

„Wie geht es weiter?“ 76j. Patientin mit leichter Demenz, Hausbesuch auf Wunsch der Familie  
SB MuU, Seminar 1 (Woche 1) der Allgemeinmedizin

### **ARBEITSMATERIALIEN – Fallvignette Frau Wertheim, Fragen für Kleingruppenarbeit**

#### *Arbeitsblatt für Seminar 1*

**Frau Wertheim**, die 76jährige Schwiegermutter des asthma-kranken Bäckers Herrn Schmidtman, lebt im selben Stadtteil allein in ihrem Haus und wird hausärztlich ebenfalls von Ihnen betreut, allerdings kam sie in der letzten Zeit immer seltener in die Praxis.

Ehepaar Schm. berichtet: In den letzten 6 Monaten haben die Schmidtmanns sich vermehrt um Frau Wertheim kümmern müssen: Nächtliche Anrufe bei transienten Orientierungsstörungen, Bagatellschäden am Auto, wiederholte Schlüssel- und Portemonnaie-Suche, zuletzt einige Tage im Krankenhaus mit Prolongationen nach Sturz.

Bei Frau Wertheim besteht laut Krankenblatt eine arterielle Hypertonie und eine KHK mit Z.n. Myokardinfarkt vor 15 Jahren. Sie vergisst zunehmend häufig die Einnahme ihrer Tabletten (ASS, Simvastatin, Bisoprolol, Ramipril /HCT, Amlodipin, Donepezil), lehnt aber Tablettengabe durch einen Pflegedienst rigoros ab.

Das von der Erkrankung Herrn Schmidtmanns (Bäckerasthma) und den Folgeproblemen (Umschulung, Ehekrise, Depression) stark in Anspruch genommene Ehepaar will die Mutter in ein Altenheim in Düsseldorf holen, diese lehnt jedoch energisch ab: „Ich brauche keine Hilfe!“

Ehepaar Schmidtman bittet Sie jetzt um einen Hausbesuch bei der alten Dame, diese ist einverstanden.

#### **Fragen für die Kleingruppenarbeit**

*(10 Minuten Bearbeitungszeit, 1 Gruppenmitglied stellt anschließend im Plenum vor):*

1. Wie ist zu bewerten, dass Frau Wertheim die Medikamente zur kardiovaskulären Sekundärprophylaxe sowie das Antidementivum nicht einnimmt und diesbezüglich einen Pflegedienst ablehnt, wie ist hier vorzugehen?
2. Welche (genannten oder ungenannten) Einflussfaktoren könnten bei dem zutage getretenen Konflikt zwischen den Kindern (Ehepaar Schmidtman) und der Patientin eine Rolle spielen?
3. Welche Möglichkeiten hat der Hausarzt, an der Lösung dieses Konflikts moderierend mitzuwirken, worin könnten Lösungsansätze liegen (und sind das überhaupt ärztliche Aufgaben...)? Welche Ressourcen kann der Hausarzt mit ins Spiel bringen?

### **HAUSAUFGABE zur Vorbereitung der kommenden Doppelstunde (= Seminar 2, Woche 2)**

- Bitte üben Sie die Verwendung des hausärztlichen Beratungsinstruments ARRIBA ([www.arriba-hausarzt.de](http://www.arriba-hausarzt.de), Onlineversion verwenden oder – unsere Empfehlung – Offline-Version auf den eigenen Rechner laden). Wer die Software nicht verwenden kann oder will, greift bitte auf die Print-Bögen der arriba-Beratung (2 Seiten) zurück, die auf der Webseite des ifam heruntergeladen werden können.
- Bitte berechnen Sie das individuelle CVR für zwei fiktive Patienten mit von Ihnen festgelegtem Risikoprofil: eine junge Frau (< 40 J) und einen älteren Mann (> 60 J). Bereiten Sie sich gedanklich auf eine fiktive Beratung vor („was ändert sich, wenn...?“); bitte Ausdruck mitbringen.

„Wie geht es weiter?“ 76j. Patientin mit leichter Demenz, Hausbesuch auf Wunsch der Familie  
SB MuU, Seminar 1 (Woche 1) der Allgemeinmedizin

### **ARBEITSMATERIALIEN – Handout: Hausbesuch; beginnende Demenz in hausärztlicher Perspektive**

*Ausgabe am Ende von Seminar 1*

#### **Ein Hausbesuch birgt das Potenzial für spezifische, sonst nicht leicht zugängliche Hinweise auf...:**

- die soziale Stellung, den materiellen Wohlstand
- die Persönlichkeit in ihrer aktuellen Ausprägung: Ordnung, Sauberkeit, Geschmack, Vorlieben / Hobbies, Ernährung / Genussmittel (Zigaretten, Alkohol), Tätigkeit (Zeitungen, Bücher, TV), Biographie (Fotos!), ...
- die Einbettung in ein soziales Miteinander: Mitbewohner, Haustiere, Besucher, Nachbarn...

#### **Ein Hausbesuch verändert die Beziehung:**

- Preisgabe sehr persönlicher bis intimer Details über die Person (siehe oben) → Vertrauen
- der Hausarzt wird u.U. zum Gast des Patienten, wird bewirtet
- der Hausarzt lernt wichtige Bezugspersonen kennen
- bei wiederholten Hausbesuchen (evtl mit eigenem Wohnungsschlüssel) wird der Hausarzt zum integralen Bestandteil des sozialen Netzes des Patienten, vergleichbar nur Angehörigen oder engen Freunden

#### **Ein Hausbesuch kann wegweisend sein, wenn ...**

- der Patient in der Praxis wesentliche Aspekte nicht benennen kann, weil sie ihm nicht bewusst sind
- der Patient in der Praxis wesentliche Aspekte bewusst oder unbewusst verbergen will
- dem Hausarzt erst durch das Ermessen von Persönlichkeit und sozialer Einbettung wesentliche Dimensionen einer aktuellen (oder auch: drohenden) Problematik bewusst werden
- die Kenntnisnahme / Einbeziehung Dritter wesentlich ist für das Erschließen / Lösen von Problemen

#### **Leichte und mittelschwere Demenz bei allein lebenden Menschen:**

##### **Was ist, wie äußert sich leichte / mittelschwere Demenz bei allein lebenden Menschen?**

- Körperpflege, Sorgfalt bei Auswahl und Pflege der Kleidung (bis zur Verwahrlosung); (Urin-) Inkontinenz wird u.U. nicht bemerkt / ignoriert / negiert
- Störungen des Kurzzeitgedächtnisses: Termine (Friseur, Freunde, ...), Medikamenteneinnahme, Gesprächsinhalte, Geburtstage, Verpflichtungen (Rechnungen und andere Schreibtischarbeiten)... werden vergessen, Gegenstände werden vergeblich gesucht („verloren“)
- Schwierigkeiten mit technischen Geräten (Apraxie): Handy, Uhr, Herd, Glühbirne wechseln, ...
- Verwendung von Verkehrsmitteln: Aufregung vor Bahnfahrten, Unsicherheit beim Umsteigen am Bahnhof, geparktes Auto nicht wiederfinden, Bagatellschäden; Unsicherheit beim Taxifahren (Angabe von Ziel- und Heimatadresse, Bezahlvorgang)
- Einkaufen, Kochen, ... Essen wird vergessen
- Gespräche werden dürftig, Wiederholen von Fragen, Unfähigkeit von sich zu erzählen oder der Geschichte eines anderen zu folgen
- Arbeiten an einer Fassade, u.U. mit größter Energie

#### **Typische Probleme für die Betroffenen („Mensch“) und ihr soziales Umfeld („Umwelt“)**

- Der Radius wird immer enger
- Das soziale Umfeld oder Netz wird immer brüchiger bzw. weitmaschiger
- Misstrauen, Enttäuschung, Alleinsein, Einsamkeit – Alkohol („Witwenröster“)
- Finanzielle Probleme – Mahnungen, Konflikte, Geldverlust
- Gesundheits- und seelische Probleme: Mangel- oder Fehlernährung, Gewichtsverlust, Depression – umso mehr, je mehr die Erkrankung eine diesbezügliche Selbstreflexion zulässt; sekundäre Symptome / demenzielle Komplikationen wie Wahn oder Delir
- Veränderung der Beziehung zu Angehörigen und / oder Freunden, je nach Persönlichkeit z.B. Anklammern, Überbeanspruchung – oder aber Distanzierung, Rückzug

#### **Rolle des Hausarztes**

- Frühzeitiges Erkennen der Erkrankung und möglicher Komplikationen
- Gesprächsangebot: Thematisieren mit Patient und Angehörigen
- Eruiieren, was der Patient möchte (Patientenverfügung, offenes Ansprechen kritischer Themen)
- Salutogenese: Identifikation wohltuender Aktivitäten, Beziehungen...
- Tertiärprävention durch Ressourcenaktivierung und Stärkung; Vermittlung lokaler / regionaler Hilfsangebote, SHG / Alzheimer-Gesellschaft
- Identifikation und Ansprache überforderter Angehöriger (oder auch Pflegender)

„Wie geht es weiter?“ 76j. Patientin mit leichter Demenz, Hausbesuch auf Wunsch der Familie  
SB MuU, Seminar 1 (Woche 1) der Allgemeinmedizin

## **ARBEITSMATERIALIEN – Grundlagen des neuen Betreuungsrechts**

*Ausgabe am Ende von Seminar 1*

Bis zum 31.12.1991 galt das alte Vormundschafts- und Pflegschaftsrecht. Das Nebeneinander von Vormundschaften und Gebrechlichkeitspflegschaften war geprägt von Entmündigung und der reinen Vermögensverwaltung. Zum 01.01.1992 trat das Gesetz zur Reform der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige in Kraft. Die neuen gesetzlichen Grundlagen findet man im Betreuungsgesetz (BtG) und dem Betreuungsbehörden-gesetz (BtBG). Das Betreuungsgesetz von 1992 ändert das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) in den §§ 1896 bis 1908 i.

Danach wurden die vorhandenen Vormundschaften und Pflegschaften gemäß Artikel 9 des BtG in das neue Betreuungsrecht überführt. Sowohl der Pfleger aus der Gebrechlichkeitspflegschaft als auch der Vormund aus den bestehenden Entmündigungen wurden zu Betreuern.

Am 01.01.1999 trat dann das Betreuungsrechtsänderungsgesetz in Kraft, das jedoch für das Führen ehrenamtlicher Betreuungen keine wesentlichen Änderungen brachte.

Auch die erneute Änderung vom 01.07.2005 enthielt sowohl für die betreuten Personen als auch für die ehrenamtlichen Betreuer nur einige wenige Änderungen. Sie bezog sich hauptsächlich auf die Vergütung der hauptamtlichen Betreuer und Betreuerinnen. Das geänderte Gesetz stellte allerdings nochmals das Selbstbestimmungsrecht der betreuten Personen in den Vordergrund, indem es postulierte, dass gegen den freien Willen einer Person keine gesetzliche Betreuung eingerichtet werden darf.

Betreuung ist keine Entmündigung mehr! Gesetzliche Betreuung ist eine individuelle Hilfe für jede einzelne betroffene Person.

Das Wesen der Betreuung besteht darin, dass für eine volljährige Person ein(e) Betreuer(in) bestellt wird, der / die in einem genau festgelegten Umfang für diese handelt.

Dabei stehen der persönliche Kontakt zur/zum Betreuten und eine mitmenschliche Beziehung im Vordergrund.

### **Übersicht zu den Grundzügen des Betreuungsgesetzes**

- Die Entmündigung wird abgeschafft.
- Die „gesetzliche“ Betreuung ersetzt Vormundschaft und Pflegschaft (für Erwachsene).
- Die Betreuung soll flexibel zugeschnitten sein. Sie wird stets nach bestimmten Zeiträumen (max. 7 Jahren) auf ihre Notwendigkeit überprüft.
- In die Rechte des Betreuten soll nur soweit wie unumgänglich eingegriffen werden.
- Wünsche des Betreuten sind vom Betreuer zu beachten.
- Die Betreuung hat keinen Einfluss auf die Geschäftsfähigkeit des Betreuten.
- Bei erheblicher Selbstschädigung kann ausnahmsweise ein Einwilligungsvorbehalt für einzelne Aufgaben angeordnet werden.
- Eheschließung und Testament sind trotz einer Betreuung möglich.