

Mobile multiprofessionelle Teams : eine bewährte Form psychiatrischer Hilfe in der Stadt Zürich

Autor(en): **Briner, David**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): - **(2013)**

Heft 1: **Aufsuchende sozialmedizinische Angebote**

PDF erstellt am: **13.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-789935>

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.

Mobile multiprofessionelle Teams: eine bewährte Form psychiatrischer Hilfe in der Stadt Zürich

Mobile psychiatrische Angebote wurden im Zuge der Enthospitalisierung in den 60er Jahren in den USA und England entwickelt und sind als wichtige Pfeiler der psychiatrischen Versorgung in diesen Ländern nicht mehr wegzudenken. In der Schweiz ist der Prozess der Strukturreform in Richtung Gemeindepsychiatrie noch im Gang und mobile Angebote sind entsprechend noch wenig etabliert.

—
PPZ

Die Behandlung psychisch schwer kranker Menschen fand früher fast ausschließlich in Kliniken statt. Im Zuge der Enthospitalisierung seit den 60er-Jahren verlagerte sich die Behandlung in den meisten westlichen Ländern in den gemeindenahen Raum. In Verbindung dazu entstanden verschiedene Formen mobiler psychiatrischer Hilfen (siehe Box). Es zeigte sich in der Folge, dass die Behandlung im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten zu geringeren Einschnitten in das Alltagsleben der Betroffenen führt, weniger stigmatisierend ist und eine umfassendere Abklärung der sozialen Situation erlaubt. Sie entspricht zudem den wichtigen Aspekten einer personenzentrierten Versorgung [1] und wurde deshalb in verschiedene Guidelines aufgenommen [2, 3].

Vor diesem Hintergrund erstaunt, dass mobile Angebote in der Schweiz erst vereinzelt zur Verfügung stehen. In den letzten Jahren sind zwar mehrere regionale Modellprojekte entstanden, selten gehören sie aber zum Standardrepertoire der psychiatrischen Versorgung. Die unzureichende Finanzierung mobiler Angebote durch die Krankenkassen wirkt sich dabei – trotz an und für sich gut belegter Kosteneffektivität – erschwerend aus. [4].

Bedarf und Praxis der mobilen Teams in der Stadt Zürich

Auch in der Stadt Zürich gibt es bis heute keine von einer Versorgungsklinik getragenen mobilen psychiatrischen Hilfen. Als Folge davon sind Patientinnen und Patienten, welche eine Behandlung abbrechen, der Gemeinde und sich selbst überlassen. In einigen Fällen kann das gut gehen, häufig kommt es bei schwer Kranken aber nach einer gewissen Zeit zur Dekompensation. Erst in der Notfallsituation wird der Patient von einem Arzt besucht, der Handlungsspielraum ist dann jedoch schon eingeschränkt. Im Wesentlichen geht es nur noch um die Entscheidung, ob eine Fürsorgerische

Unterbringung (FU, ehemals FFE) ausgesprochen werden muss oder nicht, ein anderes wirkungsvolles Instrument steht dem Notarzt nicht zur Verfügung. Die Spirale von Therapieabbruch, Absetzen der Medikamente, zunehmende Gefährdung und schliesslich FU, d.h. das klassische Revolving-Door-Phänomen, kann auf diesem Weg also kaum unterbrochen werden. In der PUK lag in den letzten Jahren der Anteil der per FFE in die Klinik eingewiesenen Patientinnen und Patienten bei hohen 30 Prozent.

Die Häufung ungenügend behandelter Patientinnen und Patienten in den städtischen Wohneinrichtungen und

person der Spitex zusammen. Es wird also institutionsübergreifend aus den im jeweiligen Fall involvierten Fachpersonen gebildet. Wenn immer möglich wird ein Hausbesuch mit dem Patienten vereinbart oder zumindest angekündigt. Ist der Patient jedoch nicht erreichbar und bestehen begründete Hinweise für eine Gefährdung erfolgt der Hausbesuch auch ohne Vorankündigung.

Herausforderungen für die mobilen Teams

Bei unangekündigten Hausbesuchen werden die Besucher unter Umständen vor verschlossener Türe stehen oder als ungebetene Gäste wieder weggeschickt.

Internationale Modelle mobiler psychiatrischer Hilfe

Mit Blick auf ihre Stossrichtung lassen sich mobile psychiatrische Angebote zwei Hauptansätzen zuordnen: auf der einen Seite die episodische, auf akute Krankheitsphasen ausgerichtete Hilfe, auf der anderen Seite die kontinuierliche gemeindenahere Behandlung mit dem Ziel, den Kontakt über lange Zeit aufrecht zu erhalten.

kontinuierlich	episodisch und krisenorientiert
Assertive Community Treatment (ACT)	Mobile Equipe
Assertive Outreach	Home Treatment (HT)
Case Management	Mobile Krisenintervention
Intensive Case Management	Crisis Resolution Team (CRT)

ACT, CRT und HT sind im Vergleich zur Standardbehandlung in der Klinik mindestens so effektiv, aber kostengünstiger (Evidenzgrad 1a). Sie werden deshalb in vielen Guidelines als Routinebehandlung empfohlen.

Sozialzentren führte 2006 zur Lancierung mobiler Equipen durch den Psychiatrisch-Psychologischen Dienst (heute PPZ) in Zusammenarbeit mit den betreuenden Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern. Als flankierende Massnahmen wurden dezentrale Sprechstunden in den sozialen Einrichtungen aufgebaut, um psychisch Kranke vor Ort erreichen zu können.

Das mobile Team setzt sich je nach Bedarf aus einer Psychiaterin, der fallführenden Sozialarbeiterin, der Bezugsperson des Begleiteten Wohnens oder einer Pflegefach-

Der Kontaktaufbau braucht dann viel Geduld oder kommt gar nicht zustande. Wird der Hausbesuch hingegen vorher mit der erkrankten Person vereinbart, bestehen weit bessere Voraussetzungen für ein Zustandekommen eines therapeutischen Arbeitsbündnisses.

Es kann aber auch bei vereinbarten Besuchen zu Rollenkonflikten kommen. Es ist einfacher, «Hausherr in einer Klinik» als «Gast eines Patienten» zu sein. Der institutionelle Rahmen gewährt Schutz, Orientierung und eindeutige Rollenzuweisung. Der Verzicht

auf «Heimvorteil» kann Angst und Unsicherheit induzieren, insbesondere beim Erstkontakt. Erstbegegnungen werden deshalb - wenn immer möglich - in Begleitung einer Bezugsperson aus dem Umfeld des Patienten und nicht alleine durchgeführt.

Aufsuchende Angebote sind zudem wegen der Wegzeiten und dem Risiko, die Patientinnen und Patienten nicht anzutreffen, mit grösserem Aufwand verbunden als institutionszentrierte Behandlungen.

Ein Gewinn für alle Beteiligten

Seit 2006 konnten über 500 Patientinnen und Patienten in Krisensituationen besucht und bei vielen dadurch eine Klinikeinweisung vermieden werden. Die Verknüpfung von psychiatrischer, pflegerischer und sozialer Hilfe im Lebensumfeld der erkrankten Personen erweist sich als Gewinn für alle Beteiligten. Gleichzeitig werden die sozialen Einrichtungen in der Betreuung ihrer kranken Klientinnen und Klienten entlastet. Die Zufriedenheit dieser Institutionen mit den mobilen Angeboten ist deshalb hoch.

Dr. med. David Briner, Stadtarzt,
Chefarzt Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik



Unterwegs zum Patienten

Mobile Teams verhindern Hospitalisationen und die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten und Angehörigen ist höher als bei einer stationären Behandlung [4].

Literatur

1. Amering, M., Schmolke, M. Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 2007, Bonn: Psychiatrie-Verlag.
2. NICE, Schizophrenia. 2009, London.
3. Riedel-Heller, S.G. et al. Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen - Die S3-Leitlinie der DGPPN: Psychother Psychosom Med Psychol, 2012. 62(11): p. 425-8.
4. Gühne, U., et al. Akutbehandlung im häuslichen Umfeld. Psychiatr Prax, 2011. 38(3): p. 114-22.