

5. Auflage

Trebert
Psychiatrische Altenpflege
Ein praktisches Lehrbuch



Inhaltsverzeichnis aus: Trebert, Psychiatrische Altenpflege, ISBN 978-3-621-27649-8
© 2011 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-27649-8>

2. Die Pflege psychisch kranker alter Menschen

Dieses Kapitel beschreibt einige Grundlagen, die das Selbstverständnis von Pflegenden, die besonderen Aufgabenstellungen und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Pflege psychisch kranker alter Menschen betreffen. In diesem Zusammenhang stellt sich eine Fülle von Fragen: Was heißt »psychiatrische Altenpflege«? Welche Aufgaben haben Altenpfleger in der Pflege psychisch kranker alter Menschen? Welche Rolle spielen Angehörige? Wie ist die Stellung der psychogeriatrischen Pflege im Rahmen der Institutionen der Gesundheitsversorgung und im gesellschaftspolitischen Rahmen? Welche Alternativvorstellungen gibt es? Wie ist die Ausbildungssituation?

2.1 Was heißt »Pflege«?

Wer die Frage nach den Aufgaben in der Pflege psychisch kranker alter Menschen beantworten will, muss beim Begriff der »Pflege« anfangen. Die Auffassungen darüber, was »Pflege« eigentlich ist, haben sich im Lauf der Geschichte verändert. Das Motiv der christlich geprägten Fürsorge und das Bild der Helferin als Mutter wirken bis heute im Selbstverständnis der Pflegenden nach. Dieser Einfluss ist auch abzulesen an der gesellschaftlichen Stellung der Pflegeberufe. Trotz moralischer Anerkennung bleibt die Wertschätzung - die sich in unserer Gesellschaft vor allem in Geld ausdrückt - gering: Pflege ist extrem unterbezahlt. Damit verknüpft ist die Tatsache, dass Pflege immer noch weitgehend ein Frauenberuf ist.

In den letzten Jahrzehnten hat sich aber auch ein neues Pflegeverständnis entwickelt. Dieses wurde von verschiedenen Autorinnen formuliert:

Virginia Henderson (1963), Nancy Roper (1980) und andere entwickelten eigene Pflegetheorien. Grundlegende Aussagen finden sich für den deutschen Sprachraum im Werk von Liliane Juchli (1987). Trotz unterschiedlicher Schwerpunkte bei verschiedenen Autorinnen lässt sich als Grundaussage in etwa zusammenfassen:

Pflege ist in erster Linie Hilfe zur Selbsthilfe. Sie dient dem Bejahen der Wirklichkeit und ihrer Bewältigung. Sie richtet sich an den Gesunden (als Gesundheitserziehung und Vorbeugung) und an den Kranken. Sie ist nicht nur an der Heilung von Krankheiten orientiert, sondern vor allem an der Person des Pflegebedürftigen. Als ganzheitliche Pflege richtet sie sich an den ganzen Menschen und nimmt dabei die Bedürfnisse des Menschen zum Ausgangspunkt. Ganzheitliche Pflege berücksichtigt individuell alle wichtigen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Gegebenheiten.

Pflege wird in modernen Pflorgetheorien als »Pflegetheorie« aufgefasst. Das heißt; in der pflegerischen Arbeit mit dem Patienten findet eine Entwicklung statt. Diese Entwicklung ist planbar. Sie hat ein Ziel und ein Ergebnis. Das Ergebnis ist überprüfbar und - in gewissem Umfang - vorhersagbar. Das Verständnis der pflegerischen Arbeit als Pflegeprozess führt also zur geplanten Pflege. Voraussetzung dafür ist die Pflegedokumentation: Die systematische Aufzeichnung aller Beobachtungen und pflegerischen Verrichtungen. Die Einführung des Pflegeprozess-Ansatzes, von Pflegedokumentation und Pflegeplanung werden auch von der Weltgesundheitsorganisation aktiv gefördert.

Ganzheitliche und bedürfnisorientierte Pflege lässt sich besser verstehen, wenn man eine Vorstellung von den grundlegenden menschlichen Bedürfnissen hat. Das einfache und unmittelbar einleuchtende Modell menschlicher Bedürfnisse, wie es der amerikanische Psychologe A. Maslow entwickelte, hat sich als anschauliche und hilfreiche Grundlage erwiesen (s. Abb.1).

Maslow unterscheidet die körperlichen Bedürfnisse, Bedürfnisse nach Unabhängigkeit und Sicherheit, nach Zuwendung und Liebe, nach Anerkennung und Wertschätzung sowie nach Selbstverwirklichung. Er geht davon aus, dass zunächst die grundlegenden körperlichen Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Schlaf, Bewegung u. a. befriedigt sein müssen; sie sind die Basis aller Lebensaktivität. Erst dann treten weitergehende Bedürfnisse in den Vordergrund.

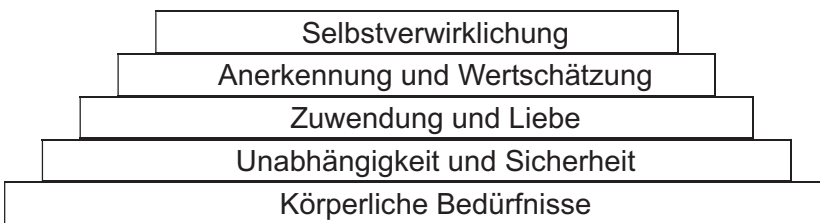


Abb. 1: die Bedürfnispyramide nach Maslow (1977)

Aus dem Modell von Maslow kann abgeleitet werden, welche Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des täglichen Lebens (AEDL) zur Erfüllung der menschlichen Grundbedürfnisse notwendig sind. Diese müssen in der geplanten pflegerischen Arbeit Beachtung finden. Die Orientierung an den Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des täglichen Lebens gehört zur Grundlage zielgerichteter Pflege.

16 2. Die Pflege psychisch kranker alter Menschen

Basis aller Lebensaktivitäten ist die Befriedigung der körperlichen Bedürfnisse nach Essen, Trinken, Ausscheiden, Ruhen und Schlafen, Bewegung, Temperaturlausgleich, Atmen.

Auf der seelischen und sozialen Ebene führen die Bedürfnisse nach Sicherheit und nach Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft, zum Streben nach Absicherung vor Gefahren oder Verlusten und dem Suchen nach Anerkennung und Wertschätzung durch Beschäftigung und soziale Kontakte.

Das Streben nach Selbstverwirklichung führt zu allen Aktivitäten, die als sinnstiftend für das eigene Leben erfahren werden - sie dienen der Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit (für den Kranken kann das z. B. die Auseinandersetzung mit seiner Erkrankung sein).

Aktivitäten des Lebens realisieren können	Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können
<ul style="list-style-type: none">• Kommunizieren können• Sich bewegen können• Vitale Funktionen aufrechterhalten können• Essen und Trinken können• Ausscheiden können• Sich pflegen können• Sich kleiden können• Ruhen, schlafen und sich entspannen können• Sich beschäftigen lernen und sich entwickeln können• Sich als Frau oder Mann fühlen und verhalten können• Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können• Soziale Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können	<ul style="list-style-type: none">• Existenzfördernde Erfahrungen machen können• Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen können• Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden können, unterscheiden und sich daran entwickeln können

Abb. 2 Fähigkeiten im Bereich der Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des täglichen Lebens, nach Krohwinkel 1998, S.141

2.2 Die besonderen Aufgaben in der Altenpflege

Das hier dargestellte Verständnis von ganzheitlicher Pflege ist sicher grundlegend - gleich ob die zu Pflegenden Kinder, Erwachsene oder alte Menschen sind. Darüber hinaus gibt es einige Besonderheiten, die für die Pflege alter Menschen typisch sind. Sie können hier nur angedeutet werden:

- Altenpflege trifft auf Menschen in einer besonderen Lebensphase: dem Alter. Es wird vom alten Menschen ebenso wie von seiner Umgebung häufig gleichgesetzt mit Krankheit, mit Abbau aller geistigen und körperlichen Kräfte, usw. Dieses falsche Bild muss in der Altenpflege in Rechnung gestellt werden - allerdings nicht unwidersprochen! Die Erkenntnisse der Alternswissenschaft (Gerontologie) sind Grundlagen der Pflege alter Menschen.
- Krankheiten alter Menschen sind besonders oft chronische Erkrankungen. Das Behandlungsziel ist daher häufig eine Linderung der Beschwerden oder eine verbesserte Anpassung an das Leben mit der Erkrankung. Altenpflege orientiert sich weniger am Ideal des völlig gesunden Menschen (den es sowieso nicht gibt). Sie strebt nicht immer eine »Heilung« an. (Im Gegensatz zum sogenannten »kurativen Modell« in der Krankenpflege mit der Abfolge Krankheit-Behandlung-Heilung). Ihre Orientierung findet sie in der Lebensqualität des Betroffenen.
- Alte Menschen leiden gehäuft unter mehreren Krankheiten zugleich (»Multimorbidität«). Altenpflege muss die Wechselwirkung zwischen diesen Erkrankungen und zwischen den jeweiligen Behandlungen berücksichtigen und dabei stets die Frage nach den Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen stellen.
- Alte Menschen blicken auf viele Jahrzehnte der Lebenserfahrung zurück, die sie geprägt haben. Das Verständnis für den alten Menschen kann nur unter Berücksichtigung dieser geschichtlichen und persönlichen Erfahrungen gelingen. Gleichzeitig stammen aber die Pflegenden aus einer ganz anderen Generation - sie benötigen Hintergrundwissen und Einfühlungsvermögen, die über gängige Klischees vom »Leben früher« hinausgehen. (Ein solches Klischee ist beispielsweise die Vorstellung vom früheren idyllischen Leben der Großfamilie).
- Die Pflege alter Menschen erstreckt sich oft über lange Zeiträume - häufig über Jahre, vielfach bis hin zum Tod. Die Beziehungen zwischen Pflegebedürftigem und Pflegenden können daher vergleichsweise eng und persönlich werden. Dies stellt ganz besondere Anforderungen an die verantwortungsbewusste und professionelle Gestaltung der Beziehung.
- Pflegende sind im Haus des Gepflegten oder im Zimmer des Heimbewohners die »Gäste« - sie dringen in eine schützenswerte Privatsphäre ein (auch wenn diese oft nicht respektiert wird). Im Krankenhaus ist dagegen der Patient der »Gast« (Braun & Halisch 1989).

Die hier genannten »besonderen Bedingungen« der Altenpflege bilden in ihrer Gesamtheit den typischen Hintergrund für das Berufsfeld. Einiges davon kann allerdings auch in Pflegebereichen außerhalb der Altenpflege zutreffen. So gibt es beispielsweise auch bei jüngeren Patienten unheilbare Erkrankungen oder Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität). Die idealtypische Abfolge »Krankheit-Behandlung-Heilung« ist auch bei jüngeren Patienten oft nicht gegeben. Trotz einiger Unterschiede zwischen Altenpflege und Krankenpflege gibt es daher doch zahlreiche Gemeinsamkeiten und sich überschneidende Aufgabenbereiche.

Alle genannten besonderen Bedingungen für die Pflege alter Menschen führen dazu, die Ganzheitlichkeit als pflegerisches Prinzip in besonderer Weise zu betonen. Im Sinne der Sozialgerontologie bedeutet dies: Nur unter Berücksichtigung und Einbeziehung der Lebensgeschichte, des heutigen Lebensumfeldes in allen seinen Aspekten und der Zukunftsaussichten des alten Menschen kann Altenpflege qualifiziert betrieben werden.

2.3 Die besonderen Aufgaben in der Pflege psychisch kranker alter Menschen

Die Pflege psychisch kranker alter Menschen wird auch als »psychiatrische Altenpflege« bezeichnet. Während mit »Geriatric« die Lehre von den Krankheiten des alten Menschen und ihrer Heilung gemeint ist, steht die Vorsilbe »psycho ... « für die besondere Beschäftigung mit den seelischen Aspekten von Erkrankungen im Alter. Der Begriff »psychogeriatrisch« meint eine ganzheitliche Auffassung von Erkrankungen des Alters und die gerade im Alter besonders enge Verwobenheit von psychischen und körperlichen Vorgängen und Störungen. »Psychogeriatric« ist nicht einfach die Anwendung allgemeipsychiatrischer Kategorien auf alte Menschen, sondern ein eigenes Fachgebiet, das auf der Verknüpfung psychiatrischer und gerontologischer Erkenntnisse basiert.

Die Pflege psychisch kranker alter Menschen setzt das oben beschriebene grundlegende Verständnis von Kranken- und Altenpflege als ganzheitlichem Pflegeprozess voraus. Als besondere Bedingungen für die psychiatrische Altenpflege lassen sich nennen:

Die Probleme der Pflegebedürftigen liegen nicht nur im körperlichen Bereich, in schwierigen sozialen Situationen oder in der Bewältigung des Alterns, sondern auch in psychischen Veränderungen. Häufig treten körperliche, soziale und psychische Probleme gleichzeitig auf und sind eng miteinander verknüpft. Um auf diese besonderen Problemlagen eingehen zu können, benötigt der Pfleger Fachwissen über die psychischen Erkrankungen des Alters - die Krankheitsursachen, die

Krankheitsverläufe, die Behandlungsmöglichkeiten. Es müssen aber nicht nur besondere, krankheitsentsprechende Pflegemaßnahmen erfolgen. Durch die psychischen Erkrankungen ist vor allen Dingen das Verhältnis zwischen Pflegenden und Gepflegten selbst betroffen. Die Beziehung zum Pflegebedürftigen wird zum wesentlichen Mittelpunkt der beruflichen Arbeit (s. u.).

Auch wenn in der Pflege psychisch kranker alter Menschen die professionelle Gestaltung der Beziehung zwischen Pfleger und Pflegebedürftigen zum Mittelpunkt der beruflichen Aufgaben wird, bleibt der Arbeitsinhalt doch weiterhin »Pflege«. Es wäre ein grobes Missverständnis, wenn man unter Beziehungspflege hauptsächlich verstehen würde, Gespräche zu führen oder vermeintlich besonders »edlen« Tätigkeiten wie gemeinsamem Spiel oder gemeinsamen Ausflügen etc. nachzugehen. Selbstverständlich gehört dies auch dazu! Da Pflege sich aber an den Bedürfnissen des Patienten orientieren muss, gilt die »Hilfe zur Selbsthilfe« in jedem Fall zunächst der Absicherung der körperlichen Grundbedürfnisse (s. Modell von Maslow). Dies beansprucht vor allen Dingen bei Mehrfacherkranken oft die ganze Aufmerksamkeit von Pflegenden wie Gepflegten. Die Qualität der Beziehung ist dabei entscheidend für die Qualität der Pflege. Sie zeigt sich beispielsweise in der kompetenten und rücksichtsvollen Hilfestellung beim Waschen. »Beziehung« beginnt nicht erst im gemeinsamen Gespräch, sondern - mindestens ebenso bedeutsam - in der partnerschaftlichen Bewältigung der grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens.

Die enge Verflochtenheit von psychischen und körperlichen Erkrankungen gerade bei Alterspatienten macht darüber hinaus ein psychosomatisches Pflegeverständnis notwendig: Körperliche Symptome können psychische Konflikte zum Ausdruck bringen; psychische Störungen können auf körperliche Erkrankungen zurückgehen (vgl. Kap.8: Psychosomatik). Ärztliche und pflegerische Maßnahmen greifen in diese Zusammenhänge ein - oft ungezielt und ohne es zu wollen. Hier wären fundierte Kenntnisse aller an der Gesundheitsversorgung Beteiligten notwendig. Obwohl im Bereich der psychogerontologischen Forschung wichtige Grundlagenarbeiten geleistet wurden (vgl. z. B. Heuft, Kruse & Radebold 2006), sind in der Praxis unter Ärzten wie Pflegern psychosomatische Kenntnisse immer noch eher gering. Hier besteht großer Nachholbedarf, der Zurzeit auch im Bereich der Aus- und Fortbildung erst ansatzweise gedeckt wird.

Die Berücksichtigung der Lebensgeschichte alter Menschen sollte zum beruflichen Rüstzeug jeglicher Altenpflege gehören. In der Pflege psychisch kranker alter Menschen erlangt deren Biografie allerdings besondere Bedeutung. Zahlreiche psychische Störungen wurzeln in der individuellen Lebensgeschichte und sind nur auf diesem Hintergrund zu verstehen. Bei den Demenzen kommt es aufgrund des Nachlassens der Merkfähigkeit beim Kranken zu einer Orientierung an der eigenen Vergangenheit, die umso länger erinnert werden kann, je weiter sie zurückliegt. Hier erge-

ben sich therapeutisch sinnvolle Anknüpfungspunkte. Die Kenntnis der Biografie des Kranken ist dabei notwendige Voraussetzung. Geschichtliche Grundkenntnisse sind notwendig, um individuelle Erzählungen, Daten und Fakten in ihrer Bedeutung richtig einordnen zu können.

In die geplante Pflege psychisch kranker alter Menschen sollte die Frage nach der Art der Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegtem, nach den psychosomatischen und den lebensgeschichtlichen Zusammenhängen von Krankheit, Gesundheit und Lebensbewältigung eingehen. Werden diese Zusammenhänge gesehen und verstanden, dämpfen sich unrealistische Heilungserwartungen von selbst. Jede Erkrankung (seelisch oder körperlich) hat ihre eigene Einbettung in ein bestimmtes soziales Umfeld, eine bestimmte körperliche Verfassung und eine bestimmte Lebensgeschichte. Sie lässt sich auch bei guter Pflegeplanung nicht einfach »wegplanen«. Geplante Pflege kann aber zur Besserung oder Heilung beitragen, sie kann Angebote zur besseren Lebensbewältigung machen. Eine solche Pflege erkennt ihre eigenen Grenzen und trägt damit auch dazu bei, die Selbstüberforderung der Helfer zu verhindern. Eine derart umfassend verstandene und ausgeführte Pflege psychisch kranker alter Menschen ist gemeint, wenn ich von psychogeriatrischer Pflege spreche.

2.4 Pflege und Beziehung

Psychische Erkrankungen werden beeinflusst durch die Art der Beziehungen, die der Kranke erlebt. Umgekehrt haben auch die Erkrankungen erheblichen Einfluss auf das Verhältnis zwischen Gepflegtem und Pflegenden. Therapeutisch ungünstige Beziehungen können eine Erkrankung aufrechterhalten oder verschlimmern, schlimmstenfalls sogar hervorrufen. Fördernde Beziehungen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Bewältigung oder Heilung. Der Pfleger psychisch Kranker muss daher von seinem beruflichen Selbstverständnis her den Beziehungen zu den Pflegebedürftigen größte Aufmerksamkeit schenken und sie immer wieder erneut überprüfen und hinterfragen. Er selbst ist in seiner Person und seiner beruflichen Beziehungsfähigkeit gefragt und in Frage gestellt. Er muss sich auf einen andauernden Lernprozess einlassen, der ebenso anstrengend wie lohnend ist. Es handelt sich dabei allerdings nicht nur um einen individuellen Lernprozess; mindestens ebenso entscheidend ist die gemeinsame Arbeit im Team.

Die grundlegenden Anforderungen an die Fähigkeiten zur professionellen Gestaltung der Beziehungen zu Kollegen wie zu Pflegebedürftigen lassen sich unter dem Begriff »interaktive Kompetenz« zusammenfassen (»interaktiv« meint hier den Bereich des wechselseitigen Kontakts zwischen Menschen, »Kompetenz« steht für »Fähigkeit« - es geht also um die Fähigkeiten im zwischenmenschlichen Kontakt. Vgl. Knobling 1985, S. 269ff). Zur interaktiven Kompetenz zählen die Fähigkeiten

zu Empathie, Rollendistanz, Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz sowie moralischem Bewusstsein: Im zwischenmenschlichen Kontakt sollten Pflegende in der Lage sein, sich in andere einzufühlen (»Empathie«). Empathie bezeichnet die Fähigkeit, »Erlebnis- und Bedürfnislagen der Patienten einzufühlen, nicht nur medizinische, sondern soziale Situationen und Gefühle zu berücksichtigen«, die Bedeutung der »individuellen Symbole [Kleidung, Bilder] und der Biografie zu pflegen, aber auch die Ohnmächtigkeit und Abhängigkeit der Patienten empfinden, d. h., dem Patienten verstehend gegenüberzutreten zu können« (Hartmann et al. 1992, S. 31).

Zum einführenden Verstehen kann sich jede Begegnung mit psychisch Kranken die Tatsache zunutze machen, dass psychische Krankheit und psychische Gesundheit nur graduell unterschiedliche menschliche Lebensmöglichkeiten darstellen. Eben weil der Kranke gar nicht so völlig anders ist, kann ich in mir ähnliche Empfindungen oder Gedanken entdecken, die mir die Einfühlung in den Anderen ermöglichen. Dies setzt als Grundhaltung voraus, dass ich zuallererst bereit bin, mich selbst kennen zu lernen und diese Kenntnis in mein berufliches Handeln systematisch einzubringen. Anders ausgedrückt: Je besser ich mich selbst verstehe, umso besser verstehe ich auch andere - in ihren kranken und ihren gesunden Anteilen.

Eine wesentliche Voraussetzung, beziehungsorientierte Pflege leisten zu können, ist ein Mindestmaß von Rollendistanz. Das heißt, jeder Pflegende muss sich über sein Wissen, sein Können, seine Aufgaben und seine Absichten im Klaren sein. Dieses Selbstbewusstsein - seine berufliche Identität - macht es ihm möglich, sich mit den vielfältigen Ansprüchen und Rollenerwartungen von Pflegebedürftigen, Kollegen, Vorgesetzten oder Angehörigen auseinanderzusetzen.

Enttäuschungen (Frustrationen) und Unklarheiten (Ambiguitäten) müssen vom Pflegenden ausgehalten werden (»Frustrationstoleranz« und »Ambiguitätstoleranz«). Hierzu gehört die Einsicht in die Begrenztheit der eigenen Möglichkeiten, aber auch die Fähigkeit, Konflikte zuzulassen und »widerstrebende Bedürfnisse und Gefühle sowie widersprüchliche Rollenerwartungen nebeneinander stehen zu lassen« (Knobling 1985, S. 273).

Das moralische Bewusstsein des Pflegenden bildet die ethische Grundlage des beruflichen Handelns. Gefordert ist die moralische Grundentscheidung für eine partnerschaftliche Haltung gegenüber dem alten Menschen, die ihn trotz aller Hilfsbedürftigkeit als gleichberechtigt und achtenswert in seiner Individualität akzeptiert. »Damit sollte eine Ethik für Altenpfleger entstehen, die bestimmte Verhaltensweisen, z. B. die Infantilisierung alter Menschen, verwirft, aber auch die Verhältnisse, in denen alte Menschen in Pflegeheimen zu leben und Pflegende zu arbeiten haben, konstruktiv kritisiert« (Hartmann et al 1992, S. 331/32).

Die Fähigkeiten des Pflegers zum Umgang mit dem Pflegebedürftigen werden in der psychogeriatrischen Pflege in besonderer Weise gefordert. Die Krankheit des Patienten kann der Beziehung u. U. eine eigene Prägung geben, bestimmte Eigentümlichkeiten des Patienten können beim Pfleger bewusste oder unbewusste Konflikte oder Erwartungen wecken, ebenso können durch die Art der Beziehung beim Patienten Krankheitssymptome verstärkt, verändert oder gebessert werden.

Einige dieser Besonderheiten seien hier bereits kurz angedeutet: Desorientierte missverstehen ihre Umgebung oft, sie vergessen, was ihnen gesagt wurde - das gegenseitige Einverstehen muss daher immer wieder neu ausgehandelt werden.

Depressive können mit ihrer Depressivität »ansteckend« wirken - der Umgang mit diesem »depressiven Sog« muss im pflegerischen Handeln stets reflektiert werden. Menschen mit Wahnvorstellungen und insbesondere mit Verfolgungsideen beziehen Pflegende oft in ihren Wahn ein - der Pfleger kann in seiner Rolle als Helfer in Frage gestellt und wie ein Verfolger behandelt werden. Abhängigkeitskranke sind nicht nur von einem Suchtstoff (z. B. Alkohol) abhängig, sondern suchen auch Abhängigkeits-Beziehungen zu den Menschen ihrer Umgebung - eine »Beziehungsfalle« für Pflegende.

Selbstverständlich sind die hier angesprochenen besonderen Schwierigkeiten in der Begegnung mit psychisch Kranken nicht bei allen Patienten gleich. Vielmehr bleibt die eigene Persönlichkeit, bleiben besondere Fähigkeiten und Vorlieben usw. erhalten - die Krankheit macht es allerdings oft schwerer, Zugang zu dieser Individualität zu finden. Gerade durch die Kenntnis der krankheitsbedingten Veränderungen soll es aber möglich werden, im Pflegebedürftigen die verbliebenen gesunden Fähigkeiten anzusprechen und zu fördern. Die Orientierung an der Bewältigung des Alltags führt weg von der übermäßigen Beschäftigung mit den Schwächen des Patienten und hin zu seiner größtmöglichen Selbstständigkeit.

Pflegende können hier auf unterschiedliche Art und Weise eingreifen. Sie können dem Patienten vermitteln, dass er von ihnen so angenommen wird, wie er ist. Sie können ihn - buchstäblich oder im übertragenen Sinn - begleiten, sie können ihn stützen. Sie können ihn aber auch anleiten - mit Worten oder durch »Vormachen« oder durch körperliche Führung. Sie können ihn auch - überlegt und mit Vorsicht - mit eigenen Widersprüchen konfrontieren. Sie realisieren damit in ihrem ureigensten pflegerischen Arbeitsbereich therapeutische Grundhaltungen.

2.5 Die Rahmenbedingungen für die Pflege psychisch kranker alter Menschen

Jede Pflege kann nur so gut sein, wie die Rahmenbedingungen, unter denen sie geleistet wird. Das betrifft die Anzahl und die Qualifikation der Pflegekräfte, die räumliche und materielle Ausstattung der Versorgungseinrichtungen und ihre Einbindung in ein differenzierteres Netz von Hilfsangeboten. Diese Rahmenbedingungen sind in erster Linie abhängig von den finanziellen Möglichkeiten und diese sind wiederum abhängig von der politischen Entscheidung darüber, was Kranke und Alte unserer Gesellschaft wert sind.

Betrachtet man die katastrophale Situation in weiten Teilen des Pflegewesens, lässt sich unschwer folgern: Der Wert Pflegebedürftiger wird in unserer

Gesellschaft äußerst gering eingeschätzt. Eine Tatsache, die sich deutlich sichtbar auch in der völligen Unterbezahlung pflegerischer Tätigkeit widerspiegelt. Die Stellung psychisch kranker alter Menschen ist von zwei Seiten bestimmt: Einerseits gehören sie zur Gruppe der Alten (die, obwohl mittlerweile über 20 % der Bevölkerung, ebenfalls zu den »Außenseitern« der Erwerbsgesellschaft gerechnet werden). Andererseits gehören sie zur Gruppe der psychisch Kranken, bei denen ebenfalls eine lange Tradition von gesellschaftlicher Abwertung und Aussonderung existiert. Die Misere der Altenpflege und die Misere der psychiatrischen Versorgung gipfeln gemeinsam in der völlig unzureichenden Versorgung psychisch kranker alter Menschen.

Wo werden psychisch kranke alte Menschen betreut? Der größte Pflegedienst der Bundesrepublik sind die Familien und Angehörigen - ähnlich ist die Situation in den meisten Ländern. Obwohl sich hartnäckig das Vorurteil hält, Alte würden heutzutage vorwiegend in Heime abgeschoben, werden tatsächlich die meisten pflegebedürftigen alten Menschen zu Hause gepflegt. Nur etwa 4 bis 6 % der Bevölkerung ab dem 65. Lebensjahr lebt in Heimen. Obwohl andererseits etwa jede vierte Frau und jeder zehnte Mann gegen Ende ihres Lebens Aufnahme in einem Heim finden, wird ca. 90 % der Pflege für ältere Menschen von Angehörigen geleistet (vgl. Lehr 1987, Rückert 1987).

Grundsätzlich gilt dies auch für psychisch kranke alte Menschen. Allerdings zeigt sich in den letzten Jahren, dass vor allem bei fortgeschrittener Desorientiertheit des Patienten Familien an die Grenze ihrer Kraft kommen und schließlich für eine stationäre Unterbringung sorgen.

Prinzipiell besteht bei Laien wie bei Fachleuten Einigkeit darüber, dass die Pflege zu Hause Vorrang vor allen anderen Lösungen haben sollte. Dabei sollte aber nicht übersehen werden, dass dies in den meisten Fällen auf Kosten der Angehörigen geht. Insbesondere Frauen - die Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter - tragen die Last der Pflege und die Einschränkungen der persönlichen Freiheit. Im Bereich der körperbezogenen Pflegeleistungen existieren zumindest einige Entlastungsmöglichkeiten durch ambulante Dienste. Der Umgang mit psychisch kranken Angehörigen bringt aber auch starke seelische Belastungen mit sich. Erfahrungen mit Angehörigen-Beratungsstellen oder mit der Selbsthilfe-Organisation von Angehörigen weisen darauf hin, dass Unterstützung durch Beratung notwendig und hilfreich ist (vgl. z.B.: von der Horst 1989). Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Berlin) sowie zahlreiche lokale Initiativen organisieren Angehörigen-Gruppen bzw. vermitteln Ansprechpartner.

Nahezu alle Einrichtungen der ambulanten Pflege sind gegenwärtig in ihrer Arbeit auch mit psychisch kranken alten Pflegebedürftigen konfrontiert. Je nach Arbeitsfeld, Arbeitsweise, Organisation und örtlichen Gegebenheiten ist der Anteil dieser Patienten sehr unterschiedlich. Grundsätzlich sind Einrichtungen der ambulanten Pflege gut geeignet, Betreuungs- und Versorgungsleistungen auch für psychisch kranke Alte zu erbringen: Sie arbeiten gemeindenah, haben den Charakter einer aufsuchenden Hilfe und viele dieser Einrichtungen bieten ein umfassendes

Leistungsangebot. Dringend notwendig ist allerdings, die Mitarbeiter für dieses Aufgabenfeld zu qualifizieren. Zu den »klassischen« krankenpflegerischen Tätigkeiten wie etwa dem Verabreichen einer Spritze kommen in der psychogeriatrischen Pflege in hohem Maß Aufgaben zur Unterstützung der Lebensführung hinzu (die Begleitung zum Einkaufen beispielsweise kann therapeutisch ebenso wertvoll sein wie die Medikamentenversorgung). Solche Bedürfnisse müssen erkannt und berücksichtigt werden; die entsprechende Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen oder Helfern muss fester Bestandteil der Pfl egetätigkeit sein.

Vierierorts sind in den letzten Jahren Gedächtnissprechstunden oder Memory-Kliniken entstanden. Diese sind häufig mit stationären Einrichtungen eines Krankenhauses verbunden und übernehmen vor allem wesentliche Aufgaben der Diagnostik, insbesondere der Frühdiagnostik. Eine aktuelle Übersicht zählt etwa 90 dieser Einrichtungen in Deutschland (Diehl et al. 2005). Zum Teil in Verknüpfung von ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten verfügen sie in unterschiedlichen Konstellationen über interdisziplinäre Kompetenzen aus den Fachgebieten der Neurologie, Geriatrie, Psychiatrie und Neuropsychologie. Entsprechend der Namensgebung ist die Zielsetzung vor allem die Diagnostik und Differenzialdiagnostik bei demenziellen Erkrankungen. Bisher gibt es allerdings keine verbindliche Finanzierungsgrundlage, sodass die Existenz und Ausgestaltung der Gedächtnissprechstunden stark von örtlichen Gegebenheiten abhängt.

Psychisch kranke alte Menschen werden häufig auch in Krankenhäusern der Allgemeinversorgung aufgenommen. Zumeist ist ein Unfall oder ein internistischer Notfall der akute Anlass. Durch die Aufnahme wird das psychische Leiden oftmals erst sichtbar. Eine angemessene Behandlung gerontopsychiatrischer Erkrankungen kann in diesem Rahmen aber nur selten erfolgen - die Möglichkeiten des Krankenhauses und die Bedürfnisse des psychisch kranken alten Menschen sind kaum miteinander in Einklang zu bringen.

Die psychiatrische Klinik oder die psychiatrische Abteilung eines Krankenhauses sind ebenfalls häufig genutzte Durchgangsstationen für psychisch kranke alte Menschen. Hier können prinzipiell die diagnostische Abklärung erfolgen und entsprechende Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden. Personelle und materielle Ausstattung, fachliche Qualifikation sowie die Aufnahmekapazitäten entsprechen allerdings nicht überall den Anforderungen.

Während einerseits ein großer Nachholbedarf an qualifizierter und spezialisierter psychiatrischer Diagnosestellung und Behandlung besteht, ist andererseits zu überlegen, wie dies künftig auch außerhalb des stationären Rahmens erfolgen kann. Problematisch ist die Funktion der psychiatrischen Kliniken oder Abteilungen insofern, als für einige gerontopsychiatrische Patienten jegliche neue Unterbringung eine Überforderung darstellt, die sich nicht zuletzt auch auf das Krankheitsbild verschlimmernd auswirkt. Die durch die Aufnahme hervorgerufene Krise kann sich daher bei der zwangsläufigen Entlassung wiederholen.

Die Altenheime und ganz besonders die Altenpflegeheime bilden die »Endstation« der existierenden Versorgungskette. Hier werden zunehmend vor allem hochbetagte, desorientierte und mehrfacherkrankte Patienten aufgenommen. Sie können von ihren Familien und den ambulanten Diensten nicht mehr versorgt werden bzw. werden aus psychiatrischen Abteilungen und Kliniken entlassen. Der weit überwiegende Teil der Pflegeheimbewohner ist psychisch krank, die Mehrzahl leidet an einer Demenz.

Diesem Ansturm sind die Heime weder vom Platzangebot noch von der Betreuungsqualität her gewachsen. Das Elend psychogeriatrischer Pflege in der Bundesrepublik zeigt sich hier in seiner vielleicht krassesten Form. Dem bestehenden Mangel kann nur durch massive Investitionen in Qualifizierung und Bezahlung der Mitarbeiter sowie die Steigerung der Wohnqualität von Heimen begegnet werden.

Neben den drei hier genannten großen Versorgungseinrichtungen - der häuslichen Pflege durch Angehörige und ambulante Dienste, den Kliniken und den Heimen - gibt es noch eine ganze Reihe verschiedener Möglichkeiten, den Bedürfnissen psychisch kranker alter Menschen gerecht zu werden: Zu nennen sind hier beispielsweise Tagespflege, Übergangspflege (als Nachsorge nach Klinikaufenthalten), Kurzzeitpflege (zur Entlastung pflegender Angehöriger in Krisen- oder Ferienzeiten), Altenwohngemeinschaften. Allen diesen Angeboten ist gemeinsam, dass sie in der Bundesrepublik erheblich unterentwickelt sind. Hier liegen ganz entscheidende Versäumnisse. Wo derartige Einrichtungen bisher erprobt worden sind, zeigte sich zumeist, dass sie das bestehende Angebot um wichtige neue Möglichkeiten bedarfsgerecht ergänzen.

2.6 Ein Modell gerontopsychiatrischer Versorgung

Die Weiterentwicklung des bestehenden Versorgungssystems für psychisch kranke Alterspatienten ist dringend notwendig. Bereits seit vielen Jahren gibt es hierfür Modellvorstellungen, die in Fachkreisen weithin anerkannt sind (vgl. z. B. Gößling u. a. in Kisker u. a. 1989). Vorgeschlagen wird die Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen einer Region, in deren Mittelpunkt ein gerontopsychiatrisches Zentrum steht. Ein solches Zentrum könnte eine Tagesklinik, eine Ambulanz sowie eine Beratungsstelle beinhalten (s. Abb.2). Diskutiert wird in diesem Rahmen auch der Aufbau einer kleinen stationären Einheit zur Behandlung akuter Fälle sowie eines mobilen Teams zum Einsatz im Versorgungsgebiet. Das gerontopsychiatrische Zentrum hat eine wichtige Funktion darin, die anderen Einrichtungen der Region zu unterstützen und zu beraten sowie Fortbildung durchzuführen. Verschiedene Beispiele aus dem Ausland - z. B. aus der Schweiz und aus England - zeigen bereits die verbesserten Möglichkeiten einer solchen regionalen Organisation des Versorgungssystems.

26 2. Die Pflege psychisch kranker alter Menschen

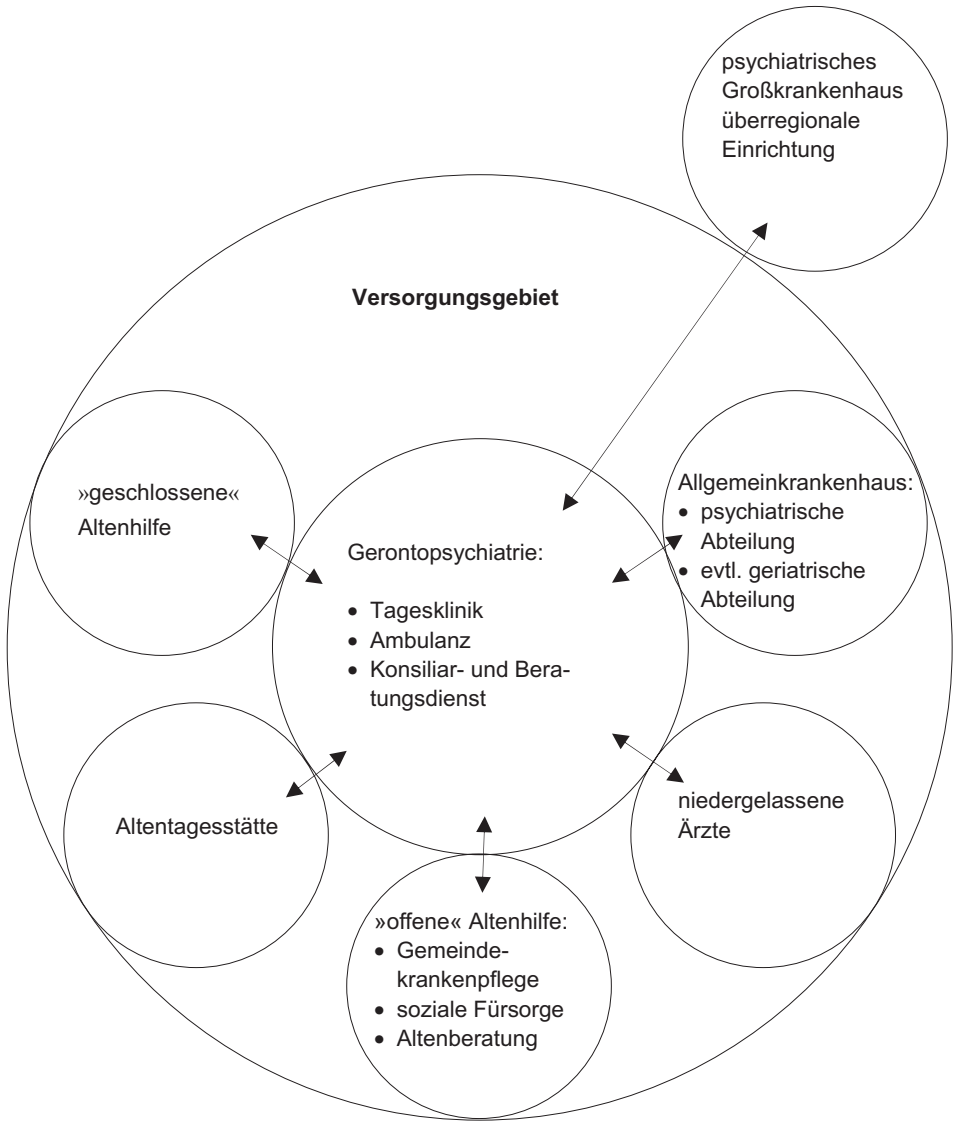


Abb. 3 Das gerontopsychiatrische Zentrum steht im Mittelpunkt eines Systems abgestufter Hilfsangebote (nach Gößling 1989, S. 368)

2.7 Psychiatrische Altenpflege - Anmerkungen zur Ausbildungssituation in der Bundesrepublik

Von ihrer Grundausbildung her bringen zurzeit in der BRD Altenpfleger die vergleichsweise besten Voraussetzungen für die professionelle Pflege psychisch kranker alter Menschen mit, da sie in der Regel auf die berufspraktischen Anforderungen bezogene Grundlagenkenntnisse über geriatrische und gerontopsychiatrische Erkrankungen, Behandlungs- und Interventionsmöglichkeiten sowie entsprechende Arbeitsformen erworben haben. Diese Grundausbildung sollte aber noch ergänzt und vertieft werden. In Fort- und Weiterbildungen sollten neben der Erweiterung des theoretischen Wissens vor allem die Probleme der Interaktion und Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten bearbeitet werden. In der Gestaltung der wechselseitigen Beziehung werden die eigenen Wünsche, Konflikte oder Ängste des Pflegers angesprochen. Die Bearbeitung dieser persönlichen Anteile der beruflichen Tätigkeit erfordert Selbsterfahrung und Supervision als wesentlichen Bestandteil psychogeriatrischer Fortbildung. Darüber hinaus muss psychogeriatrische Aus- und Weiterbildung sich auch kritisch mit den bestehenden Versorgungsstrukturen und Einrichtungen von Gerontopsychiatrie und Altenhilfe auseinandersetzen, denn psychiatrische Altenpflege braucht nicht nur qualifizierte Mitarbeiter, sondern auch institutionelle Strukturen, die eine qualifizierte Berufspraxis ermöglichen.