine negative Einstellung sich selber und der Zukunft gegenüber, sieht keinen Lichtblick mehr. Da sie sehr auf Eigenständigkeit bedacht ist und ihre eigenen Entscheidungen fällen möchte, waren die Erfahrungen nach dem Sturz für sie sehr einschneidend. Im Gespräch wird deutlich, dass sie sich einsam und hilflos fühlt, für Unterstützung in jeder Hinsicht dankbar wäre. Die zukünftige Situation wird besprochen, und Frau V. kann aufgezeigt werden, dass sie wohl mit Hilfe eines Pflegedienstes und anderen ambulanten Hilfen zu Hause noch gut zurechtkommen wird. Sie sieht ein, dass sie auf lange Sicht aber vorsorgen und sich um einen Platz in einem Pflegeheim bemühen sollte. Frau V. ist nun - nach ausführlichen Erklärungen - auch mit der Beantragung einer Betreuung einverstanden, würde dies auch als hilfreich für sich empfinden. Der Antrag wird gemeinsam ausgefüllt. Auch Pflegestufe 1 wird für sie beantragt. Von depressiver Symptomatik möchte die Patientin nichts hören, Psychoedukation ist nicht möglich.

Um ihr Selbstwertgefühl zu stärken, wird mit dem Pflegepersonal besprochen, dass die Patientin bei Verrichtungen mit einbezogen werden sollte, dass ihr in kleinen Schritten wieder mehr Aufgaben zugetraut werden, sie möglichst viel alleine machen soll und sie dafür auch positive Rückmeldung erhalten sollte.

Der körperliche Zustand der Patientin bessert sich fortan langsam. Laut Pflegepersonal lässt sie sich aber nur schwer motivieren, auf Krankengymnastik reagiere sie abweisend. Gegenüber dem Modellteam erklärt Frau V., dass sie nicht aufstehen wolle, weil sie keine eigenen Hausschuhe und keinen eigenen Morgenmantel im Krankenhaus dabei habe. Die Nachbarin von Frau V. bringt nach einem Telefonat mit der Mitarbeiterin des Liaisondienstes die gewünschten Kleider vorbei. Durch die nun erfolgende Krankengymnastik erhält sie mehr Sicherheit beim Laufen mit einem Rollator. Im Zuge der körperlichen Mobilisation stabilisiert sich auch das psychische Befinden. Zum Zeitpunkt der Entlassung wirkt die Patientin deutlich lebhafter und schwingungsfähiger, sie ist auch freundlicher im Kontakt, ihre Mimik lebhaft-

ter, sie ist mobiler, im Antrieb normalisiert und hat wieder eine Zukunftsperspektive.

Für die Zeit nach der Entlassung wird ihr eine Behandlungspflege zur Medikamentengabe empfohlen sowie Hilfen zur Grundpflege, die über die Johanniter organisiert werden. Insgesamt hat sich die Patientin körperlich wie psychisch gut stabilisiert, sieht die geplanten Hilfen aber eher skeptisch, weiß noch nicht, ob sie diese zulassen wird. Einerseits möchte sie so viel wie möglich alleine regeln und ihre Ruhe haben, andererseits ist sie doch ganz froh, wenn jemand zu ihr in die Wohnung kommt, da sie Ängste verspürt, nochmals zu stürzen. Eine Begleitung durch die Gerontopsychiatrische Ambulanz lehnt die Patientin ab, ihr Hausarzt würde sie wegen der Depression weiter behandeln.

Beim ersten Hausbesuch nach sechs Wochen reagiert Frau V. trotz vorheriger telefonischer Anmeldung und Zustimmung zunächst sehr ablehnend. Sie erkennt die Besucherin, möchte aber mit Ausnahme der bestehenden Hilfen keine weiteren Kontakte. Nachdem die Animositäten aus dem Weg geräumt sind, ist sie dann doch für ein Gespräch offen. Während der Unterhaltung wirkt sie lebhaft und freundlich zugewandt, schwingungsfähig und redselig. Sie berichtet, dass sie sich zu Hause wohl fühle. Die depressive Symptomatik scheint abgeklungen zu sein. Frau V. erzählt, dass sie jeden Kontakt nach außen ablehne. Sie habe früher schlechte Erfahrungen gemacht, möchte aber nicht näher darauf eingehen. Sie leide nicht darunter, könne sich alleine gut beschäftigen mit Kreuzworträtseln, Fernsehen und der Erledigung von leichten Hausarbeiten, die sie über den Tag verteilt. Hinzu kommt die Grundpflege, die sie selbstständig erledigt, auch die wöchentliche Dusche macht sie allein, richtet sich aber zur Sicherheit ihren Stock neben die Wanne. Den Kompressionsverband gegen ihre Venenschwäche wickelt sie jeden Tag selbstständig und macht dies sehr exakt. Die im Krankenhaus aufgefallene Antriebsstörung ist nicht mehr zu erkennen. Ihr Selbstwertgefühl hat sich positiv entwickelt und wird durch die bestehenden Hilfen nicht angegriffen. Frau V. hat inzwischen Pflegestufe 1 erhalten, zweimal täglich kommt der Pflegedienst zum Insulinspritzen und Herrichten der Medikamente, sie kann dies nun gut tolerieren. Über den Pflegedienst kommt einmal wöchentlich eine Haushaltshilfe, zusätzlich hat sie sich privat noch einmal wöchentlich eine Zugehfrau organisiert. Der Hausarzt kommt ebenfalls einmal wöchentlich, sie selber misst sich sehr penibel zweimal täglich den Blut-

druck, führt genau Buch. Essen auf Rädern bekommt sie weiterhin und ist mit der Qualität zufrieden.

Sie ist sehr auf Selbstständigkeit bedacht, im Nachhinein sieht sie die Anregung der Betreuung als Kränkung. Dass sie damit einverstanden war und darüber aufgeklärt wurde, kann sie nicht annehmen. Sie fühlt sich in der Lage, Entscheidungen selber zu treffen, sie benötige diesbezüglich keine Unterstützung mehr. Sie trägt jetzt ständig ein Notrufgerät um den Hals, was ihr große Sicherheit gibt, der Pflegedienst macht außerdem abends um 22.00 Uhr regelmäßige Kontrollanrufe. Zu Stürzen ist es in den letzten Wochen nicht mehr gekommen. Ihre Wohnung verlässt sie nur selten, das Treppensteigen ist ihr zu beschwerlich. Die Nachbarin nimmt sie manchmal mit zum Friedhof, dann benutzt sie unterwegs ihren Rollator, mit dem sie auch gut zurechtkommt. Die Situation hat sich für Frau V. positiv entwickelt, durch die kontinuierliche Insulin- und Medikamentengabe hat sich ihr körperliches Wohlbefinden nochmals gesteigert. Ihr Ziel ist es, ihren Lebensabend solange wie möglich in ihrer Wohnung zu verbringen. Frau V. hat sich aber vorsorglich in einem Pflegeheim angemeldet.

Beim zweiten Hausbesuch drei Monate nach ihrer Entlassung reagiert sie zunächst wieder barsch, möchte in Ruhe gelassen werden, öffnet aber gleichzeitig die Türe und bittet die Besucherin herein. Ihr psychischer und körperlicher Zustand wirken unverändert gut. Stolz zeigt sie einen Brief vom Vormundschaftsgericht, in dem festgestellt wird, dass zur Zeit keine Betreuung notwendig ist, und sie damit auch weiter in ihrer Wohnung bleiben darf.

Auch weitere drei Monate später ist ihr körperlicher und psychischer Zustand weiter stabil, worüber Frau V. sehr froh ist. Sie überlegt oft, was wäre, wenn sie in ein Pflegeheim umziehen müsste, und vermutet, dass sie dann nicht mehr so lange leben würde. Ihr wären dort auch zu viele Leute, ihr sei es so, wie es jetzt ist, lieber. Außer zu ihren unmittelbaren Nachbarn und den Pflegekräften hat sie so gut wie keine persönlichen sozialen Kontakte. Frau V. genügt dies, so könne sie ihren Trott gehen, bräuchte niemanden zu fragen. Ihre Wohnung verlässt sie höchstens einmal wöchentlich, um kleine Besorgungen in der Nähe zu machen. Der Pflegedienst kommt mit Frau V. inzwischen gut klar, sie sei eben sehr auf Pünktlichkeit bedacht, sie lasse sich nur schwer beeinflussen und sei in ihrer Persönlichkeit sehr dominant und ärgenwillig, was neuen Pflegekräften immer wieder Probleme bereite. Alles müsse seinen gewohnten Ablauf haben, Veränderungen wirken sich im Um-

gang negativ aus, d.h. dass Frau V. dann sehr ablehnend, beleidigt und misstrauisch reagieren kann. Der Pflegedienst ist daher bemüht, Kontinuität zu bewahren, was meist auch gelingt.

Insgesamt hat sich alles gut eingespielt, wobei sehr darauf geachtet wird, dass Frau V. ihre Selbstständigkeit so gut als möglich erhalten bleibt, und sie viel Spielraum für Mitbestimmung und viel Entscheidungsfreiheit hat. In diesem Rahmen kann Frau V. Hilfen zulassen. Sie fühlt sich in diesem Setting sehr wohl, ist mit ihrem Leben zufrieden und möchte solange wie möglich weitgehend selbstständig zu Hause leben.

Frau U.

Frau U. ist 72 Jahre alt, verwitwet und wohnt allein. Sie hat mehrere Söhne, zu denen zwar kein unproblematisches Verhältnis, aber ein regelmäßiger Kontakt besteht. Ende Mai 2002 wird sie zur Diagnose und Behandlung ihrer bisher therapieresistenten Rückenschmerzen zunächst in die Orthopädische Abteilung aufgenommen, dann in die Innere verlegt. Dort ergibt sich der Verdacht auf einen Bauchspeicheldrüsentumor, der jedoch nicht eindeutig bestätigt werden kann. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte drängen die Patientin, eine Operation vornehmen zu lassen. Sie lehnt diese allerdings entschieden ab, auch nach dem Hinweis, dass eine Operation zu einem späteren Zeitpunkt eventuell nicht mehr erfolgen könne. Da Frau U. eine deutliche depressive Symptomatik mit spontanen Tränenausbrüchen zeigt, wird der Liaisondienst zu dem Fall hinzugezogen.

Sie wird nun in mehrmals wöchentlich stattfindenden Besuchen von der Ergotherapeutin des Modellteams betreut und erhält zusätzlich eine antidepressive Medikation. In der Folge verbessert sich ihr psychischer Zustand rasch, wobei die Patientin selbst dies auf die auf eigenen Wunsch erfolgte Rückverlegung in die Orthopädische Abteilung zurückführt. Frau U. kritisiert die Behandlung auf der Inneren, vor allem die Tatsache, dass dort nach aufwendigen Diagnoseverfahren immer noch keine definitive Diagnose gestellt werden konnte. Sie habe das Vertrauen in das Personal verloren und möchte daher zu keiner weiteren Untersuchung mehr dorthin.

Außer einigen Tränenausbrüchen in den ersten Gesprächen zeigt Frau U. nun kaum noch depressive Symptome, wirkt schwingungsfähig und offen. Auf Grund ihres vermehrten Redebedürfnisses wird zugunsten von Gesprächen auf andere ergotherapeutische Angebote verzichtet. Zu ihrer Ge-

sprächspartnerin im Modellteam hat sie schnell Vertrauen gefasst und nutzt diese Möglichkeit, über ihr Leben und ihre Probleme zu sprechen. Sie berichtet insbesondere über ihre 30-jährige Ehe mit einem Alkoholiker, über Drogenabhängigkeit bei einem ihrer Söhne und über ihr momentanes Verhältnis zu den Kindern. Sich selbst beschreibt sie als einen eher zurückgezogen lebenden Menschen, der die Ruhe und das Alleinsein durchaus genießen kann, und der nur selten passende Gesprächspartner finde. Im Gespräch wird außerdem deutlich, dass Frau U. recht schnell an ihrer eigenen Person zweifelt und glaubt, sie mache im Umgang mit anderen Menschen einfach zu viele Fehler. Die Patientin erkennt selbst, dass es ihr vermutlich infolge ihrer schlechten Erfahrungen in der Vergangenheit schwer fällt, Menschen zu vertrauen. Aus diesem Grund schätze sie Tiere besonders, die ihr vertrauenswürdiger erscheinen, weshalb sie sich auch ehrenamtlich in einem Tierheim betätigt. Sie erzählt, dass sie nach der Trennung von ihrem Ehemann ein recht glückliches Leben geführt hätte, fühlte sich aber dennoch soweit für diesen verantwortlich, dass sie ihn nach seinen drei Schlaganfällen bis zum Tod gepflegt hat. Anschließend pflegte die Patientin ihre demente Mutter bis zu deren Tod sowie einen befreundeten Nachbarn, mit dem sie wohl eine Beziehung führte und der infolge seines hohen Alters pflegebedürftig wurde. Diese Erfahrungen sind wohl zum Teil für ihre kritische Haltung gegenüber medizinischem Personal und Operationen verantwortlich. In ihrer Entscheidung, sich angesichts der unklaren Befundlage zunächst nicht operieren zu lassen, wird sie durch das Modellteam unterstützt. Der Patientin wird aber auch deutlich signalisiert, dass eine Operation bei Bestätigung des Tumorverdachtes unvermeidlich sein wird.

Insgesamt scheint sie sehr kooperativ zu sein und bestrebt, an ihrer derzeitigen Lebenssituation etwas zu ihren Gunsten zu ändern. Sie bittet auch um Rat bezüglich einer Psychotherapie, die sie aus eigenem Antrieb anstrebt, um zum Teil weit in der Vergangenheit zurückliegende Ereignisse aufzuarbeiten und zu einer inneren Ruhe zu finden. Durch die Gespräche kann Frau U. eine Entlastung und wichtige emotionale Unterstützung erfahren. Trotz gewisser Konflikte mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten ist sie letztlich dann doch dazu bereit, in stationärer Behandlung zu verbleiben und notwendige Untersuchungen vornehmen zu lassen. Dadurch kann bald auch eine Verbesserung ihres körperlichen Zustandes erreicht werden.

Für Frau U. sind ihre Schmerzen im unteren Lendenwirbelsäulenbereich, die auch ins Bein ausstrahlen, von zentraler Bedeutung, wobei sich diese am

Ende des Krankenhausaufenthaltes deutlich gemindert haben. Dies kann wenigstens teilweise auf eine schmerzdistanzierende Wirkung des verordneten Antidepressivums bzw. auf das Abklingen des depressiven Syndroms und damit einhergehende verringerte Schmerzwahrnehmung zurückgeführt werden. Die Patientin weigert sich jedoch, ein anderes als ein somatisches Krankheitskonzept zu akzeptieren.

Als die Entlassung nach ein paar Wochen bevorsteht, freut sie sich sehr darauf. Ab dem folgenden Wochenende hat sie gemeinsam mit einer Schulfreundin einen Urlaub auf Mallorca geplant. Nachdem sie die bereits erhaltenen Entlassungspapiere gelesen hat, da diese in einem offenen Umschlag steckten und sie sich nicht zurückhalten konnte, erhält sie von der Ergotherapeutin Erklärungen zu einigen Details im Arztbrief. Diese weist sie auch darauf hin, dass sie ihrem Hausarzt und dessen Meinung pro oder kontra Operation vertrauen solle. Fest steht für Frau U., dass sie im Falle des Falles den Eingriff lieber in einem anderen Krankenhaus vornehmen lassen möchte. Sie bekräftigt, dass sie die für Bauchspeicheldrüsenkrebs typischen Symptome nicht aufweise, wirkt auch vom Erscheinungsbild her eher gesund. Es wird ihr eindringlich geraten, das verordnete Antidepressivum nach der Entlassung noch mindestens ein halbes Jahr lang weiter einzunehmen.

Im Laufe der Betreuungszeit hat sie großes Vertrauen zum Modellteam gefasst und konnte neuen Lebensmut, Zuversicht und Zukunftspläne entwickeln. Für eventuelle Notfälle oder Redebedürfnis hinterlässt die Ergotherapeutin der Patientin einige Telefonnummern unter denen sie sie erreichen kann.

Sechs Wochen nach ihrem Krankenhausaufenthalt fühlt sich Frau U. sowohl psychisch als auch physisch besser. Zwischenzeitlich hatte sie ihren Urlaub auf Mallorca verbracht, eine Operation fand nicht statt, Frau U. lehnt diese auch weiter ab. Sie hat derzeit auch keine Beschwerden in der Pankreas oder im Magen mehr. Bei Belastungen treten noch Schmerzen im rechten Bein auf, denen sie mit Schwimmen, Rad fahren und Spazieren gehen entgegenwirkt. Frau U. vertritt die Auffassung: Lieber nur noch einige Jahre zufrieden leben, als von einer Operation in die andere zu gehen. Sie möchte daher eine Patientenverfügung aufsetzen.

Sie hat sich selbst eine gute Wochen- und Tagesstruktur geschaffen. An mehreren Tagen führt sie den Hund eines Bekannten aus, sie spielt regelmäßig Karten, fährt Rad, bügelt für ihren Sohn die Wäsche. Ihren Haushalt

meistert sie alleine, ist auf keinerlei Unterstützung und Hilfe angewiesen. Da sie einen Führerschein und ein Auto hat, ist sie sehr beweglich und nutzt dies auch für sich. So fühlt sie sich im Allgemeinen sehr wohl und positiv gestimmt. Traurig und depressiv machen sie ihre Schmerzen und ihre Erkenntnis, dass sie vieles runterschluckt statt zu kontern. Auf Nachfragen erzählt sie von ihren Sorgen mit den Söhnen. Wegen der Schmerzen erhält sie den Ratschlag, sich einer physiotherapeutischen Behandlung zu unterziehen, bei der sie auch Anleitung für Bewegungsübungen für die Lendenwirbelsäule erhalten kann. Auch der Besuch der Entspannungstherapie im Zentrum für Seelische Gesundheit wird ihr nahe gelegt.

Weitere sechs Wochen später hat sich ihr Zustand weiter verbessert. Das verordnete Antidepressivum hat sie eingenommen, bis die Packung aufgebraucht war, möchte aber wegen der Nebenwirkungen auf eine weitere Einnahme verzichten. Gegen die Schmerzen in den Beinen, die ihr nach wie vor auch psychisch Probleme bereiten, erhält sie nun Infusionen mit Neurium, die ihr sehr gut bekommen. Sie kann nun wieder besser schlafen und fühlt sich ausgeruht. Wegen der inzwischen vom Hausarzt diagnostizierten Neuropathie wurde sie zu einer Neurologin überwiesen. Bis zum verabredeten Termin hilft sie sich mit kalten Wickeln. Ihre Tages- und Wochenstruktur ist unverändert. Einen Besuch des Zentrums für Seelische Gesundheit lehnt sie ab, da sie sich auch so schon ausgelastet genug fühlt. Die mitgebrachte Patientenverfügung nimmt sie mit Freude entgegen. Insgesamt macht Frau U. einen zuversichtlichen, lebensbejahenden und optimistischen Eindruck, sie wirkt locker, schwingungsfähig, und fühlt sich mit den selbst geschaffenen Aktivitäten sehr wohl.

Sechs Monate nach dem Krankenhausaufenthalt hat sich der Zustand der Patientin weitgehend stabilisiert. Die Ursache hierfür sieht Frau U. vor allem in der Beseitigung der Schmerzen in ihren Beinen. Allerdings berichtet sie nun über diffuse Schmerzen im ganzen Körper, die aber nur kurzzeitig und ständig wechselnd auftreten. Ein Problem sind zudem die derzeit starken Einschlafstörungen. Sie gehe um ca. 21.00 Uhr ins Bett und liege dann vier bis fünf Stunden wach, bis sie einschlafe; sie sei müde aber ihr Körper komme nicht zur Ruhe. Einen Zusammenhang der Beschwerden mit dem Absetzen des Antidepressivums kann Frau U. nicht sehen. Allerdings ist ihre Einstellung gegenüber Medikamenten sowieso kritisch bis ablehnend, und ihre Krankheitssicht streng somatisch. Zurzeit nimmt sie ein zum größten Teil natürliches Mittel gegen Einschlafstörungen und trinkt auch Beruhi-

gungstees. Sie hofft, dass ihr dies helfen wird. Die Polyneuropathie ist inzwischen von der Neurologin bestätigt worden. Diese vermutet auch einen Vitamin B12 Mangel, Frau U. hat daher ihre bislang fleischlose und cholesterinarme Ernährung umgestellt. Ihrem Tagesablauf geht sie wie bisher nach. Sie ist zufrieden mit ihrem selbstbestimmten Leben und möchte es auch so belassen.

Frau B.

Frau B. wird Anfang Juni 2002 nach einem Suizidversuch mit einer unbekannten Menge Tabletten plus Alkohol ins Allgemeinkrankenhaus eingewiesen. Zuvor war sie einen Tag im Krankenhaus Pfronten und verbrachte danach einige Stunden im BKH Kaufbeuren, wo sie zunehmend somnolenter wurde. Der Liaisondienst wurde vom BKH über die Verlegung der Patientin informiert und nahm von sich aus Kontakt mit der Patientin bzw. der Station auf.

Zu diesem Zeitpunkt ist Frau B. 80 Jahre alt. Sie hat eine Tochter, zu der allerdings keine Beziehung mehr besteht sowie eine Stieftochter, die etwas entfernt wohnt und einen losen Kontakt hält. Frau B. lebt seit drei Jahren in einem Pflegeheim, wo sie nach einer Rehamaßnahme zusammen mit ihrem fünfzehn Jahre älteren Ehemann einzog. Laut Heimleitung war sie damals sehr geschwächt, konnte nicht laufen, war inkontinent, hat sich in der Folge aber körperlich gut stabilisiert. Seit ca. drei Jahren hat Frau B. eine gesetzliche Betreuung, was sie nur schwer akzeptieren kann. Sie sei von Anfang an sehr dominant gewesen, ihr Ehemann musste ständig für sie da sein und ihre Anweisungen befolgen. Die Ehe sei sehr konfliktreich gewesen, da die Patientin massiv zwischen „Depression und Aggression“ schwankte. Vor etwa zweieinhalb Jahren verstarb der Ehemann.

Zusätzlich zur depressiven Erkrankung besteht bei der Patientin eine histrionische Persönlichkeitsstörung. Diese macht sich vor allem dadurch bemerkbar, dass sie wegen scheinbarer Kleinigkeiten in Tränen ausbricht, diese Vorkommnisse aufbauscht und sich gerade vor Publikum, z.B. im Speisesaal, dramatisch in Szene setzt. Oft wird ihren Wünschen dann entsprochen, um sie zu beschwichtigen. Das Integrieren in den stationären Ablauf ist für die Patientin daher sehr schwierig, es kommt immer wieder zu Auseinandersetzungen mit dem Pflegepersonal und den Mitbewohnern, wobei sie ein Repertoire von Handlungsmustern einsetzt, um sich durchzusetzen, z.B.

drohe sie Mitarbeitern mit Beschwerden bei der Pflegedienstleitung, mache subtile und kränkende Äußerungen, versuche Schuldgefühle hervorzurufen oder mache eben einen „riesen Aufstand“. Weiterhin sei sie sehr sammelwütig, von Waschlappen über Pflegeartikel und Medikamente sammle sie alles. Sie habe auf Grund vieler Vergünstigungen schon eine Sonderstellung im Haus, von Seiten des Heimes wird überlegt, ob nicht ein Wechsel in ein anderes Heim sinnvoll wäre. Außerdem leidet sie an einer ausgeprägten Sehinderung. Die Heimleitung vermutet, dass diese von der Patientin häufig genutzt würde, um Hilfen bzw. Zuwendung einzufordern, da die Patientin in anderen Situationen oft überraschend gut sähe. Auch Somatisierungstendenzen sind wohl vorhanden.

In den letzten Jahren hat Frau B. zwei Suizidversuche unternommen und mittlerweile vier Aufenthalte im BKH hinter sich. Über die Gerontopsychiatrische Ambulanz wird sie alle vier bis acht Wochen ärztlich betreut, wobei sie sich, weil sie sich vernachlässigt fühlt, weigert, die Krankenkassenskarte zum Einstempeln herauszugeben.

In letzter Zeit hat sie im Heim eine sterbende Frau versorgt und sich sehr intensiv um diese gekümmert. Das war ihr nach eigener Aussage sehr wichtig, die Anstrengungen seien jedoch durch das Personal zu wenig honoriert worden. Am Tag des Suizidversuchs war die Patientin wegen einer Kleinigkeit bei der Pflege der anderen Frau korrigiert worden, daraufhin verließ sie das Altenheim, besorgte sich eine Flasche Schnaps und nahm die in suizidalen Absicht gesammelten Medikamente. Bei einer Suchaktion wurde sie gefunden.

Die ersten Tage im Krankenhaus ist sie sehr somnolent, nur schwer erweckbar, auf Schmerzreize reagiert sie mit ungezielten Bewegungen. Ihre Sprache ist verwaschen, sie trübt auch immer wieder ein, eine psychiatrische Befunderhebung ist zunächst nicht möglich. Motorisch ist sie zeitweise sehr unruhig, entwickelt auch Fieber, eine Aspirationspneumonie wird vermutet. Bei Sedierung zeigen sich Kreislaufprobleme, deshalb wird darauf verzichtet. Stattdessen werden Bettgitter angebracht, und sie wird einen Tag lang mit einem Bauchgurt fixiert, um einen Sturz zu vermeiden. Nach ca. fünf Tagen wird sie wacher, schreit nun sehr viel, so dass sie heiser wird, verweigert teilweise die Pflege, ist unruhig und erhält einige Male Beruhigungsmittel. Medikamentös wird sie wieder auf das Antidepressivum Remergil eingestellt und erhält zum Schlafen ein Mittel in Tropfenform, damit

sie dies nicht sammeln kann. Mehrmals in der Woche wird sie außerdem durch den Liaisondienst zu Gesprächen besucht.

Danach erholt sie sich körperlich wie psychisch relativ schnell, sie ist nun in allen Qualitäten wieder orientiert, Denken und Gedächtnis sind altersentsprechend. Ihre Stimmung ist weiterhin gedrückt, passive Todeswünsche bestehen noch, sie distanziert sich aber von akuten Suizidgedanken. Körperlich wird sie zusehends mobiler, allerdings bestehen beim Pflegepersonal Ängste, dass sie stürzen könnte. Nachdem der Liaisondienst über die Bewegungsfähigkeit der Patientin vor dem Krankenhausaufenthalt informiert hat, ist das Pflegepersonal bereit, die Patientin vermehrt zu mobilisieren, damit sie wieder Sicherheit bekommt.

In den Gesprächen mit der Patientin wird deutlich, dass sie sehr auf Selbstständigkeit bedacht ist, und über die Maßen viel Anerkennung braucht, die sie im Pflegeheim aber nur minimal erhält. Sie erzählt, dass sie seit Wochen nach einer Möglichkeit gesucht habe, um der angespannten Situation mit dem Heim zu entkommen. Sie hätte dort niemanden, dem sie sich anvertrauen könne und der sie versteht. Sie schimpft viel über das Personal im Pflegeheim, im Krankenhaus seien nur „gute Schwestern“, zeitweise wirkt sie sehr leidend und vermittelt einen hilfebedürftigen Eindruck, um vermehrte Zuwendung zu erhalten.

Um diesem Problem entgegenzuwirken, werden mit dem Pflegepersonal die Situation und die Persönlichkeit der Patientin besprochen. Es wird darauf hingewiesen, dass Frau B. sehr wohl viele Dinge selbst erledigen kann, sie dazu in einem fürsorglichen Ton angehalten werden sollte, und ihre Motivation zur Selbstständigkeit durch lobende Rückmeldungen verstärkt werden kann. Damit kommen Patientin und Pflegepersonal gut zurecht. Über einige Tage hinweg ist Frau B. relativ ausgeglichen, nimmt auch mit Freude an der Aktivierungsgruppe teil, wo sie sich gut integrieren kann.

Nach ihrer Entlassung will Frau B. nicht mehr ins BKH zurückverlegt werden, sondern direkt zurück ins Pflegeheim. Um dort gute Voraussetzungen zu schaffen, plant der Liaisondienst eine ausführliche Fallbesprechung mit allen an Pflege und Betreuung beteiligten Personen. Außerdem wird mit der Ambulanzschwester Kontakt aufgenommen, um Informationen auszutauschen.

Am Tage der Entlassung Ende Juni muss eine Krisenintervention durchgeführt werden, da Frau B. aus Angst vor der Entlassung in ein auffälliges reg-

ressives Verhalten verfällt und am Vorabend hohes Fieber entwickelt. Laut Stationsarzt bestünden aus somatischer Sicht keine Bedenken gegen eine Entlassung, da sie antibiotisch abgedeckt sei. In einem längeren Gespräch mit Frau B. werden ihr klare Grenzen gesetzt, die Verantwortung und Entscheidungsmöglichkeit zurückgegeben, woraufhin sich das auffällige Verhalten auflöst, und die Patientin am selben Tag doch noch entlassen werden kann.

Etwa zwei Wochen später findet im Pflegeheim die angekündigte Fallbesprechung statt. Die Beteiligten berichten von den diversen Umgangsschwierigkeiten, jedoch scheinen alle kooperativ und um Besserung der Situation für beide Seiten bemüht. Folgende Ergebnisse werden erarbeitet: Mit der Patientin sollen klare Regeln und Absprachen getroffen, ihr klare Grenzen gesteckt werden. Die Grenzen dürfen allerdings nicht zu eng sein, da sie sonst unter Druck kommt. Wichtig sind ständige Absprachen innerhalb des Teams und der PDL sowie eine gute Pflegeplanung, damit sich alle an diese halten können. Falls Frau B. Sonderwünsche äußert, sollen diese erst innerhalb des Teams besprochen werden. Alle sollten auf dem gleichen Stand sein, um Spaltungen zu vermeiden. Da Frau B. die Tendenz hat, sich an eine bestimmte Mitarbeiterin zu klammern, ist es wichtig, dass sie eine Vertrauensbasis zu zwei bis drei Personen aufbauen kann, diese im Austausch sind und gemeinsam reflektieren. Auch eine gewisse Distanz und Neutralität wird als wichtige Voraussetzung für kompetenten Umgang erkannt. Gewünschtes Verhalten soll positiv verstärkt (z.B. Gespräch ohne Einforderung anbieten), unerwünschtes Verhalten aufgezeigt und angesprochen werden, endlose Diskussionen aber vermieden werden. Da die Patientin sehr viel Zeit bei der Pflegedienstleitung einfordert, soll ihr ein fester, evtl. wöchentlicher Termin als Sprechstunde zugewiesen werden. Frau B. sollte auch in ihren Äußerungen ernst genommen und ermutigt werden, über ihre Gefühle zu sprechen. Nach der Fallbesprechung führt die Mitarbeiterin des Modellteams ein Gespräch mit Frau B., um diese über den Ablauf und die Ergebnisse zu informieren.

Sechs Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt hat sich Frau B. im Heim wieder gut eingelebt. Sie wirkt richtig aufgeblüht, ist modern gekleidet, achtet auf ihr Äußeres. Mit dem Rollator ist sie mobil, verlässt das Heim für Spaziergänge und Arztbesuche. Psychisch hat sie sich stabilisiert. Seit mehreren Wochen besucht sie regelmäßig zwei neue Freundinnen außerhalb des Pflegeheims. Diese Kontakte sind für sie sehr wichtig und tun ihr gut, für sie

seien das richtige Zufluchtsorte. In Ihrer durch die Launen ihrer Mutter negativ geprägten Kindheit seien Freundinnen nie erlaubt gewesen, worunter sie heute noch leide. Umso mehr freut sie sich nun über ihre neuen Freundschaften. Ihre Gesprächspartnerin des Modellteams bestärkt sie darin, ihre sozialen Kontakte zu pflegen, weist sie jedoch auch darauf hin, dass Freundschaften nicht zu sehr beansprucht werden sollten, da sie dann in die Brüche gehen können.

Das Antidepressivum nimmt Frau B. nun nicht mehr, und statt der abendlichen Beruhigungstropfen erhält sie Tabletten zum Schlafen. Der Hausarzt hatte die Medikamente abgesetzt, da die Patientin dies nicht mehr benötige und auch nicht mehr wünsche. Der betreuende Arzt von der Gerontopsychiatrischen Ambulanz setzte sich daraufhin mit dem Hausarzt auseinander und lehnt nun die Verantwortung für die weitere ambulante Betreuung ab. Kontakte mit der Ambulanzschwester finden nach wie vor etwa alle vier Wochen statt. Die gesetzliche Betreuung wurde inzwischen auf Gesundheitsfürsorge ausgeweitet, damit gelegentlich kontrolliert werden kann, ob Frau B. wieder Medikamente sammelt. Auf den Einwilligungsvorbehalt wurde verzichtet, auch wenn sich dies möglicherweise negativ auf die Akzeptanz der Betreuung seitens der Patientin auswirkt.

Im Gespräch ist Frau B. aufgeschlossen, erzählt bereitwillig, im Denken unauffällig, spricht etwas verlangsamt. Leichte Wortfindungsstörungen (motorische Aphasie) fallen manchmal auf, laut Pflegepersonal bestehen diese seit dem letzten Suizidversuch. Im Affekt ist Frau B. weiterhin labil, je nach Gesprächsinhalt kommen schnell Tränen, genauso schnell lässt sie sich aber in eine gute Laune auslenken. Eine depressive Stimmung ist noch erkennbar, zeitweise habe sie passive Todeswünsche, vor allem, wenn es zu Spannungen mit Heimbewohnern oder Pflegepersonal komme. Allerdings habe sich die Situation in den letzten Wochen wesentlich gebessert, auch mit der Stations- sowie Heimleitung sei ein besseres Verhältnis da. Sie habe das Gefühl, dass sie ernster genommen werde, und bei dem wöchentlichen Termin mit der Heimleitung könne sie einiges ansprechen. Frau B. fühlt sich im Großen und Ganzen wohl. Auch laut Pflegepersonal hat sich die Situation seit der Fallbesprechung entspannt, die gemeinsam erarbeiteten Maßnahmen werden größtenteils umgesetzt. Zu Eskalationen mit der Patientin kam es nicht mehr.

Beim zweiten Hausbesuch sind der körperliche und der psychische Zustand unverändert. Frau B. hat sich einigermaßen in den täglichen Ablauf integriert, auffälliges Verhalten wie ausgeprägte hysterische Eskapaden hat es seit dem letzten Krankenhausaufenthalt nicht mehr gegeben. Frau B. möchte aber nun ihren Betreuer wechseln, sie würde diesem nicht mehr vertrauen, glaubt nicht, dass er in ihrem Sinne entscheidet. Ihr guter Bekannter H., der sie regelmäßig besucht, soll die Betreuung übernehmen, ein entsprechender Antrag wurde beim Vormundschaftsgericht bereits gestellt.

Sechs Monate nach dem Krankenhausaufenthalt sind der körperliche und der psychische Zustand weiter stabil. Zwischenzeitlich war Frau B. wegen einer Gehirnerschütterung nach einem Sturz aus dem Bett im Krankenhaus, hat sich davon aber gut erholt.

Im Gespräch beschreibt Frau B., dass sie manchmal noch ein Tief habe, dies würde aber nur kurze Zeit andauern. Meist gehe diesem voraus, dass sie sich über irgendetwas im Heim aufregen musste, oder auch dann, wenn sie ins Grübeln komme und daran denke, dass sie hier ihr Leben bis zum Tod verbringen müsse. Vor allem belaste sie, dass sie ihre Gefühle im Heim nicht richtig ausleben kann, der Umgang des Personals mit ihren Gefühlen ist aus Sicht der Patientin noch nicht optimal. Frau B. hat jedoch auch Gutes zu berichten. Sie erzählt stolz, dass sie wieder eine Aufgabe habe. Ihr Hausarzt hat mit ihr vereinbart, dass sie ihre Rezepte selbst abholen und gleich anschließend in der Apotheke einlösen solle. Das Pflegepersonal sieht dies allerdings skeptisch, da sie damit eine Sonderstellung innehat. Zwar fördert dies ihre sozialen Kontakte nach außen. Innerhalb des Heimes meidet Frau B. den Kontakt zu den Bewohnern eher, die meisten seien so vergesslich, mit denen könne man sich gar nicht unterhalten. Dafür ist sie beim gesamten Personal bekannt, macht mit diesen gern ein „Schwätzle“. Insgesamt ist sie demnach durchaus kontaktfreudig, nimmt jede Zuwendung dankend an. Lebenswichtig für sie seien auch regelmäßige Gespräche mit der befreundeten Hospizhelferin und ihrem Bekannten H., der nun die Funktion des gesetzlichen Betreuers übernommen hat.

Die Situation im Heim hat sich anscheinend beruhigt, verglichen mit der Zeit vor dem Krankenhausaufenthalt herrscht ihr gegenüber mehr Toleranz. Auf Grund ihrer Persönlichkeit wird es aber wahrscheinlich weiterhin zu Reibereien und kritischen Situationen kommen. Aber solange Frau B. das Gefühl hat, Entscheidungen (auch im Kleinen) treffen zu können und vor allem ernst

genommen zu werden (auch in ihren Gefühlen) wird die Gefahr eines weiteren Suizidversuches gering sein. Momentan hat sie genügend Ausweichmöglichkeiten durch regelmäßige Kontakte, wo sie ihre Sorgen besprechen und teilweise abladen kann. Solange sie Anerkennung und Aufmerksamkeit erhält, ist sie nicht dazu veranlasst, sich dies über negatives Auffallen zu erzwingen. Sie benötigt andererseits klare Grenzen und Strukturen sowie Bezugspersonen, die sich gut absprechen und eine einheitliche Linie aufzeigen können. Zurzeit scheint dies in dem bestehenden Setting recht gut zu gelingen.

Es ist dem Liaisondienst offenbar gelungen, die depressiven Schwankungen der Patientin und die Umgangsprobleme des Pflegepersonals durch eine neue Strukturierung der Kommunikation und des Verhaltens positiv zu beeinflussen, womit die Patientin einen deutlichen Zugewinn an Wohlbefinden und Lebensqualität erreicht hat und auch das Personal entlastet werden konnte.

Herr B.

Herr B. ist 89 Jahre alt und lebt seit dem Tod seiner Ehefrau, die vor zwei Jahren nach längerer Krankheit und Pflegebedürftigkeit verstorben ist, allein. Er hat zwei Töchter, von denen eine in seiner Nähe wohnt und sich täglich um ihn kümmert. Sie kocht, putzt die Wohnung und erledigt die Wäsche. Seit Jahren leidet er an einem insulinpflichtigen Diabetes, einer arteriellen Hypertonie sowie einer chronisch-venösen Insuffizienz der Beine. Zweimal täglich kommt ein Pflegedienst für die Insulingabe und einmal täglich Essen auf Rädern. Nach eigenen Angaben leidet er seit Januar 2003 unter Schlaflosigkeit, Appetitverlust, Antriebslosigkeit, Grübelneigung und massiven Obstipationsproblemen, auf die er sich gedanklich zunehmend fixiert. Nach einigen Wochen kommen passive Todeswünsche hinzu und schließlich Suizidgedanken. Da er sich mit seinen Problemen nicht ernst genommen fühlt, setzt er Anfang März seine Selbstmordideen in die Tat um und schneidet sich die linke Pulsader auf. Er wird jedoch rechtzeitig gefunden und durch seine Tochter ins Krankenhaus begleitet.

Fünf Tage nach der Aufnahme wird der Liaisondienst hinzugezogen, da die behandelnden Ärztinnen und Ärzte den Patienten ins BKH verlegen wollen. Beim Erstkontakt distanziert sich Herr B. von Suizidgedanken. Es stellt sich heraus, dass er sehr auf seine somatischen Probleme, vor allem die Obsti-

pation fixiert ist. Er wirkt körperlich und psychisch zu diesem Zeitpunkt erheblich beeinträchtigt, ein depressives suizidales Syndrom schließt der Modellarzt jedoch aus.

Während seines stationären Aufenthaltes wird er mehrmals zum Zweck eines multiprofessionellen Assessments aufgesucht. Hinzu kommen mehrmals wöchentlich stattfindende Patientengespräche. Da der Patient in der weiteren Betreuung eine depressive Symptomatik zeigt, wird er mit einem Antidepressivum behandelt. Auch gegen seine Schlafstörungen erhält er eine medikamentöse Behandlung.

Anfänglich muss Herr B. grundpflegerisch komplett vom Personal versorgt werden. Nachdem er ständig zur Selbstständigkeit angehalten wird, zeigen sich Verbesserungen. So war er urininkontinent, bis der Gebrauch der Urinflasche mit ihm geübt wurde, später konnte er regelmäßig Toilettengänge mit dem Personal unternehmen. Im täglichen Umgang klagt Herr B. immer wieder über Schmerzen im Rücken- und Bauchbereich, ist sehr auf seinen Stuhlgang fixiert und muss immer wieder abgeführt werden. Zudem belastet ihn seine eingeschränkte Mobilität. Er kann nicht gut laufen, erleidet häufige Schwindelattacken und ist dadurch auch sturzgefährdet.

Zu den Mahlzeiten besucht ihn meistens seine Tochter, die ihm dann bei der Nahrungsaufnahme behilflich ist. Der Patient scheint derzeit selbst nicht in der Lage zu sein, auf genügende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr zu achten. Mit der Tochter führt das Modellteam mehrere Beratungsgespräche, in denen auch eine Anbindung an die Gerontopsychiatrische Ambulanz empfohlen wird, um den Patienten zu Hause psychisch zu unterstützen. Nach vier Wochen wird Herr B. in gebessertem körperlichen und psychischen Zustand in eine geriatrische Rehaklinik entlassen, wo seine Mobilisation weiter gefördert werden soll.

Sechs Wochen später hat sich sein Zustand weiter verbessert. Herr B. ist wieder mobiler, und auch bemüht, seine Mobilität durch tägliche Spaziergänge, die er gemeinsam mit seiner Tochter unternimmt, auszubauen und zu festigen. Inzwischen hat er Pflegestufe 1 erhalten. Der Pflegedienst kommt aber nicht mehr, da während des Aufenthaltes in der Rehaklinik bei Blutzuckerkontrollen festgestellt wurde, dass Herr B. keine Insulingaben mehr benötigt und seine Blutzuckerprobleme über die Ernährung regulieren kann. Auch grundpflegerisch benötigt er keine fremde Hilfe mehr, leidet derzeit auch nicht an Inkontinenz oder sonstigen somatischen Problemen. Die

antidepressive medikamentöse Behandlung wird durch den Hausarzt fortgeführt.

Beim Hausbesuch macht Herr B. einen freundlichen und ausgeglichenen Eindruck und zeigt keine depressive Symptomatik. Er distanziert sich von seinen Todeswünschen und verdrängt den Vorfall, möchte nicht darüber sprechen. Er schläft wieder gut und hat großen Appetit (er beschwert sich über die zu kleinen Portionen beim Essen auf Rädern). Tagsüber beschäftigt er sich mit Lesen und Fernsehen, insbesondere Sportübertragungen interessieren ihn sehr. Er verfolgt das aktuelle Tagesgeschehen und die politische Situation, worüber er gerne diskutiert. Unterhaltung erfährt er außerdem durch Besuche von Nachbarn, die häufig vorbeikommen, um nach ihm zu schauen. Herr B. ist sehr erfreut darüber, wieder selbstständiger und zeitlich weniger eingeschränkt durch die Besuche des Pflegedienstes zu sein. Er macht einen sehr kontaktfreudigen und gesprächigen Eindruck und scheint die Zuwendung zu genießen. Die ihm vorgeschlagene Anbindung an das Zentrum für Seelische Gesundheit zur Förderung sozialer Kontakte hat er bisher nicht angenommen, weil er sich nicht mobil genug fühlt.

Drei Monate nach seinem Krankenhausaufenthalt hat sich Herr B. körperlich und psychisch abermals verbessert und stabilisiert. Er macht seine täglichen Spaziergänge inzwischen alleine. Er lebt nach einer festen Tagesstruktur, die ihm auch Beschäftigung bietet. Mit seiner momentanen Betreuung und seinem Leben ist er sehr zufrieden. Den Aufbau neuer Beziehungen wünscht er weiterhin nicht, weil er sich hierbei durch seine Schwerhörigkeit behindert fühlt.

Weitere drei Monate später hat sich seine Verfassung stabilisiert. Inzwischen geht er sogar zweimal täglich jeweils ca. einen Kilometer spazieren. Seine Versorgung zu Hause ist unverändert, er kommt weiterhin gut zurecht. Seine wichtigste Bezugsperson ist die Tochter, die nach wie vor einmal täglich bei ihm vorbeikommt und am Wochenende kleinere Ausflüge mit ihm unternimmt. Psychisch ist er in guter Stimmung, die somatischen Probleme, die damals mit ausschlaggebend für den Suizidversuch waren, sind nicht mehr aufgetreten. Wegen seiner Diabetes und eventueller Verdauungsprobleme achtet er selbst auf eine gesunde ausgewogene Ernährung mit ausreichender Flüssigkeitszufuhr.

Ungeachtet seines hohen Alters ist Herr B. mit seinem Leben sehr zufrieden und akzeptiert seine körperlichen Defizite. Er reflektiert seine Situation sehr

realistisch und hofft, dass sein Befinden so bleibt und er weiter relativ selbstständig leben kann. Der Zukunft sieht er mit Gelassenheit entgegen, er nehme die Tage wie sie kommen. Von Suizidideen distanziert er sich glaubhaft. Seine weitere Entwicklung ist schlecht vorherzusehen, da wegen des hohen Alters jederzeit eine Veränderung seiner somatischen Verfassung auftreten kann. Momentan hat Herr B. eine regelmäßige Tagesstruktur, eine seinen Bedürfnissen entsprechende zuverlässige Betreuung und zufriedenstellende soziale Kontakte. In diesem Rahmen ist es ihm möglich, trotz seiner Altersbeschwerden eine hohe Lebensqualität zu empfinden.

Fallbeispiel: Herr F. (s. Kap. 5.4.1)

1.3 Fallgruppe „Patient/innen mit anderen psychischen Erkrankungen“

Frau Y.

Frau Y. ist 70 Jahre alt, geschieden und lebt zurückgezogen mit sieben Katzen und einem Hund. Sie versorgte sich bisher völlig selbstständig und erwirtschaftete sogar einen kleinen Hinzuverdienst durch stundenweise Putzdienste. Seit vielen Jahren besteht kein Kontakt mehr zu den noch lebenden Familienangehörigen, der Schwester und Mutter in Westfalen sowie dem geschiedenen Ehemann. Nach Feststellung eines Tumors (Plasmozytom) wird sie im März 2001 in die Chirurgische Abteilung aufgenommen.

Anfang April wird der Liaisondienst hinzugezogen, weil dem Pflegepersonal Frau Y.'s depressive und ängstliche Art auffällt. Der Modellarzt diagnostiziert eine Anpassungsstörung im Sinne einer depressiven Reaktion auf die als unheilbar prognostizierte Krebserkrankung. Die psychische Erkrankung wird nun einerseits medikamentös therapiert, Frau Y. erhält einen Tranquilizer (Tavor), ein Antidepressivum (Septram) und ein Schlafmittel (Planum mite). Andererseits wird sie fast täglich von den Mitarbeiterinnen des Liaisondienstes besucht. Verursacht durch ihre Tumorerkrankung ist sie zu diesem Zeitpunkt körperlich erheblich eingeschränkt, über Wochen hinweg besteht eine nahezu vollständige Immobilität. Die Gefahr einer drohenden Querschnittlähmung wegen schwer geschädigter Wirbel im Brustbereich erlaubt nur ein Aufrichten des Oberkörpers bis maximal 30° aus der liegenden Position heraus. Die bisher völlig selbstständige Frau ist nun in allen Verrichtungen auf fremde Hilfe angewiesen, ein Umstand, der sie zusätzlich sehr belastet.

Beim Erstkontakt mit dem Liaisondienst wirkt sie passiv niedergeschlagen, mutlos, antriebslos und weinerlich, aber auch durchaus freundlich, zugänglich und offen. Nach eigener Aussage durchlebt sie ein Wechselbad der Gefühle: Angst, Wut, Trauer, Selbstmitleid, aufkeimende Hoffnung und Resignation. Einerseits erweckt sie den Eindruck, sie hätte bereits mit dem Leben abgeschlossen, andererseits klammert sie sich an jeden Strohhalm, an jede Bemerkung, die ihr Hoffnung macht. Die größte Sorge gilt ihren Haustieren. Sobald dieses Thema angesprochen wird, bricht sie in Tränen aus. Den wenigen Besuchen durch ihre Nachbarn steht sie ablehnend ge-

genüber. Sie möchte nicht zugeben, wie schlimm es um sie steht und versucht ihre Fassade zu wahren, was sehr anstrengend für sie ist.

Auf Grund der körperlichen Einschränkungen der Patientin sind ergotherapeutische Maßnahmen zunächst nicht möglich, so dass sich die Interventionen des Liaisondienstens auf stützende Gespräche konzentrieren. Dabei steht zunächst die Verarbeitung des nahestehenden Todes im Zentrum. Außerdem zeigen bereits die ersten Kontakte, dass Frau Y. den Liaisondienst braucht, um etwas Ordnung in ihr „Gefühlschaos“ zu bringen. Da die Patientin außerdem allein in ihrem Zimmer liegt und kaum Ansprache hat, bieten ihr die Gespräche Abwechslung und Ablenkung von ihren Grübelzwängen und eine feste Struktur, an der sie sich im Tageslauf orientieren kann.

Nachdem eine Vertrauensbasis aufgebaut ist, berichtet die Patientin zunehmend von ihren familiären Konflikten. Momentan hat sie keine Absicht, die Verwandtschaft über ihre Erkrankung aufzuklären. Sie berichtet über ihr schwieriges Verhältnis zu den Eltern. Mit ihrer Mutter hat sie sich nach dem Tod des Vaters wegen des großväterlichen Erbes entzweit, sie fühlt sich zugunsten ihrer Schwester um ihr Erbe betrogen. Außerdem sei die Mutter für sie nie eine Bezugsperson gewesen, da Frau Y. bei ihren Großeltern aufwuchs. In den Gesprächen wird deutlich, dass in der Kindheit Kränkungen und Abweisungen stattgefunden haben, die Frau Y. heute noch belasten. Auch die Ehe mit ihrem Exmann hat sie nicht als glücklich empfunden, sie fühlt sich von ihm ausgenutzt und um den gemeinsamen Besitz hintergangen. Zwar beschreibt sie ihr Gefühl gegenüber den Angehörigen als Gleichgültigkeit, doch zeigt sie andererseits auch eine gewisse Sehnsucht nach deren Akzeptanz und Anteilnahme und vermisst Geborgenheit. Ihr Leben hätte nur aus Enttäuschungen, Verletzungen, Lieblosigkeit und ungerechtfertigten Schuldgefühlen bestanden. Deshalb setze sie sich bewusst hinsichtlich ihrer Krankheit die rosarote Brille auf, möchte alles, was sie beunruhigt von sich fernhalten.

Frau Y. zeigt häufige Stimmungswechsel. Sie ist sehr empfänglich für positive Äußerungen des medizinischen und pflegerischen Personals, filtert alle Informationen heraus und bauscht sie auf, auf Grund derer sie sich wieder Hoffnungen machen kann. Andererseits ist sie bei negativen Einschätzungen extrem verunsichert, so dass es häufig des Liaisondienstes bedarf, um sie im Anschluss wieder zu beruhigen. Besonders wichtig ist ihr die Frage,

ob sie noch einmal nach Hause kommen wird oder in ein Pflegeheim übersiedeln muss, und fordert diesbezüglich Prognosen ein. Durch gemeinsame Gespräche mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten kann das Modellteam helfen, Frau Y. über ihren tatsächlichen Gesundheitszustand und ihre weiteren Perspektiven aufzuklären und Unklarheiten zu beseitigen. Mit dem Pflegepersonal wird abgesprochen, Frau Y. keine Vermutungen über ihre Zukunft mehr mitzuteilen oder ihr gegenüber Zweifel an ärztlichen, therapeutischen oder sonstigen Maßnahmen zu äußern. Neuigkeiten sollen Frau Y. erst mitgeteilt werden, wenn sie spruchreif sind, damit sie nicht aus dem Gleichgewicht gerät.

Zwischenzeitlich bemüht sich das Modellteam in Kooperation mit dem Krankenhaussozialdienst Frau Y. bei der Beantragung eines Pflegeheimplatzes zu unterstützen. Die Modellbeteiligten weisen Frau Y. dabei deutlich darauf hin, dass ein solcher Antrag keine Verbindlichkeit darstellt und wieder zurückgezogen werden kann, falls keine Notwendigkeit besteht. Während des Aufenthaltes muss wegen einer unabhängig von der Tumorerkrankung bestehenden Darmerkrankung (Divertikulitis) ein künstlicher Darmausgang angelegt werden.

Nach etwa zweieinhalb Monaten stationärer Behandlung ist die Patientin körperlich soweit stabil und mobil, dass mit der Ergotherapie begonnen werden kann. Beim Einsatz einer gestalterischen Technik wirkt sie sehr motiviert und konzentriert, wählt kräftige, leuchtende Farben aus, die sie unverkrampft und locker einsetzt. Auf das von ihr gestaltete Seidentuch ist sie sehr stolz und bittet darum, ein weiteres für die mittlerweile hinzu gekommene Zimmernachbarin herstellen zu dürfen. Nach Beendigung der Strahlen- und der Chemotherapie bekommt Frau Y. ein stützendes Korsett und kann durch die Physiotherapie soweit mobilisiert werden, dass ein selbstständiges Laufen mittels Gehhilfen/Rollator möglich wird. Sie kann jetzt auch kürzere Spaziergänge im Garten des Krankenhauses unternehmen, was ihr große Freude bereitet. Die Modellmitarbeiterin sieht sich sogar gezwungen, Frau Y. ein wenig zu bremsen und mit ihr über das Thema Überforderung zu sprechen. Die Gespräche mit dem Liaisonsteam empfindet die Patientin weiterhin als große Unterstützung. Sie stärken ihre Motivation und ihren Willen und helfen ihr über Phasen von Mutlosigkeit hinweg.

Nach der überraschenden körperlichen Stabilisierung der Patientin wird zunehmend über eine Entlassung in die eigene Häuslichkeit nachgedacht, was

Frau Y.'s größter Wunsch ist. Der Liaisondienst beginnt damit, den Aufbau eines ambulanten Hilfenetzes anzustoßen. Zu regeln sind vor allem die Beantragung einer Pflegestufe, regelmäßige Besuche der Sozialstation, Essen auf Rädern, Versorgung der Haustiere durch den Tierschutzbund und die Anbindung an die Gerontopsychiatrische Ambulanz. Auch eine gesetzliche Betreuung wird in die Wege geleitet, nachdem die Patientin von ihren Sorgen berichtet, dass sie zwar Hilfe bei Ämtergängen benötige, jedoch keiner Person in der Nachbarschaft soweit vertraue. Bevor sie der Beantragung einer gesetzlichen Betreuung zustimmt, die auch die notwendigen ambulanten Hilfen organisieren soll, muss sie jedoch erst durch die Ergotherapeutin überzeugt werden. Ihr waren Zweifel gekommen, nachdem sie durch negative Äußerungen des Pflegepersonals verunsichert worden war. Die gesetzliche Betreuung wird genehmigt für Gesundheitsfürsorge, Aufenthaltsbestimmung, Vermögenssorge, Wohnungsangelegenheiten, Vertretung gegenüber Behörden etc. sowie Entscheidung über Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen.

Im Laufe des stationären Aufenthalts entwickelt die Patientin zunehmend Lebenswillen und Kampfgeist, wenngleich sie in ihrer psychischen Verfassung immer noch instabil ist und sich durch unerwartete Ereignisse leicht verunsichern lässt. Die begrenzte Lebenserwartung ist ihr durchaus bewusst. Da die Tumorart, an der die Patientin leidet, durch einen sehr langsam fortschreitenden Verlauf gekennzeichnet ist, kann eine Prognose bezüglich der Lebenserwartung allerdings nicht mit Sicherheit gestellt werden. Anhaltende körperliche Stabilisierung und Gewährleistung eines stabilen Versorgungsrahmens vorausgesetzt, ist zu diesem Zeitpunkt zunehmend vorstellbar, dass die Patientin noch einige Zeit in ihrem häuslichen Milieu weitgehend selbstständig verweilen kann, wenn auch die Gefahr einer Querschnittslähmung laut des behandelnden Onkologen noch nicht gebannt ist.

Mitte Juli wird Frau Y. entlassen, nach einigen Tagen zu Hause begibt sie sich für drei Wochen in eine Rehabilitationseinrichtung. Zum Zeitpunkt des ersten Hausbesuchs im August 2001 hat sich Frau Y.'s körperlicher und psychischer Zustand weiter verbessert. Inzwischen ist Pflegestufe 1 genehmigt worden. Die Patientin offenbart nun eine lebensbejahende, zuversichtliche und optimistische Einstellung. Sie verdrängt Gedanken an das Thema „Tod“ und genießt ihr relativ selbstständiges Leben. Vordergründig besteht vor allem Angst vor einer Querschnittslähmung und der daraus folgenden Immobilität, was Frau Y. jedoch ebenfalls weitgehend verdrängt. Sie äußert

sich sehr zufrieden über die ihr zugeteilte Betreuerin, deren Tätigkeit sie als Entlastung empfindet, da sie sich mit behördlichen Angelegenheiten überfordert fühlt.

Derzeit geht es Frau Y. körperlich so gut, dass sie ihren Haushalt überwiegend selbstständig führen kann. Sie ist mobil genug, um kurze Spaziergänge zu unternehmen und kleinere Besorgungen zu tätigen. Durch die Sozialstation erhält sie Unterstützung bei der Grundpflege, der Versorgung des künstlichen Darmausganges, der Medikamentengabe, der Wohnungsreinigung und der Erledigung von Einkäufen. Außerdem kommt einmal täglich Essen auf Rädern, was sie aus Eigenmitteln finanziert. Bei Betreuung und Pflege der mittlerweile nur noch sechs Katzen erhält sie Hilfe durch den Katzenschutzbund. Zwischenzeitlich hat man ihr auch ein Pflegebett zur Verfügung gestellt, das ein schmerzfreies Liegen ermöglicht.

Auffällig ist, dass die vorher sehr zurückgezogen lebende Frau vermehrt Sozialkontakte aufgenommen hat. Nach ihren Erfahrungen während des Krankenhausaufenthaltes kann sie nun besser auf die Angebote von Nachbarn und Bekannten eingehen, die ihr Unterstützung und Gesellschaft anbieten. Sie hält außerdem regelmäßigen telefonischen Kontakt zu einer Mitpatientin aus dem Krankenhaus. Die ambulante Chemotherapie wird in Kürze abgeschlossen sein. Ein kurzer stationärer Aufenthalt zur Überprüfung des Therapieerfolgs wird sich daran anschließen. Die Patientin ist beunruhigt, dass sich trotz ihres momentanen Wohlbefindens negative Resultate ergeben könnten.

Nach drei Monaten ist der körperliche und psychische Zustand von Frau Y. unverändert. Pflegestufe 2 ist beantragt, aber noch nicht genehmigt. Die Patientin hat die Nachuntersuchung im Krankenhaus zwischenzeitlich hinter sich gebracht. Diese ergab positive Resultate, die Regeneration im Bereich der Wirbelsäule ist gut verlaufen. Frau Y. ist nun deutlich gehobener Stimmung, sie zeigt einen normalen Antrieb, auch wenn sie manchmal über vermehrte Müdigkeit im Anschluss an die Chemotherapie klagt. Sie ist an ihrer Umwelt interessiert und bemüht sich vor allem im hauswirtschaftlichen Bereich um größtmögliche Selbstständigkeit. Bisher war es ihr durch das stützende Korsett nicht möglich sich zu bücken, dies kann sie nun durch den Einsatz einer verordneten Greifzange kompensieren. Auch durch einen Toilettenaufsatz ist sie weniger auf Hilfen angewiesen. Das Essen auf Rädern

hat sie aus Kostengründen und aus Unzufriedenheit mit der Qualität abbestellt. Kleinere Mahlzeiten kocht sie nun selbst.

Frau Y. ist bedrückt, weil sie befürchtet, dass dem Antrag auf Pflegestufe 2 auf Grund ihrer Selbstständigkeit nicht stattgegeben wird und macht sich nun große Sorgen wegen ihrer finanziellen Situation. Sie hat nur eine geringe Rente und ihr erspartes Vermögen ist fast aufgebraucht. Da sie nur in die Pflegestufe 1 eingruppiert ist, sei ein beträchtlicher Teil ihres Ersparnen in die Finanzierung der pflegerischen Versorgung geflossen. Frau Y. hat nun Angst, dass sie die Betreuung durch den Pflegedienst nicht mehr finanzieren kann. Dabei ist nach Meinung des Modellteams eher zu erwarten, dass zukünftig eine Erhöhung des Bedarfs an häuslichen Hilfeleistungen und pflegerischer Versorgung notwendig ist. Frau Y. erlebt weiterhin eine Intensivierung ihrer Sozialkontakte, z.B. zu einem Mitglied des Katzenschutzbundes, zu einigen Nachbarn und zu der mittlerweile zur Freundin gewordenen Mitpatientin aus dem Krankenhaus. Frau Y. erfährt von vielen Seiten Unterstützung und Hilfe und hat gelernt, diese vertrauensvoll anzunehmen.

Sechs Monate nach ihrem ersten Krankenhausaufenthalt haben sich der körperliche und der psychische Zustand weiter stabilisiert. Frau Y. ist wiederholt in guter Stimmungslage, äußert sich zufrieden über ihre Lebenssituation. Sie möchte die ihr verbleibende Zeit intensiv nutzen und äußert, keine Angst mehr vor dem Sterben zu haben. Ihr einziger Wunsch diesbezüglich sei es, zu Hause sterben zu dürfen. Mittlerweile ist der dritte Block der Chemotherapie abgeschlossen, Frau Y. beklagt einzig die daraus entstehende Gewichtszunahme, die in Zusammenhang mit medikamentös bedingtem vermehrtem Appetit stehen könnte. Ihre Hausärztin und ihr Onkologe sind sehr zufrieden mit dem Effekt der Chemotherapie. Die Patientin ist weiterhin um häusliche Selbstständigkeit bemüht, möchte diese nun auch weiter ausbauen. So möchte sie z.B. lernen, wie sie ihren künstlichen Darmausgang selbst versorgen kann. Ihre finanzielle Lage ist etwas angespannt und sie macht sich Gedanken über mögliche Einsparungen. Weiterhin ist sie sehr dankbar für alle Hilfeleistungen.

Frau Y. hat trotz ihrer schweren Erkrankung eine für sie zufrieden stellende Lebensqualität erreicht und bei Beibehaltung des Versorgungsniveaus ist auch perspektivisch eine beständige psychische Stabilität zu erwarten. Hervorzuheben ist auch ihr wiedergewonnenes Vertrauen in ihre Mitmenschen,

das ihr das Annehmen von Hilfen erleichtert und ihr Leben durch soziale Kontakte bereichert.

Frau S.

Frau S. ist 69 Jahre alt, als sie Mitte Juli 2000 zur Behandlung von durch Diabetes entstandenen Durchblutungsstörungen und offenen Geschwüren am rechten Unterschenkel in die Chirurgische Abteilung aufgenommen wird. Vor zwei Jahren musste bereits der linke Unterschenkel amputiert werden. Zehn Tage nach ihrer Krankenseinweisung verstirbt ihr Ehemann offenbar an den Folgen seiner Alkoholsucht. Sie lebte bisher mit ihm in einer Wohnung in einem kleinen Weiler. Gemeinsame Kinder hat das Ehepaar nicht. Aus ihrer ersten Ehe hat die Patientin eine Tochter, die jedoch nach der Scheidung beim Vater aufwuchs, und zu der kaum Verbindung besteht. Ihr zweiter Ehemann hat zwei Kinder aus erster Ehe, zu diesen besteht ebenfalls kein gutes Verhältnis. Die einzige Familienanbindung besteht im Kontakt zur Schwägerin, zu der Frau S. eine gute Beziehung entwickelt hat, und die sie auch ab und zu im Krankenhaus besucht.

Der Kontakt mit dem Konsiliar- und Liaisondienst kommt etwa vier Monate nach der Einweisung zustande. Die Patientin leidet an einer Anpassungsstörung, zeigt eine deutliche depressive Symptomatik nach schwerer Belastung. Eine medikamentöse Behandlung lehnt sie ab, da sie Nebenwirkungen befürchtet und so wenig Medikamente wie möglich einnehmen möchte. Frau S. wirkt distanziert freundlich und gibt zu verstehen, dass sie keine Hilfe braucht. Sie ist trotzdem mit weiteren Kontakten einverstanden.

In den ersten Gesprächen wird deutlich, dass die Patientin die Realität massiv verdrängt oder verleugnet. So berichtet sie, dass sie mit Prothese und Rollator noch gut laufen könne und soweit mobil sei, dass sie zu Hause zu recht kommen werde. Sie habe in ihrem Wohnort Freundinnen und Nachbarn, die ihr zu jeder Zeit behilflich seien, sie habe gute soziale Kontakte. Die Schwägerin, die etwas entfernt wohnt, würde sie sehr häufig besuchen. Im Gespräch mit dem Arzt und dem Pflegepersonal stellt sich die Situation anders dar. Frau S. ist nicht mehr mobil und kommt nur wenig aus dem Bett. Sie erhält auch kaum Besuch, auch die Schwägerin ist nur selten da.

Nachdem sie anfänglich eher zurückhaltend war, wird die Patientin in den Gesprächen mit den Mitarbeiter/innen des Konsiliar- und Liaisondienstes bald zugänglicher und lebhafter, allerdings nur soweit sich die angesproche-

nen Themen eher an der Oberfläche bewegen. Sobald der Tod des Ehemanns oder ihr Krankheitsverlauf und die damit verbundenen Zukunftsperspektiven angeschnitten werden, verschließt sich die Patientin, möchte diese Themen lieber verdrängen. Erst nach mehreren Kontakten fasst sie zusehends Vertrauen, wird offener, kann über ihre bisher verdrängten Gefühle, wie Trauer, Wut, Enttäuschung und Ängste, sprechen und sich diesbezüglich erleichtern. Wenn die Fachkrankenschwester zu Besuch kommt, wünscht sich Frau S. häufig, mit dem Rollstuhl in den Garten oder ins Café gebracht zu werden, was sie sichtlich entspannt und ihre Stimmung deutlich aufhellt. Sie zeigt nun ein großes Mitteilungsbedürfnis. Sie beklagt, dass ihre Zimmergenossen alle überaltert seien und sie keinen gleichwertigen Gesprächspartner habe. Sie zeigt Interesse am Weltgeschehen und ist auch musisch interessiert, früher besuchte sie gern Konzerte. Die Konversation mit der Fachkrankenschwester tut ihr nach eigener Aussage gut, die ergotherapeutischen Angebote lehnt sie aber ab.

Frau S. berichtet, dass ihre Ehe sehr konfliktreich und in den letzten Monaten kaum noch erträglich war. Es belastet sie sehr, dass nach dem Tod des Ehemanns herauskam, dass er Schulden gemacht hat, sie hinterging und unehrlich war. Sie hat massive existenzielle Ängste und bittet das Modellteam, ihren Rentenanspruch zu klären. Die Patientin erzählt auch aus ihrer Lebensgeschichte. Sie wuchs als Einzelkind auf, lebte bei den Eltern, machte eine Ausbildung zur Arzthelferin, später eine Umschulung zum Operator und arbeitete danach bei einem großen Elektronikkonzern. Frau S. erzählt, dass sie in ihrem Leben mehrmals massiv enttäuscht wurde. Ihre erste Ehe endete mit Scheidung. Ihre Tochter wuchs danach beim Vater auf. Sie ist heute verheiratet, lebt in München und interessiert sich nicht weiter für die Mutter. Im Alter von 54 Jahren heiratet Frau S. zum zweiten Mal. Mit 57 Jahren muss sie wegen langjährigem Diabetes mellitus in die Frührente eintreten. Vor dem Klinikaufenthalt konnte sie sich mit Hilfe des Ehemanns gut versorgen. Wie dies nach seinem Tod nun aussehen soll, verdrängt die Patientin.

Frau S. beschreibt sich selbst als selbstständigen Menschen, wirkt aber häufig unsicher, was sie gut überspielt, z.B. durch kritisches Hinterfragen anderer Personen und deren Handlungen. Durch diese Haltung macht sie sich beim Pflegepersonal nicht gerade beliebt. Die Pflegekräfte beschreiben die Patientin zwar einerseits als freundlich angepasst, andererseits aber wird ihre kritische Art als unangenehm empfunden, teilweise auch belächelt.

In den Gesprächen kann sie der Modellbeteiligten auch anvertrauen, dass sie sich mit den nach dem Tod des Ehemanns notwendig gewordenen Formalitäten, wie Erbangelegenheiten und Bankgeschäften, überfordert fühlt. Es stellt sich heraus, dass sie mehrere Rechnungen, Zahlungsaufforderungen und behördliche Schreiben, die sie im Krankenhaus erhielt, einfach hat liegen lassen. Die Fachkrankenschwester zeigt ihr Hilfsmöglichkeiten auf, z.B. den Sozialdienst im Krankenhaus, oder auch, dass sie eine gesetzliche Betreuung für diesen Bereich und für einen begrenzten Zeitraum beantragen kann. Dies lehnt Frau S. derzeit noch ab, es ist ihr aber bewusst, dass sie auf längere Sicht hierbei Hilfe benötigen wird. Der Konsiliar- und Liaisondienst führt einige Telefonate mit verschiedenen Stellen für sie durch und nimmt auch Kontakt zum Sozialdienst des Krankenhauses auf. Die Patientin erhält in der Folge Unterstützung bei den anstehenden Vorgängen, z.B. bei Erbausschlagung, Sortieren und Erledigen von Rechnungen usw. Die Fachkrankenschwester begleitet die Patientin außerdem zu einem Termin beim Notar und nimmt Kontakt zum VDK und mit der zuständigen Gemeindeverwaltung auf, um Hilfe bei der Beantragung der Rente zu erhalten.

Etwa vier Wochen nach dem ersten Kontakt mit dem Modellteam erleidet Frau S. einen Stimmungseinbruch: Sie hatte gehofft, spätestens an Weihnachten in einer Rehaklinik zu sein, was sich auf Grund weiterer notwendig gewordener Operationen zerschlagen hat. Dass sie über den Ablauf des nächsten Eingriffs und die Prognose noch nicht aufgeklärt wurde, verunsichert sie sehr. Sie fürchtet sich vor postoperativen Schmerzen und vor einem Misserfolg der geplanten Hautverpflanzung. Die Patientin wirkt nun noch resignierter als beim Erstkontakt. Sie zeigt ein depressives Zustandsbild mit Antriebsschwäche, Interessen- und Hoffnungslosigkeit. Gedanklich ist sie völlig auf ihr Bein und die anstehende Operation fixiert. Der Modellarzt empfiehlt ihr nachdrücklich eine antidepressive Medikation. Bei der Auswahl des Medikamentes wird genau darauf geachtet, ein Mittel zu wählen, das arm an Neben- und Wechselwirkungen ist, um die Compliance der Patientin nicht zu gefährden. Frau S. wird ausführlich über die Wirkung der Medikamente aufgeklärt. Nachdem ihr die Medikamenteneinnahme in mehreren Gesprächen von der Fachkrankenschwester nahe gelegt wird, stimmt sie schließlich zu.

Allmählich gelingt es Frau S., ihre Situation und ihre Zukunftsperspektiven besser einschätzen zu können. Sie ist derzeit fest entschlossen, ihre Wohnung aufzugeben und in ein betreutes Wohnen umzuziehen. Gemeinsam

mit dem Sozialdienst versucht das Modellteam, eine geeignete Unterkunft für Frau S. zu finden. Teilweise flüchtet sie sich aber in Phantasievorstellungen, glaubt, sie würde vielleicht eine ältere Dame kennen lernen, die mit ihr zusammen in ihrer Wohnung würde leben wollen. Dem Abschied von den Gesprächspartnerinnen des Modellteams sieht sie mit Wehmut entgegen.

Während des Krankenhausaufenthaltes stellt es sich als Problem heraus, dass Frau S. auf plötzliche Veränderungen grundsätzlich mit massiven Ängsten, Befürchtungen und Ablehnung zu reagieren scheint. So führt eine mangelnde Aufklärung über ein orthopädisches Hilfsmittel zu einer Krise, die der Intervention durch das Modellteam bedarf. Frau S. wirkt emotional aufgelöst, sie fühlt sich unter Druck gesetzt und äußert eine Vielzahl von zum größten Teil unrealistischen Ängsten. Die Fachkrankenschwester kann ihr im Gespräch die positiven Aspekte dieses Hilfsmittels aufzeigen, so dass Frau S. schließlich damit einverstanden ist. Mit dem Pflegepersonal wird abgesprochen, dass Frau S. auf solche Maßnahmen vorbereitet und hingeführt werden sollte.

Mit Hilfe der Gespräche und der medikamentösen Behandlung kann der psychische Zustand der Patientin bis zur Entlassung in die Anschlussheilbehandlung Ende Januar stabilisiert werden. Sie ist ausgeglichen, kann ihr Befinden äußern und über die negativen Gefühle bezüglich ihres Ehemanns offen sprechen. Sie entwickelt wieder Zukunftsperspektiven, ihr Selbstwertgefühl ist gestiegen, und sie fühlt sich wohl. Frau S. soll sich, spätestens vor der Entlassung aus der Rehaklinik beim Liaison- und Konsiliardienst melden, damit sie an die Gerontopsychiatrische Ambulanz angebunden werden kann und damit das häusliche Umfeld und die entsprechenden Hilfen organisiert werden können. Eine ehrenamtliche Besucherin, zu der Frau S. in den letzten Monaten eine gute Beziehung aufgebaut hat, wird sie weiterhin auch während ihres Reha-Aufenthaltes besuchen und sie zu Hause unterstützen.

Nach zwei Wochen Reha-Behandlung und einigen Tagen zu Hause wird Frau S. wegen massiver Schmerzen im Bein wieder im Krankenhaus aufgenommen. Der rechte Unterschenkel muss amputiert werden. Dies stellt für Frau S. jedoch keine allzu große Belastung dar, am intensivsten beschäftigt sie die Situation zu Hause, wo sie sich sehr alleine fühlte und sie unter der Unordnung und der Spuren, die ihr Ehemann hinterließ, gelitten hat. Im Krankenhaus fühlt sie sich entlastet. Es zeigt sich, dass sie massive Ängste vor der Rückkehr nach Hause hat, insbesondere bereitet es ihr Probleme,

das Schlafzimmer, das auch das „Sterbezimmer“ des Ehemannes war, zu betreten. Es wird vereinbart, dass die Mitarbeiterin des Konsiliar- und Liaisondienstes Frau S. kurz vor der Entlassung nach Hause begleitet, um dort aufzuräumen und der Patientin bei der Bewältigung von negativen Emotionen beizustehen.

Anfang April wird sie aus dem Krankenhaus entlassen und besucht für zwei Wochen eine Rehabilitationseinrichtung. Dort kann sie soweit mobilisiert werden, dass sie sich beide Unterschenkelprothesen selbst anlegen und mit Gehhilfen bzw. mit einem Rollator selbstständig laufen kann. Wie besprochen wird sie am Entlassungstag von der Fachkrankenschwester abgeholt und nach Hause gebracht. Gemeinsam mit der Vermieterin wird die Wohnung von unliebsamen Hinterlassenschaften und von belastenden Erinnerungsstücken befreit.

Vier Wochen später hat sich der psychische Zustand der Patientin verbessert. Nach anfänglichen Schwierigkeiten bei der Findung eines geregelten Tagesablaufs hat sie sich gut eingelebt. Die Patientin nimmt zwar noch das verordnete Antidepressivum, aber ihre Motivation lässt zunehmend nach. Sie ist sehr kritisch gegenüber allen Medikamenten, lebt sehr gesund und bewusst. Sie ist fest davon überzeugt, dass sie die Krise überwunden hat. Sie will die vorhandene Packung noch aufbrauchen und das Medikament dann nach Rücksprache mit dem Hausarzt absetzen. Frau S. zeigt derzeit tatsächlich keine depressive Symptomatik, ihr Antrieb ist unauffällig, sie gibt sich kämpferisch und möchte auf jeden Fall in ihrer Wohnung bleiben. Dort genießt sie die Aussicht, die Natur und die Ruhe. Betreutes Wohnen sei für sie kein Thema mehr. Die Fachkrankenschwester weist sie darauf hin, dass sich ihr körperlicher Zustand durchaus verschlechtern könnte, sie dann mehr auf Hilfe angewiesen sei und sie diesbezüglich planen sollte. Eine Voranmeldung im Pflegeheim ist für Frau S. denkbar, sie möchte aber in der näheren Umgebung bleiben.

Den Tagesablauf hat sie gut strukturiert, sie benötigt viel Zeit zur Körperpflege, die sie selbstständig erledigt. Leichtere Hausarbeiten, wie morgens und abends eine Mahlzeit richten, Staub wischen, Abspülen usw. erledigt sie ebenfalls selbst und hat damit auch Beschäftigung. Das Mittagessen wird tiefgefroren von einem ambulanten Dienst geliefert. Darüber hinaus hilft ihr zweimal täglich die Sozialstation beim Insulinspritzen und bei der Blutzuckerkontrolle und kümmert sich zusätzlich um die Wäsche. Einkäufe über-

nimmt die Vermieterin. Eine Pflegestufe hat Frau S. nicht erhalten, weil sie zu selbstständig ist.

Auch ihre körperliche Verfassung hat sich stabilisiert. Die Stützstrümpfe bereiten ihr keine Schwierigkeiten mehr. Mit ihrem neuen Rollator ist sie flexibler geworden und kann in der Wohnung auch Gegenstände befördern, was mit Gehhilfen nur eingeschränkt möglich war. Die Wohnung hat Frau S. bisher nicht verlassen, da sie die Treppen noch nicht überwinden kann. Bald wird sie mit Krankengymnastik beginnen.

Ihre sozialen Kontakte beschränken sich auf die Besuche durch die Mitarbeiterinnen des ambulanten Dienstes und auf regelmäßige Telefongespräche mit der Schwägerin. Um sich zu beschäftigen sieht Frau S. viel fern, ist über das örtliche und politische Zeitgeschehen gut informiert, insbesondere genießt sie auch Musiksendungen. Finanzielle Sorgen hat sie nicht mehr, nachdem sie den Rentenbescheid über ihre Witwenrente erhalten hat. Sie kann nun gut kalkulieren und wenn die Umstände so bleiben, hat sie ihr Auskommen.

Zum Zeitpunkt des zweiten Hausbesuchs ist der psychische Zustand von Frau S. weiter stabil. Das Antidepressivum hat sie inzwischen mit Einverständnis des Hausarztes abgesetzt. Sie hat keinerlei Schlafprobleme, ihre Stimmung ist ausgeglichen. Wutgefühle auf den verstorbenen Ehemann kommen immer noch auf, vor allem wenn sie irgendwo eine versteckte Flasche oder Zigaretten findet. Sie schimpft dann laut über ihren Mann, dies erleichtere sie, sie denke dann auch nicht weiter drüber nach. Ihre körperliche Verfassung ist unverändert, allerdings kann sie die neue Prothese nur stundenweise tragen, der Stumpf sei wegen der sehr heißen und schwülen Witterung empfindlicher.

Ihre soziale Situation ist ebenfalls unverändert. Sie möchte in ihrer eigenen Wohnung bleiben, eine angebotene frei gewordene Wohnung im betreuten Wohnen hat sie abgelehnt. Telefonische Kontakte, insbesondere zur Schwägerin, sind sehr wichtig für sie. In diesem Zusammenhang gibt die Fachkrankenschwester der Patientin die Empfehlung, sich beim VDK zu informieren, da sie durch ihre körperliche Behinderung Anspruch auf Vergünstigungen hat. Dieser Verein ist auch behilflich bei Antragstellungen, gibt Informationen weiter und organisiert Treffen.

Drei Monate später ist die Depression völlig abgeklungen. Das Selbstbild der Patientin hat sich wesentlich verbessert, sie schaut wieder gerne und oft in den Spiegel und gefällt sich selbst wieder. Frau S. hat auch an Gewicht zugenommen, ihre Kleidung passt wieder, sie meint, alles habe sich gut eingespielt. Sie könne nun Tag wie Nacht angstfrei und ohne massive Schreckhaftigkeit leben, fühle sich ausgeglichen und sei mit sich selber im Reinen. Körperlich hat sie sich an beide Prothesen gewöhnt, die übermäßige Empfindlichkeit hat sich gelegt, und sie läuft sicher mit ihrem Rollator in der Wohnung. Obwohl Frau S. die Wohnung immer noch nicht verlassen kann, hat sich ihre soziale Situation verbessert. Sie hat Kontakt zu zwei alten Freundinnen aufgenommen, die sie häufig besuchen. Gemeinsam haben sie Zukunftspläne für den Winter geschmiedet und wollen ihr Hobby „Malen“ zusammen wieder aufnehmen. Um intensiver Gehschule zu betreiben und insbesondere das Treppensteigen zu üben, ist für die nächsten Wochen eine nochmalige Rehabehandlung geplant.

Frau S. hat ihr Leben momentan gut im Griff, solange der Tagesablauf geregelt ist und keine unvorhergesehenen Begebenheiten eintreten. Sie ist weiterhin an ihre Wohnung gebunden, was ihr zurzeit aber keine Probleme bereitet. Ihre Perspektive ist durchaus positiv, sie hat sich psychisch soweit stabilisiert, dass keine Gefährdung für einen Rückfall absehbar ist. Die durch die regelmäßigen Kontakte zu externen Hilfen geschaffenen Strukturen tragen zu ihrer Sicherheit bei. Außerdem hat sie sich Ziele gesetzt, die realistisch scheinen. Frau S. ist glücklich, dass sie ihr Leben genießen kann. Die letzten Monate mit ihrem alkoholkranken Ehemann waren traumatisch, sie lebte in Ängsten und Schwierigkeiten. In den regelmäßigen Gesprächen mit dem Modellteam hat sie gelernt, ihre Gefühle zu äußern und sich so zu erleichtern. Nach eigener Aussage hat sie die Gespräche mit dem Modellteam als große Stütze empfunden, da sie sich dadurch aufgehoben fühlte und mit ihren Problemen nicht allein dastand. Durch die professionelle Unterstützung ist es ihr außerdem gelungen, einen Bezug zur Realität herzustellen, ihre Behinderung zu akzeptieren und in ihr Leben einzubeziehen.

Frau W.

Frau W. ist 78 Jahre alt und lebt seit 27 Jahren alleine in der eigenen Wohnung. Ihr Ehemann ist vor langer Zeit verstorben, ihr gemeinsames Kind starb noch im Säuglingsalter. Sie hat keine näheren Angehörigen mehr, außer einigen in Ostdeutschland lebenden Cousins. Seit etwa einem Jahr

leidet sie an massiven, durch Diabetes verursachten Sehstörungen. Ihre Mobilität ist ebenfalls eingeschränkt, denn nach beidseitigem Hüftgelenkersatz und wegen ihres Übergewichtes kann sie nur schlecht mit Hilfe eines Rollators laufen. Sie wird durch einen Pflegedienst versorgt, der die Medikamente richtet und das Mittagessen liefert. Grundpflegerisch versorgt sie sich selbst. Eine Pflegestufe wurde abgelehnt, weil sie Hilfen nicht regelmäßig zulässt. Nachbarn unterstützen sie bei Einkäufen und bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Einige Bekannte kümmern sich ebenfalls um sie, wobei es in der letzten Zeit wiederholt zu Streitigkeiten kam. Die ambulante Betreuung gestaltete sich auch konfliktreich. Frau W. hat die Pflegedienste mehrfach gewechselt, und ebenso den Hausarzt, da sie sich schlecht betreut fühlte. Die letzten Jahre war sie wegen diverser gesundheitlicher Probleme (Hüft-OP, Diabeteseinstellung) im Krankenhaus.

Als sie Ende Juli 2002 zur Diabeteseinstellung ins Klinikum kommt, wird einen Tag nach der Aufnahme wegen Umgangsschwierigkeiten und Konflikten zwischen Pflegepersonal und Patientin der Liaisondienst verständigt. Probleme entstehen vor allem, weil die Patientin therapeutisch notwendig erscheinende Maßnahmen verweigert und eine äußerst wechselhafte Stimmungslage zeigt. Der Modellarzt klassifiziert das Verhalten der Patientin als Anpassungsstörung i.S. einer akuten Belastungsreaktion, die nun medikamentös anbehandelt wird. Während des Aufenthaltes finden mehrmals wöchentlich Gespräche mit der Patientin statt, und das Modellteam führt auch einige Telefonate mit den sie bisher betreuenden Personen, um Informationen über die häusliche Situation zu erhalten.

Der Pflegedienst berichtet von häuslichen Verwahrlosungstendenzen bei zunehmender Hilfebedürftigkeit und nächtlicher Desorientierung mit Verfolgungsängsten. Frau W. wird als sehr schwierige Persönlichkeit geschildert, die sich ambivalent gegenüber den Pflegepersonen und wechselhaft im Verhalten zeigt. Einerseits sei sie sehr misstrauisch und ablehnend, verweigere auch jede Hilfestellung bei der Grundpflege, obwohl sie nicht allein zurechtkomme. Beispielsweise hätte sie tagsüber meist nur ein Nachthemd an. Zudem nehme sie ihre Medikamente nicht regelmäßig, sondern sammle diese in der Wohnung, in der insgesamt ein „großes Chaos“ herrsche. Andererseits verhält sie sich häufig äußerst freundlich und kooperativ, ist dann sehr um Zuwendung bemüht. Sie beklagt oft, dass sie zu Hause vereinsame.

Die sie Betreuenden halten die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung für wünschenswert, da Frau W. wegen ihrer gesundheitlichen Probleme mit der Regelung ihrer finanziellen Angelegenheiten überfordert ist. Der letzte Pflegedienst hat die Betreuung der Patientin beendet, nachdem sie die erbrachten Leistungen nicht durch ihre Unterschrift quittieren wollte und einige Rechnungen trotz vorhandenem Vermögen nicht bezahlt hat. Hinzu kommen massive Probleme im Umgang mit der Patientin, die meisten Pflegekräfte weigern sich, sie zu betreuen. Mehrmals mussten die betreuenden Personen gewechselt werden, da sie mit der Patientin nicht mehr auskamen.

Eine der Pflegepersonen berichtet, dass Frau W. sich nach einem Besuch bei Verwandten verändert habe. Damals sei sie verwirrt zurückgekommen, habe in ihrer Wohnung gesessen, hatte nichts zu essen und wirkte völlig planlos. Seitdem habe sich der Umgang mit der Patientin erschwert. In einem späteren Gespräch mit einem Cousin kann dies näher geklärt werden. Er erzählt, dass Frau W. im Frühjahr vier Wochen bei ihm und seiner Familie gewohnt hat. Das gemeinsame Ziel sei eigentlich gewesen, dass Frau W., obwohl sie seiner Ansicht nach nie eine einfache oder umgängliche Person gewesen ist, ihren Lebensabend dort verbringt. Alles sei gut verlaufen, bis Frau W. die Geheimnummer ihrer Bankkarte verlegt hat, sie somit kein Bargeld mehr abheben konnte. Der Cousin hat dann im Auftrag von Frau W. deren Bankberater angerufen, der ihr eine neue Karte ausstellte. Mit der neuen Geheimnummer kam sie wohl nicht zurecht, jedenfalls beschuldigte sie seit diesem Zeitpunkt den Cousin, dass er es nur auf ihr Geld abgesehen habe. Es kam zu massivsten Streitereien, die zum Abbruch des Aufenthaltes führten.

Frau W. selbst datiert den Beginn ihrer psychischen Probleme auf ihren letzten Krankenhausaufenthalt vor ein paar Monaten zurück, währenddessen sie nach eigenen Angaben unter Verfolgungsängsten litt. Danach fühlte sie sich auch zu Hause sehr unsicher, komme sich manchmal in der eigenen Wohnung fremd vor und reagiere seitdem auch sehr misstrauisch gegenüber Fremden. Ihr Misstrauen stieg wohl mit Verminderung der Sehfähigkeit. Sie entschuldigt es damit, im Alter irgendwie komisch zu werden. Frau W. hat nun zu kaum jemandem mehr Vertrauen. Dieser Argwohn trifft auch ihre Cousins, zu denen sie bisher immer einen guten Kontakt hatte. Von diesen fühle sich allein gelassen, finanziell ausgebeutet und hintergangen. Die ganzen Versprechungen, dass man sich um sie kümmern werde, seien nichts als Lippenbekenntnisse gewesen, um an ihr Geld zu kommen. Die Schen-

kung der Wohnung an einen der Cousins möchte sie nun rückgängig machen. Auch den Personen, die sie pflegerisch betreuen oder die für sie einkaufen, unterstellt sie, dass sie es nicht gut mit ihr meinen. Sie fühlt sich häufig übergangen und unzureichend informiert.

Frau W. entpuppt sich in den Gesprächen als eine sehr dominante Persönlichkeit, die größten Wert auf Eigenständigkeit und Selbstbestimmung legt. Sie hat bisher in ihrem Leben alles selbst geregelt und organisiert, war ihr ganzes Berufsleben lang in verantwortlichen Positionen tätig und lässt sich daher keine Vorschriften machen, kann sich auch nur schwer unterordnen und verabscheut es, wenn über ihren Kopf hinweg über sie bestimmt wird. Das Angewiesensein auf die Hilfeleistungen von anderen empfindet sie als Kontrollverlust, den sie dann durch schroffes, abwertendes und abweisendes Verhalten zu kompensieren versucht. Auch nach anderen vermeintlichen Kränkungen, z.B. wenn sie andere um einen Gefallen bittet, dieser aber nicht erwiesen wird, oder bei Überforderung treten diese aggressiven Verhaltensmuster auf. Teilweise führen vermeintliche Kleinigkeiten zu Wutausfällen, was ihr Verhalten u.U. als unberechenbar erscheinen lässt. Z.B. schüttet sie einmal einer Krankenschwester den morgendlichen Kaffee hinterher, weil diese so früh am Tag schon mit schriller Stimme ins Zimmer gekommen sei. Sie habe so viele schlechte Erfahrungen gemacht, dass sie solche Dinge nicht aushalten müsse. Frau W. ist sich durchaus bewusst, dass sie durch dieses Verhalten oft die Sympathie ihrer Mitmenschen verspielt.

Im Laufe der Betreuung durch den Liaisondienst wirkt sie allmählich ruhiger, ihre Gedanken geordneter. Sie sagt selbst, dass im Kopf nicht mehr dieses Durcheinander herrsche wie in den letzten Wochen und dass sie sich wohler fühle. In den Gesprächen wird nun deutlich, dass die körperlichen Einschränkungen für die Patientin überaus belastend sind. Sie empfindet dadurch keine Lebenslust mehr, und wenn sie ihr Leben bilanziert, kommt sie zu dem Schluss, dass dieses sinnlos geworden ist, da sich ihr Zustand, ihre Einsamkeit, die Alterserscheinungen allesamt nur verschlechtern. Deshalb verweigere sie das Insulin und auch die Medikamente. Diese verlängerten nur unnötig ihr Leben. Gegenüber Vorschlägen, wie sie dieses ändern könnte - z.B. mehr von sich aus auf andere zuzugehen, anstatt zu warten, dass die Leute zu ihr kommen -, zeigt sie sich resistent. Das liegt wohl daran, dass ihr Verhalten tief in ihrer Persönlichkeit verankert ist, die offenbar durch eine Kindheit geprägt ist, in der die Eltern das einzige Kind in vielerlei Hin-

sicht in seiner Entwicklung einschränkten, ihm beispielsweise den Umgang mit Gleichaltrigen verboten hatten.

Während des stationären Aufenthaltes gibt es immer wieder starke Auseinandersetzungen zwischen der Patientin und dem Klinikpersonal, insbesondere weil sie immer wieder die Insulingabe verweigert und sich nicht an die Diät hält. Auch von den Vorschlägen des Modellteams zur häuslichen Versorgung, z.B. hinsichtlich der Errichtung einer gesetzlichen Betreuung oder einer Anbindung an die Gerontopsychiatrische Ambulanz, kann Frau W. nicht überzeugt werden. Bevor dies alles weiter geklärt werden kann, wird Frau W. Mitte August plötzlich mit der Begründung entlassen, sie habe die nötige Mitarbeit an ihrer Behandlung verweigert.

Bereits einen Tag später wird sie aber als Notfall wieder eingewiesen. Es war zu handgreiflichen Auseinandersetzungen mit dem Essenslieferanten gekommen, so dass die Polizei verständigt werden musste, die Frau W. auf eigenen Wunsch ins Krankenhaus brachte. Auf der Station wiederholen sich die Auseinandersetzungen nach bekanntem Muster. Wegen ihres verschlechterten körperlichen Zustandes mit Einschränkungen beim Laufen und bei der Grundpflege benötigt sie mehr Hilfen, die sie nur schwer annehmen kann, fühlt sich oft übergangen und ist dann gekränkt. Ein besonders heftiger Streit mit dem Personal und dem Arzt entzündet sich daran, dass Frau W. nach Hause will, um Wäsche zu holen, ihr dies aber abgeschlagen wird. Der Liaisondienst kann hier erfolgreich intervenieren und die Situation mit dem behandelnden Arzt klären. Sie unterschreibt einen Urlaubsschein und wird beim Hausbesuch durch eine Fachkraft des Modellteams begleitet.

Frau W. möchte nach dem Krankenhausaufenthalt unbedingt in ihrer Wohnung bleiben, obwohl das Modellteam sie auf viele Schwierigkeiten hinweist. Vieles fällt ihr alleine schwer, sie kommt kaum aus der Wohnung und hat auch nur wenig Kontakt zu den Nachbarn. Sie kann sich in der Wohnung nur dürftig beschäftigen, auf Grund ihrer Sehbehinderung kommen weder Lesen noch Fernsehen noch Handarbeiten in Frage. Außerdem kann sie sich in Notfällen nicht alleine helfen. Als sie im Krankenhaus einmal hinfällt, benötigt sie beim Aufstehen die Hilfe von zwei Personen. Sie verdrängt die Problematik und meint, es werde schon irgendwie gehen. Sie ist aber einverstanden, dass Kontakt mit einem neuen Pflegedienst aufgenommen wird. Das Modellteam arrangiert mit dem Leiter einen gemeinsamen Besuch bei Frau W. Das Mittagessen wird nun bei einem Gasthof bestellt. Vor der Ent-

lassung wird der behandelnde Arzt vor dem Hintergrund der verminderten Compliance der Patientin gebeten, die verabreichten Medikamente und deren Dosis zu überdenken.

Eine Fachkraft des Modellteams begleitet die Patientin am Entlassungstag nach Hause und besorgt ihr auch die notwendigen Medikamente und Lebensmittel für Abendessen und Frühstück. Frau W. ist damit einverstanden, dass sie durch eine ihr vom Liaisondienst bekannte Fachkraft im Rahmen der Gerontopsychiatrischen Ambulanz weiter besucht wird. Das Ziel, eine Zustimmung zur gesetzlichen Betreuung zu erreichen, soll im ambulanten Rahmen weiter verfolgt werden. Vor allem wegen ihrer Persönlichkeitsstruktur ist es besonders wichtig, dass sie damit einverstanden ist, um eine gute Zusammenarbeit zu gewährleisten.

Zweieinhalb Wochen später lässt sich Frau W. wieder auf eigenen Wunsch ins Krankenhaus bringen, weil sie sich zu Hause so allein und schlecht versorgt fühlte. Sie nahm kaum mehr Nahrung zu sich und hegte ständig Misstrauen gegenüber verschiedenen Personen. Sie beschwert sich, dass keiner Zeit für sie habe und will am liebsten sterben. Frau W. äußert nun von sich aus den Wunsch, ins Pflegeheim zu gehen. Die Unterbringung wird nun durch die Stationsärztin und den Oberarzt forciert, die ebenfalls eine gesetzliche Betreuung beantragen. Dies sei notwendig, weil sich Frau W. wegen unregelmäßiger Medikamenteneinnahme selbst gefährde und sie alleine nicht mehr zurechtkomme. Frau W. sei bei ihnen getestet worden, sie habe gravierende kognitive Defizite. Das Modellteam weist darauf hin, dass ein Pflegeheimplatz der Patientin unbedingt gerecht werden sollte. So müsse z.B. auf die Unterbringung in einem Einzelzimmer geachtet werden, um Eskalationen mit Mitbewohnern zu vermeiden, und das Heim sollte möglichst nah am Wohnort der Patientin sein, da sie sich als alteingesessene Bürgerin versteht und ihre verbliebenen Kontakte sehr wichtig für sie sind.

Weil sie ihre Medikamente erneut nicht einnimmt, kommt es bald wieder zu Auseinandersetzungen, auch weil Frau W. sich an bestimmte Gesprächsinhalte nicht erinnern kann, sie verleugnet, vehement andere Inhalte behauptet und andere beschuldigt, ihr das eine oder andere zu unterstellen. Dies betrifft auch zurückliegende Gespräche mit dem Modellteam. Bei Frau W. schlagen teilweise die emotionalen Wellen hoch, sie äußert, man wolle ihr einreden, dass sie nicht zurechnungsfähig sei. Äußerst erbost ist sie auch darüber, dass sich der Chefarzt nach einem Streit mit ihr lautstark mit ihrem

zu einem Besuch angereisten Cousin auf dem Flur über sie unterhält, was für die Patientin einen schweren Eingriff in ihre Privatsphäre darstellt. Insgesamt fühlt sie sich sehr hilflos, ist nun mit einer Kurzzeitpflege im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt einverstanden und mit der Bestellung eines Betreuers. Obwohl sie ihrem Cousin momentan wieder sehr wohl gesonnen ist und die Auseinandersetzungen vergangener Zeiten bagatellisiert, möchte sie lieber eine vor Ort präsente Person als Betreuer einsetzen. Kurz nach ihrer Zustimmung zu den Maßnahmen wird sie, weil behandlungsunfähig, ins Pflegeheim entlassen, wo sie weiterhin durch die Gerontopsychiatrische Ambulanz betreut wird.

Beim ersten Hausbesuch nach sechs Wochen fühlt sich Frau W. sehr wohl. Sie genießt die Zuwendung und Betreuung im Pflegeheim. Bisher hat sie keine Probleme mit dem Pflegepersonal, alle seien freundlich und hilfsbereit. Momentan fällt es ihr auf Grund ihrer schlechten körperlichen Verfassung und ihrer depressiven Stimmung offenbar leichter, Hilfen anzunehmen und sich unterzuordnen. Frau W. will jetzt die vergangenen Wochen in Ruhe für sich verarbeiten. Sie fühlt sich noch sehr gekränkt und verletzt, und sie schildert, dass sie sich an einiges nicht erinnern könne, was ihr große Angst macht. Nach Beendigung der Kurzzeitpflege bekommt sie ein Einzelzimmer im selben Pflegeheim. Pflegestufe 1 und gesetzliche Betreuung sind inzwischen genehmigt worden.

Beim zweiten Hausbesuch nach drei Monaten hat sich Frau W. körperlich stabilisiert. Sie läuft mit einem Rollator, findet sich im Heim aber alleine noch schwer zurecht. Problematisch ist aus ihrer Sicht, dass sie durch den plötzlichen Umzug kaum Kontakt zu ihrem verbliebenen Bekanntenkreis halten kann. Sie hat noch kein Telefon, das Zimmer ist noch nicht eingerichtet, und von zu Hause hat sie nur das Nötigste an Kleidung. Deswegen gab es bereits einige Auseinandersetzungen mit dem Pflegepersonal. Dieses beklagt, dass Frau W. sehr fordernd und dominant sei, viel Zeit beanspruche und sich nicht an Abmachungen halte. Da Frau W. vom Krankheitsbild her nicht zu den typischen Heimbewohnern passt, tun sich die sehr auf Demenzkranke ausgerichteten Pflegekräfte mit ihr schwer.

Frau W. profitiert von der regelmäßigen Tagesstruktur und von der zusätzlichen Betreuung durch die Gerontopsychiatrische Ambulanz. Ihr psychisches Befinden hat sich stabilisiert, die depressiven Symptome sind verschwunden. Kontakt zu den Heimbewohnern suchte sie bisher allerdings nicht, in

ihren Augen ist niemand zum Reden da. An den angebotenen Aktivitäten nimmt sie nicht teil. Sie erzählt, dass sie die Ereignisse der letzten Monate nicht nachvollziehen kann und gibt dem Krankenhaus, der ambulanten Pflege und den Nachbarn die Schuld an den Vorkommnissen. Diese hätten sie überall schlecht gemacht und deshalb wäre sie jetzt im Heim. Sie fühlt sich abgeschoben und ungeliebt, in ihrer Eigenständigkeit sehr eingeschränkt und meint, dass Entscheidungen über ihren Kopf getroffen werden. Andererseits genießt sie die Versorgung im Heim und dass sie sich um nichts kümmern muss. Sicherheitshalber will Frau W. ihre Wohnung noch nicht auflösen, sondern sie vorläufig behalten. In einem Pflegeheim zu leben, fällt ihr bei zunehmender Stabilisierung ihres Allgemeinzustandes immer schwerer.

Beim dritten Hausbesuch hat sich Frau W. besser eingelebt. Sie spricht nicht mehr davon, wieder nach Hause zu wollen. Körperlich und psychisch hat sie sich weiter stabilisiert. Sie sagt, das Denken falle ihr inzwischen leichter, und sie habe das Gefühl, besser über sich selbst bestimmen zu können. Rückblickend habe sie gemeint, verrückt zu werden. In ihr Leben sei aber noch keine Ruhe eingekehrt, sie habe Einspruch gegen ihre Betreuerin eingelegt, da sie kein Vertrauen zu ihr habe und lieber einen Anwalt als Betreuer möchte. Frau W. hat auch den Hausarzt wieder gewechselt, weil sie mit der Versorgung unzufrieden war und sich von ihm nicht ernst genommen fühlte. Durch die körperliche Stabilisierung ist sie wieder selbstständiger, kann die Grundpflege mit kleinen Hilfen selbst erledigen. Zu den Mahlzeiten geht sie in den Speisesaal und hat inzwischen auch Kontakt zu einigen Mitbewohnern gefunden, mit denen sie sich während des Kaffeetrinkens unterhält oder sich im Aufenthaltsbereich trifft. Sie telefoniert viel mit Bekannten und erhält auch immer wieder Besuch. Ab und zu fährt sie in Begleitung für kleine Besorgungen mit dem Taxi in die Stadt.

Zwischen dem Heimpersonal und der Gerontopsychiatrischen Ambulanz ist eine gute Zusammenarbeit entstanden. In mehreren Sitzungen hat die Ambulanzschwester den Pflegekräften die Persönlichkeit und das Verhalten der Patientin erläutert und Situationen im Umgang mit ihr besprochen, was als sehr hilfreich empfunden wurde. Schwierigkeiten bestehen vor allem darin, dass Frau W. sich Behandlungsmaßnahmen widersetzt und dass sie versucht, bestimmte Personen für sich zu vereinnahmen und die Pflegekräfte gegeneinander auszuspielen. Diese Probleme können durch klare Absprachen im Team vermindert werden. Auch Frau W. schildert die Gespräche mit

der Ambulanzschwester als sehr wichtig, ihr könne sie sich mit all ihren Ängsten und Sorgen anvertrauen.

Für die Zukunft betrachtet wird es für Frau W. nicht einfach sein, im Pflegeheim das zu finden, was sie sich erhofft hat. Von ihrer Persönlichkeit her lässt sie sich nicht gerne vorschreiben, was sie zu tun hat, lässt sich nicht gerne helfen und widersetzt sich häufig den allgemeinen Gepflogenheiten. Damit liefert sie immer wieder einen Grund für Auseinandersetzungen. Durch den Umzug ins Heim wurde aber für Frau W. eine sichere Umgebung mit festen Strukturen geschaffen, die auch bei Veränderungen ihres Befindens immer gleich bleibend aufrechterhalten werden können und Frau W. ein Gefühl der Sicherheit geben.

Herr R.

Herr R. ist 80 Jahre alt, Junggeselle und wohnt allein in seiner eigenen Wohnung. Außer einer Nichte hat er keine Verwandten mehr und auch keine nennenswerten anderen zwischenmenschlichen Beziehungen. Früher war er selbstständig als Zulieferer für die ansässige Schmuckindustrie tätig. Nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben hat er sich lange Zeit weiter in seiner kleinen Werkstatt innerhalb der Wohnung mit der Konstruktion und Erfindung von Werkzeugen und kleinen Automaten beschäftigt. In den letzten Jahren fiel es ihm jedoch immer schwerer, sich auf die Arbeit zu konzentrieren. Haushaltstätigkeiten überfordern ihn immer mehr, seine Wohnung verwaht. Vor fünf Jahren war er zur Klärung eines starken Gewichtsverlustes (12 kg in 6 Monaten) zum letzten Mal im Krankenhaus gewesen. Eine Erkrankung des Zwölffingerdarms sowie ein Prostatakarzinom wurden erkannt und behandelt. Zudem lag eine starke Osteoporose vor.

Mitte Mai 2002 wird er hilflos, in verwahtem Zustand in der Küche liegend, aufgefunden. Er hatte es nicht mehr geschafft, ohne Hilfe aufzustehen. Im Krankenhaus ergeben sich als wesentliche somatische Befunde eine hochgradige Osteoporose mit älteren Kompressionsfrakturen im Bereich von Brust- und Lendenwirbelsäule, wo der Patient auch Klopf- und Bewegungsschmerzen verspürt und eine Exsikkose. Etwa eineinhalb Wochen nach der Aufnahme fordert der behandelnde Arzt den Liaisondienst wegen Umgangsschwierigkeiten an, vor allem wegen einer allgemeinen Verweigerungshaltung und einer vermuteten, nicht näher definierten Antriebsstörung. Während seines stationären Aufenthaltes erhält Herr R. nun

einmal wöchentlich Psychotherapie durch den Modellarzt. Gruppenangebote, Patientengespräche mit den Mitarbeiterinnen des Liaisondienstes sowie Mobilisierungs-/Aktivierungsangebote lehnt er ab.

Herr R. ist zum Zeitpunkt des Erstkontaktes zwar körperlich erheblich eingeschränkt, psychisch jedoch nur leicht beeinträchtigt. Er ist wach, bewusstseinsklar und in allen Qualitäten hinreichend orientiert. Auffallend ist seine starke Unterernährung, bei einer Körpergröße von 160 cm liegt sein Gewicht nach eigenen Angaben bei 39 Kilo, vermutlich ist hierfür eine längerfristige mangelhafte Ernährung verantwortlich. Herr R. berichtet über häufigen Schwindel, er sei in seiner Wohnung wiederholt „herumgetorkelt“ und gestürzt. Psychomotorik und Antrieb scheinen weitgehend unauffällig. Jedoch besteht eine Vernachlässigung der Körperhygiene, laut Angaben des Notarztes ist auch die Wohnung vollkommen verwahrlost. Seine häusliche Situation scheint ziemlich desolat zu sein. Bis auf seine Nichte hat Herr R. keine weiteren Kontakte. Diese versorgte Herrn R. gegen Entgelt mit dem Nötigsten (Nahrungsmittel, Zigaretten), kümmerte sich aber wohl nicht um den Haushalt oder anderweitige Angelegenheiten. Wie Herr R. im Gespräch andeutet, hat er den Eindruck, dass seine Nichte ihn nur finanziell ausbeuten wolle und im Grunde keinerlei persönliches Interesse an ihm habe. In einem Telefonat mit der Nichte bestätigt sich diese Einschätzung.

Herr R. scheint ein schwieriger Charakter zu sein. Er wirkt sehr eigenwillig, ist etwas verschoben, selbstironisch, zum Teil auch sarkastisch. Seine Erzählungen und seine Lebensgeschichte lassen auf ein prämorbid hohes Intelligenzniveau schließen und auf einen Hang zur Philosophie. Zeitlebens war er sehr auf Selbstständigkeit und Unabhängigkeit bedacht. Er ist sehr stolz und tut sich schwer, fremde Hilfe anzunehmen. Er leidet deshalb unter seinen körperlichen Einschränkungen. Er wolle niemandem zur Last fallen. Er sei außerdem von seinen Mitmenschen enttäuscht und sehe auch keinen rechten Sinn mehr im Leben. Andererseits zeigt er sich für angebotene Hilfe durchaus dankbar und ist insgesamt kooperativ. Er wolle wieder auf die Beine kommen, ist gleichzeitig aber zweifelnd und skeptisch. Als gerontopsychiatrische Diagnosen stellt der Modellarzt eine leichte kognitive Störung (ICD10 F06.7) sowie Nikotinabusus (ICD10 F17.01) fest. Ein objektivierbare depressive Verstimmung kann nicht festgestellt werden, Herr R. äußert keine veritablen passiven Todeswünsche, hat zwar etwas über die Altersnorm hinausgehende mnestiche Funktionsstörungen, aber ohne eigentlichen

Krankheitswert. Daher kann ein dementielles/depressives Syndrom ausgeschlossen werden.

Als zwei gleich bedeutsame Schwerpunkte in der Behandlung des Patienten stellen sich einerseits die Verbesserung des erheblich reduzierten Allgemeinzustandes und andererseits die Klärung und bessere Organisation seiner Versorgungssituation heraus. Der Allgemeinzustand soll auf Anraten des Modellarzts durch Ernährungsaufbau und durch physikalische Therapiemaßnahmen in Kombination mit regelmäßiger krankengymnastischer Bewegung und Mobilisation auf Stationsebene angegangen werden. Für einen operativen Eingriff besteht keine Indikation. Auf Grund der Krankheitsgeschichte wäre eine internistische Medikation sinnvoll, Herr R. lehnt diese jedoch kategorisch ab, was von ärztlicher Seite akzeptiert wird. Um die Versorgungssituation zu verbessern, arbeitet das Modellteam mit dem internen Sozialdienst zusammen, dieser nimmt Kontakt zu ambulanten Diensten auf, eine Pflegestufe wird beantragt. Außerdem besteht wegen der Gesamtsituation die Indikation zur Anregung einer gesetzlichen Betreuung. Nachdem Herrn R. in einem längeren Gespräch Sinn und Zweck einer solchen Betreuung dargelegt wird, und dieser sich grundsätzlich dahingehend einsichtig zeigt, dass er auf fremde Hilfe und Unterstützung angewiesen ist, wird umgehend ein entsprechender Antrag gestellt. In einem Telefonat mit dem Vormundschaftsgericht schildert der Modellarzt die Situation des Patienten und weist auf die Dringlichkeit hin sowie auf die nicht ganz einfache Persönlichkeit des Herrn R., die besondere Qualitäten vom Betreuer verlange. Durch einen Beschluss des Vormundschaftsgerichtes wird kurz darauf ein professioneller Betreuer vom Caritasverband bestellt, der ab jetzt für Gesundheitsfürsorge, Vermögenssorge, Aufenthaltsbestimmung, Wohnungsangelegenheiten sowie Vertretung gegenüber Behörden und Institutionen verantwortlich ist.

Als akutes Problem zeichnen sich von Anfang an Querelen auf der Station ab, da Herr R. offenbar eigene Vorstellungen von seinem Genesungsprozess hat. Angebotene Hilfen und therapeutische Maßnahmen lehnt er ab, weil es ihm, der seit 60 Jahren ein starker Raucher ist, nicht gestattet wird, irgendwo im Krankenhaus zu rauchen. Durch mehrere Gespräche mit verschiedenen Berufsgruppen kann schließlich eine Lösung gefunden werden. Entgegen allen Konventionen wird Herr R. nun dreimal täglich an einen Ort gebracht, wo er genüsslich eine Zigarette rauchen kann. Seitdem hat sich die Situation allmählich entspannt, sowohl die Compliance des Patienten als

auch die Akzeptanz des Personals hat sich gesteigert. Insbesondere dem Pflegepersonal wird es zunehmend möglich, die durchaus sympathisch-scurrile Seite des Patienten wahrzunehmen und Interesse und Empathie für ihn zu empfinden.

Nachdem der gesetzliche Betreuer feststellt, dass die Wohnung von Herrn R. derart verwahrlost ist, dass sie vor einer Rückkehr erst noch entrümpelt bzw. renoviert werden müsste, wird die bereits mit dem hausinternen Sozialdienst diskutierte Möglichkeit einer Kurzzeitpflege forciert. Über die Aussicht, zunächst in ein Pflegeheim entlassen zu werden, ist Herr R. nicht glücklich. Schließlich arrangiert er sich aber mit dieser Vorstellung. Eine ursprünglich durch den Modellarzt befürwortete geriatrische Rehabilitation wird verworfen, da eine Verbesserung der Mobilität und somit ein Zuwachs an Eigenständigkeit sowohl von ärztlicher als auch von krankengymnastischer Seite nicht erwartet werden und Herr R. auch nicht bereit ist, Medikamente einzunehmen. Er hätte nach Einschätzung aller Beteiligten somit nicht von einer geriatrischen Reha profitiert.

Vor der Entlassung führt der Modellarzt noch mehrere Telefongespräche mit der Pflegeeinrichtung, in denen er vor allem die eigensinnige Persönlichkeit des Patienten und möglichen Konfliktstoff schildert. Schwierigkeiten könnten beispielsweise dadurch entstehen, dass Herr R. trotz einer Stabilisierung des körperlichen Zustandes nicht ohne fremde Hilfe laufen können. Diese Einschränkung der Mobilität und das damit einhergehende Angewiesensein auf fremde Hilfe stellen für den Patienten ein gewichtiges Problem dar. Außerdem war er ein Leben lang auf Unabhängigkeit bedacht und immer ein Einzelgänger, so dass es für ihn schwer werden wird, sich in eine Gemeinschaft mit vorgegebener Tagesstruktur einzufügen. Um die scheinbar vorprogrammierten Konflikte zu mindern, gibt der Modellarzt den Rat, dem Patienten mit einem hohen Maß an Toleranz entgegenzukommen, ihm möglichst viele Freiräume zu lassen und ihm das Gefühl zu geben, dass seine Eigenarten akzeptiert werden. Der Pflegeeinrichtung wird angeboten, dass jederzeit mit dem Liaisondienst Rücksprache gehalten werden kann, falls sich Probleme ergäben. Zum Zeitpunkt der Entlassung ist noch offen, ob Herr R. die Möglichkeit erhält und auch willens ist, in dieser oder einer anderen Pflegeeinrichtung zu verbleiben, oder aber in sein gewohntes häusliches Milieu zurückkehren wird.

Sechs Wochen später findet der erste Hausbesuch statt. Herr R. lebt mittlerweile in dem Pflegeheim. Am Ende der Kurzzeitpflege konnte er Übergangslos dorthin übersiedeln. Erwartungsgemäß gab es in der Eingewöhnungsphase einige Schwierigkeiten mit Herrn R. Wie sein Betreuer berichtet, zeigte sich der Patient sehr ambivalent. Einerseits realisierte er zwar, dass ihm die fürsorgliche Pflege und Zuwendung insgesamt sehr gut tun, andererseits belastete ihn der Umstand, dass eine Rückkehr in seine gewohnten häuslichen Verhältnisse nicht mehr möglich war. Die ersten Wochen verhielt er sich sehr unkooperativ. Bei angebotenen Hilfestellungen legte er eine übertriebene Passivität an den Tag. Er zog sich sehr zurück, suchte keine Kontakte und schien an seiner unmittelbaren Umgebung desinteressiert. Gegenüber dem Pflegepersonal war er mürrisch, abweisend und sehr launisch. Er wirkte resigniert, hielt sich fast den ganzen Tag in seinem Bett auf und war nur schwer dazu zu bewegen, Mahlzeiten im Speisesaal einzunehmen. Der Betreuer interpretiert dies als Versuch, so die Kontrolle über seine Lebenssituation zurück zu gewinnen.

Die Stationsleiterin berichtet, dass es einzelnen Mitgliedern des Pflorgeteams sehr schwer fiel, die ablehnende Grundhaltung von Herrn R. zu akzeptieren, sie empfanden die permanente Zurückweisung und mürrische Verweigerung als Kränkung und Entwertung. Zusammen mit dem Betreuer hat man im Heim Überlegungen angestellt, wie man Herrn R. dazu motivieren könnte, bestimmte pflegerische Maßnahmen zuzulassen, ohne ihm gleichzeitig das Gefühl von Ohnmacht zu geben bzw. ihn zu gängeln. Als probates Mittel erweist es sich, dass Herrn R. jedes Mal zugestanden wird, eine Zigarette zu rauchen, wenn er pflegerischen Maßnahmen zustimmt, daran mitwirkt oder selbst Initiative zeigt. Auch kleinere Freiräume zur Selbstbestimmung werden dem Patienten eingeräumt. Bezüglich der Medikation beispielsweise sei die Sachlage so, dass Herr R. auf ein bestimmtes Schmerzmittel bestehe, wenn er unter Kopfschmerzen leide, er wolle die Medikamenteneinnahme auch selbst steuern. Dies sei nach Rücksprache mit dem Hausarzt auch so zugelassen worden.

Dadurch, dass die Zigaretten und das Feuerzeug im Schwesternzimmer aufbewahrt werden, ist Herr R. dazu gezwungen, vermehrt von sich aus Kontakt zu suchen. Die Situation entspannt sich nach und nach, Herr R. öffnete sich auch zunehmend, zu einzelnen Mitgliedern des Pflorgeteams kommen dadurch engere Kontakte zustande, und die Reibereien nehmen

zunehmend ab. Immer mehr kommt nun die humorvolle Seite des Patienten zum Vorschein.

Seine Wohnung wurde mittlerweile aufgelöst. Der Betreuer berichtet, dass man dort eine Werkstatt vorgefunden habe, in der sich von Herrn R. selbst hergestellte Werkzeuge und Automaten befanden, die alle Beteiligten regelrecht fasziniert hätten. Herr R. sei ein ingeniöser Tüftler gewesen, ein Erfindergeist. Beispielsweise sei eine automatische Endloslötmaschine vorgefunden worden, und viele weitere Gerätschaften. Von manchen wisse man bis heute nicht, wozu sie eigentlich dienlich sind. Herr R. müsse von seiner Arbeit geradezu besessen gewesen sein. Wenn Herr R. darauf angesprochen wird, blüht er regelrecht auf, gleichzeitig wirkt er aber auch nachdenklich, fast wehmütig und erklärt, seine Fähigkeit zu solchen Arbeiten sei in den letzten Jahren geschwunden. Er habe immer nach jemandem gesucht, der sein Lebenswerk fortsetzen könne, jedoch niemanden gefunden. Er berichtet, wie agil und umtriebig er früher gewesen sei, gekleidet „wie aus dem Ei gepellt“ und erzählt von seiner Querdenkerei und seinem Widerpruchsgeist, er habe nur frei und unabhängig sein wollen, gegenwärtig komme er sich dagegen nutzlos und schäbig vor. Er lasse sich aber auch heute nicht dressieren. *„Mein schäbiger Ranzen spürt selber, was ihm gut tut.“* Der Betreuer berichtet, dass man sich mit Herrn R. darauf verständigt habe, dass ein Großteil der Werkzeuge zu einem symbolischen Preis an eine junge Schmuckmacherin vergeben wird. Ein anderer Teil sei an gemeinnützige Einrichtungen gegangen.

Im Gespräch mit Herrn R. fällt auf, dass sich seine kognitiven Funktionen etwas verschlechtert haben, klinisch entsteht der Eindruck, dass dementive Hirnabbauprozesse beginnen. Testpsychologisch lässt sich dies nicht überprüfen, da Herr R. eine solche Untersuchung ebenso wie die Behandlung mit Medikamenten ablehnt.

Zum Zeitpunkt des zweiten Hausbesuches hat sich Herr R. körperlich und psychisch weiter stabilisiert. Er hat nun auch die gute Betreuung und pflegerische Versorgung im Pflegeheim zu schätzen gelernt und scheint nicht mehr mit seinem Schicksal zu hadern. Einige Pflegekräfte hat er zu seinen „Lieblingsschwestern“ auserkoren. Mit diesen scherzt er häufig, duldet auch deren Widerrede und ist bemüht, ihren Anweisungen und Aufforderungen nachzukommen. Zwischenmenschliche Kontakte zu anderen Heimbewohnern sind jedoch weiter selten. Das größte Problem besteht für Herrn R.

nach wie vor in der starken Einschränkung seiner Bewegungsfreiheit und dem Angewiesensein auf fremde Hilfe. Alleine kann er nur einige wenige Schritte laufen, wird ansonsten in einem Rollstuhl gefahren, der jedoch so groß und schwer ist, dass ihn Herr R. mit seiner immer noch geringen Muskelkraft nicht selbst bewegen kann. Mittlerweile hat er auch die Pflegestufe 1 erhalten.

Drei weitere Monate später, beim dritten Hausbesuch, berichtet die Stationsleiterin, dass Herr R. sich komplett eingelebt habe. Er habe zwar seine eigene Tageseinteilung, diese wird jedoch auch akzeptiert. Er wünscht beispielsweise, morgens länger im Bett zu bleiben, die pflegerischen Maßnahmen werden dann erst zu einem späteren Zeitpunkt verrichtet. Anschließend verlasse er dann mit seinem Rollstuhl das Zimmer, halte sich viel im Aufenthaltsraum auf, hole aus dem Stationszimmer seine Zigaretten und das Feuerzeug, rauche dann längere Zeit im Wintergarten, und sehe manchmal fern, wobei er Sportsendungen präferiere. Enorm geholfen habe Herrn R. der Umstand, dass sein Hausarzt ihm vor zwei Monaten einen neuen Rollstuhl besorgt habe. Dabei handelt es sich um ein Kleinformat mit bunten Speichen, das Herr R. auch selbst beherrschen kann. Er bezeichnet ihn als „seinen Sportwagen“. In einem Telefonat berichtet der Hausarzt, wie sehr er selbst davon überrascht gewesen sei, wie positiv der neue Rollstuhl sich auf die körperlich und vor allem auch die psychische Befindlichkeit des Patienten ausgewirkt habe. Der Hausarzt meint, Herr R. habe sich „sensationell gemacht“. Seitdem er diesen Rollstuhl tagtäglich selbst mit seiner Muskelkraft bewegen muss, hat sich seine Muskulatur deutlich gekräftigt. Die Stationsleiterin schildert, dass Herr R. nun vermehrt Kontakte zu seinen Mitbewohnern suche. Zu einer bestimmten Dame habe er einen recht engen Kontakt, diese säßen oft beieinander, unterhielten sich, scherzten, lachten, hätten offenbar Gefallen aneinander.

Allerdings gäbe es nach wie vor manchmal Tage, an denen Herr R. schlecht gelaunt sei. Wenn er dann beispielsweise zum Abendessen geholt werde, schimpfe er, hier sei es schlimmer als im KZ, dort habe man wenigstens eine Giftspritze bekommen etc. An solchen Tagen werde Herr R. in Ruhe gelassen, er wolle dann keine Kontakte, nur das Notwendigste werde dann mit ihm besprochen. Oberstes Ziel sei es, die Eigenarten des Herrn R. zu respektieren und sie ihm zu belassen. Die meisten Tage sei er jedoch gut gelaunt, dann unterhalte er die Damenwelt mit Witzen und Geschichten aus seinem Leben. Dies trage fast schon kabarettistische Züge. Die Schwestern

und er würden oft „miteinander faxen und feixen“. Bei sarkastischen Bemerkungen bekomme er dann seine Retourkutschen, das akzeptiere und möge er sehr. Die Stationsleiterin erzählt, man habe ihn richtiggehend ins Herz geschlossen und er sei für das ganze Heim eine Bereicherung.

Rückblickend ist festzustellen, dass sich seit dem Krankenhausaufenthalt der Zustand des Patienten sowohl in körperlicher als auch in seelischer Hinsicht deutlich verbessert hat. Die derzeitige Versorgungssituation stellt eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität gegenüber dem vorherigen häuslichen Setting dar, nicht nur in pflegerischer, sondern vor allem auch in sozialer Hinsicht. Durch einen sensiblen und toleranten Umgang ist es nicht nur gelungen, Herrn R. von den Vorteilen seiner neuen Bleibe zu überzeugen und ihn für seine Mitmenschen zu öffnen, sondern auch die an seiner Betreuung und Pflege beteiligten Personen lernten mit Hilfe des Modellteams den Patienten inklusiv

Fallbeispiel: Herr M. (s. Kap. 5.5.1)