

Alte Frauen in der Psychiatrie

Renate Schernus

Altsein ist äußerst unpopulär. Man scheint nicht zu berücksichtigen, dass Nicht-altern-können genauso blödsinnig ist wie den Kinderschuhen nicht entwachsen können. (C. G. Jung)

Verehrte Damen und Herren,
was für ein langweiliger Titel dachte ich und vielleicht auch Sie beim Blick in das heutige Programm. Beim zweiten Hinsehen merkte ich, dass ich den Titel auch deshalb ab- und entwertete, weil er mir traurig und grau vorkam und ich Trauriges und Graues nicht gern zu nahe an mich herankommen lasse.

Erst beim dritten Hinsehen entdeckte ich, dass dieser so unauffällig daher kommende Titel ein Geheimnis enthält. In ihm verbirgt sich ein dreifaches Stigma:

Alt sein

Alt sein als Frau

Alt sein als psychisch kranke Frau

Ich nehme die geballte Stigmatisierung vorübergehend auseinander, mache drei Abschnitte daraus und beginne ganz harmlos mit

1. Alt sein

Alter sei, so soll Churchill einmal gesagt haben, nur ein törichter Ersatz für das Leben. Solche pessimistisch getönten Einschätzungen, sind vermutlich heutzutage noch verbreiteter als zu Churchills Zeiten. Der Kabarettist Dieter Hildebrandt erlaubte sich bei einem seiner Scheibenwischer hinsichtlich des gesellschaftlichen Klimas, in dem wir heute alt werden, folgende treffsichere Deutlichkeit: „An und für sich ist alt sein bei uns noch erlaubt, nur man sieht's nicht gerne.“ Damit hat er kurz und prägnant etwas von dem kühlen Hauch eingefangen, der älter werdende Menschen in unserer modernen Gesellschaft bisweilen mehr als nur streift; so etwa wenn die Ärztin Heidi Schüller 1995 die angebliche Bedrohung der Gesellschaft durch alte Menschen einprägsam und beziehungsreich durch die Formel vom „survival of the sickest“ vor Augen führt. Leistungsstärke, Schnelligkeit, Flexibilität, Anpassungswilligkeit, ständige Bereitschaft sich „fit“ zu machen für den Wettbewerb, das sind die Werte, die hoch im Kurs stehen.

Frauen und Männer, die altersbedingt diesbezüglich nicht mehr ganz mithalten können, sind häufig erheblichen sozialen Verletzungen ausgesetzt.

Der amerikanische Soziologe Richard Sennett stellt in seinem Buch „Der flexible Mensch / Die Kultur des neuen Kapitalismus“ folgendes fest: „Die jetzigen Bedingungen im Geschäftsleben stecken voller Vorurteile gegen das Alter, negieren den Wert der Erfahrung. Die moderne Unternehmenskultur geht davon aus, dass Menschen mittleren Alters risikoscheu sind, nicht gerne etwas Neues auf sich nehmen. Und diese Vorurteile sind schwer zu bekämpfen.“ (9)

Angesichts des herrschenden Zeitgeistes hat es der Respekt vor Vergangenem, auf den ältere Menschen angewiesen sind, schwer sich durchzusetzen, ist doch gerade, wie Richard Sennett beschreibt „die Fähigkeit, sich von der eigenen Vergangenheit zu lösen... der herausragende Charakterzug der flexiblen Persönlichkeit, wie sie.... an den Menschen abzulesen ist, die im neuen Kapitalismus wirklich zu Hause sind.“ (9)

Diese soziologische Perspektive vermittelt uns also ein ziemlich düsteres Bild. Immerhin wird durch sie deutlich, dass das Erleben und Leben des Älterwerdens keineswegs nur eine Frage des Ausgeliefertseins an biologische Alterungsprozesse ist, sondern im hohen Masse durch Wechselbeziehung und Wechselwirkung zwischen dem alten Menschen und seiner sozialen Umwelt mitbestimmt wird. Etwas positiver stellt sich die Angelegenheit dar, wenn wir uns klar machen, dass Wechselwirkung, ja nicht nur heissen kann, dass die Gesellschaft auf das arme, unflexible, alternde Individuum einwirkt, sondern das letzteres seinerseits auch noch einige Karten im Ärmel hat.

Diese sozusagen altersspezifischen Karten, die es in freiheitsanmaßender Weise ausspielen kann, wollen wir uns unter einem philosophischen Blickwinkel anschauen. Der Philosoph Odo Marquard, der die Freundlichkeit besitzt sich meistens einigermaßen verständlich auszudrücken, notierte angesichts seines 72. Geburtstages einige auch für uns nützliche Gedanken über das Alter. Dabei gelangte er zu folgender These: „Alte Menschen sind in besonderem Masse theoriefähig; denn zum Alter gehört – mindestens – das Ende jener Illusionen, die durch Zukunftskonformismen entstehen.“ „Der Tod“, so führt er aus“ ist jene Zukunft, die besiegelt, dass wir keine Zukunft mehr haben.“ Je mehr Zukunft uns schwindet, desto weniger seien wir versucht, uns Zukunftssillusionen hinzugeben. Der stets flexibel handlungsbereite, junge Mensch gehe von Unendlichkeits- und Vollendungssillusionen aus und werde sich, um die gerade heute so beliebte zielorientierte Handlungsfähigkeit nicht zu gefährden und auch um sich die Zukunft nicht all zu unbequem zu gestalten, konform verhalten. Unser Blick auf die Wirklichkeit sei durch unsere Zukunft bestechlich, je mehr Zukunft wir haben um so bestechlicher, denn wer ist schon gerne für eine lange Zukunftsspanne all jenen Leuten ausgeliefert, denen er um irgend einer Überzeugung willen auf die Füße getreten ist. Angesichts unserer unglaublich jungdynamischen zielorientierten Leitbild- und Optimierungskultur, lasse ich mir von Marquard gerne sagen: “Diese Bestechlichkeit nimmt mit zunehmendem Alter ab, weil wir immer weniger Zukunft haben und schließlich an jenem Ende sind, das kein Ziel ist: dem Tod.“ (6)

Theorie, das heißt nach Marquard und anknüpfend an den ursprünglichen Wortsinn: “Sehen und sagen wie es ist“ Die Theorie des Alters „muß auf immer weniger Zukunft Rücksicht nehmen; darum kann sie immer ungehemmter merken und sehen und sagen, was ist: vor allem auch das, was nicht in den Kram passt.“ „Alte Menschen können unbekümmerter nicht nur merken, sondern auch reden. Zuweilen verfügen sie über eine solide Schandmaulkompetenz. Man braucht im Alter keinen Mut mehr , um in

Fettnäpfchen zu treten, weil man nicht mehr genug Zukunft hat, um wiedergetreten werden zu können.“ (6) Soweit Odo Marquard.

In der Psychiatrie und in den letzten Jahren auch in der Gerontologie gehört es zum fachlichen Standart nicht defizitorientiert zu denken. Dabei macht man sich wenig klar, aus welchen Quellen ein solches Denken, eine solche Haltung sich denn speisen könnte.

Mir persönlich, als jemanden, der altersbedingt bereits nicht umhin kann einige Defizite, oder wie Marquard sagt „Bürden“ des Älterwerdens an sich selbst wahrzunehmen, scheinen solche philosophischen Überlegungen hilfreicher als die Aufforderung anhand einer jener modernen Checklisten nach den verbliebenen Stärken, oder noch schöner, Ressourcen zu fahnden.

Verehrte Damen und Herren, jetzt wird's erst mal wieder unphilosophischer. Ich komme, das erwähnte Stigma kumulierend zu Abschnitt zwei.

2. Altsein als Frau

Dazu wollen wir uns vorher die Altersstruktur der bundesrepublikanischen Bevölkerung anschauen. Sie ist mindestens von drei Effekten beeinflusst:

1. den Auswirkungen zweier Weltkriege
2. der seit Ende des 20 Jahrhunderts stark gestiegenen Lebenserwartung und
3. der unterschiedlichen Lebenserwartung von Frauen und Männern.

Bezeichnet man den Konventionen der Gerontologie folgend über 60-jährige als ältere Menschen, so gehörten im Jahre 2000 bereits 21,8% der Gesamtbevölkerung zu ihnen. Geschätzt wird, dass der Anteil der über 60-jährigen im Jahre 2030 bereits mehr als ein Drittel des Anteils an der Gesamtbevölkerung ausmachen wird.

Uns Frauen geht dieses Thema insofern besonders an, weil wir , wie jeder weiß die Neigung haben, erheblich älter zu werden als die Männer.

So liegt der Anteil von Frauen an der Gesamtbevölkerung bei den über 80-jährigen Menschen bei 73,7%.

Die Männer, die es geschafft haben 80 Jahre alt zu werden, haben dann noch eine durchschnittliche Lebenserwartung von 6,63 Jahren, die 80-jährigen Frauen hingegen von 8,12 Jahren. (Statistisches Bundesamt 2000)

Wie ich am 7.6.03 in der Frankfurter Rundschau las, geht das statistische Bundesamt inzwischen von einer höheren Lebenserwartung aus als die hier zu Grunde gelegte. „Als wahrscheinlichste Variable nehmen sie (=die Bundesstatistiker) nun an, dass die Lebenserwartung bis 2050 gegenüber heute um weitere sechs Jahre steigt.“

Das hat erhebliche Folgeprobleme für Frauen. Z. B. wird der Anteil älterer Menschen in Heimen mit 5% angegeben. Bei diesen 5% handelt es sich bei vier Fünfteln um Frauen. Der Querschnittswert von ca. 5% täuscht jedoch, aus ihm ist die Zahl der zur Verfügung stehenden Plätze zu ersehen, „nicht jedoch die Wahrscheinlichkeit im Alter in einem Heim versorgt zu werden. Diese liegt sehr viel höher. Einen Anhaltspunkt gibt die Auswertung von Sterbestatistiken, nach

denen 29 Prozent der Verstorbenen über 65-jährigen vor ihrem Tod in einem Heim lebten.“ (3) Je höher die Altersgruppe, um so mehr Frauen siedeln in Heime über. Erhebliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt es auch hinsichtlich des Alleinwohnens. Während bei der Altersgruppe der 60 bis 64-jährigen ca. doppelt so viele Frauen als Männer alleine wohnen, sind es bei den 75 bis 79-jährigen bereits mehr als dreimal so viele.

Dies mag zunächst genügen, um deutlich zu machen, dass etwas dran ist, wenn davon gesprochen wird, dass das Alter weiblich ist

Auch ohne, dass man diese statistischen Befunde groß kommentiert, wird jeder, der sie hört genügend Phantasie besitzen, um sich sehr spezifische psychosoziale Auswirkungen für Frauen vor Augen führen zu können.

Ich erwähne nur einige: Da Frauen nicht nur länger leben, sondern auch Partner heiraten, die älter sind als sie selbst, sind sie viel häufiger verwitwet als alte Männer. Während alte Männer bei Pflegebedürftigkeit in der Regel von der eigenen Ehefrau im eigenen Haushalt unterstützt werden, müssen alte Frauen viel häufiger auf externe professionelle Personen zurückgreifen.

D.h. auch, dass sich Sterben und Tod für Männer oft noch in einem erhaltenen familiären Rahmen vollzieht, während alte, bzw. sehr alte Frauen diesen meist entbehren müssen. Der Partner, sowie andere Familienmitglieder, manchmal sogar ein eigenes Kind sind bereits verstorben und so sind Frauen an den Grenzen des Lebens viel öfter auf institutionelle Ersatzstrukturen angewiesen, insbesondere auf Allgemeinkrankenhäuser und Heime. Abschied, ein die Seele erschütterndes Lebensereignis und eine nicht leicht zu bewältigende Entwicklungsaufgabe, die nicht jeder gesund übersteht, trifft Frauen, weil sie länger leben, weit häufiger als Männer.

Wenig beachtet wird allgemein und in der Pflege im Besonderen, dass die heute 70 bis 80 jährigen Frauen zu der Generation gehören, von denen viele im Zusammenhang mit Krieg und Vertreibung schwere Vergewaltigungen erlebt haben, Verletzungen, über die sie möglicher Weise ihr Leben lang geschwiegen haben, die aber durch die so betont körperliche Abhängigkeit im Alter und durch die schwächer werdende Kraft Verdrängungen aufrecht zu erhalten, wieder aufbrechen. Bei altersverwirrten Frauen kann sich dies z. B. in zunächst unverständlich wirkendem Abwehrverhalten gegenüber pflegerischen Handlungen äußern. Ich verdanke diesen Hinweis einer in der Altenpflege erfahrenen und sensiblen Krankenschwester.

Bedenken wir ferner, dass die heutigen alten Frauen im Durchschnitt immer noch einen geringeren Bildungsstand aufweisen als die Männer, haben wir einen weiteren Faktor, der die psychosoziale Befindlichkeit von Frauen im Alter in prekärer Weise beeinflusst.

Damit nähere ich mich, das Stigma nochmals kumulierend, meinem dritten Abschnitt:

3. Altsein als psychisch kranke Frau

In dem Lehrbuch „Klinische Psychologie der Frau“, herausgegeben von Alexa Franke und Annette Kämmerer, lese ich, dass „die Bildungsvariable in soziologischer wie psychologischer Hinsicht wesentlichen Einfluss auf den Lebensverlauf bzw. auf `Störungen` dieses Verlaufs aufweist“ und dass „Zusammenhänge zwischen Bildung und psychischen Erkrankungen wie Depression und Demenz“ bestünden. (2) Das könnte heißen, dass Frauen weniger große Chancen haben im Alter eine depressionsvorbeugende, philosophisch fundierte „Schandmaulkompetenz“ zu entwickeln als Männer. Und wenn sie es denn tun, dürften sie aus Gründen gesellschaftlich wirksamer Stereotype weniger gut damit ankommen als Männer.

Ich zitiere Sigmund Freud: „Es ist bekannt, dass Frauen häufig, nachdem sie ihre Genitalfunktionen aufgegeben haben, ihren Charakter in eigentümlicher Weise verändern. Sie werden zänkisch, quälerisch und rechthaberisch, kleinlich und geizig, zeigen also typische sadistische Züge, die ihnen vorher nicht eigen waren...“ (S. Freud, 1933 nach 8))

Schnee von Gestern? In dieser Form vielleicht ja, aber neben der Zurkenntnisnahme der harten Daten mag es der Vollständigkeit unserer Wahrnehmung dienen, sich auch mit gegenwärtigen gesellschaftlichen Stereotypen, das Älterwerden von Frauen betreffend, auseinanderzusetzen.

Diese knüpfen natürlich an Sozialisationsmuster und Stereotype an, die im Geschlechterverhältnis sowieso eine Rolle spielen.

Luise Reddemann verdanke ich ein Zitat aus dem SPIEGEL das solche Geschlechterstereotype einprägsam verdeutlicht: „selbtsicher und mutig soll er sein, realistisch und logisch, autonom und optimistisch –ein Typ vom Schlege Humphrey Bogarts. Frauen wird Schönheit und viel Gefühl, Passivität und Willensschwäche, Angst und Anhänglichkeit zugewiesen, zum Vorschein kommt ein Wesen, das von einer Existenzkrise in die nächste stolpert, dabei aber rasend gut aussieht.“ (25.5.1992, Nr. 22),

Vor dem Hintergrund solcher Stereotype sei es, so Hans-Werner Mahl und Gabriele Maier, kein Wunder, „dass ältere Frauen sehr viel dafür tun, möglichst lange möglichst `jung` auszusehen.“

Folie:

Davon profitiert nicht nur die Schönheitsindustrie, sondern auch die Hormone produzierende Pharmaindustrie. Von dem letzten Besuch bei meiner Frauenärztin nahm ich dieses Bild mit. Seine Aussage: Nimm Hormone und du bleibst so zeitlos jung und schön wie diese Dame. Links die Beschreibung der Jugend und Schönheit erhaltenden Wirkungen der Östrogene auf nahezu alle Körperteile und den Stoffwechsel, rechts alle Übel, die Frauen ohne Hormonsubstitution drohen. Altwerden eine Krankheit, die man heilen kann? Z. B. mit Hormonen?

Zurück zu den Stereotypenbeschreibungen nach Mahl und Maier.

Während es für Männer gewissermassen zwei Schönheitsideale, das des jungen und `potenten` Mannes aber auch jenes des `Herrn mit den grauen Schläfen` zu

geben scheine, existiere für Frauen nur ein einziges solches Schönheitsideal, nämlich das des Mädchens bzw. der jungen Frau. (2, S.522)

Kurz zusammen gefasst: "Männer werden reifer, Frauen werden alt."

Solche Beobachtungen legen die Vermutung nahe, dass es für Frauen bei weitem schwieriger ist, sich von gesellschaftlichen Stereo- und Autostereotypen nicht unterkriegen zu lassen.

Ist nach alledem nicht anzunehmen, dass Frauen viel mehr Gründe haben psychisch krank zu werden als Männer? In der Tat lese ich in der Fachliteratur dass bei Frauen viel häufiger chronische Angstzustände, Verstimmungen und Unzufriedenheit diagnostiziert werden, dass Frauen - unabhängig vom Alter - durchgängig erhöhte Selbstwert und Depressivitätsprobleme zeigen und dass sie weit mehr als Männer von dem Gefühl, bzw. der Überzeugung beherrscht werden, dass ihre Lebensgestaltung nicht von ihnen selbst, sondern vom Schicksal, von der Gesellschaft, eben von anderen determiniert wird.

Kein Wunder, dass dann auch bei alten Frauen knapp doppelt so viele Depressionen diagnostiziert werden als bei Männern. Dieser Befund scheint also zwar frauenspezifisch, aber nicht altersspezifisch zu sein, denn wer sein Leben lang unter einer Selbstwertproblematik litt, wird diese nicht gerade im Alter abschütteln. Bei näherem Hinsehen könnte sich allerdings auch herauskristallisieren, dass solche Befunde prinzipiell weder frauen- noch altersspezifisch sind, sondern abhängig von der untersuchten Population. Bei der 1960 begonnenen und soweit ich weiß immer noch laufenden interdisziplinären Baseler Altersstudie, bei der pensionierte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verschiedener Baseler Chemiemultis verglichen wurden, also berufstätige Frauen mit berufstätigen Männern, zeigten sich – oh Wunder - die erwähnten geschlechtsspezifischen Unterschiede nicht mehr. Lediglich hinsichtlich Sport gab es noch signifikante Unterschiede. Die früheren Untersuchungen bezogen sich vorrangig auf Populationen mit typisch weiblichen Hausfrauen- und Mutterbiographien, was die Frauenforscherin Pasqualina Perrig-Chiello dazu veranlasst, das in früheren Untersuchungen immer wieder festgestellte angeblich geschlechtspezifische Syndrom aus Ängstlichkeit, Unsicherheit und Depressivität eher für Artefakt als für Fakt zu halten und auf die Gesundheitsförderlichkeit eines handfesten Aufgabenbezuges im Rahmen einer Berufstätigkeit hinzuweisen. (8)

Sind Untersuchungen zur Häufigkeit von Diagnosen immer mit Vorsicht zu genießen, so gilt dies für Untersuchungen an alten Menschen besonders. Neben den üblichen Schwierigkeiten, die sich durch unterschiedliche Stichproben, Erhebungsmethoden und Diagnosekriterien ergeben, wird bei älteren Menschen die Diagnosenstellung durch vielfältige sensorische und kognitive Probleme, die enge Wechselwirkung körperlicher Erkrankungen mit seelischer Befindlichkeit, sowie durch die Schwierigkeit dementielle von depressiven Erkrankungen abzugrenzen erschwert. Die Angaben zur Prävalenz psychischer Erkrankungen

im Alter schwanken enorm. Sie differieren zwischen 1,0% und 37,3%. (Untersuchung von Adam 1998 an 72 Studien, 2)

Vielleicht ist es interessanter, zunächst einmal festzuhalten, dass im Vergleich mit der über 18-jährigen Bevölkerung, Depressionen bei älteren Menschen eher weniger vorkommen. Insbesondere schwere Depressionen scheinen im Verlauf des Alterwerdens nicht zuzunehmen.

Ferner sei erwähnt, „dass sich insgesamt die Häufigkeit von psychischen Störungen in der Altenbevölkerung (in Privathaushalten) nicht höher darstellt als in der erwachsenen Gesamtbevölkerung.“(2, 526)

Was die Demenzen betrifft so steigen sie im Gegensatz zu Depressionen deutlich mit dem Alter an. Nach der Berliner Altersstudie liegt die Prävalenzrate bei den 90-94-jährigen bei 40%.(Helmchen et al. 1996)

In der selben Studie wurde bei Frauen ab dem 80. Lebensjahr ein höherer Anteil an dementiellen Erkrankungen festgestellt als bei Männern. Interessanter Weise ließ sich nachweisen, dass dieser Anstieg nicht mit dem Geschlecht, sondern signifikant mit anderen Variablen zusammenhing, nämlich mit Bildungstand, Zugehörigkeit zu unteren sozialen Schichten sowie mit der Wohnsituation, insbesondere wenn letztere in Heimunterbringung bestand.

Dass der überwiegende Teil depressiver und dementer Menschen Frauen sind, hängt neben den erwähnten Variablen vor allem mit der Langlebigkeit von uns Frauen zusammen und ist unserem heutigen Wissen nach kein Geschlechtsspezifikum. Was heisst eigentlich dement sein? Die meisten der so bezeichneten Frauen und Männer sind nicht einfach nur hochgradig vergeßlich, sondern sie leiden dauerhaft oder episodisch unter zusätzlichen psychiatrischen Störungen. Sie werden z.B. gequält von wahnhaft- halluzinatorischen Wahrnehmungsverzerrungen, von Depressionen, Störungen des Tag- und Nacht – Rhythmus, von Antriebsstörungen. Hinzu kommen verschiedene Verhaltensauffälligkeiten, z.B.: das Sammeln und Horten, orientierungsloses Weglaufen, lautes Schreien, rastloses Hin- und Herlaufen. Die Ärztin Claudia Wilhelm-Göbbling (10) macht darauf aufmerksam, dass die Versorgung dieser Menschen gerade durch die zuletzt beschriebenen Störungen viel eher an Grenzen kommt als durch die kognitiven Verluste und Veränderungen.

Alles nun, was man zur Versorgung alter depressiver und demenzerkrankter Personen sagen kann, sagt man schwerpunktartig zur Versorgung psychisch kranker alter Frauen, denn sie sind am meisten betroffen.

Das Thema Alter und psychische Krankheit spielte übrigens bis in die 70 iger und 80 iger Jahre hinein in vielen psychiatrischen Einrichtungen eine untergeordnete Rolle und zwar- so brutal es sich anhören mag – deshalb weil ganzen Jahrgängen das Altwerden durch die Euthanasiemorde verwehrt worden ist. Lediglich wenigen Einrichtungen gelang es damals, die behinderten und psychisch kranken Menschen zu schützen. Nicht zuletzt hieraus ergibt sich für die Fachöffentlichkeit Verpflichtung und Notwendigkeit intensiver über die Lebens- und Versorgungssituation älterer, psychisch kranker und behinderter

Menschen nachzudenken, sie in Gesetzesvorlagen zu berücksichtigen und für menschenwürdige Lebensbedingungen zu sorgen.

Hinsichtlich dieser sieht es nicht gut aus. Tragfähige ambulante Betreuungsmöglichkeiten gibt es viel zu wenig und die Institutionen, von denen man psychiatrische Behandlung oder Pflege erwartet, haben gravierende fachliche, menschliche und ausstattungsmäßige Mängel. Letzteres ist besonders schlimm für demenzerkrankte Personen mit zusätzlicher psychiatrischer Begleitsymptomatik, denn sie haben eindeutig das höchste Institutionalierungsrisiko. (9) Wo bleiben sie?

Leidinger schreibt 1999: „Trotz intensiver Recherche bei allen Krankenhausträgern ließ sich für mehr als ein Drittel der Einwohner der Bundesrepublik keine psychiatrische Einrichtung finden, die ein gezieltes Behandlungsangebot für ältere psychisch Kranke bereithält.“ (5)

Sie kommen also vornehmlich in Alten- und Pflegeheime.

Ebenfalls 1999 beschreibt der Fachkrankenpfleger Detlev Beyer-Peters, was in Deutschland seit Einführung der Pflegeversicherung in vielen Alten- und Pflegeheimen los ist. Der Personalstand sei auf ein Niveau gesunken, das dem vor 10 Jahren entspricht, ein Zustand der damals zu Protesten unter dem Begriff „Pflegetotstand“ geführt hat. Die Feststellung des täglichen Hilfebedarfs nach Minutenwerten, wie für die Pflegekassen verlangt, werde alten Menschen bereits im körperlichen und hauswirtschaftlichen Bereich nicht gerecht. Noch katastrophaler sei jedoch, dass „die Zeiten für die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung und die Begleitung von verwirrten und desorientierten BewohnerInnen sowie für die Pflege vor dem Tod“ in diesem System gänzlich unberücksichtigt bleiben; dies obwohl der Anteil gerontopsychiatrisch veränderter BewohnerInnen in den meisten Alten- und Pflegeheimen bei über 50 Prozent läge und in manchen Einrichtungen bereits mehr als 80 Prozent erreiche. (1) Trotz und z. T. gerade wegen der Pflegeversicherung fällt in Deutschland der Teil der alten und pflegebedürftigen Personen, die zusätzlich oder hauptsächlich an Demenzen und gerontopsychiatrischen Erkrankungen leiden durch die Maschen.

Etwas anders als in Pflegeheimen sieht die Versorgungslage für Menschen aus, die als jüngere wegen verschiedenster psychiatrischer Erkrankungen in ein im Sinne der Eingliederungshilfe nach BSHG finanziertes psychiatrisches Wohnheim gekommen sind und dort alt geworden sind. Auch hier gilt natürlich, dass die Ältesten unter ihnen meist weiblich sind.

Eigentümlicher Weise sind mir persönlich in den Heimen Bethels selten Menschen begegnet, die zusätzlich zu ihrer vorbestehenden psychischen Erkrankung eine schwere Demenz aufwiesen. Mir scheint dass der Anteil an Demenzen bei ihnen niedriger liegt als in der Gesamtbevölkerung. Ich weiß nicht, ob dies von irgend jemand mal systematisch überprüft worden ist.

Die Lage dieser Personen hängt natürlich ebenfalls entscheidend von der Qualität der Heime und zusätzlich von der Einbettung letzterer in ein gemeindepsychiatrisches Gesamtkonzept ab.

In Regionen, in denen eine gute Kooperation mit der Kommune vorhanden ist, gelang es in den letzten Jahren, viele ältere psychisch behinderte Menschen in der Altersgruppe zwischen 60 und 70 Jahren – in gleicher Weise wie jüngere Menschen – ambulant zu betreuen. Ein Teil dieser Menschen wohnte vorher in Heimen. Dass sie den Schritt in eine eigene Wohnung mit ambulanter Betreuung so spät vollzogen haben, hat seinen Grund meistens darin, dass ihnen diese Möglichkeit vorher gar nicht oder nicht in geeigneter Weise angeboten worden war.

Da heute ein besonderer Schwerpunkt auf Frauen gesetzt ist, verzichte ich an dieser Stelle auf eine allgemeine differenzierte Institutionenanalyse, Institutionenkritik und Darstellung geeigneter gemeindepsychiatrischer Modelle zur Versorgung alter psychisch kranker Menschen. Ein kritisches Element aus diesem Zusammenhang sei jedoch benannt, da es sich speziell auf Frauen beziehen läßt:

Prof. Rolf Hirsch, Experte auf dem Gebiet der Gerontopsychiatrie, schreibt: „Bekannt ist, dass die Menge an Psychopharmaka, die pflegebedürftigen Menschen in Institutionen gegeben werden...mit abhängig ist von der Größe und Art der Einrichtung sowie deren Personalschlüssel.“ (4)

Dies ist ein Befund, der vermutlich für jedes psychiatrische Heim gilt, ob von jungen oder alten Menschen bewohnt, der aber in Blick auf psychisch kranke Frauen von besonderer Brisanz ist, da bekannt ist das Frauen an sich schon häufiger Psychopharmaka verschrieben bekommen als Männer. Nach Latta und Meyer 1998 gehen von den Psychopharmakaverordnungen in Deutschland 75% an Frauen, besonders an Frauen über 40. Berichtet wird, dass selbst bei identischen Diagnosen Ärztinnen und Ärzte ihren Patientinnen doppelt soviel Psychopharmaka verschrieben wie ihren männlichen Patienten. (2, 664)

Bei schlechten institutionellen Bedingungen könnte sich diese Neigung potenziert negativ für alte psychisch kranke Frauen auswirken.

Verehrte Damen und Herren, ich nähere mich dem Ende dieses Vortrags. Nachdem ich meine anfängliche Abwehr dem Thema gegenüber überwunden habe, überkommt mich die Lust, wenigstens zum Schluss den eigenen Betroffenheitsbonus auszuspielen.

Ich weiß, was alte Frauen sind, denn ich habe eine Mutter, die auf 98 zugeht, eine Großmutter, die 101 geworden ist und eine Tante die es auf 103 gebracht hat. Die 103-jährige Tante las bis kurz vor ihrem Tod in der Bildzeitung, was man wohl nicht unbedingt als gerontopsychiatrisches Symptom werten muß, die Großmutter erwiderte an ihrem 100. Geburtstag auf die dämliche Frage, wie sie es angestellt hätte, so alt zu werden in breitestem Ostpreußisch: „Ich habe mir die Ärzte vom Leibe gehalten“. Falls Sie daraus auf typische Krankheitsuneinsichtigkeit schließen sollten, glaube ich nicht, dass Sie richtig liegen. Und

meine Mutter ? Sie ist klein, zierlich, etwas wackelig auf den Beinen und sieht richtig uralt aus. Im Alter hat sie sich eine erstaunliche Fähigkeit alle Fährnisse irgendwie positiv umzudeuten angeeignet. Typisch für sie folgender Bericht: „Da gab es doch neulich einen fürchterlichen Sturm, der hätte mich kleine Person beinahe umgeblasen. Was für ein großes Glück, dass ich so schwere Einkaufstaschen bei mir hatte, die mich rechts und links am Boden hielten.“ Bis zu ihrem 97. Lebensjahr hat sie sich in ihrem Haus, alleine wohnend und den großen Garten mit Eifer bestellend, durchgeschlagen. Vor kurzem jedoch, wie wir vermuten im Zusammenhang mit dem fortschreitenden Verlust ihrer Hör- und Sehfähigkeit, der starken Vergesslichkeit und Langsamkeit, sowie dem Ärger über die zunehmende Abhängigkeit von der Betreuungsperson, die wir ihr angedient hatten, leistete sie sich eine dicke misstrauisch und aggressiv getönte Realitätsumdeutung, die kurzfristig zu erheblicher Aufregung und Chaos führte. Trotz der körperlichen Zierlichkeit meiner Mutter wurde die betreuende Frau in Angst und Schrecken versetzt. Mit Hilfe eines wackeren Hausarztes, eines Neuroleptikums in niedriger Dosierung und dem Wechsel der Betreuungsperson, hat meine Mutter zwar ihre wahnenden Vermutungen über ungehörige im Haus versteckte Personen nicht aufgegeben, aber tapfer beschlossen, sich ihren Seelenfrieden und die Freude an dem schönen Frühling dadurch nicht nehmen zu lassen, sozusagen darüber zu stehen. Das ist jetzt vier Wochen her. Ich gebe zu, dass ich immer noch bei jedem Klingeln des Telefons einen Schrecken bekomme, aber das hindert mich nicht daran zu bewundern, wie meine Mutter sich trotz weiterbestehender wahnhafter Ideen wieder zu einer positiven Betrachtungsweise durchgekämpft hat. Ich bin dankbar, dass bei ihr das hohe Alter und die hinzutretende psychische Krankheit bisher nicht zu einer Psychiatrie- oder Heimeinweisung führen mußten.

Und ich? Obwohl ich es selbst kaum glauben kann, zähle auch schon zu den mehrfach erwähnten über 60-jährigen, die zwar noch erlaubt sind, von denen es aber viel zu viele gibt.

Zu viele? – Vielleicht auch nicht, denn kann es zuviel weibliche Schandmaulkompetenz überhaupt geben?

Verehrte Damen und Herren, ich habe nicht vergessen, dass es eigentlich um die geschlechtergerechte Versorgung alter Frauen in der Psychiatrie gehen sollte.

Was haben die alten Frauen meiner Familie damit zu tun? „Gesundheit durch Eigensinn“ so der Untertitel einer Veröffentlichung von Till Bastian.

Ich glaube, was die alten Damen meiner Familie so lange aufrecht erhielt, war vor allem die Möglichkeit ihren Eigen-Sinn bis zum Ende zu wahren.

Meines Erachtens ist die Quintessenz der gesamten Altersforschung *darin* zu sehen. Respekt vor dem Eigensinn fördert psychische Gesundheit. Ist da noch ein geschlechtergerechter Respekt von Nöten? Ich bin der Meinung, dass wirklicher Respekt immer geschlechtergerecht ist, und auch sensibel genug, um herauszufinden, was Mann oder Frau jeweils individuell braucht. Aber solcher Respekt ist ständig gefährdet auf der Strecke zu bleiben und dies besonders im gleichmacherischen Dschungel institutioneller Versorgungsstrukturen. Deshalb

untermauere ich die Sache mit dem Eigensinn zum Schluß noch mit einem Ergebnis aus einem kleinen Frankfurter Forschungsprojekt in sozial-psychiatrischen Institutionen von 2002. In ihm stellte sich heraus, dass psychisch kranke Frauen in ihrem Eigensinn erheblich viel mehr Wert auf selbständige Verwaltung ihrer Medikamente, die Regelung ihrer Arzttermine, die Verwaltung ihrer Finanzen, kurz auf eine selbständige Lebensführung legten als die Männer und dass ihnen signifikant seltener ein gesetzlicher Betreuer zugeordnet war.(7) Bis zum Beweis des Gegenteils sollte also versorgungspolitisch in dieser Hinsicht der weibliche Eigensinn in besonderem Maße berücksichtigt, unterstützt und gefördert werden.

Dies läßt sich auch für alte psychisch kranke Frauen am besten in den eigenen vier Wänden oder doch wenigstens in kleinräumigen Milieus verwirklichen.

Literatur

1. Beyer-Peters, Detlev: Auf dem Weg in die Pflegekatastrophe – Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Versorgung in Alten- und Pflegeheimen, Soziale Psychiatrie Jahrgang 23, Heft 2 1999, 14
2. Franke, Alexa / Kämmerer Annette (Hg.): Klinische Psychologie der Frau, Göttingen 2001
3. Graber-Dünow, Michael: Selbstbestimmung trotz Hilfebedürftigkeit, Dr. med. Mabuse, Nr.141, Januar/Februar 2003
4. Hirsch, Rolf, D.: Alter und Menschenwürde –Gerontopsychiatrie Quo vadis?, soziale Psychiatrie, Jahrgang 23, Heft 2 1999
5. Leidinger Friedrich: Gemeindepsychiatrie – Kein Platz für alte Menschen? Soziale Psychiatrie, Jahrgang 23, Heft 2 1999
6. Marquard, Odo: Theoriefähigkeit des Alters, in: Philosophie des Staddessen, Stuttgart 2000
7. Oppenheimer, Christa: Frauen brauchen andere Hilfen als Männer, Psychosoziale Umschau 1/2001
8. Perrig-Chiello, Pasqualina: Internet: Institut Universitaire Kurt Bösch, Sion
9. Sennett, Richard: Der flexible Mensch / Die Kultur des neuen Kapitalismus, Berlin 1999
10. Wilhelm-Gößling, Claudia: „Eine deutliche Häufung der Todesfälle...“ – Hochdosierte Neuroleptika in Pflegeheimen, Soziale Psychiatrie Jahrgang 23, Heft 2 1999, 12

Renate Schernus, Bohnenbachweg 15, 33617 Bielefeld

Vortrag bei der Fachtagung des Gesundheitsausschusses der Landschaftsversammlung Rheinland
„Frauenspezifische Probleme der psychiatrischen Versorgung“ am 12.6.2003 in Köln