

12. Bundestagung 9.-12. Juni 1997 Erfurt
Kompetent für Verwirrte
Eine Herausforderung zukünftiger Altenhilfe

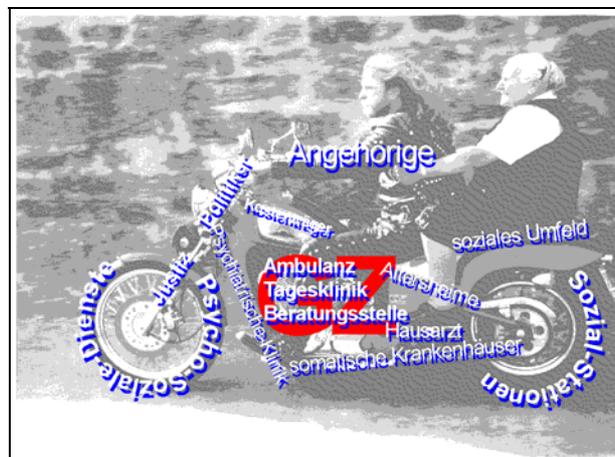
Kooperation zugunsten der Versorgung psychisch kranker Menschen

Einleitung

Daß die demographische Entwicklung, insbesondere was die Versorgung älterer Menschen angeht, eine Herausforderung für Politik, Gesellschaft und auch für die Medizin darstellt, gehört mittlerweile zu einer vielzitierten Standardformulierung. Erforschen, Erkennen und Behandeln von altersbedingten Krankheiten und Auffälligkeiten ist Aufforderung an Gegenwart und Zukunft und schließt ein, nach Möglichkeiten entsprechender Begleitung älterer Menschen Ausschau zu halten. Bei der Suche nach Arbeitsweisen und Methoden ist Humanität nach wie vor entscheidendes Kriterium, Vorgehensweisen haben auf die Situation im Einzelfall einzugehen; zunehmend spielen allerdings auch Kriterien von Effizienz und Effektivität eine Rolle, Forderungen nach nutzerorientierten Angebotsleistungen sind vernehmbar.

Kooperation für die Versorgung psychisch kranker Menschen: das Gütersloher Modell

Als richtungsweisend in der gerontopsychiatrischen Versorgung älterer psychisch kranker Menschen entwickelte sich das Gerontopsychiatrische Zentrum in Gütersloh. Als bundesweit erstes Zentrum wurde 1991 das Gerontopsychiatrische Zentrum (GZ) -angegliedert an die Westfälische Klinik für Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik- mit einer Tagesklinik und einer gerontopsychiatrischen Ambulanz eröffnet. Mit seinem ambulanten und teilstationären Behandlungsangebot verwirklicht es die von der Expertenkommission der Bundesregierung (1988) vorgesehene Motorfunktion einer regionalen Versorgungseinheit.

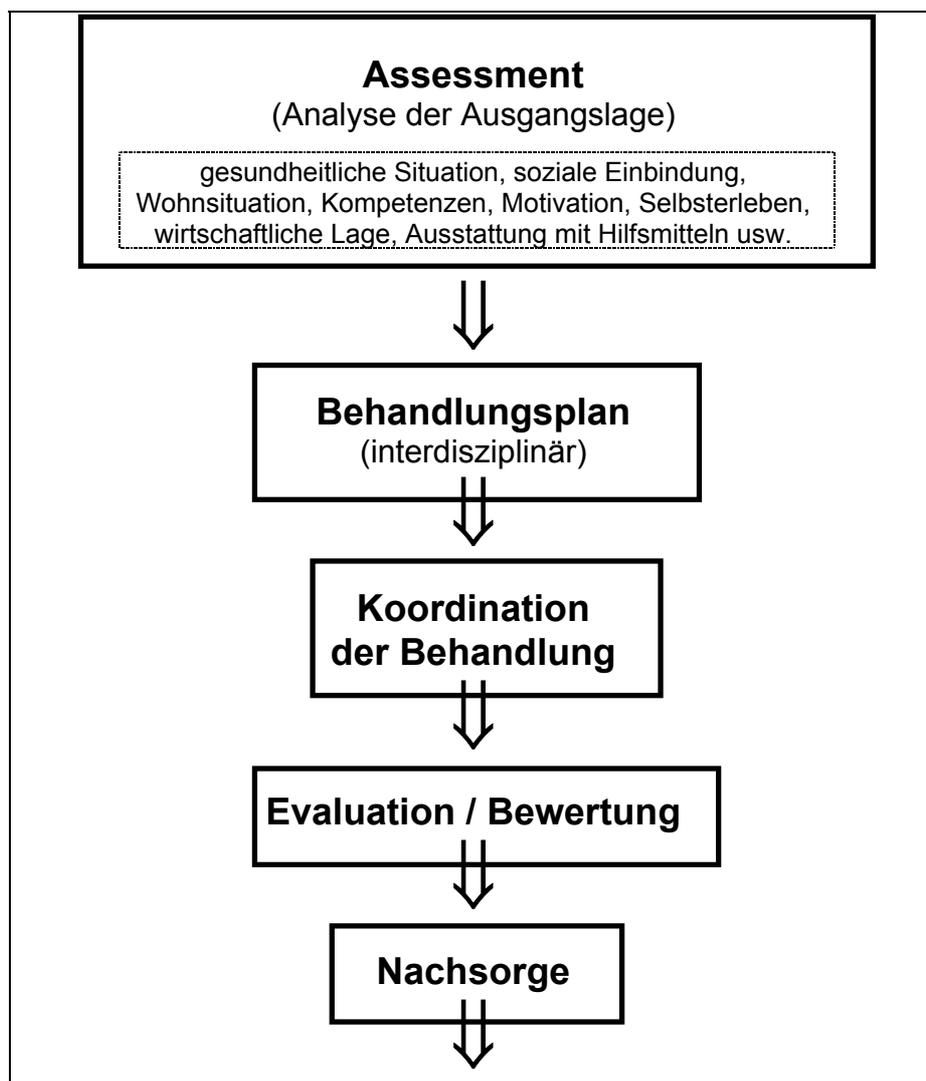


Das Behandlungsspektrum des Gerontopsychiatrischen Zentrums umfaßt Angebote für Menschen mit affektiven Psychosen (15%), dementiellen Erkrankungen (48%), neurotischen Störungen (10%), Suchterkrankungen (7%), Psychosen (17%) u.a..

Die Tagesklinik bietet 18 Behandlungsplätze an, durchschnittliche Verweildauer 29 Tage. Sie entstand durch die Umwandlung von stationären in teilstationäre Behandlungsplätze. Zur Zeit arbeiten hier vier Pflegekräfte, ein Sozialarbeiter sowie eine Psychologin, eine Beschäftigungstherapeutin, eine Bewegungstherapeutin (1/2 Stelle) und eine Ärztin.

Grundlage für die Entstehung der Ambulanz war das ambulante Tätigsein von Stationsärztinnen und Ärzten. Durch kostendeckendes Arbeiten wurde es sukzessive möglich, MitarbeiterInnen mit vollem Stundenumfang ambulant arbeiten zu lassen. Heute sind insgesamt sieben Mitarbeiter in der Ambulanz tätig: drei Ärzte, eine Altenpflegerin, ein Fachpfleger für Psychiatrie, eine Sozialpädagogin (3/4 Stelle), und eine Arzthelferin. Die Finanzierung dieser Stellen läuft über erwirtschaftete Einnahmen.

Die von der Expertenkommission der Bundesregierung (1988) genannte dritte Säule, eine Beratungsstelle, gibt es derzeit in Gütersloh noch nicht.



(Nach R. Wendt 1988)

Case Management als Arbeitsmuster im Gerontopsychiatrischen Zentrum Gütersloh

Ohne auf die Vielfalt methodischer Aspekte, der konzeptionellen Hintergründe und Rahmenbedingungen einzugehen, die sich mit Case Management verbinden, möchte ich an dieser Stelle zunächst allgemein Aufgaben und Funktionsfelder des Case Managements graphisch darstellen (in Anlehnung an R.Wendt 1988), um anschließend exemplarisch Case Management als eine Arbeitsform in der Gerontopsychiatrie Gütersloh vorzustellen.

Eine sorgfältige Einschätzung der Bedürftigkeit („assessment“), ein umfassender Behandlungs- bzw. Pflegeplan, Koordination von Dienstleistungen (Behandlung), Bewertung sowie Nachsorge bzw. Nachbehandlung sind die Kernelemente von Case Management.

Die Bereitstellung von Dienstleistungen, die entsprechend der jeweiligen Situation des Patienten/ Klienten erforderlich sind, liegt gewöhnlich bei einer Organisation oder einem Mitarbeiter. Die Dienstleistungen selber können durchaus von verschiedenen Trägern erbracht werden.

Praktisch gesehen und auf eine Kurzform gebracht, bedeutet Case Management, daß eine Person bzw. eine Einrichtung einen Patienten/ Klienten während der gesamten Behandlung, und wenn nötig, auch darüber hinaus, begleitend, moderierende Funktion übernimmt und den Prozeß -im Sinne von Unterstützungsmanagement- koordiniert.

Es sollen in diesem Rahmen nicht die Vorteile einer solchen Vorgehensweise kritisch gegenüber den Nachteilen abgewogen werden, dazu wäre eine eigene Veranstaltung notwendig, dennoch möchte ich Einzelaspekte herausgreifen, die eine wesentliche Rolle bei der Versorgung älterer (gerontopsychiatrisch erkrankter) Menschen spielen. So erspart die fallweise Unterstützung beispielsweise sich wiederholende zeitintensive und nicht immer unproblematische Anamnesegespräche, Mitarbeiter profitieren von den bereits erhobenen Daten und können die so gewonnenen Zeitressourcen nutzen, um u.a. neue „Mosaiksteinchen“ zu finden, die ein möglichst vollständiges biographisches Bild der betroffenen Person zeichnen oder den Behandlungsplan fortzuschreiben.

Für den Patienten und seine Angehörigen bedeutet „Case Management“ eine gewisse Sicherheit in der Zuständigkeit. Es gibt zahlreiche Hinweise darauf, daß sich derartige Aspekte positiv auf den Behandlungsprozeß auswirken und die Zufriedenheit aller Beteiligten erhöhen. Vertrautheit und Kontinuität sind insbesondere bei der Betreuung und Behandlung von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen wichtige Aspekte.

Im Gerontopsychiatrischen Zentrum Gütersloh (GZ) ist Case Management zu einem grundlegenden Arbeitsmuster geworden.

Arbeitsweise des Gerontopsychiatrische Zentrum Gütersloh

Tagesklinik

In der Alten-Tagesklinik werden, im Gegensatz zu anderen Einrichtungen, alle Personen ab ca. 60 Jahren, die eine Einweisung für eine Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus haben, aufgenommen. Ausnahmen sind akute Suizidalität, erhebliche Fremd- oder Autoaggressivität sowie Verweigerung der Behandlung bei bestehendem

Unterbringungsbeschluß. Wie in anderen gerontopsychiatrischen Stationen bilden dementiell Erkrankte mit ca. 50% die größte Diagnosegruppe. Dieses Behandlungskonzept einer Regelversorgung in der Alten-Tagesklinik hat sich aus unterschiedlichen Gründen bewährt (siehe dazu Kankowski 1996).

Leitend für die Arbeitsweise in der Tagesklinik ist die Grundannahme, daß Behandlung immer ein zielgerichtetes, befristetes Handeln unter Berücksichtigung der Ressourcen des Betroffenen meint. Behandlung ist dynamisches prozeßhaftes Geschehen, mit Blick auch auf die Nachsorgephase und Weiterbetreuung des Patienten.

Der Behandlungsansatz in der Altentagesklinik ist sozialpsychiatrisch ausgerichtet. Er berücksichtigt Maßnahmen zur Strukturierung des Alltages ebenso wie Lebenslage und soziales Umfeld des Patienten. Für jeden Patienten gibt es einen individuellen Behandlungsplan, ein multiprofessionelles Team, unter Leitung einer Ärztin/ Arztes, übernimmt die Betreuung der betagten Menschen. Der Aufenthalt in der Altentagesklinik wird von der Krankenkasse finanziert und dauert zwischen drei Wochen und drei Monaten, selten länger.

Die Arbeit mit dem „Bezugspersonensystem“ ist wichtiger Aspekt des methodischen Vorgehens dieser Einrichtung. Im Sinne eines Case Management orientierten Arbeitens stellt ein Mitarbeiter als Bezugsperson den Erstkontakt zum Patienten und den Angehörigen her. Gemeinsam mit einem weiteren Teammitglied führt sie/ er das Aufnahmegespräch und ist auch weiterhin verbindlicher Ansprechpartner. Von ihr/ ihm werden anstehende Hausbesuche organisiert und durchgeführt, zuständig ist diese Bezugsperson auch für die Zusammenarbeit mit komplementären Diensten und Einrichtungen.

Ambulanz

Wesensmerkmal der Gerontopsychiatrischen Ambulanz ist ihre "aufsuchende" Arbeitsweise, d.h. das Behandlungsangebot findet in der häuslichen Umgebung statt. Die ambulante gerontopsychiatrische Tätigkeit hat sowohl die Funktion einer "Vorschaltambulanz", als auch einer "mobilen Ambulanz", die im Bedarfsfall in der konkreten Situation vor Ort Behandlung und Beratung anbietet.

Kontakte zu unseren Patienten findet zu 95% in Form von Hausbesuchen statt. Ratsuchende wenden sich in erster Linie telefonisch an das Sekretariat der Gerontopsychiatrischen Ambulanz. Hier wird, je nach Sachlage, entweder telefonisch direkt ein erstes Gespräch vermittelt oder ein Termin für einen Hausbesuch vereinbart. Die Dringlichkeit des Einzelfalls entscheidet darüber, ob der Hausbesuch unmittelbar stattfindet, oder erst in den nächsten Tagen. Erfahrungsgemäß ist es sinnvoll, einen Termin auch mit den Angehörigen, dem Pflegedienst u.a. abzusprechen, um bereits im Vorfeld relativ sicherzustellen, daß ein Kontakt auch tatsächlich zustande kommen kann und man nicht vor verschlossener Türe steht. Jedem Patienten wird ein Arzt und ein nicht ärztlicher Mitarbeiter zugeordnet.

Das ambulante gerontopsychiatrische Behandlungskonzept in Gütersloh versteht sich im Sinne einer „mobilen Ambulanz“, d.h. Ärzte und Pflegepersonal müssen mobil sein; sich im sprichwörtlichen Sinn auf die Patienten, die Angehörigen, zu-bewegen. Zunächst bedeutet dies rein pragmatisch, sich mit dem Auto dem Patienten zu nähern, ihn in seiner häuslichen Umgebung aufzusuchen.

Mobilität bezieht sich aber auch auf die Gedankengänge, was meint, sich gedanklich flexibel auf die Ratsuchenden einzustellen und sie, auch hier wieder im doppelten Sinn, dort abzuholen, wo sie gerade sind.

Diese „aufsuchende Arbeitsweise“ der Gerontopsychiatrischen Ambulanz ist eine Möglichkeit, Menschen dort zu erreichen, wo sie leben; in der Umgebung, in welcher das akute Problem entstanden ist und wo es, unserer Meinung nach, auch gelöst werden sollte. Der Hausbesuch ist geeignetes Medium, einerseits um zu sehen, wo ein Mensch zu Hause ist. Er vermittelt einen Eindruck von Lebensbezügen des Patienten: in welcher Umgebung lebt der alte Mensch, wie ist seine Wohnung eingerichtet und gestaltet, teilt er seinen Wohnraum mit Ehepartner, Kindern, Haustieren? Diese Hinweise tragen nicht zuletzt zu einer ganzheitlichen Sichtweise bei.

Einen besonderen Stellenwert beim Hausbesuch hat das therapeutische Gespräch. Empathischer Zugang, Vertrauen, den Menschen dort abzuholen, wo er gerade steht ..., das alles sind bekanntlich Elemente auf dem Wege zu einem Behandlungsvertrag. Die Frage, wie geht man in der Familie miteinander um, beantwortet sich vielfach beiläufig auf nonverbale Weise. Anfangssituationen, die ersten Sätzen des Patienten bzw. der Angehörigen geben oft schon einen Hinweis auf die eigentliche Problematik.

Andererseits, und dieses scheint uns ein sehr wesentlicher Aspekt zu sein, treffen wir die Menschen in einer Situation an, in der sie das „Heimrecht“ haben, wir erscheinen in der Rolle des Besuchers. Auf diese Weise ist der Arztbesuch weniger invasiv als beispielsweise der Besuch einer psychiatrischen Sprechstunde oder gar die Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus. Lebenspraktische Fähigkeiten und Ressourcen der Patienten können unmittelbar vor Ort eingeschätzt und im Hinblick auf ein Behandlungskonzept bewertet werden.

Ausgehend von diesen Eindrücken und Befunden werden gemeinsam mit dem Patienten bzw. den Angehörigen sinnvoll erscheinende Vorgehensweisen im Sinne eines Therapiekonzeptes erörtert. Dazu gehört sowohl das Erkennen und Verstehen von „auffälligem“ Verhalten aus der Biographie und den Lebensumständen heraus, als auch das Aufzeigen der Angebote unserer Einrichtung sowie anderer Einrichtungen der Altenhilfe. Betroffene bzw. Angehörige werden informiert über das jeweilige Krankheitsbild, über Verlaufsformen und Prognose. Sie erhalten Hilfestellungen im Umgang mit dem Patienten. Es findet eine umfassende Beratung über Hilfsangebote statt.

Und auch dabei ist die gedankliche Mobilität gefragt, die ich anfangs erwähnt habe, was konkret heißt, nicht nur Fachwissen zu haben, sondern auch kreativ Ideen zu entwickeln und auf den Einzelfall abgestimmte individuelle Lösungsmöglichkeiten herauszufinden.

Je nach Gesamtsituation entscheidet der Arzt über die Indikationsstellung zu intensiveren Therapieformen. Vollstationäre und/ oder teilstationäre Behandlung, die Einschaltung von Pflegediensten zwecks ambulanter Betreuung sind Möglichkeiten, Handlungsspielräume patientenorientiert zu nutzen. Die Gerontopsychiatrische Ambulanz vermittelt dabei die Kontakte zu den jeweiligen Institutionen.

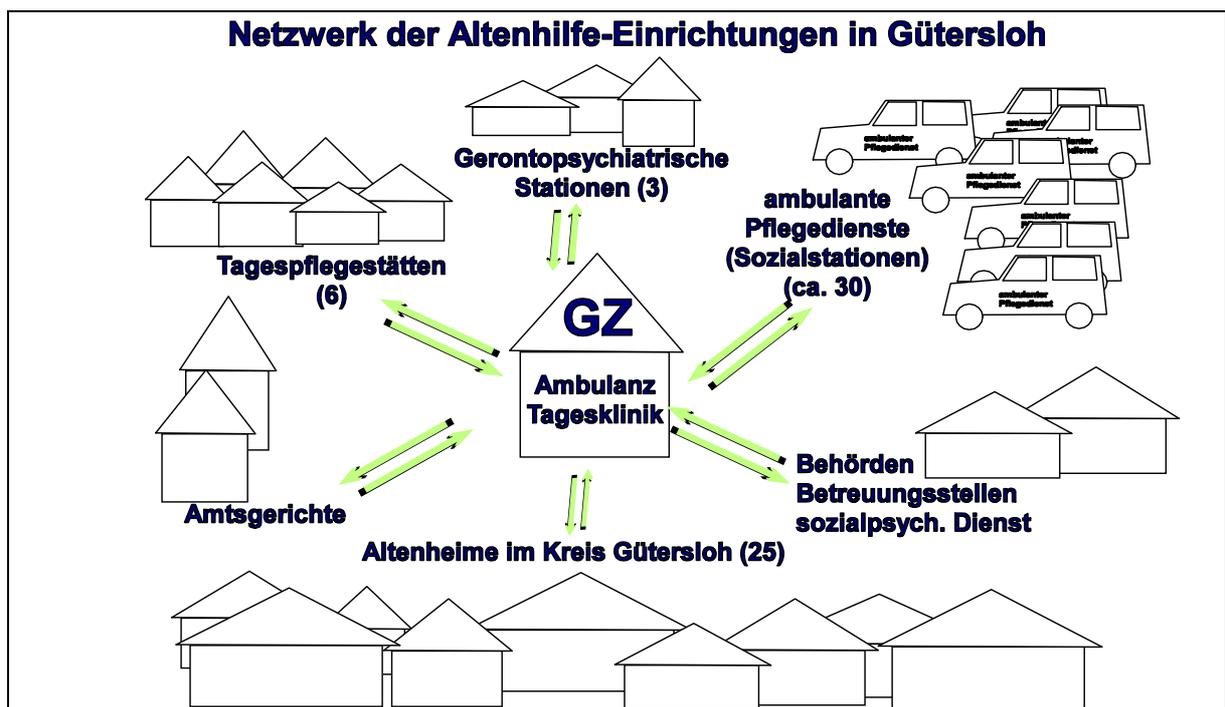
Ambulante gerontopsychiatrische Versorgung schließt auch die psychiatrische Pharmakotherapie ein, entsprechende Verordnungen und Erfolgskontrollen. Gerade an dieser

Schnittstelle möchte ich die Notwendigkeit, herausstellen, kooperativ mit den Hausärzten zusammenzuarbeiten.

Die dargestellten Behandlungsmöglichkeiten stehen auch Heimbewohnern zur Verfügung. Wir bieten allen Altenheimen im Kreis Gütersloh an, psychisch gestörte Bewohner ebenfalls im Rahmen von Hausbesuchen zu behandeln. Darüber hinaus gibt es mit einigen Heimen Beratungsverträge.

In den Heimen findet eine intensive Teambesprechung statt. Der tägliche Umgang mit dementen und psychisch auffälligen Menschen bringt MitarbeiterInnen, ob mit oder ohne Ausbildung, nicht selten an die Grenzen ihrer physischen und psychischen Belastbarkeit. Überforderungssymptome, die sich in ganz unterschiedlichen Facetten zeigen, sind die Folge. Mitarbeiter brauchen Unterstützung. Fallsupervision und Einführung der MitarbeiterInnen in die Technik des biographischen Arbeitens haben sich hier bewährt.

Die beratende Tätigkeit hat nicht nur Auswirkungen auf die in der Pflege stehenden MitarbeiterInnen, sondern auch auf das Heim als Institution, was einschließt, mit der Heimleitung, dem Sozialdienst etc. des entsprechenden Heimes vertrauensvoll zusammen zu arbeiten.



Ein weitere Schlüsselkategorie in der Arbeit der Gerontopsychiatrischen Ambulanz ist die Kooperation mit allen an der Versorgung älterer psychisch kranker Menschen Beteiligten. Diese Kooperation bezieht sich sowohl auf das unmittelbare soziale Umfeld des Patienten im Sinne einer Stärkung personaler und sozialer Ressourcen als auch auf die Netzwerkarbeit mit allen Einrichtungen, die in der Altenhilfe tätig sind.

Kooperative Strukturen entwickeln - oder: wie die Gerontopsychiatrische Ambulanz Gütersloh Netzwerkstrukturen initiiert, installiert und fördert

Der in der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung tätige Arzt übernimmt „Lotsenfunktion“ in der gesamten umfassenden Betreuung des Versorgungsfalls. Entscheidend für ein derart funktionierendes „Case Management“ ist die Kommunikation mit allen an der Pflege/ Behandlung beteiligten Institutionen.

In Gütersloh wird die Strategie der Netzwerkförderung eingesetzt als Instrument zur Entwicklung und Förderung der Kooperation und Koordination verschiedenster an der Versorgung älterer psychisch kranker Menschen beteiligten Organisationen und Institutionen.

Einen in dieser Form noch nicht bekannten Weg sind wir bei der Gestaltung dieser Netzwerkarbeit gegangen: Mit unserem Angebot „*Treffen der in der psychiatrischen Pflege Tätigen*“ wurden erstmals alle Anbieter ambulanten medizinischer Pflege angesprochen. Sicherlich handelt sich bei diesem Beitrag nicht um etwas grundsätzlich Neues, vielmehr ist durch Verknüpfungsarbeit, offensichtlich an richtiger Stelle, ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung des regionalen Netzwerkes der Altenhilfe geleistet worden.

Dieses Angebot des Gerontopsychiatrischen Zentrums soll dazu beitragen:

- durch Kooperation und Koordination das regionale Netzwerk der Altenhilfe auszubauen,
- neue Netzwerkelemente zu initiieren, zu installieren und zu fördern,
- durch Weiterbildung, Beratung u.a. die Kompetenzen des in der Altenpflege tätigen Personals zu erweitern
- allgemeine Gesundheitsbedingungen zu verbessern.

Als inhaltliche Struktur dieses Treffens hat sich eine Gliederung in einen Informationsteil und eine "Fallbesprechung" entwickelt .Ausgehend von einem Praxisbeispiel werden Möglichkeiten des Zugangs zum gerontopsychiatrischen Patienten in seinem sozialen Umfeld diskutiert, Handlungsalternativen entwickelt und in der Realität umsetzbare Nah- und Fernziele in der Betreuung des vorgestellten Falles erarbeitet.

Daß von dieser Veranstaltung vielfache Impulse ausgehen, zeigt sich u.a. in der Akzeptanz gerontopsychiatrisch veränderter Menschen: war es vor Jahren noch schwierig für sie einen Pflegedienst zu finden, gestaltet sich diese Aufgabe heute nahezu reibungslos, nicht zuletzt deshalb, weil durch dieses Treffen ein gegenseitiges Kennenlernen möglich wurde, Hemmschwellen abgebaut und Formen der Zusammenarbeit entwickelt wurden.

Als ein weiterer Ansatzpunkt zur Entwicklung von Kooperationsstrukturen wird die „Ambulanzbesprechung“ genutzt. Sie ist ein Forum zur Beschaffung und zum Austausch von Informationen und Erfahrungen. Als multiprofessionelles Team treffen sich hier MitarbeiterInnen der Gerontopsychiatrischen Stationen, der Altentagesklinik und Geronto-Ambulanz, dem Pflegezentrum sowie den Sozialstationen. Case Management erfordert Koordination und Steuerung von Maßnahmen und Prozessen. Dieses bezieht sich sowohl auf das unmittelbare soziale Umfeld des Patienten im Sinne einer Stärkung personaler und

sozialer Ressourcen als auch auf die Netzwerkarbeit mit allen Einrichtungen, die gerontopsychiatrischen Versorgung beteiligt. Case Management meint somit auch Erschließung und Unterstützung aller relevanten formellen und informellen Hilfsmöglichkeiten.

Im Rahmen dieses methodischen Ansatzes bestehen in Gütersloh enge Kontakte sowohl zu den Tagespflegeeinrichtungen als auch zu den Altenheimen. Über die Betreuung und Versorgung der Patienten hinaus finden Beratungsgespräche im Pflorgeteam statt. „Fallsupervision“ ist hier eine Arbeitsform, um aktuelle Probleme zu thematisieren und Lösungsstrategien zu entwickeln.

Kooperation meint auch ärztlicher Konsilliardienst sowie die psychiatrischen Mitbetreuung gerontopsychiatrisch erkrankter Patienten in den somatischen Krankenhäusern und schließt u.a. Kontakte zu Juristen der hiesigen Amtsgerichte und andere Berufsgruppen mit ein.

Wie die Ausführungen deutlich gemacht haben, werden auf ganz unterschiedlichen Ebenen Ansatzpunkte genutzt, bereits vorhandene psycho-soziale Versorgungsstrukturen ohne zusätzlichen Kostenaufwand effektiver und effizienter zu gestalten.

Auswirkungen auf die Behandlungslandschaft

- Das Behandlungsangebot ist niederschwelliger geworden.
- Es werden mehr Menschen mit primären Krankheitsbildern und Störungen einer adäquaten psychiatrischen Behandlung, zumeist ambulant, zugeführt.
- Die Zusammenarbeit mit den in der Altenhilfe Tätigen konnte verbessert werden.
- Die Verweildauer im stationärem gerontopsychiatrischen Bereich konnte gesenkt werden.
- Es gibt weniger stationäre Einweisungen aus Einrichtungen der Altenhilfe (Heimen, Tagesstätten usw.).
- Insbesondere sehr „auffällige“ Menschen profitierten von den ambulanten Betreuungsstrukturen.
- Erweiterung des Dienstleistungsangebotes für psychisch kranke Menschen in Form von Psychiatrische Behandlungspflege, Tagesstätten, Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege.

Literatur

Dörner, K. (1996): Kritische Position In: Am Beispiel Demenz und Schlaganfall: Forschung mit einwilligungsunfähigen Patienten: Hrsg. Hirnliga e.V.

Kankowski, B. (1996): Tagesklinik als Regelversorgung im höheren Lebensalter, In: Von der Siechenstation zum Gerontopsychiatrischen Zentrum, Remlein, K.-H. und Netz, P. (Hrsg.): Verlag Jakob van Hoddis

Kuhlmann H.-K. (1995): Wege in die Zukunft des Alters - Das Gerontopsychiatrische Zentrum Gütersloh als Modell für eine neue Altenhilfe-Politik: Vortrag am 8. Nov. 1995 in Celle

Nübel, G. (1996): Treffpunktarbeit mit den in der psychiatrischen Pflege Tätigen als Möglichkeit der regionalen Netzwerkförderung -Ein Bericht aus der Praxis- In: Altenpflege Dez. Vincentz Verlag

Lohmann R. und Heuft G. (1995): Life Review: Förderung der Entwicklungspotentiale im Alter: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 28: S.236-241 (1995): Steinkoff Verlag

Steiner-Hummel, I. (1991): Case Management in der Altenhilfe, In: Unterstützung fallweise Case Management in der Sozialarbeit, Wendt, W. R. (Hrsg.): Lambertus Verlag

Wendt, W. R. (1988): Soziale Einzelhilfe: Von der Falldiagnose zum Unterstützungsmanagement. In: Brennpunkte Sozialer Arbeit - Soziale Einzelhilfe.

Wendt, W. R. (1991): Unterstützung fallweise Case Management in der Sozialarbeit: Lambertus Verlag

Wissert, M. (1992). Case Management und Sozialstationen. Eine Fallstudie aus einer Koordinierungsstelle. In: Wendt, W. R. (Hrsg.) Ambulante sozialpflegerische Dienste in Kooperation, Lambertus Verlag