

# 1 Einleitung: Grundlagen der psychosomatischen Grundversorgung

## 1.1 Warum »geronto«-psychosomatische Grundversorgung?

Die psychosomatische Grundversorgung kann allen erwachsenen Patienten angeboten werden, eine obere Altersbegrenzung gibt es nicht. Betreut man als somatisch orientierter Facharzt jedoch zunehmend ältere und hochbetagte, multimorbide Patienten im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung, so hat es sich als vorteilhaft erwiesen, sich mit den besonderen Herausforderungen psychischer Belastungen im höheren Lebensalter auseinanderzusetzen. Dies erleichtert den Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung, in welcher der Patient über eine altersbedingt längere Lebenserfahrung verfügt, die es vom Arzt zu berücksichtigen und zu respektieren gilt. In den folgenden Abschnitten soll daher sowohl auf diese besondere Beziehungssituation eingegangen werden als auch auf die Besonderheiten psychischer Belastungen bei älteren und hochbetagten, multimorbidien Patienten.

## 1.2 Psychische Störungen im höheren Lebensalter

Psychische Störungen spielen im Alter eine wichtige Rolle, da sie einen signifikanten negativen Einfluss nehmen auf Morbidität und Mortalität der Betroffenen (Klesse et al. 2008). Für viele ältere, multimorbide Patienten ist zudem die psychische Bewältigung körperlicher Erkrankungen nur eingeschränkt oder sogar ganz unmöglich. Das kann wiederum erhebliche Folgen für die Patienten selbst haben, aber auch für ihre Angehörigen und die professionell Betreuenden im Gesundheits- und Sozialsystem, wie (Haus-)Ärzte, Pflegedienste und Therapeuten (Lindner et al. 2013). Eine Befragung unter professionell tätigen Pflegekräften im ambulanten und stationären Bereich hatte vor einigen Jahren bereits zeigen können, dass 82 % der Befragten mit kriegstraumatisierten Patienten zu tun haben und mehr als drei Viertel der Pflegenden auch eine unmittelbare Auswirkung der psychischen Belastungen auf den Pflegealltag empfanden (Wilhelm und Zank 2014).

Dennoch ist die epidemiologische Datenlage über psychische Störungen im Alter leider bis heute noch sehr begrenzt. Es kann nicht eindeutig gesagt werden, ob

psychische Erkrankungen im Alter mehr oder weniger häufig vorkommen als bei jüngeren Menschen (Landeszentrum Gesundheit NRW 2020). Eine wesentliche Ursache für die Schwierigkeiten bei der Datenerhebung ist, dass sich psychische Erkrankungen im Alter anders äußern können als bei jüngeren Menschen. Außerdem können kognitive Einschränkungen, wie man sie bei Demenz- oder Delirpatienten erlebt, eine Diagnostik psychischer Erkrankungen im Alter erschweren (Landeszentrum Gesundheit NRW 2020). Daher muss für eine epidemiologische Einschätzung auch auf ältere Daten zurückgegriffen werden. Eine deutschlandweite Analyse des Robert Koch-Institutes aus dem Jahr 2014 zeigte, dass unter allen 65- bis 79-Jährigen etwa 20 % an einer psychischen Erkrankung litten, wobei Demenz und Persönlichkeitsstörungen nicht mit berücksichtigt wurden (Jacobi et al. 2014; (Landeszentrum Gesundheit NRW 2020). Betrachtet man nur ältere Patienten, die sich in stationärer akutgeriatrischer Behandlung befinden, kommt man in Deutschland schnell an Grenzen. In Frankreich und China haben entsprechende Untersuchungen zeigen können, dass die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen unter älteren Patienten in Akutgeriatrien zwischen 25 % und 30 % liegt (Mayer und Baltes 1999). Da es für Deutschland keine vergleichbaren aktuellen Daten gibt, greift man gerne auf die sehr umfangreichen, aber eben auch schon älteren Datensätze der Berliner Altersstudie von 1996 zurück (Mayer und Baltes 1999): Diese Datensätze zeigen, dass mehr als 50 % aller über 70-Jährigen unter psychopathologischen Symptomen litten (Mayer und Baltes 1999) und 30–44 % aller älteren Krankenhauspatienten eine psychosomatische/psychiatrische Komorbidität hatten (Stuhr und Haag 1989; Mayer und Baltes 1999). Doch trotz dieser hohen Prävalenz wird bis heute immer noch selten eine Behandlungsindikation bei diesen Patienten gestellt. Es kam die Vermutung auf, dass diese Beobachtung im Zusammenhang stehen kann mit dem fachlichen Schwerpunkt des vom Patienten aufgesuchten Arztes. Eine Auswertung von Daten der gesetzlichen Rentenversicherung zeigte 2013, dass sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich mindestens zwei Drittel der Patienten mit psychiatrischer bzw. psychosomatischer Diagnose ausschließlich von Fachärzten für somatische Medizin behandelt wurden (Gaebel et al. 2013). Damit werden somatisch tätige Fachärzte, die ältere Patienten behandeln (wie z. B. Allgemeinmediziner, Geriater, Kardiologen, Orthopäden) vor die besondere Herausforderung gestellt, insbesondere bei Ausschluss einer organischen Ursache, auch immer differenzialdiagnostisch an eine psychosomatische Ursache zu denken.

### 1.3 Ursprung: psychosomatische Grundversorgung

Untersuchungen von Daten von Versicherungsträgern haben gezeigt, dass 84 % der Patienten mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen ausschließlich ambulant versorgt werden. Dabei werden fast drei Viertel der Patienten mit psychiatrischer Diagnose ausschließlich von Fachärzten für somatische Medizin behandelt. Auch im Krankenhausbereich werden bis zu zwei Drittel der Patienten mit psych-

iatrischer oder psychosomatischer Diagnose durch Fachabteilungen für somatische Medizin behandelt (Gaebel et al. 2013).

Unter ambulanten Patienten ist der primäre Ansprechpartner bei psychischen Störungen unterschiedlicher Art in den meisten Fällen der primär somatisch ausgebildete Hausarzt, der damit vor eine große Herausforderung gestellt wird (Heuft et al. 2014). Um die ambulante Versorgungssituation psychisch erkrankter Menschen für beide Seiten zu optimieren, legte der Arbeitskreis Psychosomatische Grundversorgung der Bundesärztekammer 2001 das aktualisierte strukturierte Curriculum »psychosomatische Grundversorgung« vor (Kruse et al. 2001). Ziel dieses Curriculums ist bis heute die Förderung der Versorgungsqualität psychischer und psychosomatischer Erkrankungen durch eine gezielte Basisweiterbildung von interessierten Haus- und Fachärzten. Diese psychosomatische Grundversorgung konkurriert keineswegs mit psychotherapeutischen oder psychosomatischen Leistungsangeboten, sondern soll diese vielmehr ergänzen: Somatisch orientierte Haus- und Fachärzte sollen mit Hilfe des Curriculums »psychosomatische Grundversorgung« die entsprechende Basisqualifikation erlangen, die es ihnen ermöglicht, psychische Probleme bei ihren Patienten sicher zu erkennen und angemessen zu berücksichtigen. Damit können sie ihren Patienten erste Unterstützung und Aufklärung anbieten und bei der Entscheidung darüber helfen, ob eine psychotherapeutische Weiterbehandlung indiziert ist.

Das Curriculum ist Baustein des 4-Ebenen-Modells einer zukunftsähigen Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker (Heuft et al. 2014):

- Baustein 1: Kenntnisvermittlung bereits im Medizinstudium
- Baustein 2: Kompetenzerwerb in der psychosomatischen Grundversorgung für alle ärztlichen Fachbereiche (obligat für Hausärzte und Gynäkologen)
- Baustein 3: Mehr Angebote von Kurzzeit-Psychotherapie (fachgebundene Psychotherapie)
- Baustein 4: Differenzielle Behandlung durch psychiatrische/psychosomatische Fachärzte

Ärzte mit der Zusatzqualifikation »psychosomatische Grundversorgung« haben im ambulanten Bereich die Möglichkeit, eine »differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände« (Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) 806/ Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) 35100) bzw. eine »verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen« (GOÄ 849/EBM 35110) abzurechnen. Im klinisch akutgeriatrischen Bereich haben die Ziffern bisher leider (noch) keine Diagnosis Related Groups (DRG) Relevanz und auch keinen Einfluss auf die in der Akutgeriatrie abrechenbaren Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-550.-.

Da jedoch vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung der Bedarf an psychosomatischer Grundversorgung für betagte und oft multimorbide Patienten zunimmt, ist es für diejenigen Ärzte, die mit der ambulanten Versorgung älterer Menschen betraut sind, vorteilhaft, sich mit den besonderen Herausforderungen psychischer Belastungen im höheren Lebensalter vertraut zu machen. Dieses Buch soll dazu einen Beitrag leisten.

Für den klinisch akutgeriatrischen Bereich würde die psychosomatische Grundversorgung einen Zugewinn an Qualität bedeuten. Eine Befragung von geriatrischen Klinikärzten ergab, dass sich die meisten eine Verbesserung der interdisziplinären Versorgung psychisch und psychosomatisch belasteter älterer Patienten wünschen (Röhrig und Lindner 2019). Hier könnte der Einsatz der psychosomatischen Grundversorgung einen ersten Schritt darstellen. Das in der Geriatrie ohnehin eingesetzte, bisher aber schwerpunktmäßig eher funktionell und kognitiv ausgerichtete multidimensionale geriatrische Assessment (comprehensive geriatric assessment (CGA), welches der Erfassung von Ressourcen und Defiziten des einzelnen Patienten dient, könnte um biopsychosoziale Aspekte erweitert werden. Damit könnte den behandelnden Klinikärzten die Einschätzung erleichtert werden, die betreffenden Patienten im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung zusätzlich zu betreuen und sofern nötig, eine bedarfsadaptierte frühzeitige Anbindung an (Alters-) Psychotherapeuten zu bahnen. Auch wenn Interventionen der psychosomatischen Grundversorgung in der Akutgeriatrie bisher keine DRG-Relevanz haben, so birgt der steigende Bedarf das Potenzial dafür, auf Seiten von Politik und Kostenträgern längerfristig umzudenken.

## 2 **Psychosomatische Besonderheiten älterer Menschen**

### 2.1 **Besonderheiten im Umgang mit älteren Patienten**

#### 2.1.1 **Der Alterungsprozess als Entwicklungsaufgabe**

Im höheren Lebensalter kommt es zu einer engeren Verzahnung der körperlichen, funktionalen, seelischen und sozialen Ebenen von Gesundheit, die bei > 60-Jährigen einen zentralen Stellenwert einnimmt. Bisher wichtige Zentralthemen werden abgelöst: Berufliche Probleme lösen sich bei den meisten älteren Patienten durch den Eintritt der Rente von allein auf; familiäre Sorgen treten durch die inzwischen meist erwachsenen und selbständigen Kinder in den Hintergrund und finanzielle Herausforderungen wie Hausbau und Autokauf haben sich bei vielen älteren Menschen bis zum Rentenalter infolge erfolgter Abbezahlung relativiert. Es kommt zu einer Neuorientierung der Zentralthemen, oft verbunden mit dem Wunsch nach Realisierung langgehegter Wünsche (»wenn ich mal in Rente bin, dann ...«). Nicht selten führt diese Neuorientierung jedoch zu einer Diskrepanz zwischen subjektivem Erleben und objektivem Befund, wobei funktionelle Defizite sowohl unter- als auch überschätzt werden können. So kann zum Beispiel eine neurogen bedingte Gangstörung bei diabetischer Polyneuropathie zu einer Überschätzung der Gangstabilität führen und einen Sturz provozieren. Ebenso kann eine unterschätzte Herzinsuffizienz während der Realisierung der langersehnten Nordkaptour am Steuer des Wohnmobilis infolge Überanstrengung zu einem akuten Myokardinfarkt führen.

Andererseits aber kann auch ein erlebtes einmaliges Stolper-Sturzereignis ein so starkes Vermeidungsverhalten nach sich ziehen, dass aus Angst vor erneutem Sturz übervorsichtig auf den ersehnten Schwarzwaldurlaub verzichtet wird und sogar der vollständige Rückzug vom sozialen Leben droht.

Durch die neu aufgetretenen eigenen gesundheitlichen Probleme aber auch diejenigen der Partner und Verwandte oder Freunde sehen sich viele ältere Menschen mit der Endlichkeit des eigenen Lebens konfrontiert. Der Tod eines nahestehenden Menschen kann dabei unmittelbar die Angst vor dem eigenen Tod verstärken und zu pathologischen Trauerreaktionen führen. Daneben können auch eine problematische Krankheitsverarbeitung und chronisch seelische Belastungen ebenso wie konflikthafte soziale Situationen Anzeichen für eine problematische Bewältigung der Entwicklungsaufgabe »Altern« sein. In der Kasuistik 3.1 wird diese Problemkonstellation fallbasiert dargestellt: Bei der betreffenden Patientin fließen eine proble-

matische Krankheitsverarbeitung sowie nie aufgearbeitete chronisch seelische Belastungen zusammen und begünstigen die Entwicklung einer pathologischen Trauerreaktion (► Kap. 3.1).

Ein anderer Aspekt der Entwicklungsaufgabe Altern zeigt sich in der Kasuistik 3.7 (► Kap. 3.7). Hier haben die veränderten Lebensumstände mit Tod des Partners, Alleinleben, Wegfall der kontrollierenden Instanzen, Schwiegereltern und Entbindung von sozialen Verpflichtungen dazu geführt, dass sich das Selbstwertgefühl der Patientin im hohen Alter beginnen konnte, zu entwickeln und die Patientin einen Individuationsprozess durchläuft. Dieser eigentlich sehr begrüßenswerte Prozess erfolgte initial jedoch unbewusst und ging mit auffallenden Verhaltensänderungen einher (Liegenlassen von Rechnungen, Reduktion von Kontrollverhalten, Lockerungen des früher sehr streng strukturierten Tagesablaufes), welche innerhalb des sozialen Umfeldes (Kinder, Familie-/Freundeskreis) auf Unverständnis stieß. Die dadurch entstehenden Konflikte haben dazu verholfen, dass die Patientin sich im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung Unterstützung suchte und fand.

Das Schwierige an der Bewältigung dieser Entwicklungsaufgabe ist, dass die meisten Menschen sich mit ihr eher unvorbereitet konfrontiert sehen, da in vielen (westeuropäischen) Gesellschaften Themen wie Alter, Krankheit und Tod einer relativen Tabuisierung unterliegen: Man möchte sich in gesundheitlichem Topzustand und bei beruflichem Karriereschub nicht mit dem eigenen Tod oder dem Älterwerden auseinandersetzen, auch wenn diese unbestritten als Teile des Lebens akzeptiert werden. Das Altern wird damit zu einer Entwicklungsaufgabe.

Neben gesundheitlichen (körperlichen und/oder psychischen) Problemen spielen bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgabe Altern auch soziale (Fehlen familiärer Bindungen, kein Netzwerk an Freunden und Bekannten) sowie finanzielle Faktoren eine wesentliche Rolle. Auch dürfen gerade in unserer multikulturellen Gesellschaft keineswegs die besonderen Belastungen durch ein kulturfremdes Umfeld infolge Flucht oder Migration übersehen werden (sprachliche Barrieren, unterschiedliche Traditionen), die ebenfalls Einfluss nehmen auf die Bewältigung der Entwicklungsaufgabe Altern. Auch die Anzahl der belasteten Lebensphasen kann offenbar Einfluss darauf nehmen, wie ein älterer Mensch diese Entwicklungsaufgabe bewältigt. Eine Arbeitsgruppe der Universität Münster untersuchte die Lebenszufriedenheit älterer Menschen abhängig von Lebensphasen mit mehr Belastung als Unterstützung. Während einige der Befragten über viele belastende Lebensphasen berichteten, andere dagegen über gar keine, zeigte sich, dass die Gruppe der Befragten, die einmal eine große Belastung erlebt hatten, die größte Lebenszufriedenheit aufwies (Schneider et al. 1999). Die Autoren interpretierten das Ergebnis dahingehend, dass die für die Überwindung der Belastungssituation notwendigen Strategien erlernt und in Erinnerung behalten wurden, um in Folgesituationen vergleichbarer Belastung abgerufen zu werden. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer stabilen psychischen Gesundheit für die Bewältigung der Entwicklungsaufgabe Altern.

Aufgrund der großen Bedeutung für den Umgang mit älteren Menschen sei hier noch auf einen weiteren wichtigen Faktor verwiesen, der die Bewältigung der Entwicklungsaufgabe negativ beeinträchtigen kann: die Traumareaktivierung im Alter, bei der durch Schlüsselreize ein zurückliegendes Trauma neu erlebt wird. So kann

zum Beispiel ein harmloses Silvesterfeuerwerk bei kriegstraumatisierten Patienten die Erinnerung an Bombardierungen hervorrufen, die heftige Panikreaktionen auslösen kann. Im klinischen Alltag kann bei sexuell misshandelten Patientinnen beispielsweise auch ein nächtlicher Katheterwechsel die verdrängte Erinnerung an den Vergewaltigungsakt hervorrufen und zu starken Abwehrreaktionen führen, die von nichtsahnenden und in guter Absicht arbeitenden Pflegemitarbeitern missverstanden werden können. Hier ist eine erklärende Aufarbeitung mit den betreffenden Mitarbeitern ebenso dringend notwendig wie die Vermeidung weiterer potenzieller Konfliktsituationen im Umgang mit der Patientin. Die Vermeidung von Konfliktsituationen ist ganz besonders wichtig bei der Arbeit mit Patienten mit kognitiver Einschränkung, da hier nicht auf eine Reflexionsfähigkeit und eine rationale Erläuterung der Situation gehofft werden kann. Gerade bei kognitiv eingeschränkten Patienten mit beginnender Demenz können Traumareaktivierungen zusätzlich auch zur Entwicklung eines Delirs sowie einer weiteren Verschlechterung der Hirnleistung führen. Fällt bei einem Patienten mit bisher eher »leichter Demenz« eine akute Verschlechterung auf, sollte hier neben organischen Ursachen auch ein mögliches reaktiviertes Psychotrauma in Erwägung gezogen werden. In einigen Fällen kann dabei die Fremdanamnese über Partner oder Kinder weiterhelfen.

Abzugrenzen ist die Traumareaktivierung von der Retraumatisierung, bei welcher eine erneute Traumatisierung auf ein bereits zurückliegendes, abgewehrtes Trauma trifft. Dabei können die früheren Abwehrmechanismen versagen und es kann sich im schlimmsten Fall eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln. Wurde eine ältere Dame als junge Frau einmal überfallen und ausgeraubt, so kann sie dieses Erlebnis mit Hilfe von Abwehrmechanismen ins Unterbewusstsein verbannen. Wird diese junge Frau dann als ältere Dame erneut Opfer eines Raubüberfalls, bei dem ihr die Handtasche oder zu Hause alle Wertsachen gestohlen werden, dann können die damals erfolgreich eingesetzten Abwehrmechanismen versagen und sich eine starke seelische Belastung in Form einer posttraumatischen Belastungsstörung entwickeln, die sich auf den ersten Blick für den nichtwissenden Außenstehenden vermeintlich in keinem Verhältnis zum erlebten (zweiten) Trauma befindet. Hier ist es sinnvoll, eine stabile Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen und der Patientin dann die Möglichkeit einer Traumatherapie in der Hand erfahrener Traumatherapeuten anzubieten.

## 2.1.2 Einsamkeit im Alter

Einsamkeit entsteht dann, wenn die eigenen Wünsche nach Kontakt nicht durch das verfügbare soziale Netz gedeckt werden können (Elbing 1991; Victor et al. 2009).

Seit dem zweiten Weltkrieg haben sich die familiären Strukturen in Deutschland geändert. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts gab es noch die Großfamilie, in welcher mehrere Generationen unter einem Dach lebten und Ältere durch die jüngeren Familienmitglieder im gleichen Haushalt mitversorgt wurden. Nach dem zweiten Weltkrieg vergrößerte sich die Entfernung der Lebensorte zwischen Familienmitgliedern zunehmend (Mahne und Motel-Klingebiel 2012), was dazu führte, dass die Versorgung älterer Menschen nicht mehr durch die Familie sichergestellt werden

konnte und die Organisation der Versorgung durch die Senioren selbst oder durch Außenstehende erfolgen musste. Eine Untersuchung der Einsamkeitshäufigkeit unter 40- bis 85-Jährigen zeigte 2013 einen Anteil von rund 7% (Tesch-Römer et al. 2013). Interessanterweise ging die berichtete Einsamkeit bei den hochaltrigen Personen zwischen 70 und 85 Jahren zurück, während die jüngeren Altersgruppen zwischen 40 und 54 Jahren bzw. zwischen 55 und 69 Jahren im Beobachtungszeitraum eher eine Zunahme an Einsamkeitsempfindung aufwiesen. Ein Grund dafür könnte eine veränderte Partnerschaftssituation der jüngeren Generation sein. Diese jüngeren Altersgruppen haben somit bei einem fragilen sozialen Netzwerk ein größeres Risiko, im höheren Lebensalter an Einsamkeit zu leiden (Tesch-Römer et al. 2013). Die Ursachen für die Entwicklung von Einsamkeit im Alter sind mannigfaltig und reichen von erkrankungsbedingter Immobilisierung mit Unfähigkeit das Haus zu verlassen bis hin zu pathologischen Trauerreaktionen nach dem Verlust des Partners. Einer Metaanalyse aus 2010 zufolge stellen gute soziale Netzwerke einen protektiven Faktor für eine 50% höhere Überlebenswahrscheinlichkeit dar (Holt-Lunstad et al. 2010). Dabei ist besonders die Pflege der Paarbeziehung wichtig, die auch die Möglichkeit der Bildung neuer Lebenspartnerschaften nach dem Tod des Ehepartners mit einbezieht.

### 2.1.3 Probleme im Krankenhaus

Die Multimorbidität älterer Menschen kann häufig zu stationären Einweisungen führen. Allerdings spielen auch Einsamkeit, eingeschränkte Alltagsbewältigung sowie fehlende Lebensperspektive eine nicht zu unterschätzende Rolle als Motivation für eine Krankenhauseinweisung. Eine solche psychosoziale Problematik rechtfertigt jedoch aktuell (noch) nicht die stationäre Aufnahme in eine Akutgeriatrie, welche das Vorhandensein eines akutmedizinischen geriatrischen Handlungsbedarfs voraussetzt (z. B. Exsikkose, Elektrolytverschiebung, Demenzverdacht). Eine solche somatisch basierte Diagnose lässt sich nach ICD (Internationale statistische Klassifikation von Erkrankungen) verschlüsseln und kann Indikation für die Durchführung einer geriatrischen Komplexbehandlung nach OPS 8550.- sein. Eine rein psychosomatische oder psychosoziale Problematik reicht dafür nicht aus. Trotz Multidimensionalität wird beim assessmentbasierten akutgeriatrischen Diagnostik- und Therapieansatz im stationären Bereich bis heute der psychosozialen Komorbidität zu wenig Aufmerksamkeit gezollt. Doch auch wenn die Datenlage noch dünn ist, konnte in mehreren Studien gezeigt werden, dass ein zusätzlicher psychosozial orientierter Therapieansatz bei stationär akutgeriatrischen Patienten sehr effektiv sein kann (Slaets et al. 1997; Caplan et al. 2004).

Ältere Patienten, die unter ungelösten seelischen Konflikten leiden und Schwierigkeiten bei der Krankheitsbewältigung haben, sind nicht nur selbst stark belastet, sondern können auch das behandelnde ärztliche und pflegende Personal vor große Herausforderungen stellen. Der Arbeitsgruppe um Reinhard Lindner gelang es, idealtypische Interaktionsmuster psychosomatischer Patienten im stationär geriatrischen Umfeld zu identifizieren und mit ihrer interaktiven Problematik zu beschreiben (Lindner et al. 2013). Diese heterogenen komplexen Interaktionsmuster

älterer Patienten können für Mitarbeiter in ärztlichen und pflegenden Berufen eine große Belastung darstellen. So konnte gezeigt werden, dass unter Patienten, die sich gerne auf »Machtkämpfe« mit Ärzten und Pflegepersonal einließen (sogenanntes konfliktthaftes Miteinander) als auch bei Patienten, die ihre seelische Belastung verdrängten, besonders viele Kriegstraumatisierungen (Bombardierungen, Vergewaltigung, traumatische Verluste von Nahestehenden) nachzuweisen waren.

Wie sehr in unserer Gesellschaft Kriegstraumatisierungen die Pflegesituation beeinflussen können, zeigt eine nordrhein-westfälische Befragung von ambulant und stationär tätigem Pflegepersonal (Wilhelm und Zank 2014). Die befragten Pflegekräfte berichteten von einer hohen Relevanz solcher Traumatisierungen für den Pflegealltag. Die Ergebnisse der Befragung unterstrichen einerseits die Notwendigkeit einer Sensibilisierung für die individuelle Problematik dieser Patienten andererseits aber auch die Notwendigkeit, die dadurch entstehende Belastung für die ärztlichen und pflegenden Mitarbeiter zu berücksichtigen. Im ärztlichen Bereich kann dabei die Teilnahme an Balintgruppen eine Möglichkeit der persönlichen Aufarbeitung bieten, im Pflegebereich haben sich Team-Supervisionen als vorteilhaft erwiesen.

### 2.1.4 Der Zeitfaktor

Der ältere psychosomatische Patient blickt auf eine lange Lebensgeschichte zurück, die zu umschreiben ausreichend Zeit erfordert. Im Fall von sensomotorischen Einschränkungen wie z. B. Schwerhörigkeit oder Sprachstörungen kann die Erfassung der Biografie noch länger dauern. Darüber hinaus muss dem älteren Patienten genügend Zeit eingeräumt werden, um über seine geänderten Lebensumstände sowie – mitunter mehrere – Trauererfahrungen sprechen zu können (Radebold 1992a, 1992b). Dafür sind ausreichend große Zeitfenster notwendig, die sich im Bedarfsfall im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung auch durch zeitliche Koppelung mehrerer Termineinheiten ermöglichen und vor dem Kostenträger rechtfertigen lassen. Es gibt bisher keine Daten darüber, die eine Aussage darüber zulassen, in welcher Frequenz die Termineinheiten erfolgen sollten. Da es bei der psychosomatischen Grundversorgung keine Begrenzung der Therapieeinheiten gibt und Beginn, Intervallpausen und Ende individuell mit dem Patienten abgesprochen werden können, bietet es sich an, die Sitzungsfrequenz ebenfalls individuell mit den Patienten abzustimmen.

### 2.1.5 Arzt-Patient-Interaktion

Eine weitere Besonderheit stellt die Arzt-Patient-Interaktion dar. Bei jüngeren Patienten, die einen älteren oder gleichaltrigen Arzt aufsuchen, kann sich der Arzt mit der Entwicklungsgeschichte des Patienten besser identifizieren. Meist kennt er ähnliche Probleme oder hat sich selbst schon einmal in vergleichbaren Belastungssituationen befunden. Er kann sie nachempfinden und auf eigene Reaktionsmuster zurückgreifen. Der Arzt fühlt sich daher in seinem ärztlichen Selbstverständnis bestätigt, da er mit dieser Rolle des Ratgebenden seine Sendungsfunktion als Berater und Ratgeber erfüllt.

Bei älteren Patienten, die einen (meist) jüngeren Arzt aufsuchen, wird das ärztliche Selbstverständnis jedoch gefährdet. Das liegt zum einen daran, dass der Patient altersbedingt über eine längere Lebenserfahrung verfügt und sich meist in einem Lebensabschnitt befindet, den der jüngere Arzt noch gar nicht erlebt hat und was dazu führen kann, dass Ängste vor dem eigenen Älterwerden hervorgerufen werden (Heuft et al. 2006; Maercker 2015). Zum anderen führt diese Situation oft zu einer Umkehr der klassischen Übertragungssituation: Der jüngere Arzt kann in dem älteren Patienten eine Eltern- oder Großelternfigur erkennen, mit allen assoziierten Ängsten, Wünschen, Befürchtungen und Konflikten.

So kann beispielsweise ein affektkontrollierter, kommunikativ eher zurückhaltender älterer Patient mit ausgeprägter Selbstdisziplin an den strengen und gefürchteten eigenen Großvater erinnern, der nie gelacht hat und vor dem man sich immer am liebsten verstecken wollte. Hier können durch die Rollenübertragung des Großvaters auf den älteren Patienten unbewusste kindliche Ängste hervorgerufen werden, die dazu verleiten, diesen Patienten möglichst (vor-)schnell wieder aus der Sprechstunde zu entlassen. Diese Suche nach Distanz zu dem Patienten könnte dann psychodynamisch dem kindlichen Wunsch entsprechen, davonzulaufen und sich zu verstecken.

Eine hochbetagte, gehbehinderte Patientin kann allerdings auch sehr positive Erinnerungen an die eigene verstorbene Großmutter hervorrufen, die einem sehr fehlt. Durch die Rollenübertragung der Großmutter auf die hochbetagte Patientin können sehr positive Gefühle wie Zuneigung und emotionale Nähe hervorgerufen werden, die es einem erleichtern, wegen der Patientin auch mal eine Überstunde oder einen Hausbesuch mehr zu machen, oder ihr mehr Zeit in der Sprechstunde einzuräumen.

Umgekehrt kann der ältere Patient in einem jüngeren Arzt auch sich selbst, seinen Sohn oder Enkel sehen und fühlt sich unwillkürlich in einer Sendungsfunktion, die auf der längeren Lebenserfahrung beruht. Diese Übertragung kann dazu führen, dass der betagte Patient durch den jüngeren Arzt an seinen »inkompetenten« Enkel erinnert wird, der seine Ausbildung zum Ärger des Großvaters abgebrochen hat. Durch diese Erinnerung kann es dazu kommen, dass der Patient auch die Kompetenz des jungen Arztes in Frage stellt.

Genauso ist es auch möglich, dass eine jüngere Ärztin die betagte Patientin an ihre früh verstorbene Tochter erinnert und sie dieser dadurch ganz besonders viel Zuneigung entgegenbringt.

Übertragungssphänomene sind nicht zwangsläufig ein Problem, sie sollten nur grundsätzlich berücksichtigt werden und spätestens dann auch angesprochen werden, wenn sich abzeichnet, dass sich aus ihnen eine konflikthafte und belastende Situation für eine oder sogar beide Seiten zu entwickeln droht.

## 2.1.6 Patienten mit Demenz

Obwohl die Effektivität psychotherapeutischer Maßnahmen einschließlich psychosomatischer Grundversorgung bei älteren Menschen heute wissenschaftlich gut belegt ist, gibt es darüber in Bezug auf Patienten mit Demenz nur sehr wenige Un-