

Zentrum für Psychologische und Psychosoziale Medizin
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Christliches Krankenhaus Quakenbrück GmbH
Chefarzt: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. scient. pth. Dipl.-Psych. Reinhard J. Boerner

Station 21

(Mehrgenerationenstation mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt)

Therapiekonzept und Selbstverständnis

Stand: August 2012

Kontakt:

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Christliches Krankenhaus Quakenbrück
Goethestraße 10
49610 Quakenbrück

Fon: 0 54 31 – 15 16 17
Fax: 0 54 31 – 15 18 73
E Mail: psychiatrie@ckq-gmbh.de
Internet: www.ckq-gmbh.de

Gliederung

1. Grundzüge des Therapiekonzepts und -selbstverständnisses	3
2. Setting	5
3. Aufnahmeindikation	5
4. Medizinische Versorgung und Zielsetzung	6
4.1. Grundsätze der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung	6
4.2. Ärztliche Aufnahmeuntersuchung/ Diagnostik.....	8
4.3. Konsiliarische Untersuchungen	9
4.4. Einzel- und Familiengespräche.....	9
4.5. Neuropsychologische Demenzdiagnostik in Abhängigkeit vom Schweregrad der Demenz	9
5. Aufgaben und Zielsetzungen der Pflege	10
5.1. Wesentliche Aufgaben und Ziele der Pflege sind:	10
5.2. Wesentliche pflegerische Tätigkeiten sind:.....	10
5.3. Gruppenaktivitäten.....	11
5.4. Pflege- und Therapieplanung.....	12

1. Grundzüge des Therapiekonzepts und - selbstverständnisses

Die Station ist als Spezialstation für die Früherkennung, Diagnostik und Therapie aller altersbezogenen psychischen Störungen konzipiert.

Unter dem Begriff Gerontopsychiatrie werden Diagnose- und Behandlungskonzepte für PatientInnen zusammengefasst, die nach allgemeiner Definition das 60. Lebensjahr überschritten haben. In diesem Lebensabschnitt werden Menschen mit altersspezifischen Aufgaben und Problemen konfrontiert, die mit dem Älterwerden, dem möglichen Nachlassen der körperlichen und seelischen Leistungskraft und der Konfrontation mit dem möglichen Lebensende verbunden sind. Im Gegensatz zur sogenannten „Defizit-Hypothese“, die lediglich die negativen und defizitären Prozesse des Alterns betont, ist jedoch herauszustellen, dass auch dieser Lebensabschnitt durchaus konstruktiv und im Sinne der seelischen Reifung gestaltet werden kann.

Ausgehend von einem humanistischem Menschenbild sowie christlichem Grundverständnis besteht der Anspruch, Patienten unserer Station nicht nur mit den aktuellen evidenzbasierten Methoden und Verfahren der modernen psychiatrischen Behandlung zu versorgen, sondern insbesondere in der Pflege das Prinzip der mitmenschlichen Begleitung und Führung auch unter dem Gesichtspunkt einer ökonomischen Krankenhausführung zu praktizieren.

Ursprünglich als reine Depressionsstation aufgebaut (unsere Klinik gehörte zu den Mitbegründern des nationalen Verbunds von Depressionsspezialstationen), öffnete sich das therapeutische Angebot in den 1990er Jahren zunehmend den in der Versorgung häufiger angetroffenen Demenzerkrankungen. Aufgrund des wachsenden Versorgungsdrucks im Bereich der Demenzerkrankungen, nahm der Anteil von Patienten mit diesen Erkrankungen progredient zu, so dass der Charakter einer reinen Depressionsspezialstation zunehmend verloren ging.

Diese veränderte Patientenstruktur führte zu Überlegungen, wie die Station zukünftig gestaltet werden soll. Die ausschließliche Aufnahme von Patienten in höherem Lebensalter wurde hierbei kritisch reflektiert. Als problematisch wurde insbesondere die einseitige Milieubildung mit der sowohl psychiatrisch-psychotherapeutisch wie auch sozialpsychologisch problematischen Abspaltung von Patienten jüngeren Lebensalters angesehen. Statt dessen verbinden wir mit diesem Stationskonzept die Idee, dass sich

Patienten unterschiedlichen Alters und psychischer Störungen auf dieser Station begegnen, sich austauschen, hinsichtlich ihrer seelischen Gesundheit unterstützen und Vorurteile überwinden lernen. Insbesondere für ältere Patienten mit Demenzerkrankungen soll ein milieuthérapeutisch förderndes psychosoziales Klima jenseits von Stigmatisierung und Ausgrenzung geschaffen werden.

Dies führte schließlich zu dem Konzept einer Mehrgenerationenstation, die unter Berücksichtigung des bewährten gerontopsychiatrischen Schwerpunkts jetzt auch Patienten anderer Altersstufen umfasst. Hinsichtlich der Aufnahmeindikation wird Wert auf ein breites Spektrum von Patienten psychischer Störungen mit Ausnahme primärer Suchterkrankungen und solchen der psychiatrischen Akut- und Intensivbehandlung (Station 22) gelegt.

Die bisherigen Erfahrungen mit diesem Modell einer Mehrgenerationenstation bestätigen uns in der Richtigkeit, die Station auch Patienten jüngeren Lebensalters zu öffnen. Von Seiten des Personals wird die deutlich lebendigere, positivere Atmosphäre der Station im Vergleich zu einer reinen altersspezifischen Station hervorgehoben. Auch die Patienten in einem Altersbereich von 19 – 90 Jahren berichten, dass sie das Miteinander von älteren und jüngeren Patienten sehr schätzen, weil sie sich gegenseitig durch ihre lebensspezifischen Erfahrungen stützen. Teilweise sind therapeutisch positive Übertragungsbeziehungen von jung zu alt beobachtet worden.

Trotz dieser Erweiterungen der therapeutischen Aufgaben hat die Station nichts von ihrer mittlerweile über drei Jahrzehnte etablierten Spezialkompetenz für die Diagnose und Therapie psychischer Störungen im höheren Lebensalter eingebüßt.

In einer jüngst durchgeführten Fragebogenstudie wurde unsere positive Einschätzung bestätigt. Über vier Monate wurden Patienten der Station 21 anhand von Selbstrating-Fragebögen auf freiwilliger Basis untersucht. Die Auswertung der Fragebögen (N=44) sollte Hinweise auf die Akzeptanz des Mehrgenerationenkonzepts und des Therapieangebots geben. Außerdem sollten Anregungen für mögliche konzeptionelle Verbesserungen gewonnen werden. Der Anteil der Patienten über 60 Jahre betrug in der Gesamtgruppe 50%. 81,82% aller Patienten gaben an, sich altersentsprechend behandelt zu fühlen. Von der Patientengruppe bis 60 Jahre gaben 95,45% an, Kontakt zu älteren Patienten gehabt zu haben.

Insgesamt wurde der Ansatz einer Mehrgenerationenstation von der überwiegenden Zahl der befragten Patienten als positiv eingeschätzt (88.86%).

2. Setting

Die Station 21 ist eine offen geführte, gemischtgeschlechtliche, allgemeinspsychiatrische Mehrgenerationenstation mit 22 Betten (max. Kapazität: 23 Betten).

Sie verfügt über räumlich großzügige, modern eingerichtete Zweibettzimmer, ein Dreibett und ein Vierbettzimmer sowie drei Einzelzimmer.

Die Zimmer sind seit der grundlegenden Renovierung der Klinik im Jahre 2002 mit Badezimmern (Dusche und WC) und teilweise mit Balkon ausgestattet.

Die Diagnose und Therapie wird durch ein multiprofessionelles Team durchgeführt. Es setzt sich zusammen aus: ÄrztInnen, Diplom-PsychologInnen, Sozialarbeitern, Fach-Krankenschwestern/ -pflegern für Psychiatrie, staatl. anerkannten AltenpflegerInnen, Krankenschwestern/ -pflegern, ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen

Unser Ziel besteht in einer qualifizierten, dem Wissensstand der Psychiatrie und Psychotherapie entsprechenden Patientenversorgung.

3. Aufnahmeindikation

Auf der Station 21 werden Patienten beiderlei Geschlechts mit psychischen Störungen ab dem 18. Lebensjahr behandelt, grundsätzlich werden alle psychischen Störungen diagnostiziert und therapiert.

Schwerpunktmäßig handelt es sich um:

- Demenzerkrankungen
- Depressionen
- organisch begründbare psychische Störungen
- Schizophrenien, schizoaffektive Störungen, wahnhafte Störungen
- Abhängigkeitserkrankungen im Sinne der Komorbidität

Unsere Klinik bietet aufgrund der engen Vernetzung mit den unterschiedlichen Fachgebieten der somatischen Medizin in Haus 1 sowohl im Sinne konsiliarmedizinischer Leistungen wie auch unmittelbarer Verlegungsmöglichkeiten eine optimale Versorgung von Patienten mit begleitenden somatischen Erkrankungen wie auch Komplikationen im Sinne medizinischen Grund- wie Notfallversorgung.

Insbesondere im höheren Lebensalter ist die Komorbidität von somatischen mit psychischen wie auch von psychischen Erkrankungen untereinander bedeutsam.

Hierbei stellt u. a. die psychiatrische Differenzialdiagnostik eine in der Versorgung zentrale Aufgabenstellung dar, da nur durch diese eine adäquate Therapie eingeleitet werden kann. Dies betrifft zum Beispiel Patienten mit gleichzeitig bestehender depressiver und demenzieller Symptomatik, zum anderen solche mit begleitenden internistischen Erkrankungen, die aufgrund des Leistungsspektrums der Gesamtklinik in besonderer Weise zügig und unter Vermeidung unnötiger Untersuchungen diagnostiziert und behandelt werden können.

4. Medizinische Versorgung und Zielsetzung

4.1. Grundsätze der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung

Die heutige Medizin erlaubt heute im Vergleich zu früheren Standards wesentliche Verbesserungen in der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen, die es ermöglichen, Patienten gezielt und mit deutlich besseren Behandlungsergebnissen behandeln zu können und hierdurch die Lebensqualität für viele Patienten nachhaltig zu erhöhen.

Der Komplexität der psychischen Störungen sowie der Individualität der Patienten kann nur durch ein differenziertes psychiatrisch-psychotherapeutisches Behandlungsmodell Rechnung getragen werden, in dem je nach individuellen Gegebenheiten der Klinik wie auch der Patientenwünsche und -interessen psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsansätze ausgewählt bzw. miteinander verbunden werden. Bei der Auswahl entsprechender Therapieverfahren ist neben der Berücksichtigung der individuellen Klinik sowie der Patientenwünsche die empirische Evidenz der zugrunde liegenden Therapieforschung wesentlich und dient unseres Erachtens den wesentlichen Grundsätzen der erwartbaren therapeutischen Effizienz sowie des vertretbaren ökonomischen Aufwands. Ein hierbei wichtiger Behandlungsgrundsatz besteht darin,

dass wir uns bewusst sind, mit jeder Entscheidung für eine Therapie einen Eingriff in ein autonomes individuelles Leben vorzunehmen und dies nur mit Rücksicht und Umsicht zu tun. Hierbei besteht unser Ziel auch darin, die vorhandenen Selbstheilungskräfte unserer Patienten zu fördern.

Zu den Verbesserungen der Medizinstandards gehörte auch die Entwicklung deutlich besser verträglicher Psychopharmaka für die verschiedenen psychischen Störungen, die eine kausale Therapie ermöglichen. Dies gilt beispielsweise für die Behandlung von Angststörungen, aber auch von Demenzerkrankungen, bei denen Antidementiva bei frühzeitiger Diagnosesicherung zu einer Verzögerung des weiteren kognitiven Abbaus und damit Stabilisierung des psychosozialen Status führen können (zeitliche Verzögerung notwendiger Pflegeleistungen und Heimunterbringungen).

Leider bestehen bis heute deutliche Defizite zwischen diesen möglichen Diagnose- und Therapie-Standards und der tatsächlich realisierten Versorgung von älteren Patienten mit Depressionen und Demenzerkrankungen. So werden die Möglichkeiten der antidementiven Therapie bisher unterschätzt, nur ein vergleichsweise geringer Prozentsatz von betroffenen Patienten erhält diese Medikamente, mit der Folge, dass der Krankheitsprozess fortschreitet mit den damit verbundenen erheblichen psychosozialen Belastungen für den Betroffenen und seine Familie.

Trotz des unbestrittenen Nachweises der Wirksamkeit von Antidepressiva bei affektiven Erkrankungen zeigt die Versorgungsforschung wie auch klinische Praxis, dass diese oft nur inadäquat verordnet werden (keine zielgerichtete syndromale Auswahl, zu geringe Dosierung, kaum Wechsel bei Therapie-Nonresponse nach ca. vier Wochen). Statt dessen ist die z. T. dauerhafte Verordnung von Benzodiazepinen trotz der notwendigen Vorsichtsmaßnahmen (Missbrauchspotenzial, Gewöhnung, Abhängigkeit, Depressionen, kognitive Störungen, Muskelrelaxation mit Sturzneigung) immer wieder zu beobachten und betrifft einen nicht geringen Anteil der an uns verwiesenen Patienten.

Die psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten bei älteren Patienten wurden lange Zeit unterschätzt. Erst in den letzten fünfzehn Jahren finden sich auch auf dem Hintergrund der veränderten versorgungspolitischen Situation Studien zur gezielten Wirksamkeit von Psychotherapie bei psychischen Störungen im höheren Lebensalter. Die Versorgungsforschung zeigt jedoch, dass dieses Versorgungssegment weiterhin vernachlässigt wird, nur wenige PsychotherapeutInnen verfügen über eine spezialisierte

Ausbildung, zeigen sich für die Therapie dieser Altersgruppe offen und bieten ambulant wie stationär gezielte Behandlungsmöglichkeiten an. Daher kommt in unserer Klinik der Psychotherapie mit ihren verschiedenen Ansätzen (Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, psychodynamische Ansätze, systemische Therapie mit Familienberatung) ein wesentlicher Stellenwert für eine differenzierte Behandlung von Patienten dieser Station zu.

Aufgrund unserer jahrzehntelangen Expertise stellt die Diagnose und Behandlung von Depressionen und Demenzerkrankungen ein zentrales Aufgabengebiet der Station 21 dar. Die Gruppe der Demenzerkrankungen wird zu einem zunehmenden versorgungspolitischen Thema. Durch die demografische Entwicklung der deutschen Gesellschaft wird sich der Anteil von Demenzerkrankungen in den nächsten 15 Jahren weiter deutlich erhöhen, was mit der Ausdünnung der psychiatrischen Versorgung insbesondere durch niedergelassene Ärzte kontrastiert. Spezialisierten medizinischen Zentren wie dem unsrigen kommt daher jenseits der notwendigen medizinisch-psychotherapeutischen Basisversorgung eine besondere Schaltfunktion in der Gesundheitsversorgung zu.

4.2. Ärztliche Aufnahmeuntersuchung/ Diagnostik

Bei allen Patienten wird am Aufnahmetag im Rahmen des Aufnahmegesprächs, ggf. im Beisein der Angehörigen, die psychiatrische und allgemeine Krankheitsgeschichte, der psychiatrische und körperliche Aufnahmebefund erhoben.

Auf dieser Grundlage werden nach Indikation weitere Labor- und Zusatzuntersuchungen wie z. B. EKG, EEG, Bildgebung (CCT, MRT) angeordnet und durchgeführt.

Hierbei wird das Ziel verfolgt, im Rahmen einer umfassenden Organdiagnostik zu einer klaren diagnostischen Beurteilung z. B. hinsichtlich des Vorliegens einer Depression und/ oder Demenz zu gelangen und entsprechende evidenzbasierte therapeutische Interventionen zu initiieren.

4.3. Konsiliarische Untersuchungen

Notwendige konsiliarische Untersuchungen erfolgen in den somatischen Abteilungen des CKQ (Innere Medizin, Kardiologie, Pulmologie, Neurologie, Chirurgie, Diabetologie, HNO, Augenheilkunde, Urologie, Dermatologie).

4.4. Einzel- und Familiengespräche

Im Rahmen von Einzel- und Familiengesprächen erfolgt u. a. die Besprechung der Untersuchungsergebnisse, der daraus abgeleiteten Diagnose, des therapeutischen Verlaufes sowie eine umfassende Beratung hinsichtlich Lebensführung, Ernährung, Bewegung, wenn nötig, dann auch in Zusammenarbeit mit DiätassistentInnen, PhysiotherapeutInnen und anderen Berufsgruppen, mit dem Ziel der Optimierung des häuslichen Umfeldes im weitesten Sinne, um dem Krankheits- bzw. Genesungsverlauf positiv beeinflussen und rasche Krankenhauswiederaufnahmen vermeiden zu können.

4.5. Neuropsychologische Demenzdiagnostik in Abhängigkeit vom Schweregrad der Demenz

- Früherkennung einer beginnenden Demenz: Sichern der Diagnose als Grundlage zur weiteren Therapieplanung
- Differenzierung von Beeinträchtigungen und Kompetenzen des Patienten zur weiteren Therapieplanung, bei fortgeschrittener Demenz
- Diagnostik aufgrund bestimmter Fragestellungen (z. B. Einrichtung einer Betreuung) bei stärker fortgeschrittener Demenz

Die Kontrolle des Krankheits- / therapeutischen Verlaufs der Demenzerkrankungen sollte insbesondere bei der Neueinstellung auf Antidementiva im zeitlichen Abstand von 6-12 Monaten ambulant stattfinden.

Sie dient beispielsweise:

- Zur Feststellung der Effizienz der medikamentösen Therapie
- Zur Abschätzung der Selbstständigkeit der Patienten sowie der Lebensgestaltung

5. Aufgaben und Zielsetzungen der Pflege

Die Durchführung der pflegerischen Aufgaben und Zielsetzungen orientieren sich neben dem humanistisch- christlichen Grundverständnis an dem Prinzip der aktivierenden Pflege („Hilfe zur Selbsthilfe“) und basieren auf dem Selbstpflegedefizit - Modell von Dorothea E. Orem.

5.1. Wesentliche Aufgaben und Ziele der Pflege sind:

- Die körperlich-pflegerische Versorgung im Rahmen einer aktivierenden Pflege mit dem Ziel, die Selbstständigkeit der Patienten zu erhalten oder zu fördern.
- Die Gestaltung eines therapeutischen Milieus, das durch Wertschätzung, Akzeptanz und Verständnis für den Patienten charakterisiert ist
- Die Analyse der persönlichen Lebenssituation des Patienten, um mögliche hieraus resultierende Anteile zum Verständnis seiner Erkrankung nachzuvollziehen.
- Die Erhaltung und Förderung der psychischen, geistigen und körperlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie zwischenmenschlichen Beziehungen der Patienten
- Die Einleitung der medizinisch-psychologischen Nachsorge innerhalb und außerhalb der Klinik

5.2. Wesentliche pflegerische Tätigkeiten sind:

- Die Erstellung einer individuellen, Defizite und Ressourcen berücksichtigenden Pflege- und Therapieplanung
- Die Durchführung psychologischer Testuntersuchungen zur Demenzdiagnostik (z. B. CERAD, SIDAM, MMS, Uhrentest).
- Die pflegerischen Kontakte, die neben der Förderung des Beziehungsaufbaus und der pflegerischen Beobachtung, auch der Orientierung der Patienten dienen. Diese Kontakte sind vor allem auch im Bezug auf die häufig wechselnde emotionale Befindlichkeit der Patienten wichtig, um entsprechende Pflegeinterventionen zeitnah umsetzen zu können.

- Das alltagspraktische Training, welches dem Patienten hilft, alltägliche Handlungsabläufe aufrecht zu erhalten und ggf. wiederzuerlangen. Hierzu gehören neben den Gruppenaktivitäten (Gerichtküche und Kochgruppe) auch die Übernahme des Küchendienstes (Bedienen der Spülmaschine, Tee kochen etc.), das Ordnung halten im Aufenthaltsbereich und das Gießen der Blumen auf der Station.
- Die Zusammenarbeit mit (pflegenden) Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen (z. B. Berufsbetreuer) oder Institutionen (z. B. psychiatrisches Wohnheim, Altenpflegeheim). Diese Zusammenarbeit ist u. a. zur Erhebung einer pflegerischen Fremdanamnese (biografisches Arbeiten), zur Entlastung und Beratung der Angehörigen und zur Unterstützung in der Planung zur Nachsorge der Patienten notwendig.
- Die Mitarbeit bei der Organisation der Nachversorgung (Ambulante Psychiatrische Pflege/ APP, psychiatrische Insitutsambulanz, Sozialstation, Seniorengruppen etc.).
- Das Mobilitätstraining (als Weiterführung und Ergänzung der täglichen physiotherapeutischen Einzel- oder Gruppenbehandlung), u. a. zur Sturzprophylaxe und zum Einüben und Aufrechterhalten motorischer Fähigkeiten.

5.3. Gruppenaktivitäten

Von den Mitarbeitern der Pflege wurden in den letzten spezifische Gruppenkonzepte entwickelt.

Die Auswahl der Patienten für diese Gruppen erfolgt in enger Abstimmung mit den Ärzten, nach entsprechender Indikationsstellung.

Folgende Gruppen werden von den Mitarbeitern der Pflege durchgeführt:

1. Gruppen für Patienten mit kognitiver Beeinträchtigung:

- Kommunikations- und Konzentrationsgruppe (mit zugrunde liegendem Konzept; für Patienten mit Hirnleistungsstörung)
- Orientierungstraining (besonders für Patienten mit Hirnleistungsstörung)

2. Allgemeine Gruppen:

- Themenzentrierte Gruppe (mit zugrunde liegendem Konzept)
- Entspannungstraining (mit zugrunde liegendem Konzept)
- Patientenrunde (dient u.a. der Tages-/ Wochenstrukturierung)
- Gerichteküche (mit zugrunde liegendem Konzept; dient u.a. der Förderung und Erhaltung von alltagspraktischen Fähigkeiten)
- Fahrten zum Wochenmarkt/ Ausflugsfahrten (dienen der Tagesstruktur und dem Gemeinschaftserleben)
- Kegeln

5.4. Pflege- und Therapieplanung

Die pflegerische Behandlung der Patienten erfolgt unter Anwendung eines sogenannten Bezugspersonensystems.

Hierdurch soll eine persönliche Atmosphäre geschaffen werden, die dem Patienten auch in seiner u. U. psychisch belasteten Situation des Erlebens seiner Erkrankung und seinen altersbezogenen Ängsten einen nötigen Halt gibt.

Es erfolgt eine intensive individuelle und eine überlegte pflegerische Begleitung, insbesondere für Patienten mit zunehmendem oder bereits ausgeprägtem Verlust ihrer Selbstständigkeit und deren Angehörigen.

Grundlage der pflegerischen Tätigkeit ist eine individuelle Pflege- und Therapieplanung, die den aktuellen Erfordernissen entsprechend fortlaufend aktualisiert wird.

Pflegerische Verlaufskontrollen erfolgen u. a. anhand von Fallbesprechungen im Rahmen der Dienstübergaben. Diese ermöglichen eine Sondierung der aktuellen Situation und die zeitnahe Planung notwendiger pflegerisch-/ planerischer Interventionen sowie die Abstimmung mit anderen Berufsgruppen.