Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (2011)

Heft: [1]: Gemeindeintegrierte und mobile psychiatrische Angebote

Artikel: Mobile Teams : zentraler Bestandteil der zeitgemässen Gemeindepsychiatrie

Autor: Guzek, Paul-Richard

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-789864

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 09.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

med. pract.
Paul-Richard Guzek,
Oberarzt

Paul-Richard Guzek

Mobile Teams: zentraler Bestandteil der zeitgemässen Gemeindepsychiatrie

Einleitung

Der Hausbesuch gehört traditionell zum ärztlichen Handlungsrepertoire. Er ist insbesondere in der Allgemeinmedizin so selbstverständlich, dass er keiner besonderen Erklärung oder gar Rechtfertigung bedarf. Die Bezeichnung Hausärztin oder Hausarzt spiegelt diese Tatsache wider.

In der Psychiatrie als einer medizinischen Disziplin hingegen, welche das Spannungsverhältnis von Helfenwollen und -müssen stets zu reflektieren versucht, ist dies anders. Bereits im Vorfeld einer Intervention im privaten Umfeld des Patienten sind die psychiatrisch Tätigen aufgefordert, sowohl ihre Vorgehensweise als auch die psychosozialen Auswirkungen ihres Besuches abzuwägen.

Hausbesuche wurden in der Psychiatrie bereits zu Anfang des 20. Jahrhunderts angewendet. Später jedoch wurde diese Intervention zunehmend kritisch betrachtet. Dieser Umstand liegt im historischen Ballast des Faches begründet, der bis in die Gegenwart zu seiner gesellschaftlichen Stigmatisierung beiträgt [1]

In der modernen Psychiatrie hingegen erfährt aufsuchende Hilfe seit den sechziger Jahren international eine Renaissance. Verschiedene Modelle wie Assertive Community Treatment, Case Management, Community Mental Health Teams und Hometreatment werden bereits seit längerer Zeit erfolgreich angewendet.

Ursprünglich vorwiegend im angloamerikanischen Raum angesiedelt, erreichte der Trend via Skandinavien und die Niederlande allmählich den deutschsprachigen Raum.

Die meisten dieser Modelle orientieren sich an folgenden Grundsätzen:

1. Die Bedürfnisse der PatientInnen und nicht die der Institutionen stehen im Mittelpunkt der Therapieplanung und der Festlegung des Settings.
2. Die Behandlung findet so lange wie möglich im Wohnumfeld der PatientInnen statt.
3. Die Bedarfs- und Bedürfnisermittlung ist realitätsnah und ressourcenorientiert. Der individuellen und von jedem Patienten selbst definierten Lebensqualität wird zentrale Bedeutung beigemessen.
4. Nach Lösungen wird trialogisch im Rahmen eines offenen Dialoges gesucht.

Mobile Teams

Das mobile Team, auch mobile Equipe genannt, kann als zentraler Bestandteil aufsuchender psychiatrischer Hilfe aufgefasst werden. Diese besteht aus interdisziplinären Fachleuten, die die Patienten in ihrem Lebensumfeld situations- und bedürfnisangemessen behandeln. Eine Sonderform stellt das sogenannte Hometreatment dar, bei welcher die Interventionsbereitschaft des behandelnden Teams klassischerweise rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche besteht.

Die mobile Equipe des PPD

Die mobile Equipe des PPD setzt sich je nach Kontext ad hoc aus der Ärztin des PPD, der Sozialarbeiterin, der Bezugsperson des Begleiteten Wohnens oder einer Pflegefachperson der Spitex zusammen. Im Unterschied zu mobilen Equipen anderer Institutionen, besteht sie also aus den im jeweiligen Fall involvierten Fachpersonen des PPD und des Sozialdepartements und wird für jeden Fall neu zusammengestellt.

Vor acht Jahren im Rahmen eines gemeinsamen Pilotprojekts mit dem Sozialdepartement gegründet, kommt sie heute in folgenden Situationen zum Einsatz:

- als Krisenintervention nach einer Meldung von dritter Seite (Betreuer, Angehörige, Polizei)
- bei Abbruch einer ambulanten Behandlung und Hinweisen für eine mögliche bevorstehende Dekompensation
- nach Absprache mit dem Patienten zur «systemischen Diagnostik»

Ziel ist es, problematische Entwicklungen durch den Besuch zu Hause frühzeitig zu erkennen und diesen entgegenzuwirken. Notfalleinsätze und FFE-Situationen sollen soweit als möglich vermieden werden. Insofern ist die mobile Equipe kein Ersatz für den Notfallpsychiater, sondern ein Bindeglied zwischen diesem und der ambulanten Sprechstunde.

Die Vorteile der aufsuchenden Hilfe

Das klassische psychopathologische Nachdenken über die Bedingungen der psychischen Krankheit fokussiert die Wahrnehmung auf das Individuum und blendet dabei die Kybernetik seines Ökosystems teilweise aus [2].

Bei den aufsuchenden Angeboten wird der Blickwinkel erweitert. Ihre Vorteile sind vielfältig und umfassend:

1. Direkte Informationen über den Zustand, die Grösse und Lage des Wohnraumes
2. Einblick und Kontaktaufnahme mit der sozialen Umgebung, wie z. B. Angehörigen, Nachbarn sowie Erfassung von Ressourcen
3. Aufnahme von Hinweisen für einen Suchtmittelkonsum und Besonderheiten bei der Ernährung und der Körperpflege
4. Realitätsnahe Gestaltung der Behandlungsplanung
5. Prävention von Eskalationen und Klinikeinweisungen

6. Verhinderung von Therapieabbrüchen
7. Ermöglichung des Zugangs zum Hilfssystem
8. Abgleichung des persönlichen Eindrucks mit der Schilderung des Patienten[1]

Die Wohnung kann man – nach der Haut und der Kleidung – als eine Art «dritte Haut» eines Menschen konzeptualisieren. Die Notlage der kranken Person erschliesst sich den TherapeutInnen vor Ort schneller und vollständiger.

Die Gefahren und Grenzen der aufsuchenden Hilfe

Diesen Vorteilen stehen jedoch auch einige Gefahren und «unerwünschte Wirkungen» gegenüber. Der psychiatrische Hausbesuch kann für die PatientInnen und ihre Angehörigen bedrängend, beschämend und stigmatisierend sein. Er kann als Beschränkung der Eigenaktivität und der Selbstbestimmung empfunden werden. Deshalb muss er, wie alle medizinischen Massnahmen, einer sorgfältigen Indikationsstellung unterzogen werden. Wenn immer möglich sollte der Hausbesuch angemeldet werden.[2]

1 In der Psychose z. B. erfährt die Wohnung eine recht charakteristische Umgestaltung. Sie verliert häufig ihren bergenden und schützenden Charakter. Die psychotische Person fühlt sich an einen Raum ausgeliefert, der keine verlässlichen Grenzen mehr hat. Die eigene Wohnung ist nicht mehr vertraut und wird zur Quelle der Angst. Durch die Wände, aus dem Schlüsselloch, den Steckdosen, den elektrischen und elektronischen Geräten dringen schädigende Strahlen, todbringende Dünste, verfolgungverheissende Geräusche in die Wohnung und verursachen leibhaftig wahrgenommene Veränderungen und Schädigungen. Die Betroffenen fühlen sich durch die Wände hindurch, durch abgedeckte Fenster und verbarrikadierte Türen beobachtet, ausgehorcht und der eigenen Intimzone beraubt. Durch die plötzlich «ringhörig» gewordenen Wände und Fenster hören Sie Gespräche und Kommentare feindlich gesonnener Nachbarn. Die erlebte Entgrenzung der Wohnwelt muss deshalb möglichst rückgängig gemacht werden. Neue Schlösser, Riegel und Sicherungen werden eingebaut, die Türe verbarrikadiert, Fenster abgedichtet und Steckdosen verklebt (frei nach 1).

2 Die Anmeldung eines Hausbesuches drückt Respekt vor der Person des anderen aus und signalisiert gleichzeitig eine Distanzierung von der totalitären Kontrollfunktion der Psychiatrie, welche leider zu ihrem geschichtlichen Ballast gehört[1]!

Die Psychiaterin darf die Wohnung (oder das Zimmer im Wohnheim) ohne Einladung oder Erlaubnis nur bei Gefahr im Verzug betreten. Sie macht sich sonst des Tatbestands eines «Hausfriedensbruchs» schuldig. Der psychiatrische «Haus-Friedens-Bruch» begründet seine Berechtigung durch seinen therapeutisch-fürsorgerischen Auftrag. Der Fürsorgeaspekt sollte jedoch nicht zum Kontroll- oder Disziplinierungsinstrument mutieren.[3] Man betritt dabei sensible Zonen von intimer Privatheit, was besonders viel Taktgefühl abverlangt.

Auch für die Psychiaterin selbst bedeutet das Verlassen ihrer schutzbietenden und rollenzuweisenden Institution eine grosse fachliche und soziale Herausforderung. Die Begegnung auf derselben Augenhöhe, ausserhalb des Elfenbeinturmes, bei zugleich nicht zu leugnenden Asymmetrie des Machtverhältnisses muss mühevoll ausbalanciert werden.

Eine vielfältige Rollendynamik entfaltet sich unter weniger kontrollierten Bedingungen und verursacht auch bei Professionellen, welche sich auf das «Gastspiel» eingelassen haben, mannigfache Verunsicherung. Die Patientin hat «Heimvorteil».

Grenzen werden der aufsuchenden Hilfe auch aus ökonomischen Gründen gesetzt. Das gegenwärtige Tarifsystem honoriert den Aufwand, der bei Hausbesuchen anfällt, ungenügend. Ausserdem sind Risiken wie die Absage des Besuchs vor der Tür des Patienten nicht gedeckt. So besteht die paradoxe Situation, dass nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen stationäre Kapazitäten abgebaut, gleichzeitig aber komplementäre Angebote einschliesslich mobiler Hilfen nicht angemessen finanziert werden. Der ökonomische Anreiz für die Schaffung entsprechender Strukturen ist somit gering.

3 (...) und als der bis in die Wohnstube verlängerter Greifarm der kustodialen Psychiatrie, welcher sich nach der unkooperativen Patientin ausstreckt, missverstanden werden [5].

Fazit

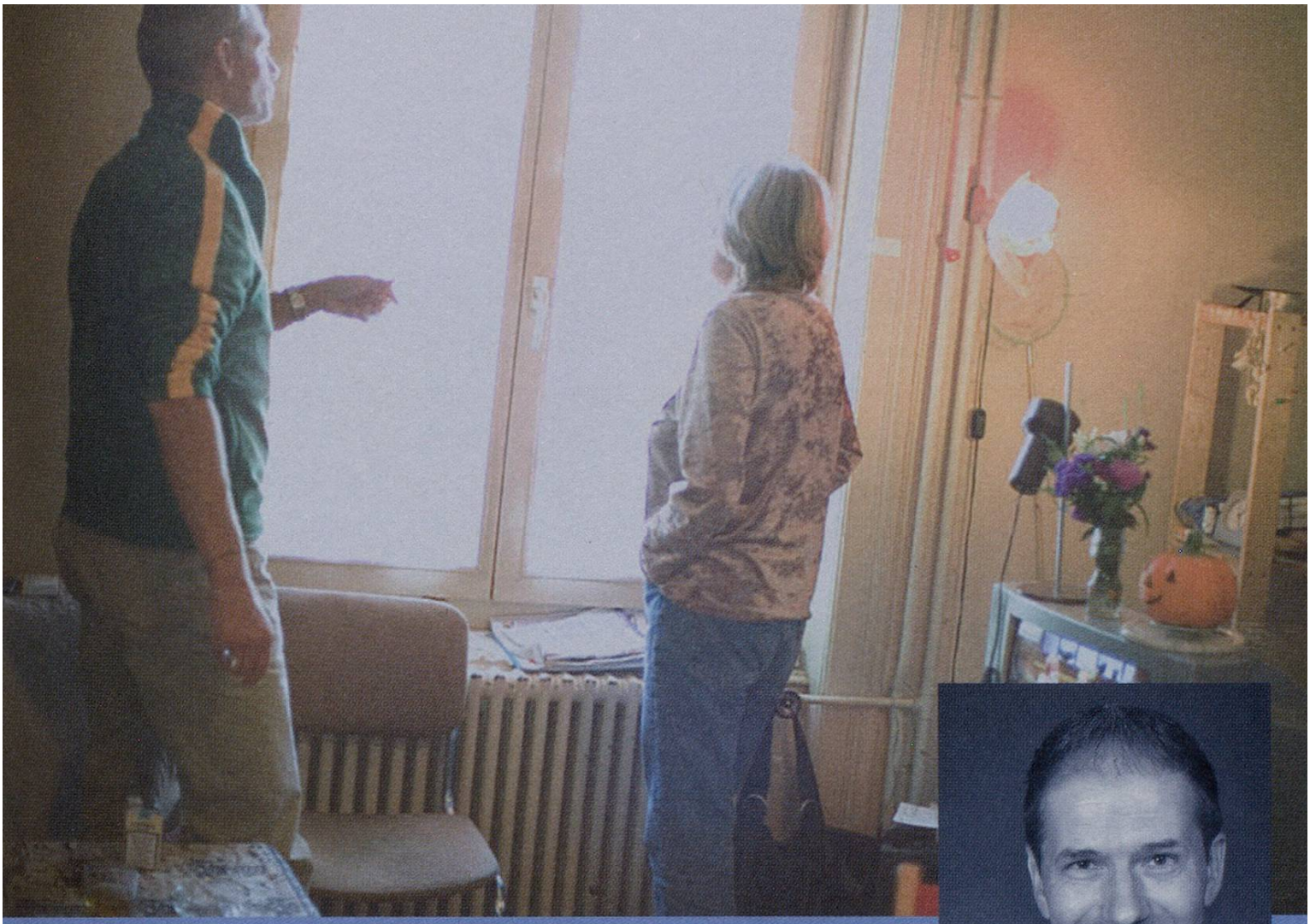
Nach *Befreiung von den Ketten* durch Pinel im 19. Jahrhundert und der *Deinstitutionalisierungsbewegung* im 20. Jahrhundert erobern nun die Konzepte *Recovery* [6] und *Empowerment* die psychiatrische Versorgungsplanung. Diese neuen Konzepte erfordern die Schaffung neuer Behandlungsparadigmen, welche sich vornehmlich an den Bedürfnissen der Betroffenen und ihrer sozialen Umgebung orientieren und in ihrer Ausrichtung «proaktiv-entgegenkommend» und im Bedarfsfall «nachgehend» sein müssen [7].

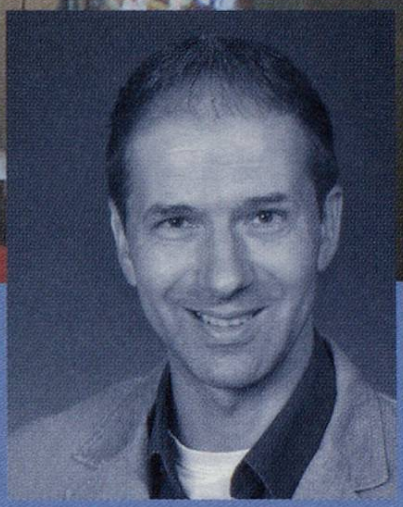
Die mobile gemeindepsychiatrische Hilfe mit ihrem zentralen Anliegen, die PatientInnen in ihrer häuslichen Umgebung zu behandeln, bedeutet eine qualitative Verbesserung unseres psychiatrischen Instrumentariums. Der Hausbesuch wird zum unverzichtbaren Instrument des diagnostischen Verstehens und des therapeutischen Handelns.

PatientInnen, welche aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind eine Behandlung selbst einzufordern, werden durch die niederschwelligen, mobilen Angebote dort aktiv abgeholt, wo sie sich gerade befinden, statt dass man auf sie vergeblich wartet.

Literatur

1. H. Stoffels, G. Kruse. Der psychiatrische Hausbesuch. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1996
2. K. Dörner. Der Beitrag ökologischen Denkens zum Verständnis psychischen Erkrankungen und psychosozialen Handelns. In A. Thom, E. Wulff (Hrsg.) Psychiatrie im Wandel. Psychiatrie-Verlag 1990, 551-561
3. P. Yellowlees. Psychiatric assessment in community practice. MJA Practice Essentials, Dep. of Psychiatry, Univ. of Queensland Mental Health Centre, AU.
4. L. Ciompi. Zur Entwicklung des sozialpsychiatrischen Denk- und Behandlungsansatzes in der Schweiz. In A. Thom, E. Wulff (Hrsg.) Psychiatrie im Wandel. Psychiatrie-Verlag 1990, 551-561
5. T. Bock. Wie muss sich die Psychiatrie auf dem Weg nach draussen verändern? XIII Tagung – Die subjektive Seite der Schizophrenie. Februar 2011, Hamburg.
6. Amering M. Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Psychiatrie-Verlag, 2007
7. T. Berhe, B. Puschner, R. Kilian, T. Becker. «Home treatment» für psychische Erkrankungen. Nervenarzt 2005. 76: 822-831





Nicolas Ribaut, Leiter Begleitetes Wohnen, Soziale Einrichtungen und Betriebe

«Die Kooperation des Begleiteten Wohnens mit dem PPD startete mit dem Pilotprojekt «PPD goes mobile» im Jahr 2003 und richtete sich an psychisch kranke Bewohnerinnen und Bewohnern, welche nicht von sich aus in eine ambulante Behandlung gingen und darum öfters per FFE in die stationäre Psychiatrie eingewiesen werden mussten. Inzwischen ist «PPD goes mobile» zu einer Erfolgsgeschichte geworden und diese mobile Dienstleistung der gemeinsamen Hausbesuche ist aus dem Alltag unserer Wohnbegleitung nicht mehr weg zu denken.»