

Erfahrungen mit der Abteilung für junge schwerbehinderte Patienten im Krankenhaus Mattenhof

Autor(en): **Bucher, Judith**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): - **(1995-1996)**

Heft 52

PDF erstellt am: **29.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-790367>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Erfahrungen mit der Abteilung für junge schwerbehinderte Patienten im Krankenhaus Mattenhof

von Dr. Judith Bucher¹

Die männliche Geschlechtsbezeichnung gilt für beide Geschlechter, ohne diskriminieren zu wollen, (Red.)

Seit 2 ½ Jahren werden auf der eigenständigen, 17 Plätze umfassenden Spezialabteilung im Krankenhaus Mattenhof in Zürich 29 jüngere, schwer und mehrfachbehinderte Menschen aufgenommen. Die damit gemachten Erfahrungen wurden ausgewertet und die Lebenssituation der 17 zur Zeit anwesenden Bewohner im Alter zwischen 30 - 65 Jahre beleuchtet. Es handelt sich um Menschen, die aufgrund von schweren, chronisch verlaufenden Krankheiten, seltener durch Unfälle, aus dem Erwerbs- und Gesellschaftsleben gerissen wurden.

Mehrheitlich leiden die Patienten an mehreren Krankheitskomponenten, und es zeigen sich oft Mischbilder. Die Schwere der Krankheitsbilder wird erst durch das Zusammenwirken von somatischen, psychischen und sozialen Einflüssen geprägt

Mit der geleisteten Pflege sind sowohl die Patienten als auch die pflegenden Mitarbeiter zufrieden. In den weiterführenden Tagesaktivitäten wünschen sich beide Seiten eine Optimierung, wobei die unterschiedlichen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Bewohner wenig Raum für gemeinsame Aktivitäten lassen. Vielmehr müssen phantasievolle Einzellösungen gesucht und in kleinen Gruppen verwirklicht werden. Vor allem die geistig regeren Bewohner beklagen die mehrheitlich starke geistige Behinderung der Mitpatienten oder deren Verhaltensauffälligkeiten.

Mit der pflegeorientierten Wohngruppe scheinen insgesamt Spannungen seltener geworden zu sein. In der Befragung wird als Vorteil der pflegeorientierten Betreuungsform die bessere Pflege und die ausgeglichene Atmosphäre sowie der geringere Personalwechsel geschildert. Es wird ein gewisser Nachteil darin gesehen, dass beim grossen pflegerischen Aufwand psychische und soziale Bedürfnisse eher als zweitrangig behandelt werden.

Eine homogenere Patientenzusammensetzung mit vor allem psychoorganisch Erkrankten sowie schwer Pflegebedürftigen mit psy-

¹ Dr. Judith Bucher war vom 1.1. 31.12.95 als Assistenzärztin im Krankenhaus Mattenhof tätig

chischen Auffälligkeiten oder Besonderheiten im Verhalten, die in andern Organisationen nicht untergebracht werden können, sollte inskünftig von den Angeboten der Spezialabteilung profitieren können. Damit wäre eine Optimierung in der Betreuung dieser beiden Patientengruppen möglich.

Diskussion

Mit der vorliegenden Arbeit sollen *die Erfahrungen mit der zentralen Unterbringungsform* von jüngeren schwer und meist mehrfach behinderten Patienten auf der für 17 Bewohner eingerichteten Spezialabteilung im städtischen Krankenhaus Mattenhof in Zürich ausgewertet werden. Seit der Eröffnung im Sommer 1993 wurden 29 Patienten definitiv aufgenommen, zudem konnten 4 Entlastungshospitalisationen von vier Wochen angeboten werden.

10 der 17 meist mehrfach Behinderten konnten im September und Oktober 1995 mittels halbstandardisierten Interviews vorwiegend zur Lebensqualität befragt werden. Die in dieser Zeit anwesenden 15 von 17 Betreuungspersonen nahmen zur gleichen Thematik sowie zur speziellen Betreuungssituation Stellung. Um Verallgemeinerungen möglichst zu vermeiden, wurden das Personal bezüglich eines bestimmten Patienten befragt. Anhand von Betreueraussagen sollte zudem versucht werden, die Lebenssituation und die Bedürfnisse von kognitiv beeinträchtigten Patienten zu erfassen, die aufgrund von schweren und fortgeschrittenen Erkrankungen nicht selber interviewt werden konnten.

Als Abteilungsärztin der Spezialabteilung lernte ich 1995 die somatische, psychische und soziale Situation der Bewohner eingehend kennen und führte als Dissertandin auch die Befragung und Auswertung dieser qualitativen Untersuchung durch.

Zusammenfassung der Entwicklung der Spezialabteilung

Unter anfänglich sozialpädagogischer Leitung wollte man den noch geistig regeren Bewohnern des Krankenhauses eine attraktive Lebens- und Arbeitsgemeinschaft bieten. Obwohl man nach den Ergebnissen der Bedarfsabklärung im Krankenhaus Mattenhof sowie in den andern Krankenhäusern annehmen durfte, dass die Abteilung mit 17 Plätzen rasch gefüllt sein sollte, konnten aufgrund der fehlenden Bereitschaft von jüngeren Patienten, auf die neue Abteilung im Mattenhof zu wechseln, nur allmählich Interessenten aus dem angesprochenen Kreis aufgenommen werden.

In den letzten 2¼ Jahren war die Abteilung vielen Einflüssen unterworfen. Die heikle Phase der Abteilungsformierung, wo die neueintretenden Bewohner den ihnen entsprechenden Platz suchten und ein ordnendes Abteilungskonzept notwendig gewesen wäre, wurde durch personelle und konzeptionelle Probleme gestört. Zu wenig wurde wohl der Umstand berücksichtigt, dass der Hauptteil der neu aufzunehmenden Patienten aus den Geriatrieabteilungen des Mathenhofs stammten und sich an die herkömmlichen Betreuungsformen von Krankenheimabteilungen adaptiert hatten. Sich den neuen Gegebenheiten, der geplanten anderen Betreuungsform, mit Pflichten und Aufgaben anzupassen, überforderte die bereits hospitalismusgeprägten Patienten und schlug sich in einer ablehnenden, aggressiven und unzufriedenen Stimmung nieder. Andere Patienten erwarteten Mitsprache und Mitbestimmung in der Gestaltung der Abteilung und bei der Aufnahme von Mitbewohner.

Diese Ausgangslage erschwerte die Verwirklichung eines allseits befriedigenden Abteilungskonzepts. Die von verschiedenen Seiten vorgetragene Lösungsvorschläge blieben zunächst ohne fassbares Korrelat. - Nach einem halben Jahr führte eine psychiatrisch und psychotherapeutisch geschulte Stadtärztin eine Untersuchung mit Befragung der Bewohner auf der Spezialabteilung durch und betonte sieben anzugehende Punkte, wovon vier mit Erfolg angegangen werden konnten: Abteilungsversammlungen, Mal- und Musiktherapie, Supervision sind nicht mehr wegzudenkende, konstruktive und von allen geschätzte Arbeitselemente. Abteilungsversammlungen werden nicht allzu häufig, jedoch regelmässig und mit erfreulicher Beteiligung abgehalten und sind ein adäquates Mittel, Stimmungen, veränderte Bedürfnisse und Konflikte zu erfassen, wobei die Teilnahme von den geistig regeren Bewohnern teilweise boykottiert wird, da sie nicht mit den geistig stärker Behinderten gleichgesetzt behandelt werden wollen. Sie fühlen sich in ihrem Bedürfnis nach Eigenständigkeit nicht unterstützt. Tatsächlich ist das Diskussionsniveau der vier Krankheitsgruppen sehr inhomogen.

Die vorgeschlagene, inskünftig sehr sorgfältig durchzuführende Patientenauswahl kam aufgrund der in den letzten Monaten kaum mehr vorhandenen Anmeldungen und wegen des Drucks, leere Betten zu füllen, nicht zustande; vielmehr wurde das Patientengut zunehmend inhomogener. Das gewissenhafte Eingehen auf die Ansprüche und Bedürfnisse dieser unterschiedlichen Menschen mit ihrer jeweils anderen Lebensgeschichte und den Erkrankungen aus den verschie-

densten Bereichen fordern von allen viel Toleranz und Phantasie. Dabei haben die Bewohner aufgrund ihrer durch die Krankheit bedingten Lebenssituation wenig Alternativen einer andern Wohnform. Auch die geistig regen Bewohner tun sich mit dem Gedanken an einen erneuten Wechsel schwer und möchten sich in der Spezialabteilung zuhause fühlen.

Es handelt sich bei den Patienten der Spezialabteilung um ein inhomogenes Patientenkollektiv. Oft führte erst die Kombination aus somatischen, psychoorganischen, psychiatrischen und perinatalen Ursachen zur Schwere des Krankheitsbildes und damit zur Unterbringungsnotwendigkeit in einer Institution. Mit einer Unterteilung in vier Patientengruppen sollen die in je einer Gruppe vorkommenden typischen und gemeinsamen Merkmale der Patienten und die daraus entstehenden Bedürfnisse besser erfasst und erläutert werden:

Die Patienten werden in vier Kategorien eingeteilt:

Kategorie A: Patienten mit vorwiegend somatischen Krankheitsbildern.

Kategorie B: Patienten mit psychoorganischen Krankheiten

Kategorie C: Patienten mit Krankheiten aus dem psychiatrischen Formenkreis

Kategorie D: Patienten mit perinataler Schädigung

In die Kategorie A wurden 10 der bisher 29 Bewohner der Spezialabteilung eingeteilt. Dabei handelt es sich um Patienten mit neurologischen Krankheitsbildern wie Multiple Sklerose (3x), progrediente spinale Muskeldystrophie (1x), Tetraplegie nach Unfall (1x), Status nach cerebrovaskulärem Insult (1x), Morbus Parkinson (1 x), ein kombiniertes rheumatologisch-neurologisches Krankheitsbild einer Psoriasis mutilans kombiniert mit einer chronische Polyarthrites, was zu einer Subluxation der Halswirbelsäule und damit zu Tetraplegie führte (1x), Tumorerkrankung (2x).

Zur Zeit der Datenerhebung befand sich ein Patient und eine Patientin mit MS, die Patientin mit der Psoriasis mutilans sowie der Patient mit spinaler Muskeldystrophie auf der Spezialabteilung. - Eine MS-Patientin war in eine andere betreute Wohnform übergetreten; der Patient mit Status nach cerebrovaskulärem Insult begab sich zur Sanierung seiner Hüftprothese in ein orthopädisches Spital; ihm gefiel es auf der Spezialabteilung gar nicht und er wollte auf keinen Fall zurückkehren. Der Parkinsonkranke konnte aufgrund der kör-

perlichen und psychischen Stabilisierung nach Hause entlassen werden. - Von den Patienten in Kategorie A sind drei an pulmonalen Komplikationen gestorben. Dabei handelt es sich um die beiden Karzinompatienten und einen Patienten mit Tetraplegie. Ein weiterer Patient mit spinaler Muskeldystrophie starb in der Phase der Datenerhebung ebenfalls an pulmonalen Komplikationen.

Bei den Patienten der Gruppe A finden wir aufgrund des schweren und chronischen Krankheitsverlaufs oft reaktive depressive Zustände, daneben treten gewisse persönliche Charaktereigenschaften stärker hervor, und die in der Literatur beschriebene typische Wesensveränderung bei der Multiplen Sklerose ist zu beobachten.

Die Patientenkategorie A mit vorwiegend somatischen Erkrankungen war vor allem bei der Abteilungseröffnung anteilmässig stark vertreten, später wurden vermehrt Bewohner mit psychoorganischen und psychiatrischen Erkrankungen aufgenommen.

Die Patientenkategorie B mit psychoorganischen Krankheiten ist mit 12 Patienten auf der Spezialabteilung am stärksten vertreten. Bei diesen Patienten liegen neben der eigentlichen Hauptkrankheit zusätzlich schwere somatische Probleme und schwere Störungen der psychosozialen Kompetenz vor. Acht der zwölf Patienten sind auf den Rollstuhl angewiesen. Die veränderte kognitive Leistungsfähigkeit sowie das veränderte Verhalten führen neben dem Verlust von Beruf und sozialer Stellung oft auch zu einer Ablehnung durch die Lebenspartner. Schwere Verhaltensstörungen mit entsprechenden Reaktionen der Angehörigen sind weitere belastende Momente dieser Patientengruppe. Diese mehrfache Belastung prägt den Alltag der Abteilung. Die Pflegeverrichtungen nehmen dabei eine elementare und lebenswichtige Stellung ein und haben Priorität vor den sozialpädagogischen Elementen. Dieser Umstand trug hauptsächlich dazu bei, dass im Verlauf der Entwicklung der Spezialabteilung ein pflegeorientiertes Abteilungskonzept eingeführt wurde.

Beutel weist darauf hin, dass Entstehung, Verlauf und Bewältigung der Folgen einer chronischen Krankheit nur durch komplexe Wechselwirkung zwischen organischen, psychischen bzw. psychosozialen Einflussgrössen zu verstehen sind. Als gesichert kann bei der Mehrzahl der chronischen Erkrankungen neben den klassischen medizinisch-pathogenetischen Faktoren auch der Einfluss von Verhaltens- und Umweltvariablen gelten. Krankheitsverlauf und Prognose hän-

gen aber unter anderem auch wesentlich von seelischen Faktoren ab.

Aktuell leben acht Bewohner mit vorwiegend psychoorganischen Erkrankungen auf der Spezialabteilung. Diese Patienten der B-Gruppe litten unter progrediente dementielle Entwicklung (5x), Status nach cerebrovaskulären Ereignissen (5x), anoxische Hirnschädigung nach Suizidversuch (2x). - Ein an Chorea Huntington leidender Mann wurde von den Mitbewohnern schlecht aufgenommen, er konnte vorerst zu den Eltern zurückkehren und fand später in einem andern Kanton eine seinen Bedürfnissen besser angepasste Wohnsituation mit angegliederter Werkstätte. Drei Patienten aus dieser Gruppe sind verstorben: eine Patientin mit Status nach Encephalorrhagie an einer erneuten Blutung, ein Patient mit cerebellärer Atrophie sowie ein Patient mit Multiinfarktsyndrom und schwerer äthylischer Wesensveränderung, beide an pulmonalen Komplikationen.

In die Kategorie C wurden sechs Patienten eingeteilt, ausschliesslich Männer, mit Krankheiten aus dem psychiatrischen Formenkreis. Von den vier zur Zeit auf der Abteilung lebenden Männern leiden zwei an chronisch schizophrenen Störungen, wobei eine ausgesprochene Minussymptomatik und Behinderungen in der sozialen Kompetenz im Vordergrund stehen. Als somatische Begleiterkrankungen sind eine chronische Polyarthrit und schwere Sekundärschäden eines unbehandelten Diabetes mellitus zu erwähnen. Bei einem weiteren Patienten findet sich neben einer schweren Persönlichkeitsstörung eine Epilepsie und eine schwere Multiinfarktdemenz. Der vierte Patient zog sich beim intravenösen Drogenkonsum eine HIV-Infektion zu und erlitt unter Drogeneinfluss ein schweres Schädel-Hirntrauma, weshalb er linksseitig gelähmt ist. Aufgrund der fortschreitenden Aids-Encephalopathie nehmen seine kognitiven Fähigkeiten stetig ab. Ein Patient musste wegen schweren aggressiven Verhaltensstörungen bei vorhandener Suizidalität und POS aufgrund eines rezidivierenden Craniopharyngeoms für längere Zeit in einer Psychiatrischen Klinik hospitalisiert werden. Ein weiterer Patient litt an einer schweren Alkoholkrankheit mit Leberzirrhose; nach einem sechs Monate dauernden Aufenthalt bei uns konnte er in deutlich gebessertem Allgemeinzustand und bei eingehaltener Abstinenz zu seiner Ehefrau nach Hause zurückkehren.

In die Kategorie D wurde eine Frau mit einer schweren perinatalen Hirnschädigung mit Imbezillität und Epilepsie im Anschluss an eine Tibiaskopffraktur auf der Spezialabteilung aufgenommen.

Bezüglich der Patientenkategorien muss zusammenfassend festgestellt werden, dass kaum eine reine Form der definierten Patientenkategorien unter den Patienten der Spezialabteilung zu finden ist. Erst die Kombination der verschiedenen Krankheitselemente führt zur Schwere der bei den Patienten der Spezialabteilung vorliegenden Krankheitsbilder. Nach Broda (1960) darf trotz der Verschiedenartigkeit und Vielfalt auf eine Reihe gemeinsamer Belastungsdimensionen hingewiesen werden:

- Vorübergehende oder anhaltende Befindlichkeitsstörungen (z.B. Ängste, Depressionen, emotionale Labilität oder Reizbarkeit).
- Veränderte Einstellung zur eigenen Person (z.B. vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen)
- Belastungen für Partnerschaft und Familie
- Deutliche Verminderung (oder Veränderung sexueller Aktivität und gehäufte Störungen sexueller Funktionen)
- Unbefriedigende Compliance beim Einhalten medizinischer Massnahmen und Empfehlungen
- Häufige Aufgabe der Berufstätigkeit mit Folgen von Statusverlust, Einkommenseinbusse und veränderter sozialer Rolle
- Verminderung von Sozialkontakten und Freizeitaktivitäten.

Argumente für das Weiterführen der Spezialabteilung:

Die Bewohner der Spezialabteilung kamen erst auf diese Abteilung, nachdem alle andern Möglichkeiten ausgeschöpft oder gescheitert waren. Diese ausgesprochen negative Selektionierung führte zu einer Anhäufung von "Problemfällen". Dennoch würde die Mehrzahl der heutigen Bewohner der Spezialabteilung für ein Weiterbestehen eintreten, weil sie den Grundgedanken, jüngeren chronischkranken Patienten eine spezielle Abteilung anzubieten, unterstützen. Die Vorstellung, auf einer Geriatrieabteilung leben zu müssen, erschreckte neun von zehn Bewohnern. Von diesen zehn Personen waren zwei zuvor auf einer Geriatrieabteilung untergebracht, wobei ein Patient ohne weiteres wieder zurückkehren würde, während eine Patientin dies vehement ablehnt.

Es war nicht möglich schlüssig zu sagen, ob die Lebensqualität bei der zentralen- gegenüber der dezentralen Unterbringungsform ver-

bessert werden konnte; auch ein quantitativer Untersuchungsansatz wäre bei der Vielschichtigkeit der Patienten mit zu vielen Variablen behaftet, um eine allgemeingültige Antwort geben zu können.

Bei einer menschlich-ethischen Betrachtungsweise, dem festgestellten Bedürfnis sowie unter Beachtung des Zeitgeistes, ist die Spezialabteilung ein notwendiges Glied in einer Kette von Angeboten für chronischkranke Menschen.

Zukunft der Spezialabteilung

Durch Todesfälle unter den Bewohnern, dem Fortschreiten der chronischen, progredient verlaufenden Krankheiten und dem natürlichen, bei chronischkranken Menschen noch beschleunigten Alterungsprozess, hat sich die früher eher unruhige Spezialabteilung gewandelt und ist in der letzten Zeit einer Geriatrieabteilung - wohl mit jüngeren Patienten - ähnlicher geworden. Damit werden zunehmend nur noch Bewohner eintreten, die aufgrund ihrer Krankheit auf eine gute Pflege und weniger auf Aktivität und Beschäftigung angewiesen sind. Bei einem entsprechenden Personalbestand, wo pflegerisches Können vorherrscht, scheint dies ein natürliches Wechselspiel zu sein. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit hätte viele belebende Aspekte für beide Seiten geboten, war aber, wie dies die Entwicklung der Spezialabteilung zeigt, in einem traditionellen Krankenhaus mit vielen kaum lösbaren Problemen verbunden.

Mit dieser pflegeorientierten Betreuungsform kann durch empathisches Handeln den Wünschen der Bewohner der Spezialabteilung nach menschlicher Nähe und Verständnis für ihre Situation entsprochen werden.

Schlussfolgerung:

Das inhomogene Patientenkollektiv mit somatischen, psychoorganischen und psychiatrischen sowie perinatal entstandenen Erkrankungen sowie sehr viele Mischformen und Mehrfacherkrankungen, machen kaum pauschale Lösungen möglich, verlangen vielmehr nach individuellen Wegen und fördern phantasievolle, flexible Lösungen. Das Gelingen hängt sowohl vom persönlichen Einsatz als ebenso sehr von der gemeinsamen Zusammenarbeit und einer einheitlichen Betreuungslinie ab. Der Grundgedanke, auf der Spezialabteilung jene jungen Menschen unterzubringen, welche sonst keinen Betreuungsplatz finden, wird von den befragten Bewohnern und Betreuern

als sinnvoll und den heutigen sozialen Bedürfnissen entsprechend beurteilt, Um in Zukunft den unterschiedlichen Wünschen und Bedürfnissen behinderter Menschen gerecht zu werden, sollten möglichst viele, dafür gut definierte, auf verschiedene Institutionen verteilte Angebote gemacht werden können. Die Spezialabteilung hat sich entsprechend den pflegerischen Bedürfnissen seiner Bewohner von einer sozialpädagogisch geführten Abteilung in eine pflegeorientierte Wohngruppe gewandelt. Dies entspricht auch der Tradition eines Krankenhauses.

Geistig rege Patienten mit Erkrankungen vorwiegend aus dem somatischen Formenkreis finden in kleineren individuelleren Wohneinheiten eine besser Lebensqualität. - Psychiatrische Patienten sollten, wenn immer möglich, in den entsprechenden, verhaltenstherapeutisch orientierten Wohngruppen unterkommen können. - Die seit Geburt geistig behinderten Menschen profitieren enorm vom emotionalen Kontakt untereinander und fühlen sich in einer familiären Gruppe mit gleichartig Behinderten wohl.

Patienten mit vorwiegend psychoorganischen Erkrankungen, Wesensveränderungen und damit verbundenen Verhaltensstörungen und -auffälligkeiten, sowie geistig rege Behinderte, die aufgrund ihrer schweren Behinderung eine sorgfältige Pflege in einem nicht überfordernden Milieu benötigen, aber aufgrund von charakterlichen oder psychischen Eigenheiten nicht in attraktivere Wohneinheiten aufgenommen werden konnten, finden auf der Spezialabteilung den richtigen Platz. Dabei findet eine ausgeprägte negative Selektion statt. Die daraus resultierende, geballte Problematik benötigt neben einem entsprechend gut ausgebauten Personalbestand auch Angebote zur Verarbeitung der anfallenden Probleme und zur Weiterentwicklung der sozialen Kompetenz.
