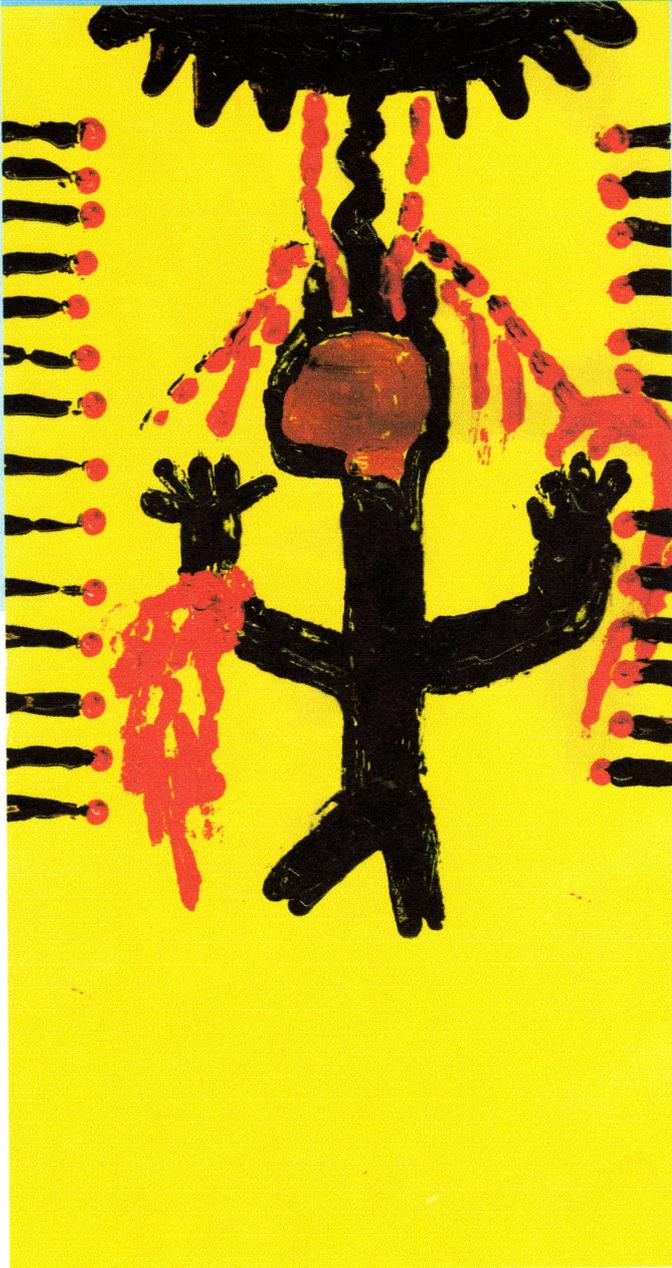


PSYCH. PFLEGE HEUTE

August 2007 • Seite 175–242 • 13. Jahrgang

www.thieme-connect.de/ejournals 4 • 2007



- ▶ Was wollen Psychiatrie-Erfahrene von Pflegekräften
- ▶ Überleitungspflege soll Wege ebnen
- ▶ Suizidalität - Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen

Teilstationäre gerontopsychiatrische Behandlung – ein multiprofessionelles Konzept zur Behandlung psychiatrischer Erkrankungen älterer Menschen

Autoren

E. Blitz, C. Schröder, I. Kowalewski, I. Härdich, S. Schlee, C. Duensing-Kleier, T. Gödecke-Koch

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-963191
Psych Pflege 2007; 13:
190–196 © Georg Thieme
Verlag KG Stuttgart · New York ·
ISSN 0949-1619

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. E. Blitz
Therapiezentrum Gartenstraße,
Zentrum für Gerontopsychiatrie
und Psychotherapie, Klinikum
Wahrendorff
Gartenstraße 19
30161 Hannover
eriblitz@arcor.de

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes [13] wird im Jahr 2050 die Hälfte der bundesdeutschen Bevölkerung älter als 48 Jahre und ein Drittel 60 Jahre oder älter sein. Die Veränderung der Bevölkerungspyramide zum Bevölkerungspilz wird bereits heute für das Gesundheitswesen relevant. So erscheint auch im psychiatrischen Bereich die Behandlung von Menschen höheren Lebensalters zunehmend von Bedeutung. Es wird ein interdisziplinäres Konzept der teilstationären Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten vorgestellt, wie es im Zentrum für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie im Klinikum Wahrendorff etabliert wurde.

Bedeutung teilstationärer Maßnahmen in der Gerontopsychiatrie

Die tagesklinische Behandlung in der Gerontopsychiatrie schaut auf eine beinahe 30-jährige Geschichte zurück. Die teilstationäre Behandlung von gerontopsychiatrischen Patienten kann als eine bedeutsame Maßnahme im Sinne der von Finzen [8] beschriebenen differenziellen Therapie in der Psychiatrie angesehen werden. Die Tagesklinik ist im Gesamtkonzept gerontopsychiatrischer Versorgung zwischen ambulanter und vollstationärer Behandlung angesiedelt (Abb. 1). Sie dient als bedeutsame Schnittstelle im Versorgungssystem. Die Tagesklinik ist ein Versorgungsbereich, in dem die Kombination von intensiver psychiatrischer Therapie und beginnender Rehabilitation durchführbar und regelhaft anzutreffen ist [5]. Die Nähe zum „alltäglichen Leben“ erlaubt es, die Tagesklinik als ein reales Setting zur Problematualisierung und daran anschließend Problemlösung anzusehen, sei es im sozialen, familiären, psychischen oder beruflichen Bereich. Neben diesen therapeutischen Gesichtspunkten ist auch der ökonomische Gewinn durch Verkürzung der vollstationären

Liegezeiten zu beachten. So resümiert Albers [1], dass die tagesklinische Behandlung genauso wirksam ist wie die vollstationäre und bei einer klaren Indikationsstellung, wie sie in der gerontopsychiatrischen Tagesklinik als gegeben angesehen werden kann, auch kostengünstiger ist als eine vollstationäre Maßnahme.

Ein wichtiger Faktor der Behandlung psychiatrisch erkrankter Patienten stellt die kontinuierliche und konsequente Verfolgung von Behandlungszielen auch über einen langen Zeitraum dar. Die Tagesklinik als Bindeglied zwischen ambulante/familiärem Bereich und stationärem Bereich kann diese Kontinuität als Kommunikationsbrücke zwischen den beiden anderen Bereichen gewährleisten.

Wie Eikelmann [5] formuliert, ist auch aktuell noch eine mangelhafte teilstationäre Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten zu beklagen. Das Verhältnis von stationärer zu teilstationärer Versorgung in der Gerontopsychiatrie liegt bei 1:45 (entspricht 2,2%) [16]. Seit der Psychiatrie-Enquête [12] wird ein tagesklinischer Anteil von rund 15%, seit Ende der 90er-Jahre sogar von 20–25% an der Gesamtversorgung empfohlen. Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen im Senium ist heute trotz der sich verändernden Altersstruktur der Gesamtbevölkerung ein vernachlässigtes Gebiet [17].

Die Notwendigkeit einer von der allgemeinpsychiatrischen Behandlung separierten Therapie gerontopsychiatrischer Patienten wird aktuell diskutiert [14]. Aus der klinischen Erfahrung heraus erscheint es sinnvoll, die Behandlungsbereiche zu trennen. Ältere Menschen haben andere Problem- und Lebensbereiche als jüngere Menschen und halten sich in gemischten psychotherapeutischen Gruppen eher zurück. Ferner sind bei der Behandlung gerontopsychiatrischer Patienten Besonderheiten in der Beziehungsgestaltung, der Behandlungsschwerpunkte (neben all-

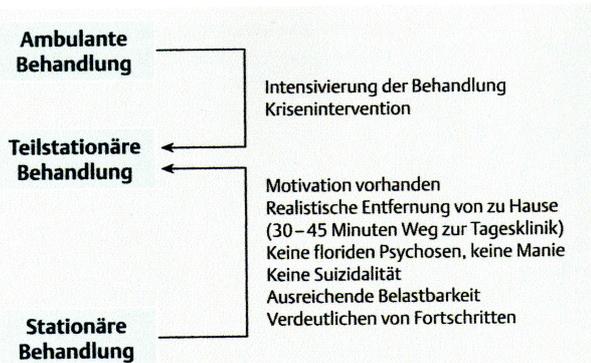


Abb. 1 Verlegungsgründe von stationär bzw. ambulant zu teilstationär.

gemeinpsychiatrischen Erkrankungen vermehrte demenzielle Entwicklungen sowie somatische Erkrankungen), der sozialen Lebenssituation (z.B. Berentung, Vereinsamung) sowie der alltagspraktischen Versorgung (z.B. Grundpflege, Grundversorgung) zu beachten.

Zusammenfassend kann aus ökonomischer sowie aus therapeutischer Sicht im Sinne der Förderung des Selbstmanagements und der Selbstständigkeit der Patienten die teilstationäre Versorgung als wesentliche Ergänzung im gerontopsychiatrischen Behandlungsbereich angesehen werden. Gleichzeitig muss festgestellt werden, dass der Bedarf an teilstationären Versorgungsstrukturen das Angebot aktuell deutlich übersteigt.

Therapeutische Grundannahmen

▼ Patienten und Indikation

Die gerontopsychiatrische Tagesklinik ist für die Behandlung von 15 Patienten konzipiert. Indikationen für die Aufnahme sind Schizophrenien, Persönlichkeits- und wahnhaftige Störungen, affektive Störungen sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. Es werden Patienten ab einem Alter von 55 Jahren aufgenommen, welche die Motivation zur Teilnahme an dem therapeutischen Programm mitbringen und regelmäßig die Tagesklinik besuchen können. Bei den Patienten sollte eine medizinische Behandlungsindikation vorliegen und ein tragfähiges Umfeld bestehen, das die sichere Versorgung am Abend und an den Wochenenden gewährleistet. Erfahrungsgemäß sind Frauen in der gerontopsychiatrischen Tagesklinik in einem Verhältnis zwei zu eins gegenüber Männern überrepräsentiert [15], was auf die demografische Geschlechterverteilung im Alter über 55 Jahre zurückzuführen ist.

Als Ausschlusskriterien für die Aufnahme in die Tagesklinik werden mittelschwere und schwere Demenzerkrankungen, akute Suchterkrankungen/Entzugssyndrome, akute Suizidgefährdung sowie aggressives Verhalten definiert.

Das bio-psycho-soziale Behandlungsmodell

Das Ziel der gerontopsychiatrischen Behandlung in der Tagesklinik besteht in der ressourcenorientierten Förderung und Erhaltung bestehender psychosozialer und alltagspraktischer Kompetenzen. Im ressourcenorientierten Ansatz wird davon ausgegangen, dass auch bei bestehenden Einschränkungen aufgrund psychiatrischer und/oder somatischer Erkrankungen

psychische, physische und soziale Kompetenzen beim Patienten vorliegen, welche individuell erkannt und gefördert werden können. Förderung bestehender Fähigkeiten führt zu einem selbstständigerem Lebensvollzug und Enthospitalisierung der Patienten. Dies wiederum resultiert in einer Erhöhung der Lebenszufriedenheit und des Gesundheitszustandes auf Seiten des Individuums sowie zu Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen auf Seiten der Gesellschaft.

Mit diesem ressourcenorientierten Zugang soll erreicht werden, dass die Patienten nach der Entlassung in ihre alte häusliche Umgebung zurückkehren können. Im gerontopsychiatrischen Bereich stehen die Unterstützung des Patienten in den Prozessen der Anpassung an Veränderungen, Optimierung bestehender Ressourcen sowie die Kompensation von Ressourcenverlusten im Behandlungsfokus [2]. Als wichtiger Zweck der tagesklinischen Behandlung kann neben dem kurativen auch der präventive Ansatz gesehen werden. Ziel ist es, die aktuelle Krankheitsepisode zu behandeln sowie die Kompetenzen des Patienten so zu stärken, dass die Wahrscheinlichkeit nachfolgender Krankheitsepisoden sinkt und die Lebenszufriedenheit und -fähigkeit steigen.

Das ganzheitliche Behandlungskonzept der Tagesklinik ist orientiert am bio-psycho-sozialen Modell psychischer Erkrankungen ([6]; ► Abb. 2). Hierbei werden biologische, psychische sowie soziale Krankheitsfaktoren gleichermaßen in ein Störungsmodell psychischer Erkrankungen sowie in deren Behandlung integriert, um so aufrechterhaltende Bedingungen des Erkrankungsverlaufes zu identifizieren und – wo möglich – zu beseitigen. Die Integration des sozialen häuslichen Umfeldes des Patienten in das Behandlungskonzept ist eine notwendige Voraussetzung für eine Behandlungskontinuität und somit für den langfristigen Behandlungserfolg. Daher ist eine Aufgabe der Tagesklinik die Kommunikation und Aufklärung aller an dem Behandlungsprozess beteiligten Personen und Institutionen mit dem Einverständnis des Patienten (z.B. Angehörige, Haus- und Fachärzte, Seniorenheime).

Voraussetzung für die Umsetzung der Behandlungsimplicationen aus dem bio-psycho-sozialen Modell ist ein multiprofessionelles Team, in dem pflegerische, ärztliche, therapeutische sowie sozialarbeiterische Kompetenzen synergistisch zusammengeführt werden. Das Team setzt sich zusammen aus Ärzten, Psychologen, Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Sozialarbeitern sowie Pflegekräften. Dabei tragen die verschiedenen Berufsgruppen des Teams sowohl zur Diagnostik als auch zur Therapieplanung und -durchführung bei. Die Therapie basiert auf einem Behandlungsplan, dem ein eingehendes interdisziplinäres Assessment vorausgeht. Dabei werden neben den bestehenden Symptomen und Defiziten des Patienten v.a. auch die Ressourcen und Hilfsmöglichkeiten im sozialen Umfeld erfasst. Im Sinne einer kontinuierlichen therapiebegleitenden Diagnostik werden die so erfassten Aspekte im Verlauf der Therapie immer wieder erhoben, um eine Anpassung der Therapieplanung an den Therapieprozess zu gewährleisten.

Umsetzung der interdisziplinären Arbeit

▼ Zur Umsetzung der interdisziplinären Teamarbeit finden jeden Morgen Dienstbesprechungen statt, an welchen das gesamte Team teilnimmt. Hierbei werden Informationen über jeden Pa-

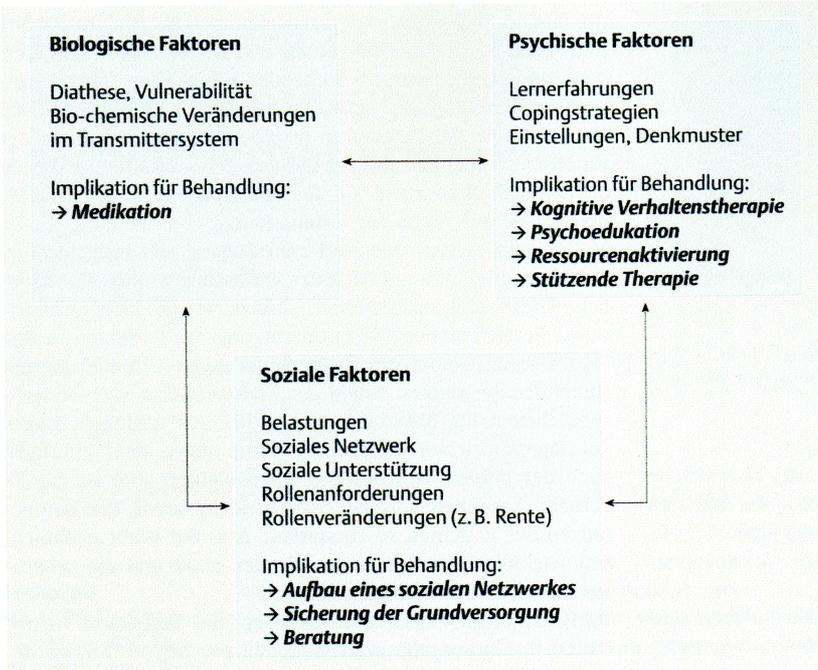


Abb. 2 Das bio-psychosoziale Modell von Engel [6] und seine Bedeutung für die psychiatrische Behandlung.

tienten ausgetauscht und die weitere Behandlung gemeinsam geplant. Einmal in der Woche findet eine Teamsitzung statt, in welcher teambezogene Fragen geklärt werden können.

Der Wochenplan sieht Gruppen vor, welche von verschiedenen Berufsgruppen geleitet und jeweils co-therapeutisch von mindestens einer Person einer anderen Profession begleitet werden. Ziel ist, eine umfassendere Sicht des Therapieverlaufes zu erhalten sowie die Verhaltensbeobachtung während der Therapie zu verbessern. **Tab. 1** zeigt den Wochenplan, wie er in der Tagesklinik umgesetzt wird. Die jeweils verantwortlichen Berufsgruppen sind den Therapien zugeordnet.

Zur Verbesserung der fachlichen Kooperation werden in monatlichem Abstand gemeinsame fallbezogene Supervisionssitzungen durch einen externen Supervisor durchgeführt.

Neben den Gruppenangeboten finden regelmäßige Einzelkontakte der Patienten mit den jeweiligen Berufsgruppen statt. Wo möglich erfolgen auch diese mindestens mit zwei Behandlern aus verschiedenen Sparten. Zur Planung der weiterführenden Behandlung bzw. Versorgung nach der Entlassung aus der Tagesklinik erfolgen bei allen Patienten Hausbesuche, welche von dem Sozialpädagogen sowie dem Pflegepersonal geleistet werden. Bei Bedarf können zusätzliche indikationsspezifische Gruppenangebote gestellt werden (z.B. Schmerzbewältigungsgruppen, Schlafhygienegruppen).

Ferner sind grundpflegerische Maßnahmen im gerontopsychiatrischen Setting ebenfalls zeitweilig notwendig (z.B. Inkontinenzversorgung) ebenso wie regelmäßige Vitalwertkontrollen (u.a. RR, BZ), Ableitung von EKGs etc. Weitere pflegerische Aufgaben beziehen sich gerade im tagesklinischen Setting auf organisatorische Pflichten. Hierzu gehören neben der Organisation von Aufnahme- und Entlassungsformalitäten auch die Planung der An- und Abreise der Patienten zur Tagesklinik. Dies ist gerade im gerontopsychiatrischen Setting eine wesentliche Aufgabe, da die Patienten aufgrund körperlicher Einschränkungen häufig nicht in der Lage sind, selbstständig die Tagesklinik aufzusuchen. Es besteht die Möglichkeit, mit dem

hauseigenen Fahrdienst oder nach individueller Vereinbarung mit der jeweiligen Krankenkasse mit Taxiunternehmen die Tagesklinik zu erreichen.

Behandlungsablauf

Aufgrund des interdisziplinären Ansatzes sowie aufgrund der Orientierung am bio-psychosozialen Erkrankungsmodell ist zur Integration der verschiedenen Informationsquellen bezüglich körperlicher, psychischer, biografischer und sozialer Aspekte ein strukturiertes (Be-)Handeln notwendig.

Der Behandlungsablauf in der Tagesklinik lässt sich in fünf große Abschnitte unterteilen, welche in **Abb. 3** dargestellt sind.

Aufnahme

In die Tagesklinik werden Patienten nach vollstationärer Behandlung sowie Patienten, welche bisher ambulant behandelt wurden, aufgenommen. Die Kontaktaufnahme mit der Tagesklinik erfolgt in der Regel telefonisch durch den vorbehandelnden Arzt oder durch den Patienten selbst. Der Aufnahme geht ein Vorgespräch voraus, an welchem der Patient, eine Bezugsperson des Patienten, Arzt oder Psychologe sowie das Pflegepersonal teilnehmen.

Im Vorgespräch werden folgende Fragen mit dem Patienten geklärt:

- ▶ Besteht hinreichende Mobilität, um die Tagesklinik zu erreichen, was wird hier benötigt?
- ▶ Liegt eine psychiatrische Behandlungsindikation vor? Welche Symptome bestehen?
- ▶ Wie wurde vorbehandelt?
- ▶ Welche Vorbefunde (z.B. CT) liegen vor, die ggf. zur Aufnahme mitgebracht werden sollten?
- ▶ Besteht eine positive Behandlungsprognose hinsichtlich kurativer und rehabilitativer Zielsetzungen?

Tab. 1 Wochenplan der gerontopsychiatrischen Tagesklinik

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
		08.30 – 09.00 Frühsport (Pflege, Ergotherapie)		
		08.30 – 09.00 Frühstück		
		09.30 – 10.00 Frühstücksdienst		
		10.00 – 10.30 Morgenrunde (alle Berufsgruppen)		
10.30 – 11.30 Planungsgruppe (Ergo- therapeut, Sozialarbeiter)	10.30 – 11.00 Hockerymnastik (Physio- therapeut, Sozialarbeiter)	10.30 – 11.30 Gesellschaftsrunde (Ergotherapeut, Sozial- arbeiter, Pflege)	10.30 – 11.00 Snoezeln (Ergothera- pie, Pflege)	10.30 – 11.00 Hockerymnastik (Physiotherapeut, Sozial- arbeiter)
11.30 – 12.00 Entspannung (Psychologe, Arzt) parallel Einzelbetreuung (Pflege)	11.30 – 11.45 Medikamentengruppe (Arzt) parallel Ergotherapie/Hirnleistungs- training nach Stengel (Ergo- therapeut, Sozialarbeiter) parallel Medikamentenstelltraining (Pflege)	11.30 – 12.00 Wohlfühlen und Selbstfür- sorge (Pflege, Sozialarbei- ter)	11.30 – 12.00 Entspannung (Psychologe, Arzt) parallel Einzelbetreuung (Pflege)	11.30 – 12.00 Gruppentraining sozialer Kompetenzen (Psychologe, Sozialarbeiter) parallel Einzelbetreuung (Pflege)
13.30 – 14.00 Spaziergang bzw. Nordic Walking (Pflege, Sozial- arbeiter)	13.30 – 16.00 Außenaktivität	12.00 – 13.30 Mittag und Mittagspause	13.30 – 14.00 Spaziergang bzw. Nordic Walking (Pflege, Sozialarbeiter)	13.00 – 13.30 Abschlussrunde (alle Berufsgruppen)
14.15 – 15.15 Gruppe Angst und Depres- sion bewältigen (VT) (Psychologe, Pflege) parallel Ergotherapie (Ergothera- peut, Sozialarbeiter)		13.30 – 14.00 Spaziergang bzw. Nordic Walking (Pflege, Sozialar- beiter)	14.15 – 15.15 Erinnerungsgruppe (Sozialarbeiter, Pflege)	
15.30 – 16.00 Abschlussrunde (alle Berufsgruppen)		14.15 – 15.15 Gruppe Angst und Depres- sion bewältigen (VT) (Psychologe, Pflege) parallel Ergotherapie (Ergothera- peut, Sozialarbeiter)	15.30 – 16.00 Abschlussrunde (alle Berufsgruppen)	
		15.15 – 16.00 Waffelcafé (alle Berufs- gruppen, inklusive Nach- betreuungsangebot)		

- ▶ Besteht ein tragfähiges soziales Umfeld, in das der Patient in absehbarer Zeit zurückkehren kann?
- ▶ Ist die Versorgung in den therapiefreien Zeiten gewährleistet (z. B. am Wochenende)?
- ▶ Ist der Patient ausreichend motiviert, das Behandlungsangebot der Tagesklinik wahrzunehmen?
- ▶ Ist der Patient gruppeneinig (Konzentrationsspanne 15–30 min., Begrenzbarkeit)?
- ▶ Besteht eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung?
- ▶ Liegt eine demenzielle Erkrankung oder eine Abhängigkeits-
erkrankung vor?

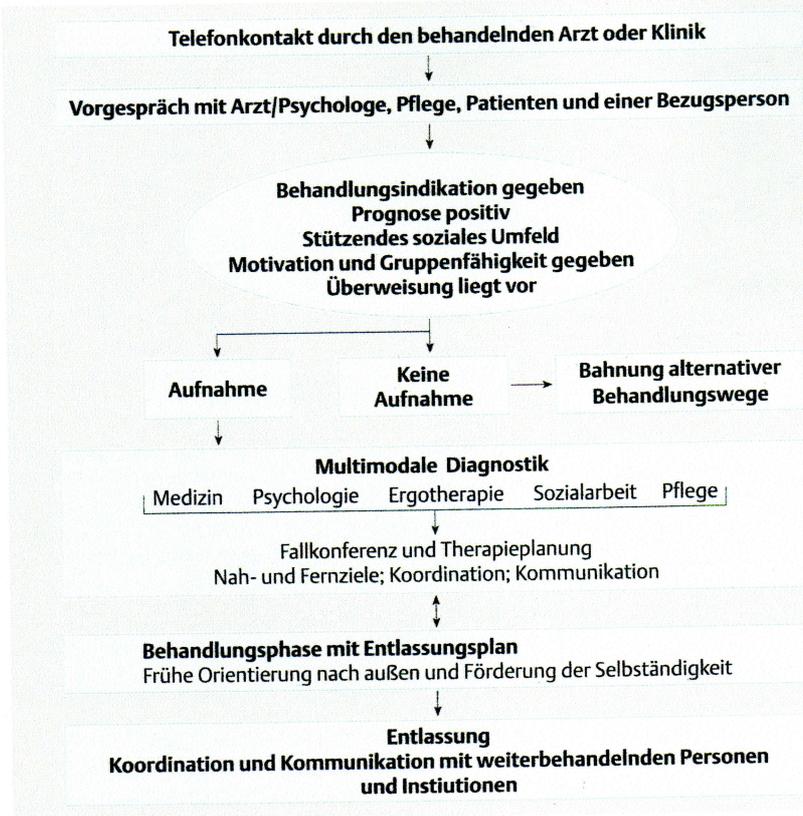
Nach Klärung dieser Fragen und nach Absprache im Team sowie mit dem Patienten und dessen Begleitung erfolgt die Vergabe eines Aufnahmetermins. Anschließend kann der Patient sich die Räumlichkeiten sowie das Therapieangebot der Tagesklinik noch einmal genau ansehen, um eine breitere Entscheidungsbasis zu erlangen. Das Commitment des Patienten gegenüber dem Behandlungskonzept ist eine wesentliche Grundlage der Therapie, welche durch die Betonung der Wahlfreiheit für oder gegen die Behandlung sowie durch eine Transparenz des Behandlungskonzeptes schon vor Aufnahme gefördert werden kann.

Eingewöhnungs- und Diagnostikphase

Die erste Woche wird vom Patienten zur Orientierung und Eingewöhnung in den Stationsalltag genutzt. Gleichzeitig findet eine multimodale Diagnostik statt, welche teilstrukturiert und - standardisiert stattfindet.

Dabei werden Informationen aus allen Lebensbereichen des Patienten zusammengetragen. Soziale, psychische und somatische Faktoren werden erfasst. Neben der routinemäßigen Labordiagnostik erfolgt eine medizinisch-psychiatrische Anamnese und Exploration, eine Erhebung psychosozialer Basisinformationen, eine Klärung der persönlichen Lebenssituation, ein Einholen von Informationen über die Bewältigung von lebenspraktischen Alltagsroutinen durch die Pflegekräfte (Barthel-Index) sowie eine Beurteilung des motorischen Funktionsniveaus und der Kooperationsfähigkeit durch Ergotherapie und Bewegungstherapie. Die psychopathologische Testung erfolgt indikationsspezifisch, ebenso die neuropsychologische Untersuchung. Standardmäßig werden das Beck-Depressions-Inventar (BDI) und der Mini-Mental-Status-Test (MMST) durchgeführt. Mit dem Patienten werden ferner persönliche Therapieziele definiert.

Abb. 3 Behandlungsablauf in der Tagesklinik.



Auf Basis dieser Informationen erfolgt eine interdisziplinäre *Fallkonferenz*, in welcher der Therapieplan für den Patienten auf Basis eines aus den Informationen abgeleiteten Krankheitsmodells festgelegt wird. Hierbei werden die Therapieziele des Patienten sowie die Motivation und die Ressourcen des Patienten beachtet. Die Pflegeplanung ist Bestandteil des Therapieplanes. Der so erarbeitete Behandlungsplan wird mit dem Patienten besprochen.

Behandlungsphase

Während der Behandlungsphase nimmt der Patient an den in seinem Therapieplan festgelegten Maßnahmen teil. Hierbei stehen Diagnostik im Sinne von Verhaltensbeobachtung und Informationsansammlung in ständiger Interaktion mit der Anpassung des Therapiezieles und -planes (prozessbegleitende Diagnostik). Die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen werden für den Patienten in seinem Therapiepass dokumentiert. Die Dokumentation findet ferner im standardisierten medizinischen Dokumentationssystem (Kadex) statt. Bereits in der Behandlungsphase steht die Eigenständigkeit und Unabhängigkeit des Patienten im Vordergrund, indem die Orientierung des Patienten aus der Tagesklinik hinaus von Beginn der Behandlung an gefördert wird.

Entwöhnungsphase

Im Rahmen der Außenorientierung des Patienten werden die therapeutischen Angebote im Verlauf der Behandlung zunehmend reduziert und die eigenverantwortlichen Anteile an der Tagesstrukturierung erhöht. Neben „therapiefreien“ Zeiten, in welchen sich die Patienten wie zu Hause selbstständig beschäftigen müssen, werden Belastungserprobungen im Sinne

von eigenständigen Außenaktivitäten oder Besuchen von Seniorenentretts etc. mit zunehmender Behandlungsdauer intensiviert.

Bei einigen Patienten hat sich eine Intervalltherapie bewährt. Hierbei werden die Patienten nach einem kurzen Aufenthalt entlassen mit der Option, nach frühestens drei bis vier Wochen wieder in der Tagesklinik aufgenommen zu werden. Um die aufnahmefreie Zeit zu erleichtern, haben diese Patienten die Möglichkeit, einmal in der Woche an einem offenen Angebot für ehemalige Patienten teilzunehmen. Dieses Vorgehen erscheint v.a. bei chronifizierten Patienten sinnvoll, welche häufig nach längeren Aufenthalten in der Versorgungsstruktur nachsuchen.

Entlassung

Ziel der tagesklinischen Behandlung ist die frühestmögliche Ver selbstständigung der Patienten sowie die Reduktion der Symptomatik. Der Patient wird vom Zeitpunkt der Aufnahme an schrittweise auf seine Entlassung vorbereitet. Der Zeitpunkt der Entlassung wird mit dem Patienten besprochen. Dabei sollte der Therapieerfolg soweit fortgeschritten sein, dass er auch nach Entlassung stabil bleibt. Bereits vor der Entlassung sollte der erste ambulante Termin beim weiterbehandelnden Arzt durch den Patienten selbst organisiert werden. Bei der Entlassung erhält der Patient einen vorläufigen Arztbrief sowie seine aktuelle Medikamentenliste. Für das Altenheim erstellt das Pflegepersonal einen kurzen Pflegebericht mit Vorschlägen für den weiteren stabilisierenden Umgang mit dem Patienten. Im Zentrum für Gerontopsychiatrie ist die Weiterbehandlung in der gerontopsychiatrischen Institutsambulanz möglich, was wiederum eine Behandlerkontinuität gewährleistet. Die Wirk-

samkeit dieses kontinuierlichen Behandlungsansatzes über einen Zeitraum von zwei Jahren konnte nachgewiesen werden [4].

Besonderheiten gerontopsychiatrischer tagesklinischer Arbeit

Wie in anderen Bereichen der psychiatrischen Behandlung erscheint auch im Rahmen der gerontopsychiatrischen Versorgung die Arbeit im multiprofessionellen Team sowohl hinsichtlich der Diagnostik und Fallkonzeption als auch hinsichtlich der Behandlung dringend indiziert. Aufgrund der fehlenden Schichtdienste ist es in einer Tagesklinik möglich, ein kontinuierliches personengebundenes pflegetherapeutisches Angebot zu etablieren. Hierzu ist ein hohes Maß an interdisziplinärer Kommunikation und Bereitschaft zur Weiterqualifizierung sowie Interesse an der therapeutischen Arbeit notwendig.

Besonderheiten der gerontopsychiatrischen Praxis stellen sich zum einen aufgrund der z.T. notwendigen grundpflegerischen Aufgaben, zum anderen aufgrund des Altersgefälles zwischen Patient und Behandler. Die in der Gerontopsychiatrie häufige umgekehrte Übertragung, bei der der Patient den Behandler als „sein Kind oder Enkelkind“ identifiziert, kehrt sich im Laufe der Behandlung zur regelrechten Übertragung, wobei der Therapeut die Rolle des Beraters übernehmen kann (vgl. Heuft [9]). Hierzu ist es notwendig, dass die Fach- und Sozialkompetenz des Behandlers schon früh während der Therapie deutlich wird und dieser die „Erwachsenenrolle“ frühzeitig einnimmt und verdeutlicht, ohne in eine „belehrende Rolle“ zu geraten.

Die Eigenübertragung im Sinne der eigenen Altersbilder ist von besonderer Bedeutung für die Behandlung gerontopsychiatrischer Patienten, da unsere eigenen Vorstellungen über das Alter und über das Altern unser Verhalten gegenüber dem älteren Patienten bestimmen. Aufgrund ihrer handlungsbestimmenden Eigenschaften ist es notwendig, dass Behandler in der gerontopsychiatrischen Praxis ihre eigenen Vorstellungen und auch Vorurteile hinsichtlich des Altwerdens und des Alterns immer wieder kritisch hinterfragen.

Fürchte ich selbst das Altern, so werde ich nur schwer glaubhaft einen ressourcenorientierten Ansatz in der Gerontopsychiatrie vertreten können. Glaube ich, dass Menschen im Senium Unterstützung brauchen und körperlich gebrechlich sind, dann werde ich frühzeitig Hilfe leisten, anstatt bestehende Kompetenzen zu optimieren, was wiederum das Gefühl der Hilflosigkeit bei dem Patienten bedingen kann.

Das Gefühl der Hilflosigkeit ist ein Risikofaktor für Suizidalität in der Population der älteren Menschen [10]. Im Alter wird aufgrund von zunehmenden körperlichen oder geistigen Funktionseinschränkungen Defiziterleben wahrscheinlich. Im stationären oder teilstationären Setting kann dieses Erleben iatrogen induziert werden [7], indem z.B. Funktionen ungefragt abgenommen werden („Warum werde ich behandelt wie ein Pflegefall?“). Folgt man der Analyse von Benassi, Sweeney & Dufour [3], so ist eine interne Kontrollüberzeugung („ich kann“) ein Schutzfaktor gegen depressive Störungen. Demnach sollte sowohl in der Pflege als auch in der Therapie die Eigenverantwortung und die Selbst-Effizienz-Erwartung immer wieder gefördert werden (z.B. durch Anerkennung bestehender Funktionen). Im Sinne des Modells der selektiven Optimierung mit Kompensation (SOK [2]) soll der ältere gerontopsychiatrische Patient angeleitet werden, neue Ziele anzuvizieren (z.B.

Sitztanzen statt Standardtanz), Defizite zu kompensieren (z.B. Einsatz von externen Gedächtnishilfen) und bestehende Ressourcen zu optimieren (z.B. Fitnesstraining). Eine Übersicht über die Besonderheiten der Alternspsychotherapie bietet Maercker [11].

Fazit für die Praxis

Beim Aufbau einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik ist die Arbeit in einem multiprofessionellen Team notwendig, in dem alle Teammitglieder an den therapeutischen Angeboten teilhaben und ihre berufsspezifischen Kompetenzen einbringen. Dies bedeutet nicht, dass eine Berufsgruppe die spezifischen Fertigkeiten einer anderen Profession ersetzen könnte, sondern es geht um eine gegenseitige Ergänzung der Sichtweisen psychiatrischen Arbeitens.

Zur Durchführung eines interdisziplinären Behandlungsplanes ist ein strukturiertes Behandlungsvorgehen notwendig sowie eine ständige Kommunikation zwischen den Berufsgruppen. Fachspezifische Weiterqualifikationen sind ebenso von Bedeutung wie interner Austausch über ausbildungsbedingte Haltungen und Denkansätze. Gleichzeitig bleibt der Grundansatz der Behandlung ressourcenorientiert: Fördern, wo möglich, Kompensieren und Akzeptieren von Defiziten, wo nötig.

Die ressourcenorientierte und wertschätzende Grundhaltung sowie die Auseinandersetzung mit seinem eigenen Altersbild erscheinen wesentliche Komponenten im Umgang mit (geronto-)psychiatrischen Patienten. Auch hier können Supervision und Austausch zwischen den Behandlern beitragen, nicht alltagsblind gegenüber eingeschliiffenen Denk- und Verhaltensweisen zu werden. Multiprofessionelles Arbeiten ist fruchtbar, wenn die „Sprachbarrieren“, welche aufgrund der unterschiedlichen Denk- und Sprachmuster verschiedener Berufsgruppen entstehen können, immer wieder diskutiert werden.

Literatur

- 1 Albers M. Kosten und Nutzen der tagesklinischen Behandlung. In: Eikelmann B, Reker T, Albers M (Hrsg). Die psychiatrische Tagesklinik. Stuttgart: Thieme, 1999; 113–120
- 2 Baltes M, Carstensen L. Gutes Leben im Alter. Überlegungen zu einem prozessorientierten Metamodell erfolgreichen Alterns. Psychologische Rundschau 1996; 47: 199–215
- 3 Benassi VA, Sweeney PD, Dufour CL. Is there a relation between locus of control orientation and depression? Journal of Abnormal Psychology 1998; 97: 357–367
- 4 Blitz E, Benecke HH, Kowalewski I et al. Kontinuierlicher Behandlungsprozess eines integrativen gerontopsychiatrischen Behandlungskonzeptes. Poster Berlin: 16. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), 2006
- 5 Eikelmann B. Tagesklinische Behandlung als Organisationsrahmen moderner psychiatrischer Therapie. In: Eikelmann B, Reker T, Albers M (Hrsg). Die psychiatrische Tagesklinik. Stuttgart: Thieme, 1999; 41–50
- 6 Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129–136
- 7 Faulkner M. A measure of patient empowerment in hospital environments catering for older people. Journal of Advanced Nursing 2001; 34: 676–686
- 8 Finzen A. Tagesklinische Behandlung – Modell psychiatrischer Therapie. In: Eikelmann B, Reker T, Albers M (Hrsg). Die psychiatrische Tagesklinik. Stuttgart: Thieme, 1999; 19–26
- 9 Heuft G, Kruse A, Radebold H. Lehrbuch der Gerontopsychosomatik. Weinheim: UTB, 2006
- 10 Johnston M, Walker M. Suicide in the elderly. General Hospital Psychiatry 1996; 18: 257–260

- 11 *Maercker A.* Alterspsychotherapie. *Psychotherapeut* 2003; 48: 132–149
- 12 *Psychiatrie-Enquête.* Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200. Bonn: Deutscher Bundestag, 1975
- 13 *Statistisches Bundesamt* 2004. <http://www.destatis.de/>
- 14 *Stoppe G, Kipp J.* Pro und Kontra: Separierte Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten. *Psychiatrische Praxis* 2006; 33: 258–260
- 15 *Wächtler C.* Die gerontopsychiatrische Tagesklinik: Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. In: Hirsch RD, Kortus R, Loos H, Wächtler C (Hrsg). *Gerontopsychiatrie im Wandel.* Melsungen: Bibiomed, 1995; 131–141
- 16 *Wolter-Henseler DK.* Gerontopsychiatrische Tageskliniken. In: Eikermann B, Reker T, Albers M (Hrsg). *Die psychiatrische Tagesklinik.* Stuttgart: Thieme, 1999; 121–134
- 17 *Wolter-Henseler DK.* Die gerontopsychiatrische Versorgungsrealität in einer westdeutschen Großstadt. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2000; 33: 471–479

Vita

Dipl.-Psych. Erika Blitz, Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (VT), Mitarbeiterin im Zentrum für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Wahrendorff GmbH.

Dr. Carola Schröder, Ärztin in Weiterbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitarbeiterin im Zentrum für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Wahrendorff GmbH.

Inga Kowalewski, Ergotherapeutin im Zentrums für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Wahrendorff GmbH.

Dr. Ina Härdrich, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitarbeiterin im Zentrum für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Wahrendorff GmbH.

Dipl.-Sozarb./Sozpäd. Sylke Schleaf, Mitarbeiterin im Zentrum für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Wahrendorff GmbH.

Constanze Duensing-Kleier, Krankenschwester im Zentrum für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Wahrendorff GmbH.

Dr. Thomas Gödecke-Koch, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt im Zentrum für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Wahrendorff GmbH.

Das Klinikum Wahrendorff ist ein psychiatrisches Fachkrankenhaus der Regelversorgung. Das Zentrum für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie besteht aus einem offenen und einem geschützten vollstationären Bereich, zwei teilstationären Einrichtungen sowie einer Institutsambulanz, in welchen Patienten im Senium psychiatrisch und psychotherapeutisch behandelt werden.