

**Evangelisches Krankenhaus Bielefeld**

**Klinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie Bethel**

**Konzept 2013**

Doris Kiener  
Gruppenbild, 2002



Klinik für  
Psychiatrie und Psychotherapie Bethel

Konzept

Evangelisches Krankenhaus Bielefeld  
in den  
von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel  
und im Evangelischen Johanneswerk

3. Auflage  
Frühjahr 2013  
2013-02-05

## INHALT

Vorwort der Geschäftsführung zur 3. Auflage.....	4
Vorwort der Klinikleitung zur 3. Auflage.....	5
Vorwort der Geschäftsführung zur 2. Auflage.....	7
Vorwort der Klinikleitung zur 2. Auflage.....	8
Vorwort der Geschäftsführung zur 1. Auflage.....	10
Vorwort der Klinikleitung zur 1. Auflage.....	11
<b>1 Arbeitsauftrag .....</b>	<b>13</b>
<b>2 Diagnostik und Behandlungsziele .....</b>	<b>14</b>
2.1 Diagnostisches Vorgehen .....	15
2.2 Behandlungsziele .....	18
<b>3 Therapeutische Konzepte .....</b>	<b>23</b>
3.1 Grundlagen.....	23
3.2 Allgemeine Merkmale unserer therapeutischen Konzepte .....	25
3.3 Psychiatrische Pflege .....	27
3.4 Therapeutische Fallverantwortung.....	28
3.5 Peer Counseling und Ex-In.....	29
3.6 Behandlungsvereinbarungen – Patientenwille - Patientenverfügung .....	30
3.7 Ambulant - teilstationär - vollstationär: Therapeutische Settings.....	31
3.8 Therapeutische Methoden.....	33
3.9 Klinische Sozialarbeit: Von Existenzsicherung bis Wiedereingliederung .....	51
3.10 Indikationsbezogene Konzepte und Methoden.....	52
3.11 Seelsorge .....	72
3.12 Offene Türen – soweit als möglich .....	73
<b>4 Struktur der Klinik.....</b>	<b>75</b>
4.1 Abteilungen und Bereiche .....	75
4.2 Leitung und Gremien – Kommunikation und Information.....	77
<b>5 Vernetzung.....</b>	<b>82</b>
5.1 Evangelisches Krankenhaus Bielefeld und Klinikverbund Valeo .....	82
5.2 von Bodenschwingsche Stiftungen Bethel.....	83
5.3 Regionales Versorgungsnetz.....	83
5.4 Psychosozialer Krisendienst .....	85
5.5 Wissenschaftliche Kooperationspartner .....	85
5.6 Partnerschaft Krakow-Bethel.....	86
5.7 Weitere Kooperationspartner .....	86
5.8 Aus-, Weiter- und Fortbildung.....	87
<b>6 Forschungsabteilung .....</b>	<b>89</b>
6.1 Forschung an der Klinik.....	89
6.2 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement .....	93
6.3 Dokumentation.....	93
<b>7 Ausblick .....</b>	<b>95</b>

# Vorwort der Geschäftsführung zur 3. Auflage

Weiterhin sind umfassende Konzepte im Akutkrankenhausbereich – anders als in Rehabilitationskliniken – die Ausnahme. Sie sind aber wichtig, weil sie nach außen der Fachöffentlichkeit und interessierten Patienten und Angehörigen deutlich machen, wie in einer Klinik gearbeitet wird. Und nach innen erfahren alle, auch und gerade die neuen Mitarbeitenden, an welchen Maßstäben und Abläufen das eigene Handeln orientiert sein muss. Auf diese Weise gelingt es, einen wichtigen Beitrag zum Qualitätsmanagement zu leisten. Wir freuen uns, Ihnen diese neue Auflage des Klinikkonzeptes Psychiatrie und Psychotherapie vorstellen zu können und danken allen Beteiligten für ihr Engagement bei der Abfassung dieses umfangreichen Werks. Wir freuen uns, dass darin nicht nur formal qualitätsrelevante Fragen beantwortet werden sondern auch dezidierte Inhalte vermittelt werden.

Die Arbeit in Psychiatrie und Psychotherapie ist notwendigerweise durch eine starke Außenorientierung im Rahmen des gemeindepsychiatrischen Ansatzes geprägt. Die vielfältigen Kooperationsbeziehungen innerhalb und außerhalb Bethels finden sich in beeindruckender Weise auch in diesem Konzept wieder.

Wir freuen uns, dass zeitgleich mit der Veröffentlichung dieser Neuauflage im Gebäude Gilead IV nun ein Anbau für zwei Stationen Anfang 2013 bezogen werden kann. Dadurch verbessert sich nicht nur die bauliche Qualität für unsere Patienten erheblich, er ermöglicht auch die dynamische Weiterentwicklung mit einer seit vielen Jahren erwünschten Zusammenführung der Allgemeinen Psychiatrie II und Perspektivplanungen für die Gerontopsychiatrie im Rahmen der Entwicklung des Altersmedizinenzentrums im EvKB und im Krankenhaus Mara.

Dr. Rainer Norden

Dr. Thomas Krössin

Geschäftsführung

## Vorwort der Klinikleitung zur 3. Auflage

Nach wie vor erfreut sich unser Klinikkonzept einer großen Beachtung und Anklang. Entgegen unserem ursprünglichen Vorhaben hat es aber nun gut sechs Jahre gedauert, bis wir diese dritte Auflage vorlegen. Auch der letzte Entwicklungsbericht stammt bereits aus dem Jahr 2007 und beschreibt die Entwicklung ab dem Jahr 2003. Wie gewohnt finden Sie beides im Internet frei zugänglich ([www.evkb.de](http://www.evkb.de)). Auch unsere wissenschaftlichen Aktivitäten finden Sie dort im Forschungsbericht 2003 bis 2008 und in unserer aktuellen Präsentation.

Dieses längere Intervall bedeutet nicht, dass sich in der Zwischenzeit keine Änderungen ergeben haben. Wenn auch weiterhin grundlegende Positionen unserer Arbeit erhalten geblieben sind, waren die Umwälzungen in unserem Krankenhaus dennoch so tiefgreifend, dass erst jetzt der richtige Zeitpunkt gekommen ist, die Darstellung des aktuellen Standes fertigzustellen. Auch in unserer Klinik haben sich in den letzten Jahren wesentliche Änderungen ergeben: Der Aufbau einer englischsprachigen Station, eines integrierten Versorgungsangebotes Depression, die Einführung eines neuen, unsere Patienten noch weiter als bisher einbeziehenden Behandlungskonzeptes in der Abteilung für Allgemeine Psychiatrie I, der Aufbau des CRA-Ansatzes (Community Reinforcement Approach) mit der Verknüpfung von kognitiver Verhaltenstherapie und gemeindepsychiatrischem Vorgehen in der Abteilung für substanzbezogene Störungen und die Etablierung neuer Therapieansätze im Bereiche der Psychotraumatologie sind nur einige dieser Neuerungen. Auswirkungen auf das gesamte Krankenhaus hatte das mit großem Einsatz entwickelte HELP Programm (Hospital Elder Life Program) zur Früherkennung, Prävention und Behandlung des Delirs in den somatischen Krankenhausabteilungen. Grundsätzlich sind wir in unserer Arbeit den Weg der partizipativen Beteiligung unserer Patienten am Therapieprozess konsequent weitergegangen (z.B. durch die Etablierung von Behandlungskonferenzen). Die Erfahrungen zeigen, dass diese Herangehensweise von vielen unserer Patienten sehr positiv aufgenommen wird, gleichzeitig aber auch eine erhebliche Anforderung an die Übernahmen von Selbstverantwortung darstellt.

Besonders freuen wir uns, dass im Gebäude Gilead IV nun ein Erweiterungsbau für zwei Stationen Anfang 2013 bezogen werden kann. Dadurch verbessert sich nicht nur die bauliche Qualität für unsere Patienten erheblich, er ermöglicht auch die dynamische Weiterentwicklung mit einer seit vielen Jahren erwünschten Zusammenführung der Allgemeinen Psy-

chiarie II und Perspektivplanungen für die Gerontopsychiarie im Rahmen der Entwicklung des Altersmedizinenzentrums im EvKB.

Nach wie vor ist das entscheidende für unsere Arbeit aber das fachliche Niveau und menschliche Engagement unserer Teams. Dafür setzen sich alle unsere Mitarbeitenden in hervorragender Weise ein. Dafür sind wir sehr dankbar.

Bielefeld, im Januar 2013

Prof. Dr. Martin Driessen

Petra Krause

Dr. Georg Kremer

Chefarzt

Pflegeleitung

Sprecher Psychosoziale und  
Therapeutische Dienste

# Vorwort der Geschäftsführung zur 2. Auflage

Klinische Konzepte im Akutbereich sind auch heute noch keine Selbstverständlichkeit. Klassisch orientieren sich die Berufsgruppen im Krankenhaus eher an der medizinischen Lehre oder den routinierten Abläufen. Nur langsam setzt unter den Prämissen des unaufhaltsamen Qualitätsmanagements ein Umdenken ein, nicht zuletzt forciert durch politischen Druck.

Was für weite Bereiche der somatischen Medizin gilt, hat in der Psychiatrie bereits früh eine andere Entwicklung genommen. Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel genießt seit vielen Jahren ein hohes Ansehen für ihre konzeptionelle Arbeit, sicherlich als eine der bekanntesten Einrichtungen ihrer Art im Bundesgebiet. Das Nebeneinander von medizinisch-therapeutischen Ansätzen, Rollen und Funktionen der unterschiedlichen Berufsgruppen, Leitbilder, Evaluation und Forschung und nicht zuletzt ökonomische Überlegungen flossen schließlich in ein Gesamtkonzept ein, das nun in überarbeiteter Fassung vorliegt.

Auftrag der Klinik ist die psychiatrische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger der Stadt Bielefeld und des näheren Umlandes. Die demographischen und politischen Veränderungen in Deutschland spiegeln sich häufig in der Epidemiologie psychiatrischer Erkrankungen. Ein weithin bekanntes Beispiel dafür ist die zunehmende Bedeutung der Gerontopsychiatrie. Mit der Neuauflage ihres Konzeptes macht die Klinik deutlich, dass sie sich den gesellschaftlichen Herausforderungen stellt und aktiv nach Antworten auf immer neue Fragen sucht, stets mit dem Ziel, eine bestmögliche Versorgung der Patienten zu gewährleisten.

Nirgendwo erscheint die Bandbreite der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten so ausgereift wie hier, kein anderes Helfefeld im Krankenhaus weist zwischen stationär, teilstationär und ambulant so viele individuelle Ansätze und Optionen auf. Dieser ganzheitliche Ansatz steht in der Tradition unseres christlich-diakonischen Selbstverständnisses. Gleichzeitig unterstreichen die regen Forschungstätigkeiten an der Klinik – gerade feierte die Forschungsabteilung ihr 5-jähriges Bestehen - die moderne Orientierung an den Erfordernissen eines Akademischen Lehrkrankenhauses.

Ich wünsche allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Kraft, ihr umfangreiches Konzept in der täglichen Praxis umzusetzen und den Mut, es im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses ständig zu verändern, so wie sie es in den vergangenen Jahren bewiesen haben. Schon heute bin ich gespannt auf die 3. Auflage.

Rolf Eickholt

Geschäftsführer

# Vorwort der Klinikleitung zur 2. Auflage

Zu unserer Freude hat in den ersten drei Jahren nach seiner Veröffentlichung das Konzept der Klinik eine ausgesprochen große Beachtung und Anklang in Fachkreisen, Verbänden, bei Patienten, Angehörigen, Bewerbern, Mitarbeitenden und vielen anderen Interessierten gefunden. Offenbar wurde damit eine Lücke gefüllt. Wie in der ersten Auflage angekündigt haben wir im Jahr 2003 den Dreijahresbericht erstellt und veröffentlicht, der die aktuelle Entwicklung der Klinik in den Jahren 2000 bis 2002 mit Daten und Fakten wiedergibt. Konzept und Bericht sind im Internet frei zugänglich ([www.evkb.de](http://www.evkb.de)). Hinzugekommen ist auch eine Internetpräsentation unserer wissenschaftlichen und Publikationsaktivitäten, die laufend aktualisiert wird ([www.psychiatrie-forschung-bethel.de](http://www.psychiatrie-forschung-bethel.de)).

Wenn sich auch grundlegende Positionen unserer Arbeit nicht verändert haben, sind die strukturellen und inhaltlichen Neuerungen der letzten drei Jahre doch so umfangreich, dass wir hiermit eine überarbeitete Fassung präsentieren. Zunächst hat sich der Name der Klinik geändert, wir heißen nun „Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel“. Diese Veränderung ist Folge der zum 1.1.2005 stattgefundenen Fusion der drei evangelischen Krankenhäuser in Bielefeld (Krankenanstalten Gilead, Krankenhaus Mara, Ev. Johanneskrankenhaus) zum Evangelischen Krankenhaus Bielefeld gGmbH (EvKB), einem Krankenhaus der Maximalversorgung. Dabei wurden die administrativen Zentren aufgelöst und dieser Begriff den klinik- und institutsübergreifenden medizinischen Schwerpunkten im EvKB vorbehalten. Zusammen mit der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin gehören wir nun zum Zentrum für Psychosoziale Medizin. Eine weitere strukturelle Neuerung ergab sich durch die Übernahme der Klinik Pniel (mittelfristige Behandlung und Rehabilitation) im Rahmen eines neuen Betriebsführungsvertrags. Auch eine Reihe personeller Veränderungen haben sich ergeben. U.a. hat Herr Prof. Rau zum Januar 2006 die Klinik verlassen. Wir danken ihm an dieser Stelle besonders für die Mitarbeit an der Konzepterstellung und an der hier vorliegenden überarbeiteten Fassung.

Intensiv hat uns in den vergangenen Jahren die Optimierung und Strukturierung von Prozessabläufen innerhalb der Klinik und in der Kooperation mit unseren Partnern beschäftigt und wird dies auch weiter tun. Die Arbeit in aufgabendefinierten Projektstrukturen hat sich in den letzten Jahren außerordentlich bewährt und zu einer Reduktion von regelmäßig tagenden Gremien geführt. Die Anzahl von klinischen, versorgungsorientierten, wissenschaftlichen und organisatorischen Projekten hat sich dagegen deutlich erhöht.



Bei all diesen Veränderungen ist es uns das wichtigste Anliegen, in erster Linie die Patientenperspektive im Sinne des personenzentrierten Ansatzes zu berücksichtigen und die Ressourcen für die Arbeit mit unseren Patienten zu erhöhen.

Bielefeld, im März 2006

Prof. Dr. Martin Driessen

Petra Krause

Dr. Georg Kremer

Chefarzt

Pflegeleitung

Sprecher psychosoziale und  
therapeutische Dienste

# Vorwort der Geschäftsführung zur 1. Auflage

Praxis braucht Theorie - und umgekehrt. Als akademisches Lehrkrankenhaus fühlen sich die Krankenanstalten Gilead gGmbH dem ständigen Austausch mit Wissenschaft und Forschung verpflichtet. Unser Handeln ist tief verwurzelt in einem christlichen Menschenbild. Unsere diakonische Prägung stellt an das Handeln hohe Ansprüche, deren Erfüllung nur durch einen ständigen Prozess der Entwicklung und Überarbeitung evidenzbasierter Konzepte in unseren medizinischen Zentren zu gewährleisten ist und durch die Anpassung organisatorischer Strukturen, welche die Umsetzung unserer Konzepte in der Praxis unterstützen.

Das vorliegende Konzept des Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin beeindruckt in zweierlei Hinsicht. Im Prozess einer umfassenden Reorganisation der Krankenanstalten Gilead, mit dem Ziel, Qualitätsverbesserungen durch die Vernetzung unserer Leistungen in medizinischen Zentren und Schwerpunkten zu erzielen, orientiert sich das ZPPM als erstes und größtes Zentrum an einem umfassenden, abteilungsübergreifenden Konzept. Inhaltlich stellt es dabei Grundsätze in den Vordergrund, die auch in anderen Bereichen handlungsleitend sind: einen ganzheitlichen, therapeutischen Ansatz und die partnerschaftliche Beteiligung des Patienten am Therapieprozess. In somatischen Bereichen sprechen wir häufig vom „mündigen Patienten“. Insbesondere in der psychiatrischen Versorgung stellt dieser Anspruch hohe Anforderungen an uns und ist gerade deshalb von zentraler Bedeutung.

Ich danke der Zentrumsleitung und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die engagierte und überzeugende Arbeit und wünsche ihnen im Alltag allzeit die notwendige Kraft zur Umsetzung.

Franz Streyl

Geschäftsführer

# Vorwort der Klinikleitung zur 1. Auflage

Wir freuen uns, Ihnen das neue Konzept des Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin der Krankenanstalten Gilead, Bethel, übergeben zu können. Es basiert z.T. auf dem ersten Konzept aus dem Jahr 1997, wurde aber in weiten Teilen vollständig überarbeitet. Wir hoffen, dass dieses Konzept unsere Aufgaben, Ziele und Arbeitsweisen allen Interessierten transparent macht und neuen MitarbeiterInnen<sup>1</sup> die Einarbeitung erleichtert. Unsere Arbeit fußt auf einem bio-psycho-sozialen Grundverständnis psychischer Störungen des Menschen. Dabei spielen alle diese Dimensionen im Grunde eine gleich bedeutsame Rolle, wenn auch im Einzelfall eine Dimension stärker in den Vordergrund rücken mag als eine andere. In den letzten Jahren hat auch die religiös-spirituelle Dimension eine zunehmende Aufmerksamkeit gefunden, ohne dass wir heute bereits ihre Bedeutung im therapeutischen Prozess sicher abschätzen können.

Die Arbeit in Psychiatrie und Psychotherapie unterliegt einem ständigen Entwicklungsprozess, der in den letzten Jahren erheblich an Geschwindigkeit gewonnen hat. Verantwortlich hierfür sind die zunehmend kürzeren Zeitabstände, in denen in unserem Fachgebiet neue grundlagenwissenschaftliche und anwendungsbezogene Erkenntnisse gewonnen werden, bedeutsame Änderungen in unserem Gesundheitssystem und ihrer Finanzierung sowie gesundheitspolitische Veränderungen. Für unsere Arbeit besonders bedeutsam ist der zunehmende Anspruch auf partnerschaftlichen Umgang zwischen Patienten und Behandlern. Er bedeutet eine stärkere Mitentscheidung unserer Patienten über die Behandlungsziele und über den therapeutischen Prozess, verbunden mit einer vermehrten Übernahme von Eigenverantwortung.

Als Stätte der Behandlung psychischer Störungen verstehen wir uns als Teil eines kooperierenden Netzwerkes von Einrichtungen der psychosozialen und körperlichen Hilfen für Menschen mit psychischen Störungen. Darüber hinaus sind wir aktiver Teil eines Netzwerkes wissenschaftlicher und gesundheitspolitischer Einrichtungen, ohne das Weiterentwicklungen in Therapie und Versorgung nicht möglich sind.

In den laufenden Veränderungsprozessen kann auch das vorliegende Konzept nur eine Momentaufnahme des aktuellen Standes der Diskussion sein und zur weiteren Auseinandersetzung und Fortentwicklung unserer Arbeit einladen. Daher streben wir an, das Konzept alle zwei bis drei Jahre zu überarbeiten. Um die Entwicklung im Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin für alle Interessierten transparent zu machen, geben wir in

Kürze einen Zweijahresbericht 2000 - 2001 heraus. Darin gehen wir auch näher auf das Projekt Gilead 2010, in dem für das gesamte Krankenhaus folgende Ziele erarbeitet wurden: Spitzenqualität für alle PatientInnen, Sicherstellung einer hohen Motivation und Qualifikation aller MitarbeiterInnen, Ausbau und Erreichung einer starken und prägnanten Marktstellung, Schaffung von günstigen Kostenstrukturen und Erzielung dauerhafter Erträge, Optimierung teamorientierter Prozessabläufe. In diesem Projekt wurden darüber hinaus definierte Teilprojekte und Strukturen erarbeitet.

In offener, freundlicher und fairer Weise und mit Würde und Respekt möchten wir den Menschen begegnen, die in unserem Krankenhaus behandelt werden oder in ihm arbeiten. Dabei achten wir die kulturellen und religiösen Werte und Normen der verschiedenen nationalen und internationalen Gemeinschaften.

Wir haben das große Glück, in einem Bereich zu arbeiten, in dem die MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen hoch engagiert, kreativ und begeistert bei der Arbeit sind - für die Menschen, die unsere Hilfe suchen. Dafür sei allen unser herzlicher Dank ausgesprochen.

Bielefeld, im Juni 2002

Prof. Dr. Martin Driessen

Petra Krause

Prof. Dr. Harald Rau

Ärztliche Leitung

Pflegeleitung

Therapeutische Leitung

---

<sup>1</sup> Um die Lesbarkeit zu verbessern, haben wir uns in der Regel auf die Nennung eines Geschlechtes beschränkt und meinen dabei aber beide Geschlechter. Sollte nur ein Geschlecht gemeint sein, wird dies im Text besonders hervorgehoben. Die Auswahl des männlichen oder weiblichen Geschlechts erfolgt rein zufällig.

# 1 Arbeitsauftrag

Unser primärer Arbeitsauftrag ist die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung aller psychisch kranken Bürgerinnen und Bürger Bielefelds im Sinne einer regionalen Versorgungsverpflichtung. Diese Verpflichtung wurde in der Vereinbarung zwischen den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel und dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe vom 10.01.1985 festgelegt und am 01.03.1985 umgesetzt. Ferner leitet sich unser Arbeitsauftrag aus dem Sozialgesetzbuch V ab, das eine Behandlung zur Heilung, Linderung oder Verhinderung von Verschlimmerungen beschreibt und zu Lasten der Krankenversicherung nur anerkannt ist, wenn sie notwendig, zweckmäßig, wirksam, ausreichend und wirtschaftlich ist (§2,12). Demnach werden unsere (teil)stationären Therapiemöglichkeiten dann angeboten, wenn sich die sonst verfügbaren ambulanten Hilfen als nicht ausreichend erweisen, (teil)stationäre Angebote dagegen eine Wirksamkeit erwarten lassen. Sie stehen dabei aber in der Regel nur vorübergehend zur Verfügung.

Unser Arbeitsauftrag leitet sich zudem aus der Integration in das medizinisch-psychologische Behandlungsnetzwerk in Bielefeld ab. An erster Stelle steht hier die Integration in das Evangelische Krankenhaus Bielefeld (EvKB) und das Krankenhaus Mara. Hierdurch wird eine reibungsfreie (Mit-)Behandlung körperlicher Erkrankungen ermöglicht. Die psychiatrisch-psychotherapeutische (Mit-)Behandlung von Patienten somatischer Kliniken in Bielefeld wird durch unseren Konsiliardienst sichergestellt. Eine enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Psychiatern, Nervenärzten und Psychotherapeuten ist wichtig für einen abgestimmten Gesamtbehandlungsplan, unter anderem auch im Rahmen integrierter Versorgungsmodelle wie dem Bielefelder ambulanten Intensiv-Depressions-Programm (BID).

Unsere Arbeit wird darüber hinaus durch die enge Vernetzung mit zahlreichen sozialpsychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen in den von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel<sup>2</sup>, im Evangelischen Johanneswerk und zahlreichen anderen Trägern in der Region Bielefeld bestimmt, insbesondere den Beratungsstellen und den Einrichtungen der ambulanten und stationären Eingliederungshilfe, der Altenhilfe und der Suchtkrankenhilfe. Aus diesen Helfefeldern kommt ein wesentlicher Anteil unserer Patienten mit einem komplexen Hilfebedarf bzw. wird von uns dorthin zugewiesen.

---

<sup>2</sup> siehe u.a. Positionspapier Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, 2007; In Würde alt werden: Positionspapier Altenhilfe, 2011

Forensische Patienten (Patienten des Maßregelvollzugs) werden im begrenzten Umfang in unserer Klinik stationär und ambulant behandelt, wenn die Prognose für ein künftiges rechtskonformes Verhalten günstig ist, unsere Behandlungsvoraussetzungen die Behandlung ermöglichen und eine wohnortnahe Rehabilitation sinnvoll und realisierbar ist. Dieser Auftrag ist in Verträgen mit dem Maßregelbeauftragten des Landes NRW geregelt. Den psychisch kranken Straftätern soll damit die Möglichkeit gegeben werden, in ein straffreies und soweit als möglich gesundes Leben in die Gemeinde zurückzukehren. Um die ambulante Weiterversorgung für diesen Kreis sicherzustellen, wurde im Jahr 2004 zusätzlich eine forensisch-psychiatrische Nachsorgeambulanz etabliert. Ein weiterer Arbeitsauftrag wird durch die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) wahrgenommen, über die Patienten jederzeit Hilfe erhalten können. Neben psychiatrischen Notfallbehandlungen steht sie für Patienten mit einem intensiven und/oder komplexen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zur Verfügung.

Eine zunehmend höhere Bedeutung für unseren Arbeitsauftrag hat die aktive und systematische Beteiligung unserer Klinik an der Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Forschung gewonnen. Sie dient in einem kontinuierlichen Prozess der Erkenntnisgewinnung, ihrer klinischen Anwendung und anschließenden Evaluation der fortschreitenden Verbesserung unserer Diagnostik- und Behandlungsangebote und sichert einen hohen Kenntnisstand unserer Mitarbeitenden.

## 2 Diagnostik und Behandlungsziele

Eine umfassende Diagnostik und Differenzialdiagnostik erfasst zum einen den Bereich der psychischen Störungen. Dabei spielt das Auftreten mehrerer psychischer Störungen bei einer Person eine große Rolle, da diese sogenannte Komorbidität den Erkrankungsverlauf erheblich beeinflussen kann. Die Diagnostik umfasst zum anderen neben Störungen der körperlichen Funktionen eine ausgedehnte Beschreibung der sozialen, wirtschaftlichen und beruflichen Situation. Hinzu kommt die besonders wichtige Analyse der Interaktionen zwischen diesen verschiedenen Bereichen. Die Erstellung einer bio-psycho-sozialen Diagnose ist nicht nur eine diagnostische, sondern auch eine therapeutische Aufgabe und stellt somit ein explizit zu vereinbarendes Therapieziel dar. Die bio-psycho-soziale Diagnose ist nämlich nicht nur für die Auswahl der im aktuellen Behandlungsfall anzuwendenden Therapiebausteine wichtig, sondern auch ein Mittel für den Patienten und sein Umfeld, psychosoziale Ressourcen über die akute Behandlung hinaus auszubauen und somit erneute Erkrankungen zu verhindern. Die Erstellung einer umfassenden psychosozialen Diagnose erfordert oftmals neben dem direkten therapeutischen Kontakt zum Patienten auch standardisierte

Verfahren und die Verhaltensbeobachtung in unterschiedlichen Lebensfeldern sowie die Berücksichtigung der Beobachtungen und Erfahrungen von Personen aus dem sozialen Umfeld der Patienten („Fremdanamnese“).

## 2.1 Diagnostisches Vorgehen

Zielgerichtetes psychiatrisch-psychotherapeutisches Vorgehen erfordert eine sorgfältige diagnostische Abklärung unter verschiedenen Gesichtspunkten. Weil bei einem Erstkontakt in Notfallsituationen die Existenzsicherung und damit die medizinisch-somatische Diagnostik sowie die Abklärung von Selbst- und/oder Fremdgefährdung Priorität hat, erfolgt am Aufnahmetag in der Regel zunächst die basale psychiatrisch-psychotherapeutische und soziale Diagnostik und dann die körperliche Untersuchung. Die weitere Diagnostik verläuft als Prozess soweit vertiefend, wie es die individuellen Fragestellungen erfordern. Dabei gehen wir von den im Folgenden beschriebenen Leitlinien aus.

### 2.1.1 Medizinisch-somatische Diagnostik

Die somatische Grunddiagnostik besteht aus einer körperlichen, d. h. einer standardisiert dokumentierten allgemeinmedizinischen und neurologischen Untersuchung am Aufnahmetag sowie einem definierten Grundlabor und einem EKG (mit Bewertung verschiedener Parameter, insbesondere der QTc-Zeit), die bei regulären Aufnahmen am Folgetag, bei entsprechender Indikation am gleichen Tag und bei Notfallindikationen sofort durchgeführt werden.

EEG- und bildgebende Diagnostik des Gehirns (in der Regel eine Magnetresonanztomografie) werden bei ersterkrankten bzw. erstbehandelten Personen ebenfalls regelmäßig durchgeführt (besonders bei psychotischen und depressiven Störungen und bei Verdacht auf psychoorganisch bedingte Störungen). Bei außerhalb oder innerhalb des Krankenhauses durchgeführten und aktuell verfügbaren Vorbefunden kann auf eine neuerliche EEG- und bildgebende Diagnostik verzichtet werden, es sei denn, aktuelle medizinische Sachverhalte ergeben eine erneute Indikation.

Weitere medizinische Untersuchungen werden ggf. nach Hinzuziehung des jeweiligen Konsiliardienstes und bei entsprechender Indikation nach dem Stand des medizinischen Wissens durchgeführt. Besonders häufig ist dies bei zusätzlich vorliegenden somatischen Erkrankungen der Fall oder bei psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapien, die den Ausschluss spezifischer somatischer Erkrankungen erforderlich machen (z. B. vor Expositions- oder Elektrokonvulsionstherapie). Häufige Untersuchungsmethoden in unserem Fachgebiet sind z. B. die Sonographie des Abdomens sowie die Liquordiagnostik.

Im Verlauf der Behandlung werden regelmäßig, d. h. mindestens wöchentlich, Herzfrequenz, Blutdruck und Gewicht kontrolliert. Zusätzliche Kontrollen von Herzfrequenz und Blutdruck sowie EKG- und Laborkontrollen erfolgen regelhaft bei der Verabreichung von Medikamenten, die zu pathologischen Veränderungen der physiologischen Parameter führen können. Ein spezielles Monitoring erfolgt mittels der Alkoholentzugsskala, durch die die vegetative und psychopathologische Symptomatik fortlaufend registriert und die Behandlung entsprechend angepasst wird.

### 2.1.2 Psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik umfasst zunächst die halbstrukturierte Erhebung der aktuell zur Aufnahme führenden Vorgeschichte und in standardisierter Form die Erhebung des psychopathologischen Befundes in Anlehnung an die Kriterien des AMDP-Systems (Arbeitsgemeinschaft für Medizinische Dokumentation in der Psychiatrie). Die weitere Vorgeschichte wird mittels eines halbstrukturierten Anamnesebogens erfasst, der von den Patienten je nach Vermögen zunächst auch selbst ausgefüllt werden kann. Er wird dann ausführlich mit der fallverantwortlichen Therapeutin und ggf. auch mit der primären Pflegekraft (Primary Nurse) durchgesprochen, wobei fehlende Angaben ergänzt werden. Zusammen mit den medizinisch-somatischen Befunden werden eine oder mehrere Arbeitsdiagnosen erstellt. Die psychiatrischen Diagnosen erfolgen nach dem kriterienorientierten (operationalisierten) Diagnosesystem der WHO ICD-10, Kapitel F. Dabei sind auch sogenannte Diagnosechecklisten hilfreich, die die Reliabilität und Validität deutlich erhöhen. In Situationen mangelnder Operationalisierung durch die ICD-10 werden die Kriterien des amerikanischen DSM-IV zur Diagnostik herangezogen. In einzelnen, diagnostisch schwierigen Situationen werden zusätzlich standardisierte Interviewverfahren genutzt (z.B. SKID-I und SKID-II oder DIPS).

In vielen Fällen ist die Durchführung einer Verhaltensanalyse notwendig und hilfreich, um die situativen und biographischen Bedingungen aktuellen Erlebens, Denkens und Verhaltens besser zu verstehen. Es hat sich als hilfreich und sinnvoll herausgestellt, PatientInnen selbst in der Durchführung von Verhaltensanalysen zu schulen und ihnen somit ein verschärftes Bewusstsein für Hintergründe, Auslösebedingungen und aufrechterhaltende Faktoren unerwünschten und erwünschten Verhaltens zu ermöglichen.

Für die psychodynamische Diagnostik steht mit dem OPD-System (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) seit einigen Jahren ein Instrument zur Verfügung, das erstmals auch für diesen psychodiagnostischen Bereich explizite Kriterien abbildet. Dies geschieht auf den Achsen Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, Beziehung, Konflikt, Struktur und psychische - psychosomatische Störung.



Für eine hinreichende Behandlungsplanung ist neben der Diagnostik psychosozialer Problembereiche und persönlicher Defizite die Diagnostik persönlicher Stärken („Ressourcen“) wichtig, die systematisch beobachtet und erfasst werden.

Abteilungs- und störungsspezifisch kommen unterschiedliche standardisierte Diagnoseinstrumente wie z. B. BDI (Beck Depressionsinventar), Symptom- und Stimmungstagebücher sowie Protokollierungen der Tätigkeiten zum Einsatz. Eine standardisierte Basisdiagnostik zu Beginn und am Ende der Behandlung ist - abgesehen von wenige Tage dauernden Krisen-interventionen – die Regel, um Therapieverläufe objektiver abbilden zu können.

### 2.1.3 Neuropsychologische Diagnostik

Viele psychische Erkrankungen werden von neuropsychologischen-neurokognitiven Beeinträchtigungen begleitet, wie z. B. Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen oder Störungen exekutiver Funktionen. Die Untersuchung dieser Symptome hat wichtige differentialdiagnostische Implikationen und dient der Planung des therapeutischen Vorgehens. In der Klinik ist die neuropsychologische Diagnostik in einem Stufenkonzept realisiert, welches von kurzen, standardisierten Untersuchungen bei einfachen Fragestellungen bis zu mehrstündigen, auf den Patienten individuell abgestimmten Untersuchungen bei komplexen Fragestellungen reicht. Darüber hinaus bietet die Gedächtnissprechstunde unserer Ambulanz eine umfassende Diagnostik einschließlich abgestufter neuropsychologischer Untersuchungen an. Entsprechend dieser Abstufung sind für die Untersuchungen angeleitete Mitarbeiter bis hin zu Psychologen mit spezifischer neuropsychologischer Ausbildung (Klinische Neuropsychologen) verantwortlich. Für alle neuropsychologisch arbeitenden Mitarbeiter besteht die Möglichkeit zur fachlichen Supervision. Die Forschungsabteilung verfügt in ihrer Testbibliothek über die wichtigsten Verfahren.

### 2.1.4 Soziale Diagnostik

Eine genaue Kenntnis der Bedingungen des unmittelbaren Lebensumfeldes (Familie, Beruf, Freizeit) sowie der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen einzelner PatientInnen erfordert eine weitestgehend standardisierte soziale Diagnostik. Diese wird in der Regel durch klinische Sozialarbeiter und Sozialpädagogen durchgeführt und umfasst regelmäßig die Erhebung und Vervollständigung einer ausführlichen soziobiographischen Anamnese. In vielen Fällen sind Fremdanamnesen durch Angehörige, Betreuer, ambulante Behandler etc. hilfreich, um einen vollständigen und validen Überblick zu erhalten. Für ambulant und (teil)stationär behandelte Patienten mit komplexem Hilfebedarf, die im Anschluss an die Behandlung weiterer sozialer Unterstützung bedürfen, beteiligt sich die Klinik an der in Bielefeld flächendeckend eingeführten standardisierten Hilfeplanung mittels IBRP (Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan).

## 2.2 Behandlungsziele

Therapieziele spielen sowohl aus der Sicht von TherapeutInnen als auch aus der subjektiven Perspektive der Betroffenen eine wichtige Rolle für die Therapiemotivation, Indikation, Therapieplanung und den Therapieprozess. Unsere Behandlungsziele sind entsprechend unserem Arbeitsauftrag prinzipiell das Heilen und Lindern von aktuellen sowie das Verhindern von erneuten Erkrankungen oder Verschlimmerungen psychischer Störungen. Hinter diesen globalen und einleuchtend erscheinenden Zielen verbirgt sich ein komplexes Gefüge von unterschiedlichen Zielen auf unterschiedlichen Ebenen:

Kurzfristige - mittelfristige - langfristige Ziele, Minimalziele - Maximalziele - Optimalziele, Richtziele - Grobziele - Feinziele, direkte - indirekte Therapieziele, interne (=Interventions-) Ziele - externe Ziele (=Therapieziele), Therapeutenziele - Patientenziele - gemeinsame Ziele, Patientenziele - Angehörigenziele.

Daher kommt dem Abstimmungsprozess zwischen den Beteiligten eine hohe Bedeutung zu: Therapieziele müssen in der ersten Phase der Therapie kooperativ erarbeitet, gut geklärt und laufend überprüft werden. Therapeutische Prozesse verlaufen häufig ungünstig, wenn Unklarheit oder unausgesprochene Widersprüchlichkeiten bei den Beteiligten bestehen.

- Allen Therapien, die wir durchführen, liegt grundsätzlich eine Einteilung in folgende drei Therapiephasen zugrunde:
- Phase der Stabilisierung, Diagnostik und Therapieplanung,
- Therapie- und Veränderungsphase,
- Transferphase.

Auf die zweite und die dritte Phase wird in den nachfolgenden beiden Kapiteln ausführlicher eingegangen. Die Phase der Stabilisierung, Diagnostik und Therapieplanung schließt die Planung der Therapieziele als ganz wesentlichen Faktor mit ein. Bei der gemeinsamen Formulierung dieser Therapieziele spielen die in der Diagnostik festgestellten psychosozialen Defizite und Ressourcen eine wesentliche Rolle. In der Therapieforschung hat sich gezeigt, dass insbesondere solche Bewältigungsfertigkeiten im Alltag von Patienten eingesetzt werden, die ihren bisherigen Fähigkeiten Rechnung tragen. Aus dieser Erkenntnis resultiert der „ressourcenorientierte“ Ansatz, den unsere Behandlungskonzepte beinhalten.

### *Therapiezielfindung*

Die Zielfindung selbst ist als ein Ziel anzusehen, dessen Bedeutung häufig unterschätzt wird. Dabei geht es um die Ziele der PatientIn, ggf. ihrer Betreuer, ihrer Angehörigen und des therapeutischen Teams sowie um den Abstimmungsprozess zwischen den Beteiligten.

In einigen Fällen besteht die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung „nur“ aus der sehr kurzfristigen Stabilisierung in einer psychischen und/oder körperlichen Krise, so z. B. bei einer akuten Intoxikation. Bei solchen kurzfristigen Interventionen sind weitere Therapieziele nur insofern zu vereinbaren, als sie die in der Regel notwendige ambulante Folgebehandlung sichern.

Angesichts des chronischen Verlaufes vieler psychischer Erkrankungen ist es in der Regel angezeigt, an die akute Stabilisierung eine Therapiephase anzuschließen, in der jene psychologischen Schwierigkeiten bearbeitet werden, die zum Ausbruch solcher Krisen führen und/oder die PatientInnen nicht angemessen genug mit den Krisen umgehen lassen. In solchen Fällen ist es erforderlich, dass diese Probleme gemeinsam mit der PatientIn erkannt und mit Bezug auf einzelne Schwierigkeiten konkrete Ziele vereinbart werden. Die Therapieziele sollen dabei so konkret (operationalisierbar) wie möglich sein, so dass jederzeit für die PatientIn und auch das Behandlungsteam leicht zu bestimmen ist, wieweit das Ziel inzwischen erreicht wurde. Die Vereinbarung eindeutiger und klarer Therapieziele erhöht für alle Beteiligten die Transparenz des gesamten Behandlungsprozesses und erlaubt die Überprüfung der Effektivität der individuellen Behandlung.

Bei der Formulierung der unterschiedlichen Therapieziele ist eine Priorisierung dieser Ziele wichtig. An erster Stelle steht die Sicherung der Existenz. Ist diese gesichert, dann folgt die Schaffung eines belastbaren therapeutischen Arbeitsbündnisses, auf dessen Grundlage wiederum die weiteren Ziele vereinbart und erarbeitet werden müssen.

#### *Wiederherstellung der körperlichen Integrität*

Dieses Ziel steht häufig zu Beginn einer Behandlung im Vordergrund, da ein bestimmtes Ausmaß körperlicher Integrität bereits Voraussetzung für die umfassende Diagnostik ist. Eine besondere Rolle spielt dieses Therapieziel beispielsweise bei der Behandlung älterer Menschen, nach Intoxikationen, Suizidversuchen und in der Entzugsbehandlung sowie bei körperlichen Erkrankungen, die aufgrund der psychischen Erkrankung bislang nicht ausreichend diagnostiziert und behandelt werden konnten.

#### *Reduktion der psychischen Symptome, insbesondere von Depressivität und Angst*

Das häufig von Patienten am vordringlichsten genannte Ziel ist die Besserung der Symptome. Dabei spielen störungsübergreifend insbesondere Depressivität und Angst eine wichtige Rolle. Oft ist mit diesem Ziel der Symptomreduktion eine passive Therapieerwartung verknüpft. Es ist durchaus als ein Teilerfolg der Behandlung zu interpretieren, wenn Patienten das unspezifische Ziel des Loswerdens der Symptome durch spezifischere Ziele ersetzen oder zumindest ergänzen können. Aus therapeutischer Sicht wird viel Wert darauf gelegt, dass nicht nur negative („Verhaltensabbau“), sondern auch positive Ziele („Verhaltensaufbau“) vereinbart werden. So kann beispielsweise das eigentliche Ziel eines Patienten, die

Depression zu „verlieren“, erreicht werden, indem er körperliches und soziales Schonverhalten aufgibt und durch körperliches Bewegungsverhalten sowie soziale Aktivitäten ersetzt. Das Anstreben der konkreten Ziele „Aufbau körperlicher Ausdauer“ und „Engagement in sozialen Aktivitäten“ dient somit in sehr konkreter Weise dem Ziel der depressiven Symptomreduktion. Das Formulieren konkreter und durch die Patienten (eventuell mit Unterstützung) zu erreichender Ziele zeigt allen Betroffenen die Beeinflussbarkeit der Symptomatik und setzt somit dem Gefühl der (gelernten) Hilflosigkeit etwas entgegen.

### *Umfassendes Verständnis der Erkrankung*

Psychiatrisch-psychologische Behandlung ist ohne die aktive Mitwirkung des Patienten und teilweise auch seiner sozialen Umwelt in vielen Fällen nicht möglich. Die Schaffung einer hohen Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung und Verantwortungsübernahme durch Patienten ist somit von wesentlicher Bedeutung für den Therapieerfolg. Eine konstruktive Mitwirkung an der Behandlung und Prävention kann jedoch von Patienten nur geleistet werden, wenn sie die Symptome ihrer Erkrankung „verstehen“ und in einen sinngebenden Kontext einordnen können. Die Information über die eigene Erkrankung sowie deren Hintergründe ist damit ein zentrales Element jeder psychiatrisch-psychologischen Behandlung. Unseren Patienten wird daher im Rahmen der Psychoedukation ein Modell ihrer Erkrankung und der darauf beruhenden Therapie- und Präventionsmaßnahmen vermittelt.

Außer der reinen Information über die Erkrankung und deren Behandlungsweisen ist es in vielen Fällen wichtig, dass Patienten die Symptome ihrer Erkrankung in einen lebensgeschichtlichen Zusammenhang stellen können. Symptome können hierdurch verstehbarer, berechenbarer und somit weniger bedrohlich erscheinen.

### *Krankheitsbewältigung*

Bei chronischen körperlichen wie auch psychischen Erkrankungen kann das Ziel einer vollkommenen Heilung unter Umständen unrealistisch sein, da es das Wesen solcher Erkrankungen ist, immer wieder Symptome bilden zu können. Wird von Patienten und/oder dem Behandlungsteam das unrealistische Ziel einer umfassenden Gesundheit angestrebt, wird jeder „Rückfall“ bzw. jedes Wiederauftreten der Symptome als enttäuschend erlebt und die eigene Hilflosigkeit vergrößert. Chronische körperliche und psychische Erkrankungen führen zudem in vielen Fällen zu mehr oder minder schwerwiegenden Folgen in verschiedenen Lebensbereichen („Krankheitsfolgen“). Aus diesen Gründen ist bei der Behandlung chronischer Erkrankungen ein wichtiges Therapieziel der Erwerb angemessener Verhaltensweisen im Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgen. Verfügt eine PatientIn über solche Bewältigungsmöglichkeiten, so reduziert dies die Angst vor eventuellen Rückfällen und macht die Krankheit insgesamt besser einschätz- und beherrschbar.

### *Bewältigung und Verarbeitung von psychischer Belastung*

Bei vielen psychischen und körperlichen Erkrankungen und insbesondere bei chronischen Erkrankungen erhöht eine allgemeine psychosoziale Belastung die Wahrscheinlichkeit des Ausbruchs von Symptomen. Die Analyse der Bewältigungsfähigkeiten im Umgang mit psychosozialen Belastungen und auch gegebenenfalls die Verbesserung der vorhandenen Fähigkeiten sind deshalb in vielen Fällen ein wichtiges Therapieziel. Die Stressforschung hat gezeigt, dass nicht alleine die Charakteristika der belastenden Faktoren („Stressoren“) darüber entscheiden, wie groß die entstehende Belastung ist. Ganz entscheidend sind neben der Wahrnehmung einer Situation als Stressor die Kompetenzen, die zur Bewältigung dieser Stressoren vorhanden sind. Psychosozial aversive Situationen sind dann weniger belastend, wenn jemand über angemessene Methoden (Bewältigungsstrategien, „Copingstrategien“) verfügt.

Eine günstige Stressverarbeitung ist ein besonders häufiges Ziel, weil ungünstige Muster der Stressverarbeitung eine wesentliche Rolle bei der Entstehung und insbesondere der Aufrechterhaltung von psychischen Störungen spielen. Eine günstige Stressverarbeitung wirkt immer auch prophylaktisch günstig.

### *Krisenbewältigung*

Die meisten unserer Patienten kommen im Rahmen einer krisenhaften Zuspitzung zur Behandlung. Insofern spielt die Krisenbewältigung als ein Ziel unter mehreren immer eine Rolle (außer bei längerfristigen ambulanten Behandlungen). Bei einem Teil unserer Patienten ist die Bewältigung der aktuellen Krise sogar das Hauptziel der Behandlung. Dies ist z. B. bei eher kurzfristigen Krisen nach gravierenden Lebensereignissen oder bei krisenhaften Zuspitzungen einer bekannten chronischen Erkrankung der Fall.

### *Aktivierung*

Da viele psychische Störungen zu Rückzug und Inaktivität führen, ist die Aktivierung auf der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene ein häufiges Ziel der Therapie. Dabei wissen wir heute, dass körperliches Training auch positiv, d. h. ausgleichend und aktivierend auf das Empfinden und Verhalten wirkt.

### *(Wieder-) Erlernen günstiger Erlebens- und Verhaltensweisen, Kompetenzen*

Im Verlauf psychischer Erkrankungen werden häufig – im Sinne der Betroffenen - ungünstige Muster erlernt, die wieder verlernt und durch günstigere Erlebens- und Verhaltensweisen ersetzt werden sollten. So ist soziales Rückzugsverhalten ein häufiges und verstehbares, aber ungünstiges Muster, da neben der subjektiven Isolation soziale Kompetenzen verlernt werden und eine Genesung dadurch eher behindert wird. Das (Wieder-)Erlernen von Basis-

kompetenzen, wie z.B. von sozialer Kompetenz, ist dann ein wesentliches Element der Gesamtbehandlung.

### *Beziehungsgestaltung*

Psychische Störungen beeinflussen sehr häufig das Erleben und Verhalten der Betroffenen in der Beziehung zu den wichtigsten Menschen, z. B. in der Partnerschaft und/oder in der Familie. Andererseits beeinflusst die Beziehung das psychische Befinden ganz erheblich. Häufig sieht das therapeutische Team hier eher Handlungsbedarf als die Patienten selbst. Änderungen in der Beziehungsgestaltung wirken sich häufig positiv auf die psychische Gesundheit aus.

### *Sinnfindung*

Die psychische Erkrankung mit all ihren Folgen führt häufig zu einer Erschütterung des gesamten inneren Bildes, das sich die Betroffenen von der Welt und sich selbst gemacht haben. Verbunden ist diese Erschütterung nicht selten mit dem Gefühl von Sinnlosigkeit. Daher spielt die Sinnfindung eine bedeutende Rolle als Behandlungsziel und schließt die religiös-spirituelle Seite des Menschen mit ein.

### *Nutzung vorhandener Ressourcen*

Fast alle Patienten kommen nicht nur mit Problemen zu uns, sondern auch mit z. T. beträchtlichen Ressourcen (Fähigkeiten, Fertigkeiten, unterstützendes soziales Umfeld), die für die Gesundung und spätere Aufrechterhaltung der Gesundheit wichtig sind. Gelegentlich sind sich die Betroffenen aber nicht darüber im Klaren, weil sie selbst in einer negativen Sicht der Dinge verhaftet sind. Daher ist es fast immer ein Ziel der Behandlung, diese Ressourcen gemeinsam wieder zu entdecken und für den Einzelnen nutzbar zu machen. Die eigenen Ressourcen verbunden mit der Stärkung von Eigenverantwortlichkeit sind immer Fremdhilfen vorzuziehen.

### *Reaktivierung und Aufbau sozialer Netzwerke, familiäre und berufliche Reintegration*

Dazu gehört immer dann die Reaktivierung sozialer Netzwerke, wenn diese im Prinzip vorhanden, aber durch den sozialen Rückzug nicht mehr aktiv sind. Auch im beruflichen Bereich lassen sich häufiger als zunächst angenommen Arbeitsplätze erhalten. Für die häufig belasteten Familien ist es ein wichtiges Ziel, eine ausreichende Aufklärung und Unterstützung zu erhalten. Aus therapeutischer Sicht sind die Klärung und - wenn möglich - Korrektur problematischer Interaktionsmuster ebenfalls häufige Ziele. In den seltenen Situationen völligen Fehlens sozialer Netzwerke ist es das Ziel, neue Ansätze zu finden.

### *Planung weiterführender Maßnahmen*

Das Ziel voll- und teilstationärer Behandlung an unserer Klinik ist es, weitere notwendige therapeutische, psychosoziale, berufsbegleitende, pflegerische und ggf. juristische Hilfen zu planen bzw. zu veranlassen. Dies ist wichtig, da die Behandlungserfolge sonst kaum gehalten werden können. Andererseits sind jedoch auch eine Überversorgung und übermäßige „Anbindung“ an das professionelle Hilfesystem zu vermeiden. Das langfristige Ziel ist immer die Erreichung maximal möglicher Selbständigkeit.

## 3 Therapeutische Konzepte

### 3.1 Grundlagen

Unsere therapeutischen Konzepte basieren wesentlich auf grundlagenwissenschaftlichen Erkenntnissen und Ergebnissen der Anwendungsforschung der Psychiatrie und der ihr verwandten Fächer.

Soziologische und sozialpsychologische Untersuchungen zeigen uns zum einen die immer noch wirksame Macht von Stigmatisierung psychischer Störungen in der Gesellschaft mit der Folge, dass viele Betroffene erst sehr spät in Behandlung kommen. Sie weisen aber auch darauf hin, dass die persönliche Auseinandersetzung mit diesem Thema (weniger dagegen die reine Information) zum Abbau von Vorurteilen beiträgt. Für die Behandlung ist es daher von großer Bedeutung, dass die Betroffenen, ihre Familien und ggf. auch das weitere soziale bzw. berufliche Umfeld ausreichende Möglichkeiten geboten bekommen, eigene Ängste vor der Erkrankung abzubauen, ein angemessenes Krankheitsverständnis zu entwickeln und selbstbewusst Vorurteilen entgegenzutreten zu können. Aber auch aus anderen Gründen ist der Einbezug des sozialen Umfeldes, der BehandlerInnen und ggf. der betreuenden Einrichtungen notwendig: Psychische Störungen entstehen und verlaufen immer in einem sozialen Kontext und sind insofern immer auch als Störung des sozialen Systems zu begreifen. Ebenso können nur gut koordinierte Hilfeleistungen der beteiligten Einrichtungen optimal sein. Dabei wird die Forschung zeigen müssen, ob Case-Management-Modelle immer die optimale Antwort bei schwer und chronisch Kranken darstellen, oder ob Koordinatorfunktionen bzw. gemischte Modelle die überlegene Antwort auf die Herausforderungen in der Versorgung sind.

Die Verhaltensneurobiologie zeigt uns in ständig wachsendem Ausmaß Kenntnisse über komplexe Hirnfunktionen und ihr Zusammenspiel mit psychischen Erfahrungen. Gerade die Erkenntnisse zur erfahrungsabhängigen neuronalen Plastizität des menschlichen Gehirns

weisen auf die ermutigende Möglichkeit hin, durch neue Lernerfahrungen z. B. in der Psychotherapie positive Veränderungen zu realisieren, und dies m. E. bis ins hohe Alter.

Die genetische Forschung zeigt uns die sehr unterschiedlich ausgeprägte Bedeutung von Erbfaktoren für die Bereitschaft (genetische Disposition oder Vulnerabilität), an einer psychischen Störung zu erkranken<sup>3</sup>. Auch wenn es als gesichert gelten kann, dass die Vererbung bei psychischen Störungen polygen ist, die Erkrankungen überwiegend spontan und nicht familiär gehäuft auftreten, ist das genetische Risiko von Kindern Erkrankter bei einigen Störungen deutlich erhöht, meist in Verbindung mit erhöhter psychosozialer Belastung („Vulnerabilitäts-Stress-Modell“). Dies ist z. B. zu berücksichtigen, wenn Erkrankte bei bestehendem Kinderwunsch oder die Kinder selbst einen Beratungsbedarf formulieren. In jüngster Zeit wird in der Forschung zunehmend klarer, dass die Interaktion zwischen genetischer Ausstattung und Umweltfaktoren (sogenannte Gen-Umwelt-Interaktion) für die Pathogenese entscheidend ist, dass also beispielsweise das Risiko für die Entwicklung einer Depression dann besonders hoch ist, wenn eine Person mit bestimmten Genvarianten während der Kindheit und/oder Jugend schweren traumatisierenden Erfahrungen ausgesetzt war.

Erkenntnisse aus der Therapie- und Versorgungsforschung lehren uns, dass manche lange praktizierten therapeutischen Ansätze u. U. weniger wirksam und sinnvoll sind als gedacht, andere dagegen wirkungsvoller sind als für möglich gehalten. Mehr therapeutische Angebote sind zudem nicht zwangsläufig besser als weniger, manchmal dagegen eher überfordernd und damit kontraproduktiv. So bringt uns vor allem in therapeutischen und Versorgungsfragen evidenzbasiertes Wissen weiter. Sobald verfügbar, verlangt es nach einer ständigen selbst-kritischen Auseinandersetzung mit unserem diagnostischen und therapeutischen Handeln. Auf diesem Gebiet besteht ein hoher und dringlicher weiterer Bedarf nach gesichertem Wissen. Dieses Wissen steht u.a. durch Metaanalysen auf höchstem Niveau (z. B. der Cochrane Library) oder aktuelle Leitlinien (z. B. der AWMF = Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften oder NICE = National Institute for Health and Clinical Excellence) in kompakter Weise zur Verfügung und wird in unserem Hause neben zahlreichen aktuellen Fachzeitschriften und Fachbüchern (zunehmend im Online-Verfahren) angeboten.

Dies bedeutet aber keineswegs, dass klinisches Wissen und Erfahrung überflüssig werden. Im Gegenteil: Wissen, Erfahrung und persönliches Engagement jedes einzelnen Mitarbeiters werden auch in Zukunft unabdingbare Voraussetzungen sein, um der komplexen Situation jedes einzelnen Patienten angemessen Rechnung zu tragen.

---

<sup>3</sup> Die historischen Erfahrungen aus nationalsozialistischer Zeit haben gezeigt, dass eine Wissenschaft, die den Patienten lediglich als Objekt der Forschung betrachtet, in der Gefahr ist, sich letztlich gegen den Menschen zu wenden. Durch die Reformbewegung in der Psychiatrie ist es zu einer kritischen Aufarbeitung dieser Vergangenheit sowie zu einer Humanisierung der Versorgung und Behandlung psychisch Kranker gekommen, die das Fundament unserer heutigen klinischen Arbeit darstellt.



### 3.2 Allgemeine Merkmale unserer therapeutischen Konzepte

- Therapeutische Konzepte müssen einige grundlegende Bedingungen erfüllen, um sinnvoll und hilfreich zu sein.
- Sie müssen vom Patienten her gedacht sein, denn es zählt letztlich nur, was beim Patienten ankommt.
- Sie müssen das Umfeld der PatientIn berücksichtigen und nach Möglichkeit einbeziehen.
- Therapeutische Konzepte müssen aufgaben- und problembezogen entwickelt und realisiert werden. Daher haben wir u.a. indikationsbezogene Schwerpunktbereiche entwickelt.
- Therapeutische Konzepte sollen so klar, eindeutig und konkret wie möglich sein, um sie für unsere Patienten und unsere Mitarbeiter, insbesondere neue Mitarbeiter, transparent und nachvollziehbar zu machen.

„Konkret“ heißt in diesem Zusammenhang, dass die einzelnen Schritte und Abläufe dargestellt sind. Dies erreichen wir einerseits durch Therapiestandards (Praxisleitlinien), die die wichtigen Arbeitsprozesse detailliert abbilden, und andererseits durch die Verwendung von in anderen Einrichtungen oder in unserer Klinik entwickelten bzw. modifizierten Therapiemanualen.

Daraus leitet sich ab, dass unsere therapeutische Arbeit mittel- bis hochgradig strukturiert abläuft. Neben der inhaltlichen Klarheit ist die Strukturiertheit der Abläufe in den Behandlungsbereichen wichtig für unsere Patienten, die in der Regel in einem kritischen psychischen Zustand zu uns kommen, in dem Unklarheit und Unstrukturiertheit der Innen- und/oder Außenwelt wesentliche Merkmale sind und sehr häufig mit Angst einhergehen. Umso hilfreicher sind dann verlässliche Strukturen sowie freundliche und kompetente Behandlungsteams.

Strukturierte und indikationsbezogene Konzepte vereinfachen Prozessabläufe und befördern strukturiertes Arbeiten, wodurch Ressourcen freigesetzt werden, die wiederum mehr Raum für die flexible Berücksichtigung individueller Besonderheiten schaffen. Dies ist besonders wichtig in Zeiten knapper personeller Ressourcen.

Wo immer möglich, soll die Tür offen sein. Dies schafft Vertrauen und Ruhe und gibt an unsere Patienten mehr Eigenverantwortlichkeit zurück als früher in der Psychiatrie denkbar. Daher führen wir bis auf zwei Ausnahmen alle unsere Stationen in der Regel offen, sie können jedoch je nach Absprachefähigkeit der zwangsweise untergebrachten PatientInnen auch geschlossen werden. Die Ausnahmen betreffen zurzeit noch eine Station für den qualifizier-

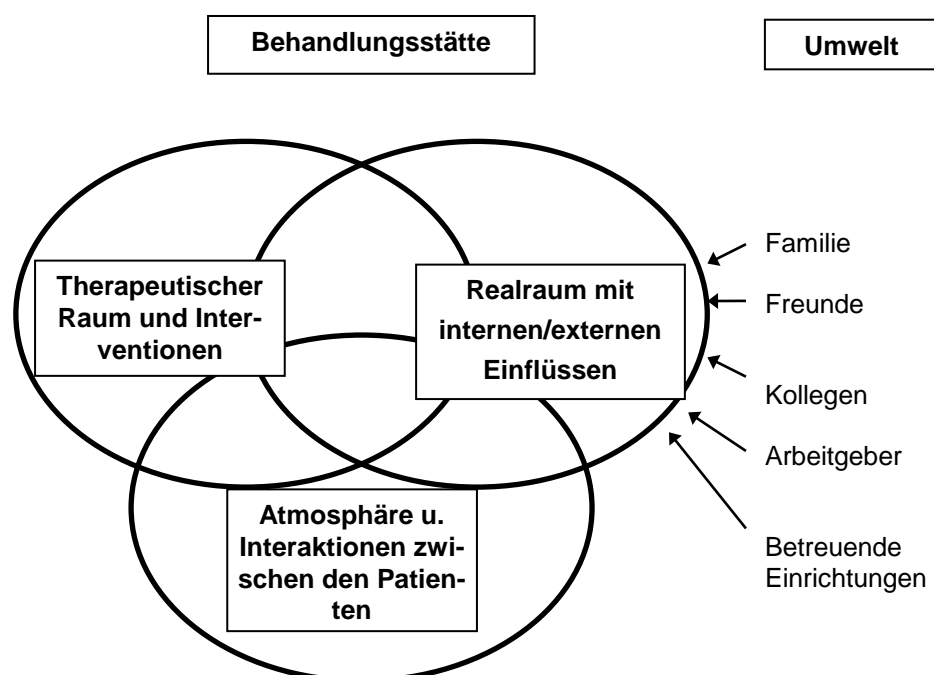
ten Drogenentzug, in der die geschlossene Tür vor allem vor unerwünschten Besuchen von außen schützen soll, und eine Station für desorientierte Demenzkranke.

Therapeutische Konzepte beschreiben in der Regel das Handeln eines multiprofessionellen Behandlungsteams bzw. müssen in das Handeln des Teams eingebunden sein. Um die Erstellung einer bio-psycho-sozialen Diagnose und Therapie sinnvoll zu gestalten ist es wichtig, die unterschiedlichen fachspezifischen Ansätze und Sichtweisen patientenbezogen zusammenzuführen. Dieser Prozess spiegelt sich in aufeinander abgestimmten Aufgaben der verschiedenen Berufsgruppen wieder. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Reihe von Einflussfaktoren auf die PatientInnen und Patienten einwirkt. Es handelt sich einerseits um den therapeutischen Raum im engeren Sinne und andererseits den Realraum (siehe Abb. 1). Der Realraum ist durch interne Bedingungen (z. B. Stationsregeln und vorgegebene Abläufe, Alltagsbedürfnisse etc.) und externe Einflüsse (z. B. der Familie etc.) bestimmt. Zum anderen spielen die Interaktionen zwischen den Patienten eine wesentliche Rolle und beeinflussen die Einzelnen erheblich. Je offener das System der Behandlungseinheit ist, desto mehr kommen diese Faktoren zum Tragen. Die Arbeitsfelder der verschiedenen Berufsgruppen lassen trotz beträchtlicher Überschneidungen klare Schwerpunkte erkennen. So sind Ärzte, Psychologen, Ergo-, Musik- und Physiotherapeuten mehr im therapeutischen Raum tätig, Pflegemitarbeiter und Sozialarbeiter mehr im Realraum.

Um die Behandlung unserer Patienten optimal zu gestalten, bedarf es Arbeitsweisen, die den Zielen Klarheit und Transparenz, Sicherheit und Beziehungskontinuität entgegenkommen.

Diese Arbeitsweise realisieren wir durch das Primary-Nurse-Modell als Organisationssystem in der Pflege und das Modell der therapeutischen Fallverantwortlichkeit von ÄrztInnen und PsychologInnen. Dies bedeutet, dass für die PatientIn eine primäre Pflegekraft und eine therapeutische Kraft die wichtigsten Mitarbeiter des therapeutischen Teams sind.

Abbildung 1:  
Räume und  
Einflussfaktoren  
in Psychiatrie  
und Psycho-  
therapie  
(modifiziert  
nach Wolk)



### 3.3 Psychiatrische Pflege

Pflege leistet einen wichtigen Beitrag im interdisziplinären Behandlungsprozess und unterstützt bzw. begleitet die ihr anvertrauten Menschen in ihrem Bemühen, psychisch, physisch und sozial im Gleichgewicht zu bleiben bzw. ein neues Gleichgewicht zu finden. Dabei kommt der Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Patienten eine besondere therapeutische Bedeutung zu. Ziel ist es, auf der Grundlage einer bedarfsgerechten Informationssammlung in Aushandlung mit dem Patienten Pflegemaßnahmen zu planen, welche sich an den Ressourcen und Problemen orientieren. Der pflegetherapeutische Anteil innerhalb des multiprofessionellen Behandlungsteams fokussiert nicht nur auf die behandlungsrelevante Erkrankung, sondern Pflege bezieht den langfristigen individuellen Krankheitsverlauf sowie wichtige soziale und häusliche Kontextfaktoren in ihre Überlegungen mit ein. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass das Krankenhaus den Patienten im Rahmen einer häufig chronisch verlaufenden Erkrankung nur für einen begrenzten Zeitraum begleitet bzw. behandelt, der eigentliche Lebensmittelpunkt außerhalb des Krankenhauses aber bei der Auswahl von Maßnahmen mindestens ebenso zu berücksichtigen ist. Bei der Bestimmung von Pflegemaßnahmen sowie der Überprüfung von Zielen wird der Patient deshalb als aktiver Partner mit einbezogen.

Psychiatrische Pflege beteiligt sich im Rahmen der Behandlung an der Prozesssteuerung und trägt in Kooperation mit den anderen Berufsgruppen Verantwortung dafür, dass der Patient optimal durch den Behandlungsprozess geführt und begleitet wird. Hierzu gilt es, Koordinationsabläufe im interdisziplinären Team sowie mit weiteren internen und externen Leistungserbringern kontinuierlich zu verbessern, um negative äußere Einflussfaktoren möglichst auszuschalten. Um diesen Anforderungen gerecht werden zu können, hält Pflege ein differenziertes Qualifikationsprofil vor, welches die Bandbreite von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten bis hin zu hochgradig spezialisierten Aufgaben umfasst. Auf dem Qualifikationsportfolio finden sich Servicekräfte, die hauswirtschaftliche Aufgaben übernehmen, sofern sie nicht zum Übungsfeld im Rahmen des Pflegeprozesses gehören, zudem werden Stationsassistenten eingesetzt, die verantwortlich die administrativen Aufgaben übernehmen sowie Blutentnahmen durchführen. Pflege ist nach dem Organisationssystem Primary Nursing (PN) nach Marie Manthey in unserem Hause realisiert. Primary Nurses arbeiten nach den Prinzipien der Übertragung der persönlichen Verantwortung und der täglichen Arbeitszuweisung nach der Fallmethode, d. h. für benannte Patienten. Wichtig sind ferner die direkte Kommunikation mit Angehörigen und den anderen Berufsgruppen sowie die Verantwortung für die Pflege-Qualität über 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche. So wird der Aufbau einer vertrauensvollen und kontinuierlichen Beziehung gewährleistet und die Anzahl der An-

sprechpartner im interdisziplinären Team - und damit der potentiellen Schnittstellen - verringert. Die durchgeführten pflegerischen Interventionen werden durch ein Qualitätssicherungssystem (Pflegeplan u.a.) kontinuierlich auf ihre Wirksamkeit hin überprüft. Darüber hinaus werden im Sinne einer kontinuierlichen Weiterentwicklung neue Erkenntnisse der (Pflege-) Wissenschaft in das Behandlungsangebot aufgenommen. Eine Vernetzung der Pflege mit nationalen und internationalen pflegerelevanten Institutionen fördert den Austausch von Management und Mitarbeitern und trägt so zu einer zeitgemäßen Entwicklung bei.

Viktor v. Weizsäcker folgend ist die Pflegekraft weniger „Bewirker“ als vielmehr „Ermöglicher“, d. h. sie bietet nicht Pflege an, weil sie besser wüsste, was der Kranke braucht, sondern sie hilft ihm, Selbstpflege- bzw. Selbsthilfe-Möglichkeiten wahrzunehmen.

### 3.4 Therapeutische Fallverantwortung

Für jeden Patienten liegt die therapeutische Verantwortlichkeit auf der Station bei einer Person, in der Regel einer ÄrztIn oder einer Diplom-PsychologIn, gelegentlich auch einer SozialpädagogIn mit therapeutischer Zusatzqualifikation. Diese TherapeutIn ist Hauptansprechpartner für den Patienten in allen therapeutischen Angelegenheiten von der Aufnahmeuntersuchung (außer bei Notfallaufnahmen) bis zur Entlassung. Sie stimmt sich in der Arbeit eng mit der zuständigen primären Pflegekraft (PN) ab, so dass für die Patienten eine eindeutige und klare Zuständigkeit besteht. Die TherapeutIn ist auch für die schriftliche Kommunikation mit allen Stellen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses zuständig, wobei die primär medizinischen Angelegenheiten immer an eine ÄrztIn delegiert werden.

Diese Arbeitsweise hat folgende Vorteile:

Die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung wird gefördert.

Die Kontinuität der Behandlung und Betreuung ist gewährleistet.

Im Stationsteam entsteht Transparenz über die therapeutische Verantwortlichkeit.

Die medizinischen Tätigkeiten führen Ärzte durch, Psychologinnen stehen mit dem entsprechenden Stellenanteil für andere Tätigkeiten zur Verfügung (z.B. Gruppenbehandlungen, testpsychologische Untersuchungen).

Personelle Engpässe werden reduziert.

Ärztinnen und Psychologen erlernen das gesamte Spektrum der diagnostischen und therapeutischen Techniken in der Psychiatrie und Psychotherapie.

In Tabelle 1 sind die therapeutischen Aktivitäten und Zuständigkeiten zusammengefasst.

Tabelle 1: Aufgabenspektrum und Verantwortlichkeiten

	Ärztinnen	Psychol. PPiA*	Soz.-Päd. Soz.Arb. BP*	Fachpflege KS/AP/ HEP*	Ergotherapie
Gruppenpsychotherapie (inkl. Psychoedukation)	*	* *	* -	* (* )	*psychoedukative Angebote Arbeitsaufnahme
Konzept- und Therapiegespräche	* *	* *	* *	* *	*
Krisen- und Notfallsituationen	* *	* *	* *	* *	*
Information für Patienten und Angehörige	*	* *	* *	* *	*
Angehörigengruppe	*	* *	* *	* (* )	
Familientherapie (organisiert durch ein Team Familientherapie)	(* )	(* ) (* )	(* ) -	(* ) (* )	
Körperliche Untersuchungen (inkl. Anforderung von Untersuchungen, Blutentnahme, Dokumentation)	*	- -	- -	- -	
Medikation, sonstige biologische Therapieverfahren	*	(* ) -	- -	* *	
Neuropsychologische und sonstige testpsychologische Untersuchungen	(* )	* *	- -	(* ) (* )	* (Testungen der Stufen 1-3)
Beantragung, Kontrolle und Dokumentation gültiger Rechtsgrundlagen (PsychKG, Betreuungsgesetz, Strafrecht)	* *	(* ) (* )	- -	* Kontrolle/ * Dokumentation	
Existenzsicherung und Sozialberatung, Platzsuche für Wohnen, Arbeit, Kostensicherung	-	- -	* *	(* ) (* )	(* ) (Arbeit)
Fallbezogene Außenkontakte zu Kostenträgern	* *	* -	* -	- -	
Fallbezogene Außenkontakte zu Vor- und Nachbehandlern	* *	* *	* -	* (* )	
Kontakte zum sozialpsychiatrischen System, Sucht- und Altenhilfesystem	*	* (* )	* (* )	* *	* (ambulant)
Projektarbeit	* *	* *	* *	* *	*
Primary Nursing	-	- -	- -	* (* )	
Milieugestaltung	*	*	*	* *	*
Alltags- und Arbeitsdiagnostik					**

(\* ) = individuell je nach Erfahrung und Ausbildung, z.T. eingeschränkte Aufgaben

PPiA = Psychologischer Psychotherapeut in Ausbildung; BP = Berufspraktikum; KS= Krankenschwester / Krankenpfleger; AP= Altenpfleger; HEP= Heilerziehungspfleger.

### 3.5 Peer Counseling und Ex-In

Peer-Counseling ist ein Angebot, das Mitglieder des Vereins Psychiatrieerfahrener einmal pro Woche anbieten. Nach der Absolvierung einer Fortbildung bieten sie aktuell in der Klinik behandelten Patienten eine Beratung zu allgemeinen Fragen zu ihrer Erkrankung, insbesondere zum Umgang mit den damit verbundenen Herausforderungen, aber auch zu Prob-

lemen mit dem Behandlungsteam an. Bei Bedarf und auf Wunsch der Patienten wird auch eine Vermittlung in Konfliktfällen angeboten.

Eine relativ neue Entwicklung in Bielefeld ist die Ausbildung zu sogenannten Genesungsbegleitern oder Ex-Ins (Experienced Involvement, [www.ex-in-owl.de](http://www.ex-in-owl.de)), d. h. Psychiatererfahrenen, die ein eineinhalbjähriges Curriculum durchlaufen. Dazu gehören auch zwei Praktika, die u. a. auf psychiatrischen Stationen abgeleistet werden können. Das Projekt ist in anderen Regionen Deutschlands und Europas schon länger etabliert. Damit wird ein neues Berufsfeld geschaffen, das zwischen Professionellen und ehemaligen Betroffenen angesiedelt ist. Die ersten Ausbildungskandidaten schließen in Kürze das Curriculum in Bielefeld ab. Die vBS Bethel und die Klinik unterstützen das Projekt, erste Erfahrungen werden wir noch in 2013 machen.

Insgesamt ist damit auf verschiedenen Ebenen ein Beteiligungsmodell geschaffen, das das Vertrauen zwischen Behandlungsteam und Patienten stärken soll.

### 3.6 Behandlungsvereinbarungen – Patientenwille - Patientenverfügung

Die meisten Menschen, die sich wegen Krankheit in stationäre Behandlung begeben, möchten an der Festlegung von Therapiezielen und Behandlungsmethoden verantwortlich mitwirken können, wenn Entscheidungsspielräume vorhanden sind.

In der Psychiatrie waren in der Vergangenheit die Einflussmöglichkeiten der Patienten im Vergleich zu vielen Bereichen der somatischen Medizin gering. Akute Aufnahmesituationen in der Psychiatrie sind durch zahlreiche belastende Symptome wie Angst, veränderte Wahrnehmung der Realität und gelegentlich Selbst- und/oder Fremdgefährdung gekennzeichnet und dann möglicherweise mit Zwangsmaßnahmen verbunden. Viele Betroffene fühlen sich in der akuten Aufnahmesituation hilflos, missverstanden und ohnmächtig und können in dieser Situation ihre Wünsche nicht adäquat äußern und vertreten. Aufgrund dieser Erfahrungen kommen viele Patienten zu spät zur Behandlung, nicht selten gegen ihren Willen. Um diese Dynamik zu verändern, wurden in einer gemeinsamen Initiative des Vereins „Psychiatererfahrene Bielefeld“ und den MitarbeiterInnen der Klinik „Behandlungsvereinbarungen in der Akutpsychiatrie“ entwickelt und 1994 eingeführt.

Mit der Behandlungsvereinbarung ist es möglich, in symptomfreien oder symptomarmen Zeiten für den Fall einer späteren akutpsychiatrischen stationären Behandlung zwischen Patienten und dem zuständigen Stationsteam der Klinik schriftliche Vereinbarungen über evtl. künftige Aufnahme- und Behandlungsbedingungen zu treffen. Dabei geht es nicht primär um einseitige Willenserklärungen, sondern um den partnerschaftlichen Umgang miteinander und das gemeinsame Bestreben, die Bedingungen für Aufnahme und Behandlungen

in der Psychiatrischen Klinik im Sinne des ‚Shared Decision Making‘ auf einer vertrauensvollen Grundlage zu verbessern.

Mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts 2009 und der darin geregelten Patientenverfügung sowie mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention ist die Rechtsgrundlage für mehr Selbstbestimmung und Patientenautonomie deutlich gestärkt worden. Die Behandlungsvereinbarung ist demnach rechtlich als Patientenverfügung aufzufassen und daher für die Behandlung bindend. Da in der Regel insbesondere Patienten mit chronischen psychischen Behinderungen/Erkrankungen gut im Voraus Situationen beschreiben können, in denen sie nicht mehr zur freien Willensentscheidung in der Lage sind, sind die in der Behandlungsvereinbarung getroffenen Voraussetzungen oftmals sehr passend.

Ein anderes Modell von Behandlungsvereinbarungen wurde in der Abteilung Abhängigkeits-erkrankungen entwickelt. Am Ende von stationären Aufenthalten werden rückblickend Rückfall- und Krisensituationen auf der Verhaltensebene analysiert und vorausschauend Krisenpläne vereinbart, in die sich - neben anderen Helfern - die Klinik mit ihren Möglichkeiten aktiv einbringt. Vor der Entlassung werden, ggf. schriftlich, Vereinbarungen getroffen, die einerseits den Patienten fordern, seine eigenen Ressourcen zu nutzen, andererseits aber ergänzende Hilfen vorbeugend zusagen, falls eigene Bewältigungsstrategien überfordert werden. So suchen im günstigen Fall gefährdete Patienten frühzeitig, d. h. vor einem drohenden Rückfall oder kurz danach („lapse“) die Klinik auf, um einen "großen" Rückfall („relapse“) zu vermeiden. Suizidgefährdete Patienten lernen, seelische Krisen früh zu erkennen, und nutzen die Klinik vor einer Eskalation dieser Krisen. Angehörige, die verhaltensschwierige Patienten in ihrer Familie tragen, finden durch vergleichbare Krisenabsprachen Rückendeckung für überfordernde Situationen. Es geht für die Betroffenen selbst nicht darum, Verantwortung abzugeben, sondern neues Verhalten aktiv zu erlernen, die eigenen Kompetenzen - mit Unterstützung - zu erweitern und ein erhöhtes Maß an Eigenverantwortlichkeit, Eigenständigkeit und Unabhängigkeit herzustellen.

### 3.7 Ambulant - teilstationär - vollstationär: Therapeutische Settings

Das Behandlungsangebot der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel umfasst alle in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung üblichen sektoralen Behandlungsformen:

- ambulante Behandlung,
- teilstationäre (tagesklinische) Behandlung,
- vollstationäre Behandlung,
- Rehabilitation.

Zum Behandlungsangebot gehören ferner eine gerontopsychiatrische Tagespflege und die ambulante Rehabilitation Alkoholabhängiger in Kooperation mit der Ambulanten Suchtkrankenhilfe Bethel.

Viele unserer Patienten benötigen nicht das gesamte Spektrum therapeutischer Maßnahmen, sondern nehmen lediglich eine oder zwei dieser sektoralen Behandlungsmöglichkeiten in Anspruch. Andere Patienten wiederum benötigen mehrere dieser Behandlungselemente. In diesen Fällen ist die Gestaltung der Schnittstellen, also der Übergänge zwischen den Behandlungselementen, wichtig.

Generell ist die Notfallbehandlung in einer Krisensituation zu unterscheiden von einer geplanten – elektiven - Behandlung. Entsprechend gestalten sich auch die Behandlungsziele und eventuell auch die Behandlungsdauer unterschiedlich.

Da in unserer Klinik zu einem großen Teil chronisch Kranke behandelt werden, befinden sich die meisten unserer Patienten in regelmäßiger ambulanter Behandlung. Diese kann bei einem niedergelassenen Nervenarzt und/oder Psychotherapeuten erfolgen. Einige dieser bei niedergelassenen Fachleuten behandelten Patienten werden zusätzlich in unserer Psychiatrischen Institutsambulanz behandelt, da diese beispielsweise diagnostische, Gruppenpsychotherapie- oder spezielle sozialarbeiterische Angebote vorhält (s. u.), auf die niedergelassene Behandler zurückgreifen. In diesen Fällen kann eine Mitbehandlung durch unsere Institutsambulanz stattfinden.

Die ambulante Behandlung – sei es durch die eigene Institutsambulanz oder durch niedergelassene NervenärztInnen - wird bei jeder Behandlungsmaßnahme als die zentrale Behandlungsebene begriffen. Hier erfolgen die langfristige Begleitung des Patienten, die Planung der Therapieziele, die Kontakte zu unterschiedlichen Lebensbereichen und Angehörigen.

Teilstationäre Behandlungen können vollstationäre Behandlungen ersetzen oder ihnen folgen, wenn die täglichen Wegstrecken von und zur Tagesklinik bewältigt und die therapiefreien Zeiten ausreichend gut überstanden werden können. Die Behandlung erfolgt an allen Werktagen in der Regel zwischen 8 und 16 Uhr und entspricht damit etwa der Struktur eines normalen Arbeitsalltages. Da sich die MitarbeiterInnen nicht auf verschiedene Schichten verteilen müssen, ist ein konzentriertes und kontinuierliches Hilfsangebot möglich. Durch die tägliche Verbindung von Therapieraum und realer häuslicher Situation ist in Diagnostik und Therapie eine direkte Einbeziehung des sozialen Umfeldes fortlaufend gegeben. Gerade für Menschen, für die der kontinuierliche Erhalt ihrer sozialen Bezüge besonders wichtig ist (z.B. Versorgungsverpflichtung für kleine Kinder, spezieller soziokultureller Hintergrund, stabilisierende Sicherheit in der Erkrankung), stellt die tagesklinische Behandlung auch in einer akuten Krankheitsphase oder Krise eine angemessene Behandlungsform dar. Schließlich sind durch ein tagesklinisches Angebot vielfach auch Menschen erreichbar, die bei der Notwen-



digkeit einer Krankenhausaufnahme eine vollstationäre Behandlung nicht akzeptieren können oder damit überfordert wären (z .B. aus Furcht vor sozialer Stigmatisierung).

Eine vollstationäre Behandlung ist nur indiziert, wenn die anderen Behandlungsformen nicht mehr ausreichend sind und Patienten das vollständige Betreuungs- und Behandlungsangebot der Klinik benötigen. Eine besondere Rolle bei der Entscheidungsfindung spielt die akute Suizidalität. Vollstationäre Behandlungsepisoden werden mit Ausnahme von Notfallaufnahmen in Krisensituationen geplant durchgeführt. Diese Planung setzt einen Kontakt zwischen zuweisender Stelle und der aufnahmesteuernden Person in der Klinik bzw. Abteilung voraus. Sofern möglich, erfolgt zum Zwecke der genaueren Planung bei voll- und teilstationärer Behandlung ein ambulantes Vorgespräch mit dem Patienten. In diesem Gespräch erfolgen ein gegenseitiges Kennenlernen, ein Vorstellen der Konzepte und eine erste grobe Verständigung über Therapieziele und -maßnahmen.

Rehabilitative Elemente finden sich in fast allen Behandlungsformen, insbesondere wenn es um mittelfristige Behandlungen geht. Explizite Rehabilitationsbehandlungen bieten wir allerdings nur ambulant für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen an. Daher werden Patienten, die einer ausdrücklichen Rehabilitationsbehandlung bedürfen, in entsprechende Einrichtungen weitervermittelt.

Bei chronisch kranken Patienten ist es besonders wichtig, dass Therapieziele über die einzelnen Behandlungsepisoden hinweg kontinuierlich angepasst und mit den beteiligten Kooperationspartnern abgestimmt werden.

### 3.8 Therapeutische Methoden

Bei der Behandlung psychischer Erkrankungen kommt eine Vielzahl von Behandlungsverfahren zur Anwendung. Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen werden - grob vereinfacht - durch das gemeinsame Einwirken biologischer, psychischer und sozialer Faktoren bewirkt. Bei der Behandlung und Prävention psychischer Erkrankungen kommen dementsprechend auch biologische, psychologische und sozialarbeiterisch/ soziotherapeutische Therapieprinzipien zur Anwendung. Hierbei ist darauf zu achten, dass die einzelnen Therapieansätze nicht unabhängig voneinander erfolgen. Indikationsspezifische Therapiekonzepte geben hierbei einen Rahmen vor, innerhalb dessen die einzelnen Therapiebausteine eine sinnvolle gegenseitige Ergänzung darstellen. Die zu Beginn einer Behandlung zu vereinbarenden Therapieziele geben einen weiteren wichtigen Hinweis auf die Zusammenstellung der Therapiebausteine. Im Laufe einer Gesamtbehandlung ändern sich die Therapieziele häufiger. Entsprechend dieser Änderung kann dann auch eine veränderte Zusammenstellung der Therapiebausteine erforderlich werden. Den fallverantwortlichen Personen kommt bei der Festlegung der Therapieziele und des Gesamttherapieplanes eine zentrale

Bedeutung zu. In den i. d. R. wöchentlich stattfindenden Therapiegesprächen einer jeden Behandlungseinheit werden im Behandlungsteam Rückmeldungen bzgl. des Therapieverlaufes aus den einzelnen Therapieelementen zusammengetragen. Hier werden auch eventuelle Korrekturen der Therapieziele und des Therapieplanes vorgenommen.

Zu der folgenden Einteilung der therapeutischen Methoden ist anzumerken, dass ausschließlich in eine Kategorie gehörende Verfahren wohl nicht existieren. So wirken beispielsweise bei Medikamentengaben häufig psychologische Mechanismen mit (z. B. subjektive Wirkungszuschreibungen, Placebo-Effekt, konditionierte Medikamentenwirkungen), die zu der „rein“ pharmakologischen Wirksamkeit hinzutreten. Die Einteilung stellt daher nur einen groben Ordnungsversuch dar.

### 3.8.1 Biologische Verfahren

Die biologischen Therapieverfahren beruhen darauf, dass einzelne körperliche Funktionseinheiten mehr oder weniger direkt beeinflusst werden. Diese Beeinflussung auf der körperlichen Ebene hat eine Verbesserung des psychischen Befindens, von spezifischen Symptomen und/oder der Aktivierungslage zur Folge.

#### *Psychopharmakotherapie*

Die von uns angewandte Psychopharmakotherapie berücksichtigt den jeweils aktuellen Stand des Wissens. Eine individuell angepasste Psychopharmakotherapie setzt eine ausführliche Medikamentenanamnese, ggf. auch als Fremdanamnese durch Vorbehandler, eine körperliche Diagnostik zur Minimierung des Nebenwirkungsrisikos, eine sorgfältige Auseinandersetzung mit evtl. Vorbehalten gegenüber einer empfohlenen oder erforderlichen Medikation sowie eine genaue klinische Beobachtung der Medikamenteneinnahme und des Auftretens von Nebenwirkungen voraus. Dies gilt insbesondere für Notfall- und Zwangsmedikationen. Erforderliche Medikamenteneinstellungen, Dosisanpassungen und -umstellungen werden ausführlich mit den Patienten besprochen und - wenn irgend möglich - im Rahmen eines gemeinsam erarbeiteten Behandlungsplans umgesetzt. Intensiviert haben wir in den letzten 10 Jahren das Therapeutische Drug Monitoring (TDM), insbesondere mit Hilfe des ausgezeichneten Biochemischen Labors der Gesellschaft für Epilepsieforschung (GfE) im Krankenhaus Mara. Dabei geht es darum, mithilfe ggf. wiederholter Medikamenten-Blutspiegelbestimmungen, die klinische Wirksamkeit, fehlende Wirksamkeit, Nebenwirkungen und die Interaktionen zwischen verschiedenen Medikamenten besser abschätzen zu können, auch wenn TDM nicht ausdrücklich vorgeschrieben ist.

In der Psychoedukation (Aufklärung und Beratung) erfahren die PatientInnen alles Wesentliche über die nachgewiesene – auch und besonders prophylaktische - Wirkung von Psychopharmaka bei schizophrenen, schizoaffektiven und affektiven Erkrankungen. Die Wirkungsweisen und unerwünschten Wirkungen von Medikamenten werden mit den Patienten aus-

föhrlich besprochen. Die Auswahl von Medikamenten im Einzelfall ist darüder hinaus Gegenstand von Behandlungsvereinbarungen für evtl. zukünftige Behandlungen bei Patienten, die bereits wiederholt hospitalisiert werden mussten (siehe Behandlungsvereinbarungen).

Trotz dieser Maßnahmen müssen allerdings auch wir feststellen, dass ein großer Anteil der betroffenen Personen eine längerfristige medikamentöse Prophylaxe trotz des Wissens um die Folgen dieser fehlenden Therapietreue mehr oder weniger rasch unterbricht. Dieses in der Fachliteratur zunehmend diskutierte Phänomen ist bisher nur z. T. verstanden und war in unserer Klinik Gegenstand eines mittlerweile abgeschlossenen Projekts. Im Mittelpunkt steht dabei der Begriff der Adherence, der im Gegensatz zum Compliancebegriff, die informierte und aktive Entscheidung des Patienten für oder gegen die empfohlene Behandlung berücksichtigt und von den Behandlern in der Regel eine ebenso aktive Akzeptanz dieser Entscheidung fordert.

### *Lichttherapie*

Licht mit einer Beleuchtungsstärke von mindestens 2500 Lux zeigt bei ein- bis zweistündiger Anwendung pro Tag einen positiven Effekt auf depressive Symptome bei der saisonal abhängigen Depression ("Winterdepression"). Effekte wurden auch für die saisonal unabhängige Depression beschrieben. Wir setzen diese Therapie besonders in der dunklen Jahreshälfte ein, weil depressive Patienten das Licht häufig als angenehm erleben und Nebenwirkungen kaum existieren.

### *Wachtherapie*

Depressive Patienten weisen häufig erhebliche subjektive Störungen ihres Schlafes und im Schlaf-EEG (Elektroencephalogramm) Störungen der sogenannten Schlafarchitektur auf. Die Wachtherapie hat sich aus der Beobachtung entwickelt, dass der Verzicht auf den gesamten Nachtschlaf oder einen Teil des Nachtschlafes am folgenden Tag zu einer erheblichen Verbesserung der Stimmung und anderer depressiver Symptome führt. Wir wenden das Prinzip der partiellen Wachtherapie an, d. h. die Patienten schlafen in der zweiten Nachthälfte nicht. Diese Behandlung in der Gruppe wird derzeit durch MitarbeiterInnen der Station A 8 organisiert und unter kontinuierlicher Überwachung und Betreuung in den Räumen der Ergotherapie im Haus Gilead III durchgeführt. .

Auch wenn die subjektive und auch beobachtbare Besserung der Symptome häufig nur kurzfristig anhält, ist diese erste Erfahrung einer Besserung nach häufig langen depressiven Episoden für die Betroffenen sehr wichtig und gibt Hoffnung auf eine dauerhafte Gesundung.

### *Elektrokonvulsionstherapie (EKT)*

Die in den angloamerikanischen und skandinavischen Ländern viel häufiger als in Deutschland angewandte Elektrokonvulsionstherapie basiert auf der klinischen Beobachtung, dass therapieresistente und schwere depressive Erkrankungen sowie bestimmte schwere psychotische Störungen eine häufig erstaunliche und rasche Besserung durch die EKT erfahren. Gerade auch bei älteren PatientInnen, die eine erhöhte Nebenwirkungsrate unter medikamentöser Behandlung aufweisen, ist die Durchführung einer EKT eine gut wirksame und im Vergleich häufig schonendere Alternative. Die Wirkprinzipien sind allerdings bisher nicht umfassend aufgeklärt: Es kommt bei der EKT durch eine individuell festgelegte elektrische Stromdurchflutung zu einer fast simultanen elektrischen Entladung der Nervenzellen des Gehirns. Die in den Stunden und ersten Tagen danach stattfindende Reorganisation neuronaler Netzwerke auf einem günstigeren Niveau als vor der Behandlung spielt möglicherweise für die Wirksamkeit neben anderen Effekten eine Rolle. Jede EKT-Behandlung setzt eine ausführliche Aufklärung und gesonderte schriftliche Einverständniserklärung der Betroffenen voraus. Die Kurznarkose erfolgt durch einen erfahrenen Arzt der Klinik für Anästhesiologie, die EKT-Behandlung selbst durch einen darin erfahrenen Arzt unserer Klinik.

In unserer Klinik wenden wir die EKT bei der seltenen akuten febrilen (fieberhaften) und lebensbedrohlichen Katatonie (eine Unterform der Schizophrenie) und bei therapieresistenten und/oder schweren affektiven Störungen an. Die EKT ist bei affektiven Störungen Mittel der dritten Wahl, seltener auch Mittel der zweiten Wahl. Durch die enge Indikationsstellung sehen wir bei mindestens 60% der so behandelten Menschen (auch bei bisheriger Therapiereistenz) eine erhebliche, z. T. rasche Besserung ihres Zustandes. Sehr selten wenden wir die EKT darüber hinaus bei anderen chronisch-psychotischen Zuständen als Mittel der letzten Wahl an. Gelegentlich empfehlen wir die EKT-Erhaltungstherapie nach der Entlassung in individuell abgestimmten Abständen.

### *Körperliches Ausdauertraining*

Einige psychische Störungen wie z. B. viele Angsterkrankungen oder auch die Depression führen durch körperliches Schonungsverhalten zu einem Verlust der körperlichen Ausdauer oder Trainiertheit. Umgekehrt ist ein gutes körperliches Training ein protektiver Faktor gegen eine Vielzahl von Erkrankungen. Ein Mechanismus, über den körperliches Training einen günstigen Einfluss auf die psychische Gesundheit ausüben kann, besteht in der Beeinflussung des Stresssystems. Bei gutem körperlichem Trainingszustand führen psychische Stressoren nur zu einer kleineren körperlichen Stressantwort (z. B. Erhöhung der Herzfrequenz) als bei wenig trainierten Menschen. In unserer Klinik kommen insbesondere folgende Verfahren zur Steigerung der körperlichen Ausdauer zum Einsatz: Fahrradergometertraining, Walking, Schwimmen.

### *Vagusnervstimulation (VNS) und Transcranielle Magnetstimulation (TMS)*

VNS ist eine Methode, bei der der Nervus vagus im Bereich des Halses elektrisch stimuliert wird. Hierzu wird durch einen Neurochirurgen ein kleiner operativer Eingriff vorgenommen, bei dem eine Stimulationselektrode um den Nerv präpariert und die elektrische Stimulations-einheit im Bereich des Brustmuskels positioniert wird (ähnlich wie bei einem Herzschrittmacher). Es kann zwar als gesichert gelten, dass die VNS bei einem Teil schwer depressiver Patienten hilfreich ist, bei denen andere Therapieverfahren versagt haben, die Behandlung wird dennoch äußerst selten eingesetzt. Bei der TMS werden (ohne Narkose) umschriebene Regionen des Gehirns von außen mittels starker Magnetfelder stimuliert oder gehemmt. Für die TMS hat sich die Studienlage in den letzten Jahren etwas verbessert, sodass wir laufend prüfen, ob und ggf. wann eine Anwendung in unserem Haus sinnvoll ist.

### 3.8.2 Psychotherapeutische Verfahren

Sämtlichen psychotherapeutischen Verfahren ist gemein, dass sie eine Änderung des Denkens, Wahrnehmens, Erlebens und Verhaltens anstreben. In vielen Fällen sind psychische Erkrankungen durch eine Einschränkung der Flexibilität und Situationsanpassung dieser Funktionen gekennzeichnet. Psychotherapeutische Maßnahmen erfordern aktiv mitwirkende Patienten. Aus diesem Grund steht am Beginn einer psychotherapeutischen Maßnahme in jedem Fall die Analyse oder ggf. Schaffung einer Motivation zur Veränderung. Weitere Grundlage jeder psychotherapeutischen Arbeit ist die Schaffung eines vertrauensvollen, empathischen und belastbaren Arbeitsbündnisses zwischen Therapeut und Patient. Im Folgenden werden wichtige psychotherapeutische Grundlagen und Verfahren und ihre Anwendung in unserer Klinik vorgestellt.

#### *Psychoedukation*

Insbesondere bei chronischen körperlichen und psychischen Erkrankungen ist die Kenntnis von Patienten und deren Freunde und Angehörigen über ihre Erkrankung, deren Hintergründe, Behandlung und Prävention besonders wichtig. So fördert ein umfassendes Wissen über die Erkrankung und deren Behandlung beispielsweise die Bereitschaft, wirksame Medikamente angemessen einzunehmen und entlastet das soziale Zusammensein im Familien- und Freundeskreis durch mehr Informationssicherheit. Zudem führt Krankheitswissen dazu, dass Patienten und auch deren Angehörige sicherer sind bei der Entscheidung, welche Maßnahmen sie selbst durchführen können und wann das Aufsuchen welcher professionellen Hilfe sinnvoll ist. Die Vermittlung von entsprechendem Wissen über psychische Erkrankungen und deren Hintergründe (Psychoedukation) nimmt daher einen hohen Stellenwert im Behandlungskonzept der Klinik ein. Sie wird (teil)stationär sowie ambulant durchgeführt. Obwohl Psychoedukation bei allen chronischen Erkrankungen wichtig ist, besteht an unserer Klinik ein besonderer Schwerpunkt bezüglich der Psychoedukation bei Menschen, die an

schizophrenen und schizoauffektiven sowie an Abhängigkeitserkrankungen leiden. Die Behandlung erfolgt in Anlehnung an das Manual von Bäuml et al.. Daneben existiert ein regelmäßig (zweimal pro Jahr je sechs Termine) ambulant stattfindendes Gruppenangebot für Angehörige schizophrene oder schizoauffektiv Erkrankter (PEGASUS-A von Wienberg). Im Rahmen der Behandlung von Patienten mit alkoholbezogenen Störungen wurde das Programm PEGPAK entwickelt (Psychoedukatives Gruppenprogramm für Menschen mit problematischem Alkoholkonsum von Westermann und Wessel).

### *Motivierende Gesprächsführung*

Das von Miller und Rollnick entwickelte "Motivational Interviewing" (MI, deutsch: Motivierende Gesprächsführung) ist ein sowohl klientenzentriertes als auch direktives Verfahren mit dem Ziel der Klärung und ggfs. Stärkung der Eigenmotivation von Menschen, die sich mit einer Änderung problematischer Verhaltensweisen auseinander setzen. Dieser Ansatz ist international und national vor allem in der Suchtbehandlung fest etabliert, wurde aber mittlerweile für verschiedene angrenzende Arbeitsfelder weiter entwickelt.

Die Motivierende Gesprächsführung basiert auf Grundsätzen der Gesprächspsychotherapie, der kognitiv-behavioralen Verhaltenstherapie sowie der Kommunikationspsychologie. Sie betont die persönliche Entscheidungsfähigkeit und geht davon aus, dass Menschen in der Regel gegenüber einer Verhaltensänderung nicht motiviert oder unmotiviert sind, sondern ambivalent. Wesentliche Inhalte sind:

- Grundlagen der Motivation von Menschen mit Suchtmittel- oder anderen psychischen Problemen
- Erkennen von und Umgang mit ambivalenten Einstellungen und Diskrepanzen,
- Empathie und Aktives Zuhören,
- Rückmeldungen geben,
- Rollenklarheit herstellen,
- Erkennen von und Umgang mit Widerstand,
- Diskussion und Vereinbarung von Veränderungszielen,
- Stärkung der Selbstverbindlichkeit.

### *Verhaltenstherapie*

In der Verhaltenstherapie wird zunächst gemeinsam mit den Patienten die Symptomatik und deren Entstehen und Aufrechterhalten untersucht. Im nächsten Schritt werden durch die Anwendung übender Techniken die angestrebten Denk-, Erlebens- und Verhaltensmuster

systematisch gelernt und automatisiert, so dass sie in möglichst vielen Lebensbereichen anwendbar sind. Häufig zu übende allgemeine Lebensbereiche und hierzu angewandte Verfahren im Sinne einer multimodalen Verhaltenstherapie sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

Tabelle 2: Multimodale Verhaltenstherapie für verschiedene Lebensbereiche

Lebensbereich	Ziele	Therapeutische Methode
Sozial kompetentes Verhalten	Sicherheit im Umgang mit anderen Menschen	Gruppentraining sozialer Kompetenz
Problemlösung	Systematisches Vorgehen im Umgang mit neuen Situationen	Problemlösetraining
Genussfähigkeit	Angenehmes aufsuchen und genießen können, sich etwas Gutes tun können	Genusstraining, euthyme Therapie
Bewältigung von Krisen	Vorbereitete schnelle Lösungen für schwierige Lebenslagen besitzen	Krisen- und Selbstmanagement
Bewältigung von erlebten Belastungen	Über unterschiedliche Methoden verfügen, um mit Belastendem fertig zu werden	Stressbewältigungstraining und Ressourcenförderung

Wesentliches Merkmal aller übungsabhängigen Lebensbereiche ist, dass das ausschließliche Üben in der Therapie- oder Gruppenstunde nicht ausreichend ist. Das Motto „Die eigentliche Therapie findet zwischen den Therapien statt“ verdeutlicht die Notwendigkeit des häufigen Übens und Probierens auch in (z. B. häuslichen) Alltagssituationen, ähnlich dem Erlernen eines Musikinstruments. Zu den verhaltenstherapeutischen Verfahren gehören u. a. die in unserem Haus eingesetzte dialektisch-behaviorale Therapie und der Community Reinforcement Approach.

#### *Kognitive Verfahren der Verhaltenstherapie (KVT)*

Die Grundannahme der Verhaltenstherapie ist, dass sämtliche Denk-, Erlebens- und Verhaltensweisen durch Erfahrung und Übung beeinflusst werden. Menschliches Verhalten wird gesteuert durch vorausgehende, auslösende Bedingungen und durch die aus dem Verhalten resultierenden Folgen. Krankheitssymptome werden aus dieser Sichtweise als erlernte

Denk-, Erlebens- und Verhaltensmuster betrachtet, die durchaus auch die Funktion haben können, andere psychosoziale Defizite zu kompensieren.

Im Mittelpunkt der Verhaltenstherapie stehen die Beschreibungen des von Patient und Therapeut gemeinsam definierten unerwünschten sowie des erwünschten Denkens, Erlebens und Verhaltens sowie eine individuelle Analyse der persönlichen Stärken (Ressourcen) und Schwächen (Defizite).

Kognitive Verfahren der Verhaltenstherapie werden bei verschiedenen Störungsbildern in unserer Klinik eingesetzt. In der KVT werden Verhaltensprobleme als das Ergebnis falscher Annahmen, unvollständiger Schlüsse, inadäquater Selbstinstruktionen und unzureichender Problemlösefähigkeiten angesehen. Die Kognitionen werden bewusst gemacht, sie werden zusammen mit den Schlussfolgerungen auf ihre Angemessenheit hin überprüft, irrationale Einstellungen werden korrigiert und diese korrigierten Einstellungen werden in konkretes Verhalten überführt.

#### *Verhaltenstherapeutische Konfrontations- bzw. Expositionsverfahren*

Verhaltenstherapeutische Konfrontationsverfahren werden in unserer Klinik vorwiegend zur Behandlung von Angst-, posttraumatischen Belastungsstörungen und Zwangsstörungen eingesetzt. Therapieprinzip ist die Konfrontation mit angstauslösenden Reizen mit dem Ziel der Gewöhnung und Integration. Die Expositionen dauern z. T. mehrere Stunden an und sind für die Patienten anstrengend. Voraussetzung ist eine vorher stattgefundenene Psychoedukation und ggf. das Erlernen von Entspannungstechniken.

#### *Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)*

Die DBT fußt auf der kognitiven Verhaltenstherapie, umfasst aber auch Elemente anderer Therapierichtungen und fernöstliche Meditationstechniken. In Kooperation mit der Psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg wurde an unserer Klinik die Dialektisch behaviorale Therapie (DBT) nach M. Linehan zur Behandlung von Symptomen der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf stationäre Bedingungen angepasst. Einzelne Elemente der DBT werden stationär und/oder ambulant durchgeführt. Ein DBT-Arbeitskreis bietet Mitarbeitern sowie niedergelassenen Psychotherapeuten die Möglichkeit des Austauschs und der Weiterbildung. Bei der DBT nimmt der Umgang mit suizidalen Krisen, selbstschädigendem und therapieschädigendem Verhalten einen wichtigen Stellenwert ein. Auslösende Bedingungen und jeweils mögliche alternative Verhaltensweisen werden systematisch erarbeitet und geübt. Eine modifizierte DBT wurde auch für Patienten mit zusätzlichen Abhängigkeitserkrankungen entwickelt, einige Elemente haben sich zudem als hilfreich für andere Patienten mit verschiedenen allgemeinspsychiatrischen Störungen erwiesen und wurden für diesen Personenkreis systematisch ausgearbeitet.



### *Community Reinforcement Approach (CRA)*

Der Community Reinforcement Approach (CRA) ist ein von Azrin und Hunt in den USA entwickeltes operantes verhaltenstherapeutisches Konzept zur Behandlung von substanzbezogenen Störungen und Problemen. Es basiert auf der Grundannahme, dass Verstärker aus dem sozialen Umfeld erheblichen Einfluss darauf nehmen, ob eine Person mit Substanzabhängigkeit den Konsum von Alkohol oder Drogen fortsetzt oder einstellt. CRA integriert Aspekte der Gemeindeorientierung, psychosoziale, motivationale und spezifische psychotherapeutische Interventionen sowie medikamentöse Behandlungsstrategien. Dieses Konzept wurde in unserer Klinik ins Deutsche übertragen und findet umfassende Anwendung im (teil)stationären wie ambulanten Bereich der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen.

### *Psychodynamische Therapie*

Die psychodynamisch orientierten Psychotherapieverfahren leiten sich aus der psychoanalytischen Theorie und Praxis ab.

Sehr vereinfacht ausgedrückt fußt die psychodynamische Therapie auf der Grundannahme, dass unsere (bewussten) Entscheidungen nicht nur von unseren bewussten Überlegungen und äußeren Einflüssen sondern auch von unbewussten innerpsychischen Einflüssen abhängen.

In der klinischen Praxis wenden wir die verschiedenen psychodynamischen Modelle (z. B. Instanzenmodell, Konfliktmodell, Abwehrmodell, Objektbeziehungstheorie, Narzissmuss-theorie) zum einen im Sinne eines allgemeinen therapeutischen Grundverständnisses für unsere PatientInnen an. Dabei schließt eine psychodynamische Denkweise lerntheoretische und systemische Überlegungen nicht aus, sondern ergänzt sie im Sinne eines schulenübergreifenden und problemorientierten Ansatzes. Ein solcher Ansatz hat den Vorteil, dass er nicht die Theorie in den Mittelpunkt stellt, sondern Theorie und Praxis verschiedener Schulen für die PatientInnen mit ihren spezifischen Problemen nutzbar macht.

Zum anderen werden die o. g. Modelle in die spezifische Einzel- und Gruppenpsychotherapie für PatientInnen umgesetzt, die von diesen Therapieformen profitieren können. Dazu gehören als Voraussetzungen u. a. die Fähigkeit, sich auf eine Therapiesitzung konzentrieren zu können, ein ausreichendes Ausmaß an Selbstwahrnehmungs- und Reflexionsfähigkeit und die Bereitschaft und Stabilität, eine neue und manchmal schmerzhaftere Wahrnehmung der eigenen Person und der Beziehung zu wichtigen anderen Menschen zu tolerieren und zu akzeptieren.

- Ziele der psychodynamischen Einzel- und Gruppenpsychotherapie sind:
- die Wahrnehmung systematisch verzerrter Muster von Wahrnehmung, Erleben und Verhalten,
- die Entwicklung der ersten Schritte zu einem Verständnis für die Entstehungsgeschichte dieser Muster in der eigenen Biografie und ihrer aktuellen Dysfunktionalität sowie
- die Modifikation dieser Muster im (Stations-)Alltag und in der Transferphase im privaten Umfeld.

Zur Erreichung dieser Ziele wenden wir in unserer therapeutischen Grundhaltung insbesondere Techniken an, die supportiv wirksam sind. Dies ist angesichts der Akuität und Schwere der psychischen Belastung unserer Patienten sinnvoll und notwendig. Supportiv bedeutet, dass die integrierenden „Ich“-Funktionen gestärkt werden (während die expressiven psychoanalytischen Verfahren eher von stabilen „Ich“-Funktionen ausgehen und z. T. belastendere Behandlungstechniken einsetzen). So nimmt der Therapeut durchaus eine aktive Rolle im therapeutischen Prozess ein und lässt keinen Zweifel an der Anwaltschaft für die Anliegen des Patienten (therapeutische Neutralität statt Abstinenz). Die Interventionstechniken der Klärung und Konfrontation (z. B. mit einer Diskrepanz zwischen dem, was der Patient sagt und was er tut) beziehen sich überwiegend auf die aktuelle Behandlungs- und Lebenssituation, während die umfassende Interpretation (Deutung im engeren Sinne) unter Hinzuziehung der biografischen Erlebnisse nur ausnahmsweise Anwendung findet.

#### *Tiefenpsychologische Gruppe nach dem Göttinger Modell*

Die tiefenpsychologische Gruppentherapie nach dem Göttinger Modell ist ein in den 70er Jahren von Heigl und Heigl-Evers entwickeltes Konzept. Ziel der Behandlung soll die Minderung (oder Aufhebung) der Störungen bei gleichzeitiger Veränderung der verursachenden inneren Strukturen sein. Die nach diesem Modell hochfrequent arbeitende Psychotherapiegruppe ist in unserer Klinik mit der Kunsttherapie verknüpft.

#### *Interpersonelle Psychotherapie (IPT)*

Die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) wird in unserem Haus sowohl (teil-)stationär als auch ambulant zur Behandlung der Depressionen angewendet. Erklärungsmodell psychischer Störungen in diesem Ansatz ist, dass psychische Störungen durch Kommunikationsstörungen hervorgerufen werden, die von Beziehungsmustern und (frühen) Beziehungserfahrungen abhängen. Die IPT wurzelt in psychodynamischen und gesprächstherapeutischen Ansätzen und verbindet diese mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Elementen.

### *Systemische Therapie*

Systemische Therapien leiten sich u. a. aus kybernetischen Theoriemodellen über die Funktionsweise lebender Systeme ab. Dies können Systeme innerhalb einer Person oder auch aus mehreren Personen bestehende Systeme sein. Typischerweise handelt es sich in unserer Arbeit um Paare, Familien oder familiäre Verbände, also den sozialen Mikrokosmos, in dem unsere Patienten leben. In der systemischen Familientherapie wird nicht eine Person, also auch nicht die PatientIn oder der Patient als Problem in den Mittelpunkt gestellt, sondern das ganze System bzw. seine Funktionsweise und die Interaktionen der Mitglieder untereinander. Der Patient ist also das Paar oder die Familie. In der Familientherapie (mit oder ohne real anwesende Familienmitglieder) ist es das Ziel, den Beteiligten zu vermitteln, wie sie miteinander umgehen, und sie auf möglicherweise ungünstige (dysfunktionale) Interaktionsmuster aufmerksam zu machen. Dies geschieht mittels verschiedener Techniken, die letztlich zu einer Neudefinition der Beziehungen untereinander (z. B. durch veränderte Regeln) und damit zu einem günstigeren Klima in der Familie führen. Nach dem Leitsatz „Das Tun des einen ist das Tun des anderen“ stellt sich in einer für die Beteiligten häufig erstaunlichen Weise heraus, dass ein verändertes Verhalten eines Familienmitgliedes unmittelbar mit einem veränderten Verhalten der anderen Mitglieder einhergeht. Ziel ist es letztlich immer, neue und angemessene Entwicklungsschritte des gesamten Systems zu ermöglichen, wo vorher Starrheit oder Stillstand herrschte.

Die systemische Familientherapie wird in unserer Klinik durch einige ausgebildete Familientherapeuten angewandt und ist fast immer eingebettet in ein therapeutisches Gesamtkonzept für die jeweilige PatientIn. Sie kann bereits während des stationären Aufenthaltes beginnen, wird in der Regel aber erst in der Zeit nach der Entlassung beendet. Das „Team Familien-therapie“ wird für die gesamte Klinik zentral koordiniert.

#### 3.8.3 Ergotherapie

Ergotherapie geht davon aus, dass „tätig sein“ ein menschliches Grundbedürfnis ist. In diesem Sinne ist gezielte Betätigung eine zentrale Kraft für Gesundheit, Wohlbefinden, Entwicklung und Veränderung. Im Gegenzug kann eingeschränkte Betätigung einen Erkrankungsprozess initiieren oder begünstigen.

Übergeordnetes Ziel der Ergotherapie ist es deshalb, Menschen bei der Durchführung der für sie wichtigen Betätigungen in ihrem Alltag zu unterstützen und zu stärken.

Betätigungen sind im ergotherapeutischen Sinne alle Aktivitäten des täglichen Lebens, die durch den Einzelnen und den jeweiligen Kulturkreis definiert, organisiert und individuell mit Bedeutung und Wert versehen sind.

Dabei ermöglichen es Betätigungen, z. B.

Individuelle Potenziale zu entdecken, zu entwickeln und auszubauen,

Sich selbst zu ordnen, Umwelt und Zeit zu strukturieren,  
Ziele und Zwecke zu verfolgen und sich als wirksam zu erleben,  
Identitätsstiftende Prozesse einzugehen,

Sich als wertvolles Mitglied der Gemeinschaft zu fühlen und an ihr teilzuhaben.

Um Betätigungen (wieder) zu ermöglichen, bedient sich Ergotherapie einer Vielzahl unterschiedlicher Methoden: Spezifische Diagnostik, aktivierende und handlungsorientierte Angebote, lebenspraktische und kognitive Übungen, gestaltungstherapeutische, interaktionelle und kompetenzzentrierte Verfahren, Arbeitstherapie, assessmentgeleitete Einzelgespräche zur Zielabklärung und Reflexion, Einzel- und Gruppentherapie, Beratung und Umwelтанpassung.

Ergotherapeutische Behandlung sollte sich am Alltag ihrer Klienten orientieren. Insofern ist auch die Auswahl der Verfahren und Methoden von deren Problemstellungen und Ressourcen abhängig. Individuelle Lebensgewohnheiten und reale Lebensbedingungen werden bei der Planung berücksichtigt und mit den Patienten besprochen. Zur Verbesserung der Handlungsfähigkeiten im Alltag ist es oft erforderlich, zuerst grundlegende Basisfähigkeiten wieder zu erlangen. Ergotherapie kann in diesen Fällen dazu beitragen, Fertigkeiten und Fähigkeiten zu verbessern wie:

- Psychische und physische Belastbarkeit,
- soziale Kompetenz,
- Handlungsplanung,
- Kreativität und Flexibilität für Problemlösungen,
- Verantwortung und Verbindlichkeit,
- angemessene Selbsteinschätzung,
- Wahrnehmung und Ausdruck eigener Wünsche und Gefühle,
- Selbständigkeit.

Maßgeblich dafür ist, mit den Patienten Situationen zu schaffen, in denen sie sich als aktiv, selbstwirksam und erfolgreich erleben können. Durch die Wahrnehmung persönlicher Ressourcen können diese anschließend zur Alltagsbewältigung eingesetzt werden.

Die klinische und tagesklinische Ergotherapie findet stationsbezogen bzw. stationsübergreifend als Gruppen- oder Einzeltherapie statt. In die klinische Abteilung ist zudem die Kunsttherapie integriert.

Die Teilnahme an der klinischen Ergotherapie wird zwischen Patient und verantwortlichem Therapeuten oder Primary Nurse vorbesprochen bzw. konkretisiert. Nach einer schriftlichen

Anmeldung erfolgt die Aufnahme optimaler Weise durch ein Vorgespräch mit Betätigungsanamnese und Zielvereinbarung.

Während des Klinikaufenthalts ist eine der Aufgaben der Ergotherapie, an der Diagnostik sowohl der persönlichen Ressourcen als auch krankheitsbedingt eingeschränkter psychischer, sensorischer, motorischer und sozialer Funktionen mitzuwirken. Hierfür werden besonders zwei eigens entwickelte handlungsorientierte Verfahren benutzt: Das alltagsbezogene Diagnostik-modul und die Arbeitsdiagnostik. Erkenntnisse aus diesen Verfahren dienen der weiteren Planung ergotherapeutischer Maßnahmen und/oder der externen Anschlussperspektiven.

Ferner existieren in Gilead IV, in der Klinik Pniel und in der Ergotherapiepraxis I in der Hofstraße differenzierte arbeitstherapeutische Angebote. Dort werden durch gezielte Arbeitstrainings unter therapeutischer Begleitung Arbeitsbelastungsversuche durchgeführt, die Belastungsfähigkeit und Grundarbeitsfähigkeiten trainiert. Besonders in der Klinik Pniel werden auch Berufsfindungsmaßnahmen durchgeführt, da die oft erstmals erkrankten jungen PatientInnen häufig über keine Berufsausbildung verfügen.

In den letzten Jahren hat sich zunehmend gezeigt, dass arbeitsbezogene Maßnahmen erheblich zu einer psychischen Stabilisierung chronisch psychisch kranker Menschen beitragen und gravierende Rezidive bzw. stationäre Wiederaufnahmen zu einem erheblichen Teil reduziert werden können. Zur weitergehenden Nutzung dieser Erkenntnisse befasst sich die Ergotherapie (in Kooperation mit der Klinischen Sozialarbeit) u. a. verstärkt mit dem Thema *Supported Employment* und bietet auch hierfür spezifische Angebote an. Im Gruppenangebot *Arbeitswelten* wird zunächst ein Austausch über die Themen Arbeit/Beschäftigung moderiert. Die Klienten erhalten Unterstützung bei der Suche nach Arbeits/Praktikumsplätzen auf dem 1. Arbeitsmarkt. Erfahrungen, die dort gemacht werden, fließen wiederum in die Gruppe mit ein. Parallel können die Klienten bei Bedarf in ihrem jeweiligen Praktikumsbetrieb ambulant betreut werden.

Im klinischen Setting wird eine weitere Gruppe angeboten, welche das Thema Arbeit psycho-edukativ leicht verständlich thematisiert und Information und Beratung über Chancen und Barrieren zur Teilhabe bzw. den Zugängen zum Hilfesystem anbietet. An der Gruppe *Arbeitsinformationen* können auch schwerer beeinträchtigte Patienten teilnehmen.

Beide miteinander vernetzbare Angebote gehen damit über die klassischen *first train then place* Maßnahmen hinaus. Sie sind empowermentorientiert, fördern den gegenseitigen Austausch individueller Erfahrungen und verhelfen dem Einzelnen zu mehr Autonomie bei der Inanspruchnahme von Arbeit und Beschäftigung.

Darüber hinaus ist das EvKB Träger von zwei Ergotherapiepraxen, die nach Heilmittelverordnung ambulant Behandlungen durchführen. Während die Ergotherapiepraxis Hofstraße

einen psychiatrischen Schwerpunkt hat, versorgt die Praxis Eckardtsheim umfassend Erwachsene, Jugendliche und Kinder mit somatischen und psychischen Beeinträchtigungen. Es werden sowohl Privatpersonen als auch Klienten diverser Einrichtungen der Arbeitsfelder Behindertenhilfe, Integrationshilfen und Altenhilfe in den vBS behandelt.

In der Ergotherapie werden Patienten demnach durch spezifische Aktivitäten, Umweltpassung und Beratung gezielt und ressourcenorientiert bei der Integration in den Alltag und das Arbeitsleben für die Zeit nach der Behandlung unterstützt.

#### 3.8.4 Bewegungs- und Physiotherapie

Einige psychische Störungen wie z. B. viele Angsterkrankungen oder auch die Depression führen durch körperliches Schonungsverhalten zu einem Verlust der körperlichen Ausdauer und Trainiertheit. Eine gute körperliche Verfassung jedoch stellt einen protektiven Faktor gegen eine Vielzahl von Erkrankungen dar. Ein Mechanismus, über den körperliche Trainiertheit einen günstigen Einfluss auf die psychische Gesundheit ausüben kann, besteht in der Beeinflussung des Stresssystems. Bei gutem körperlichem Trainingszustand führen psychische Stressoren nur zu einer kleineren körperlichen Stressantwort (z .B. geringere Erhöhung der Herzfrequenz) als bei wenig trainierten Menschen. Bewegungstherapeutisch begleitet kommen in unserer Klinik insbesondere folgende Verfahren zur Steigerung der körperlichen Ausdauer zum Einsatz: Fahrradergometertraining, Walking, Jogging, Schwimmen.

Die Bewegungstherapie ist prinzipiell ressourcenorientiert, d. h. sie greift auf die vorhandenen Fähigkeiten von Patienten zurück. Sie orientiert sich an den individuellen Möglichkeiten und Grenzen, betrifft dabei die Körperwahrnehmung, die sozialen Interaktion und das emotionale Erleben der Menschen.

Bei einer Vielzahl von psychischen Erkrankungen ist der Zugang zur eigenen Körperwahrnehmung eingeschränkt. Diesen wiederherzustellen stellt eine wichtige Voraussetzung dar, um sich selbst annehmen und eigene Wünsche und Bedürfnisse erkennen und kommunizieren zu können. Ziele der Bewegungstherapie können den Bereichen „emotional-kognitiv“, „sozial“ und „physiologisch-körperlich“ zugeordnet werden:

<i>Emotional-kognitive Aspekte</i>	<i>Soziale Aspekte</i>	<i>Physiologische (körperliche) Aspekte</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erleben und ggf. Wiedererlernen der Wahrnehmung von Freude und Wohlfühlen</li> <li>• Reduzierung psychischer Symptome (Depression u. a.)</li> <li>• Aggressionsabbau und körperlicher Ausdruck von Emotionen</li> <li>• Aktivierung und Mobilisierung</li> <li>• Entspannung und Lockerung</li> <li>• Verbesserung von Konzentration, Geduld und psychischer Ausdauer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herstellung der Gruppenfähigkeit (Integration)</li> <li>• Erleben gruppendynamischer Prozesse</li> <li>• Vermittlung von Möglichkeiten für eine angemessene Freizeitgestaltung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Steigerung der kardiovaskulären Ausdauer</li> <li>• Muskelaufbautraining</li> <li>• Wiederherstellung eingeschränkter Funktionen und Bewegungen</li> <li>• Lockerung des Muskelgewebes</li> <li>• Verbesserung der Haltung und Bewegungsabläufe</li> </ul>

Bewegungstherapie findet sowohl stationsbezogen als auch stationsübergreifend im Einzel- und Gruppensetting und ggf. im geschlechtsspezifischen Kontext statt. Die Maßnahmen sind theoriegeleitet und idealerweise in das Behandlungskonzept einer Behandlungseinheit integriert. Sie werden als feste Therapiemaßnahme verordnet.

Zum Ausdauertraining siehe Abschnitt 3.8.1.

### 3.8.5 Musiktherapie

Musiktherapie ist ein kreatives psychotherapeutisches Verfahren, bei dem Patienten im freien musikalischen Spiel Strukturen und Muster ihres psychischen Leidens, ihrer Persönlichkeitsanteile und Kommunikationsmuster erkennen können. Auf spielerisch-experimentelle Weise werden alternative Verhaltensmöglichkeiten erfahren und Kontakt zu jenen Gefühlen hergestellt, die bisher nur in der pathologischen Verschlüsselung erlebt werden können. Musik weckt Bilder, Phantasien und Gestalten, die in unserer Erinnerung schlummern. Dies ist ein Ansatzpunkt für die musiktherapeutischen Methoden des Musikhörens mit anschließendem therapeutischem Gespräch. Die fachgerechte Musiktherapie wird von ausgebildeten Musik- und Dipl.-Musiktherapeuten ausgeführt, deren Arbeit in das therapeutische Gesamtkonzept eines jeden Bereichs eingebunden ist. Musiktherapie wird für einzelne Patienten in Absprache mit dem Behandlungsteam geplant. Sie findet als Einzel- und Gruppentherapie statt. In einer kürzlich durchgeführten eigenen Untersuchung zur Wirksamkeit der Musiktherapie berichteten die Patienten außerordentlich positive Effekte.

### 3.8.6 Kunsttherapie

Die Kunsttherapie im klinischen Setting hat ein hohes Potential in verschiedenen Bereichen. Die Patienten können von ihr als eigenständige Methode profitieren, aber auch von Kombinationen mit tiefenpsychologischen oder verhaltenstherapeutischen Ansätzen. Wesentliche

Ziele kunsttherapeutischer Interventionen sind die Unterstützung von Wahrnehmungs- und Ausdrucksformen mit kreativen Mitteln, die Aktivierung und Übung von Kommunikations- und Symbolisierungsprozessen (durch das Zusammenwirken verbaler und nonverbaler Ausdrucksformen) sowie die Förderung von Ressourcen, emotionaler Erfahrung und rationaler Einsicht.

Kunsttherapie wird in der Klinik als Einzel- und Gruppentherapie angeboten. Die allgemeine Kunsttherapiegruppe ist stimulierend, erlebnis- und ressourcenorientiert ausgerichtet. Sie dient der Aktivierung, Stabilisierung und Strukturierung, sowie dem Erwerb und der Verbesserung von Gruppen- und Kommunikationskompetenzen. Das affektive Erleben wird gestärkt und Gedankendistanzierung ermöglicht. Anhand bildnerischer Mittel wird prozesshaftes Experimentieren gefördert. Die Verbalisierung und Bewusstwerdung der vormals bildlich ausgedrückten Botschaften ist eine wichtige Leistung der Kunsttherapie für die Patienten.

Neben der allgemeinen Gruppe werden zwei Gruppen angeboten, die inhaltlich eng mit den in der Klinik durchgeführten psychotherapeutischen Ausrichtungen (Tiefenpsychologie sowie Dialektisch Behaviorale Therapie) verwoben sind.

### 3.8.7 Tanz- und Ausdruckstherapie

Tanz- und Ausdruckstherapie ist ein kreatives Therapieverfahren, in dem die Bewegung und nicht die Sprache als Ausdrucksform im Mittelpunkt steht. Durch leichte, spielerische Übungen, häufig unterstützt durch Musik, werden Bewegungsmöglichkeiten erlebt. Der Patient kann eigene Bewegungsfähigkeiten und den damit verbundenen körperlichen Ausdruck entdecken, Freude an der Bewegung mit sich und Anderen (zurück)gewinnen, Freude am eigenen Körper erleben, in der Bewegung Entspannung und Beruhigung finden, eine Beziehung zu sich, zu Anderen und zum Raum herstellen sowie Gefühle körperlich erleben, erkennen und deutlich machen. Darüber hinaus schafft Tanz und Bewegung mit älteren Menschen Freude an der Bewegung, reaktiviert Erinnerungen und wirkt damit geistig anregend und stimulierend.

Neben der Förderung einer freien – evtl. von Musik unterstützen – freien Bewegung werden auch Hilfsmittel (wie Seile, Bälle, Bilder, Stäbe oder Tücher) zur Unterstützung und Erweiterung der Ausdrucksmöglichkeiten eingesetzt, wobei sich Phasen der Spannung mit Phasen der Entspannung abwechseln können. Die sprachliche Verarbeitung steht erst in der Phase der Reflexion im Mittelpunkt.

### 3.8.8 Achtsamkeitsbasierte Ansätze

Achtsamkeitsbasierte Ansätze bewirken eine – wissenschaftlich inzwischen vielfach belegte - Symptomreduktion durch die Fokussierung auf das, was gegenwärtig erfahrbar ist. Dabei kommen Wirkfaktoren zur Geltung, die auch in verhaltenstherapeutischen (z. B. das Zulas-



sen unangenehmer Zustände wie bei Exposition), geschichtspsychotherapeutischen (Nicht-Direktivität, Authentizität, Wertschätzung) als auch in psychodynamischen (z. B. nicht rein kognitiv gesteuerte Selbstwahrnehmung) Ansätzen vertreten sind. Achtsamkeitsbasierte Interventionen sind zum einen Bestandteil komplexer Therapieverfahren wie der oben erwähnten Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT). Zum anderen bieten wir auch Gruppenverfahren an, die im Kern auf eine Achtsamkeitsschulung setzen, wie Mindfulness-Based-Stress-Reduktion (MBSR). Da MBSR und verwandte Verfahren nicht nur bei akuten Störungsbildern hilfreich sind, sondern auch der Rückfallprävention dienen, kann die Anwendung bereits während des stationären Aufenthaltes erfolgen, aber auch die Zeit nach der Entlassung mit einschließen. MBSR wird von speziell in diesem Verfahren ausgebildeten Mitarbeitern der Klinik angeboten.

### 3.8.9 Sozialtherapeutische Verfahren: Von der Existenzsicherung bis zur Wiedereingliederung

Klinische SozialarbeiterInnen und Sozialpädagogen nehmen umfassende sozialarbeiterische und sozialtherapeutische Aufgaben wahr. Sie tragen verantwortlich dafür Sorge, dass den Patienten alle ihnen zustehenden sozialen Leistungen gewährt werden. Dies betrifft insbesondere Ansprüche gegenüber den unterschiedlichen Trägern der Sozialversicherung (Kranken-, Renten-, Unfall-, Arbeitslosenversicherung etc.) sowie Sozialhilfeträgern. Kontakte mit und Interventionen im sozialen, beruflichen und Wohnumfeld sind ebenfalls häufig notwendig, um die Existenzgrundlagen der Betroffenen herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern. Darüber hinaus unterstützen die Sozialarbeiter und Sozialpädagoginnen die Krankenhausverwaltung bei der Kostensicherung durch Bearbeitung von Kostenübernahme-Anträgen, Erhebung von Sozialhilfegrunderträgen, Telefonaten und Schriftverkehr mit den in Frage kommenden Kostenträgern.

Die Auswirkung der Erkrankung im Lebensalltag der Patienten spielt bei der Therapieplanung eine wichtige Rolle. Veränderungen in den Lebensbereichen Wohnen, Arbeit, Selbstversorgung, soziale Kontakte und Freizeitgestaltung fließen in die Behandlungsplanung und -durchführung ein. Weitere sozialtherapeutische Aufgaben umfassen die Gruppentherapie, z. T. die Familientherapie, Informationsgruppen für Patienten und deren Angehörige, themenzentrierte Gruppen und Angehörigengruppen.

Im Rahmen der multiprofessionellen Teamarbeit liegt die Zuständigkeit für die Planung und Einleitung der Nachsorge und weitergehender Maßnahmen der medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation überwiegend bei den klinischen SozialarbeiterInnen und Sozialpädagogen. In der Planung werden die Ergebnisse der klinisch-psychiatrischen und psychologischen Kenntnisse über die Patienten als auch der neurokognitiven und Arbeitsdiagnostik genutzt. In diesem Zusammenhang sichern und pflegen SozialarbeiterInnen und Sozialpä-

dagogen die Zusammenarbeit mit zahlreichen Diensten außerhalb der Klinik und tragen damit in besonderer Weise zur gemeindepsychiatrischen Orientierung bei. Seit 2005 beteiligt sich die Klinik an einem Projekt zur systematischen Hilfeplanung für Personen mit komplexem Hilfebedarf (mittels IBRP, Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung, siehe auch 2.1.4). Auf der Basis dieser Hilfebedarfsermittlung soll in der funktionalen Hilfeplankonferenz der Stadt Bielefeld relativ rasch und unbürokratisch ein Votum zur Frage der Kostenübernahme an die zuständigen Kostenträger abgegeben werden. Hierbei handelt es sich um ein Gremium, das die bisher häufig hinderliche Zersplitterung der sozialrechtlichen Zuständigkeiten kompensiert und somit eine alle Lebensbereiche des Hilfeempfängers (Wohnen, Arbeit, Tagesstruktur, Behandlung etc.) angemessen berücksichtigende Hilfe geplant und gewährt werden kann.

### 3.8.10 Angehörigenarbeit

Das bio-psycho-soziale Verständnis von Erkrankungen, deren Entstehung und Aufrechterhaltung schließt die Bedeutung des sozialen Umfeldes ein. Psychische Erkrankungen sind in jedem einzelnen Fall auch vor dem Hintergrund der partnerschaftlichen und familiären Situation zu betrachten. Da viele psychische Erkrankungen dazu führen, dass die Betroffenen Einschränkungen in mehreren Lebensbereichen erleben, sind die Angehörigen oftmals in hohem Maße beansprucht und belastet. Die psychische Erkrankung eines Patienten kann in der Folge das partnerschaftliche und familiäre Zusammenleben erheblich beeinflussen und erschweren. Umgekehrt kann die psychische Erkrankung eines Menschen ein „Reflex“ auf ungünstige Lebenserfahrungen bzw. -bedingungen im engsten sozialen Umfeld darstellen.

Wir haben deshalb diejenigen sozialen Faktoren zu ermitteln, die an der Aufrechterhaltung oder Verschlimmerung einer psychischen Erkrankung und deren Symptome beteiligt sein können. Partnerschaftliche, familiäre und soziale Bedingungen, die - meist ungewollt - symptombegünstigend wirken, sollen im Sinne der Förderung der Gesundheit der Betroffenen verändert werden. Dies ist i. d. R. ein mühsamer und kleinschrittiger Prozess. Angehörige und wichtige Bezugspersonen werden – wo immer möglich und von den Betroffenen gewünscht - in allen Abteilungen der Klinik in die aktuelle Therapie und die Überlegungen zur Prävention einbezogen. Dies geschieht z. B. im Rahmen von regelmäßigen Angehörigenvisiten sowie von Paar- und Familiengesprächen (zur Familientherapie im engeren Sinne siehe Kap. 3.8.2: Systemische Therapie). Wir bieten eine Angehörigenprechstunde an, in denen Angehörige sich erste Informationen zu Diagnostik und Therapie psychischer Störungen einholen können und einen Raum für entlastende Gespräche finden. Wir bieten Angehörigen-Selbsthilfegruppen Räume für ihre gemeinsamen Treffen.

### 3.9 Klinische Sozialarbeit: Von Existenzsicherung bis Wiedereingliederung

Klinische SozialarbeiterInnen und Sozialpädagogen nehmen umfassende sozialarbeiterische und sozialtherapeutische Aufgaben wahr. Sie tragen verantwortlich dafür Sorge, dass den Patienten alle ihnen zustehenden sozialen Leistungen gewährt werden. Dies betrifft insbesondere Ansprüche gegenüber den unterschiedlichen Trägern der Sozialversicherung (Kranken-, Renten-, Unfall-, Arbeitslosenversicherung etc.) sowie Sozialhilfeträgern. Kontakte mit und Interventionen im sozialen, beruflichen und Wohnumfeld sind ebenfalls häufig notwendig, um die Existenzgrundlagen der Betroffenen herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern. Darüber hinaus unterstützen die Sozialarbeiter und Sozialpädagoginnen die Krankenhausverwaltung bei der Kostensicherung durch Bearbeitung von Kostenübernahme-Anträgen, Erhebung von Sozialhilfegrunderträgen, Telefonaten und Schriftverkehr mit den in Frage kommenden Kostenträgern.

Die Auswirkung der Erkrankung im Lebensalltag der Patienten spielt bei der Therapieplanung eine wichtige Rolle. Veränderungen in den Lebensbereichen Wohnen, Arbeit, Selbstversorgung, soziale Kontakte und Freizeitgestaltung fließen in die Behandlungsplanung und -durchführung ein. Weitere sozialtherapeutische Aufgaben umfassen die Gruppentherapie (Informationsgruppen für Patienten und deren Angehörige, themenzentrierte Gruppen und Angehörigengruppen), z. T. die Familientherapie.

Im Rahmen der multiprofessionellen Teamarbeit liegt die Zuständigkeit für die Planung und Einleitung der Nachsorge und weitergehender Maßnahmen der medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation überwiegend bei den klinischen SozialarbeiterInnen und Sozialpädagogen. In der Planung werden die Ergebnisse der klinisch-psychiatrischen und psychologischen Kenntnisse über die Patienten als auch der neurokognitiven- und Arbeitsdiagnostik genutzt. In diesem Zusammenhang sichern und pflegen SozialarbeiterInnen und Sozialpädagogen die Zusammenarbeit mit zahlreichen Diensten innerhalb und außerhalb der Klinik und tragen damit in besonderer Weise zur gemeindepsychiatrischen Orientierung bei. Seit 2005 beteiligt sich die Klinik an einem Projekt zur systematischen Hilfeplanung für Personen mit komplexem Hilfebedarf (mittels IBRP, Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung, siehe auch 2.1.4). Der IBRP wird von den Kliniksozialarbeitern gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet und mit den weiteren Formalitäten an den Kostenträger weiter geleitet.

Die klinischen SozialarbeiterInnen beteiligen sich traditionell intensiv an der Aufgabe, die Vernetzung mit Kooperationspartnern im Versorgungssystem zu entwickeln und aufrechtzuerhalten. Das Engagement für die sozialpolitischen Belange innerhalb der Versorgungsstrukturen und die Mitarbeit in entsprechenden Vereinen und Gremien gehört zum Selbstverständnis der Berufsgruppe Klinische Sozialarbeit.

### 3.10 Indikationsbezogene Konzepte und Methoden

Die folgende Konzeptdarstellung innerhalb der Abteilungen orientiert sich der Übersicht halber an den stationären, teilstationären und ambulanten Bereichen. Die Erfahrung zeigt aber, dass diese an Finanzierungsmodalitäten orientierte Trennung in Behandlungssektoren künstlich und der Sache nicht angemessen ist. Daher finden sich verschiedene Hinweise auf Bemühungen, diese Versäulung durch integrierte Behandlungsmodalitäten zu ersetzen. Das Ideal von Behandlungsepisoden mit individuell und indikativ durchgeführten stationären, teilstationären und ambulanten Anteilen lässt sich allerdings durch die gültigen strukturellen Vorgaben zzt. nur in Ansätzen realisieren. Die verschiedenen Bereiche der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie arbeiten indikativ bzw. nach Schwerpunkten. Diese Vorgehensweise bewährt sich aus inhaltlichen, besonders aber aus organisatorischen Gründen. So können ressourcenschonend Prozessabläufe optimiert werden, für die einzelne PatientIn steht somit mehr Zeit zur Verfügung. Allerdings ist es in einer Akutklinik nicht möglich und sinnvoll, ausschließlich Spezialstationen im engeren Sinne zu realisieren. Ein solch enges Konzept würde dem Pflichtversorgungsauftrag und der häufig multiplen Problematik unserer PatientInnen nicht gerecht werden.

#### 3.10.1 Abteilungen für Allgemeine Psychiatrie

Der Bereich Allgemeine Psychiatrie umfasst 8 Stationen mit 167 Behandlungsplätzen, 3 Tageskliniken mit 60 Behandlungsplätzen und die Klinik Pniel für die mittelfristige Behandlung mit 42 Behandlungsplätzen und ist in zwei Abteilungen aufgeteilt.

Zu der Abteilung für Allgemeine Psychiatrie I gehören die Stationen A2, A3, A4 und A5 mit ihren Transferbereichen (s.u.) und zwei Tageskliniken (Bethel (West) und Süd). Entsprechend der Einteilung der Stadt Bielefeld in drei Versorgungssektoren (Ost, West und Süd) erfolgt eine sektorbezogene Behandlung mit dem Ziel einer Behandlungskontinuität auf derselben Station, was sich angesichts der in der Regel rezidivierenden bzw. chronifizierten Krankheitsbilder als sehr sinnvoll erwiesen hat.

Die Stationen A1, A7, A8 und A9 sowie eine Tagesklinik (Ost) haben sektorübergreifende Behandlungsaufträge und bilden die Abteilung für Allgemeine Psychiatrie II. Alle Stationen arbeiten mit indikativen Schwerpunkten, in der Tagesklinik werden PatientInnen aus verschiedenen Indikationsbereichen behandelt.

#### 3.10.2 Abteilung Allgemeine Psychiatrie I – Schwerpunkt für Patienten mit psychotischen Störungen

Auf 4 Stationen mit insgesamt 97 Betten werden vornehmlich Menschen mit akuten schizophrenen und schizoaffektiven Störungen sowie Manien behandelt. Hinzu kommen PatientInnen mit chronifizierten psychischen Störungen und komplexem Hilfebedarf sowie in gerin-

gem Umfang forensische Patienten im Rahmen einer Unterbringung gem. § 63 StGB. Es handelt sich also um einen Personenkreis mit schweren, akuten und häufig psychotischen Erkrankungen bzw. Krisen.

Entsprechend der Art und Akuität der zugrunde liegenden Erkrankungen werden psychopharmakologische, psychotherapeutische und sozialtherapeutische Verfahren unter Berücksichtigung des individuellen Kontextes angewandt (siehe Kap. 3.8). In der ersten Phase der Behandlung, der Akutphase, stehen die Reduzierung akuter psychotischer Symptome, Angstabbau und Entspannung im Vordergrund. Neben der medikamentösen Akutbehandlung sind in dieser Phase folgende Merkmale der Behandlung wichtig:

- entspanntes Stationsmilieu,
- freundliche, ruhige bzw. abwartende Zuwendung durch die Mitarbeitenden,
- Reizabschirmung,
- Aufklärung (über das subjektiv häufig nicht begreifbare Erleben),
- klare und verlässliche Tagesabläufe,
- eindeutige Kommunikation und Regeln.

Die Akutphase kann Stunden bis Tage, selten auch Wochen dauern. Bei kurzen Krisen bzw. Rezidiven und einem entsprechenden (z. B. sozialpsychiatrisch betreuten) sozialen Empfangsraum kann die Entlassung nach der Stabilisierung bei einem Teil der Patienten sehr rasch erfolgen. Ansonsten schließt sich die psychotherapeutisch, ergotherapeutisch und sozialtherapeutisch geprägte Stabilisierungsphase im engeren Sinne an. In einem strukturierten Behandlungssetting werden folgende Ziele verfolgt:

- Bewältigung der akuten Erkrankung,
- Wissenserwerb über die Erkrankung, ihre Behandlung und Prävention,
- soziale und berufliche Existenzsicherung,
- Training der z. T. verloren gegangenen sozialen Kompetenzen,
- Training von neuropsychologischen und handwerklichen Fertigkeiten,
- Training von Alltagsfertigkeiten,
- Abbau ungünstiger Verhaltensmuster und Aufbau günstigerer Alternativen.

Psychosenpsychotherapie hat in den letzten Jahren besonders in dieser Phase eine zunehmende Bedeutung erhalten. Die klinische Erfahrung und die verfügbare wissenschaftliche Evidenz zeigen darüber hinaus, dass eine frühe psychotherapeutische Behandlung den Krankheitsverlauf positiv beeinflusst.

In der nahtlos sich anschließenden Transferphase werden Übungen und Belastungserprobungen durchgeführt, die Entlassung vorbereitet und ggf. die Weiterbehandlung gesichert. Ein Teil der PatientInnen verbringt die therapiefreie Zeit und die Nachtruhe in dieser Phase auf einer weniger intensiv betreuten Transferstation, während die Behandlung weiter auf der Therapiestation erfolgt. Diese Maßnahme dient der teilweisen Ablösung vom therapeutischen Team und der Förderung selbständiger Handlungskompetenzen vor der Entlassung. Eine integrierte teilstationäre Versorgung auf den Stationen erfolgt in begrenztem Umfang, wenn eine Verlegung in die Tagesklinik nicht sinnvoll erscheint.

Eine Besonderheit der Abteilung sind die Behandlungskonferenzen als Ausdruck eines partizipativen (gleichberechtigt teilhabenden) Ansatzes in der Therapie. Dieser Ansatz wurde aus dem in Skandinavien entwickelten psychotherapeutisch orientierten Modell des need-adapted treatment von Patienten mit Psychosen übernommen (bedürfnisangepasste Behandlung). Behandlungskonferenzen sind wöchentlich stattfindende Gesprächsrunden, in denen gemeinsam mit dem Patienten Therapieziele und Therapiepläne erarbeitet und verhandelt werden. Die Gesprächsrunden sind multiprofessionell zusammengesetzt, bei Bedarf werden Angehörige, Betreuer, Arbeitgeber oder andere für den Patienten wichtige Bezugspersonen eingeladen. Es wird nach der Methode des Reflektierenden Teams gearbeitet mit dem primären Ziel der bedürfnisangepassten Behandlung und einer weitgehenden Partizipation des Patienten. Im Gegenzug wird auf die klassischen Visiten und Therapiekonferenzen verzichtet.

#### *Für den Bielefelder Osten: Die Station A2 und die Tagesklinik Bethel*

Diese Arbeitseinheiten sind für die stationäre (bis zu 27 Plätze einschließlich Transferstation) und teilstationäre (24 Plätze, auch für den Sektor West) Behandlung von Bürgern des Bielefelder Ostens zuständig. Im Unterschied zu den beiden anderen Sektoren der Stadt befinden sich im Sektor Ost nur wenige Einrichtungen der stationären Eingliederungshilfe für Menschen mit chronischen psychischen Störungen bzw. Behinderungen. Daraus resultiert ein entsprechend niedrigerer Bedarf an stationären und teilstationären Behandlungsplätzen. Die Station befindet sich im Gebäude Gilead IV und ist fakultativ, d. h. bei Bedarf schließbar. Die Tagesklinik Bethel verfügt über 24 Behandlungsplätze (für die Sektoren West und Ost) und ist in der Gadderbaumer Straße gelegen - in unmittelbarer Nähe des Bethelecks.

#### *Für den Bielefelder Westen: Die Stationen A3/A4 und die Tagesklinik Bethel (s.o.)*

Die Stationen A3 und A4 sind zuständig für das Versorgungsgebiet West der Stadt Bielefeld und damit auch für die Bewohnerinnen der stationären Eingliederungshilfe im Stiftungsgebiet Bethel Regional der v. Bodelschwingschen Stiftungen in der Ortschaft Bethel. Hier liegt auch ein Teil der Wohnheime des Arbeitsfeldes Behindertenhilfe. Daher ist der Anteil

chronisch psychisch Kranker bzw. behinderter Menschen unter den PatientInnen relativ hoch. Die beiden Stationen liegen nebeneinander im neuen Erweiterungsbau Gilead IV, werden offen geführt und verfügen über 42 Plätze. Die integrierte Arbeitsweise der beiden Stationen dokumentiert sich durch den überwiegend stationsübergreifenden Charakter der therapeutischen Angebote. Ärztinnen und Psychologinnen vertreten sich bei Bedarf. In begründeten Einzelfällen können eine Station oder Teile einer Station vorübergehend geschlossen werden.

#### *Für den Bielefelder Süden: Die Station A5 und die Tagesklinik Süd*

Die im Jahr 2004 grundsanierte Station A5 ist mit 28 Behandlungsplätzen (einschließlich Transferstation) zuständig für das Versorgungsgebiet Süd der Stadt Bielefeld einschließlich der Bewohner der stationären Eingliederungsbereiche und der Heimbereiche in der Ortschaft Eckardtsheim (Bereich Integrationshilfen im Stiftungsbereich Bethel.regional). Die Tagesklinik Süd mit 20 Behandlungsplätzen ist im Sennestadthochhaus angesiedelt und liegt damit am weitesten von den übrigen Einheiten der Klinik entfernt. Dort werden auch Patienten der Abteilung Allgemeine Psychiatrie II behandelt. Im Bereich A5 besteht als Besonderheit ein Frauenbereich mit bis zu sechs Plätzen in einem eigenen Flur. Der Frauenbereich wird besonders genutzt von Frauen mit Gewalterfahrung, PatientInnen aus anderen Kulturkreisen sowie Frauen, die einen besonderen Schutzraum benötigen. Die PatientInnen werden vornehmlich von MitarbeiterInnen betreut.

#### *Klinik Pniel*

Die Klinik Pniel liegt getrennt vom Akutklinikbereich im Hoffnungsthaler Weg mitten in Bethel und verfügt über eine sehr gute Straßenbahnanbindung an die Innenstadt. Sie verfügt über 42 Behandlungsplätze und bietet ein differenziertes Behandlungsangebot für Patienten mit chronischem bzw. chronisch-akutem Krankheitsverlauf und Mehrfacherkrankungen an. Aufgenommen werden vornehmlich Menschen mit schizophrenen und manisch-depressiven Störungen, aber auch Menschen mit schweren neurotischen Störungen oder Persönlichkeitsstörungen sowie Menschen mit einer zusätzlichen Abhängigkeitserkrankung. Im Einzelfall werden auch anfallskranke Menschen aufgenommen, die aus dem näheren Umfeld Bielefelds stammen und die unter komorbiden psychischen Störungen leiden. Die mittelfristige Behandlung dient insbesondere dem Ziel, den in der psychiatrischen Akutbehandlung erzielten Erfolg zu sichern oder zu festigen. Sie trägt dazu bei, drohenden Behinderungen vorzubeugen (sekundär-präventiver Ansatz), Behinderungen zu beseitigen, zu bessern oder Verschlimmerungen zu verhüten (tertiär-präventiver Ansatz), die sonst zu Pflegebedürftigkeit oder chronifizierten Beeinträchtigungen führen. Gesamtziel der mehrdimensionalen Behandlungsmaßnahmen ist es, eine umfassende Stabilisierung des Gesundheitszustandes der Patienten zu erreichen und ihnen eine Wiedereingliederung in den Bereichen Arbeit, Woh-

nen und soziales Umfeld zu ermöglichen. Neben psychotherapeutischen und pharmakologischen Therapieansätzen werden je nach Bedarf ein intensives Training von Alltagsfertigkeiten sowie Berufsfindungs- und Arbeitstrainingsmaßnahmen angeboten. Die PatientInnen werden hier in der Regel 3 bis 6 Monate behandelt, wobei ein nahtloser Übergang von der Behandlung in Eingliederungsmaßnahmen möglich ist. Da die Patienten fast ausschließlich einen komplexen Hilfebedarf aufweisen, nimmt die sorgfältige Vorbereitung der Anschlussversorgung einen besonders großen Raum ein. Dazu führen die PatientInnen nach Maßgabe der individuellen Möglichkeiten medizinische Belastungserprobungen auch außerhalb der Klinik durch.

#### *Tagesklinische Behandlung in den Tageskliniken Bethel und Süd*

Das teilstationäre Behandlungsangebot richtet sich diagnoseübergreifend an Menschen, die mit ambulanten Hilfen nicht auskommen und nicht zwingend der vollstationären Diagnostik und Therapie bedürfen. Gerade für Menschen, für die der kontinuierliche Erhalt ihrer sozialen Bezüge besonders wichtig ist (z. B. Versorgungsverpflichtung für kleine Kinder, spezielle soziokulturelle Hintergründe, stabilisierende Sicherheit in der Erkrankung) stellt das tagesklinische Setting auch in einer akuten Krankheitsphase oder Krise oft die bestmögliche Behandlungsform dar. Eine Besonderheit tagesklinischer Behandlung ist der laufende Transfer in das Lebensumfeld. Dem mehrdimensionalen Krankheitsverständnis entsprechend umfasst das Therapieangebot Gruppen- und Einzelgespräche, körperorientierte Verfahren, soziotherapeutische und handlungsorientierte Gruppen sowie Familiengespräche, Hausbesuche und Arbeitsplatzgespräche bzw. Praktikumsbegleitung. Die intensive Psychotherapie erfolgt auf der Basis eines integrativen Konzeptes, das tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische und familientherapeutische Ansätze umfasst.

#### 3.10.3 Abteilung Allgemeine Psychiatrie II

Die Abteilung Allgemeine Psychiatrie II wurde im Oktober 2003 gegründet und umfasst mittlerweile 4 stationäre Einheiten mit 78 Behandlungsplätzen sowie die Tagesklinik Ost mit 16 Behandlungsplätzen. Für die am häufigsten vorkommenden Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Erkrankungen aus dem psychosomatischen Spektrum, Borderline-Persönlichkeitsstörungen sowie Krisen werden krankheitsspezifische, evidenzbasierte und damit nachgewiesenermaßen erfolgreiche Therapien vorgehalten.

Durch die Einbindung der Abteilung in ein Krankenhaus der Maximalversorgung ist es in enger Kooperation mit anderen somatischen Fächern möglich, auch schwerst und mehrfach kranke PatientInnen mit schwierigen Differentialdiagnosen (z. B. mit psychischen und somatischen Symptomen) zu behandeln und damit ganzheitliche Therapiestrategien zu entwickeln.



Im Folgenden werden die einzelnen Bereiche vorgestellt. Es handelt sich dabei um Schwerpunktbildungen, die die Behandlung anderer Störungsbilder nicht ausschließen.

#### *Station A1 - Krisenbehandlung in der Abteilung Allgemeine Psychiatrie II*

Die Station A1 ist eine in der Regel offen geführte Station mit 24 Behandlungsplätzen im Gebäude Gilead IV. Behandlung finden Menschen mit einer krisenhaften Zuspitzung einer Depression, sowie einer Angst-/Zwangs- oder somatoformen Störung, einer Traumafolgestörung und/oder einer Persönlichkeitsstörung. Zudem finden Menschen in psychosozialen Lebenskrisen eine stationäre Therapie zur kurzfristigen psychischen Stabilisierung.

Die Aufnahme erfolgt über Zuweisung von Hausärzten, niedergelassenen Psychiatern, Psychotherapeuten, der psychiatrischen Ambulanz oder dem Krisendienst. Durch die stationäre Aufnahme soll zunächst eine akute Entlastung, Sicherung und Neuorientierung erreicht werden. Die lösungsorientierte Behandlung beginnt mit einem genauen Verständnis der aktuellen Problematik und einer psychiatrisch-psychologischen und pflegerischen Diagnostik. Stärken und Ressourcen der PatientInnen und ihres/seines Umfeldes werden aktiviert und in die Behandlung einbezogen. Das multiprofessionelle Behandlungsteam arbeitet mit vorwiegend verhaltenstherapeutischer Ausrichtung. Die Therapien finden einzeln und in der Gruppe statt.

Während der in der Regel kurz dauernden Krisenbehandlung kann keine umfassende Therapie der Grunderkrankung stattfinden. Daher ist das Augenmerk auf die aktuellen Auslöser und die drängendsten Symptome gerichtet. Neben der akuten Entlastung, der Diagnostik und ersten therapeutischen Schritten spielt die Planung der weiteren Behandlung eine wichtige Rolle. Hierzu wird ein gemeinsames Konzept zur weiterführenden ambulanten oder teilstationären Therapie erarbeitet.

#### *Station A7 - für PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und Patienten in psychosozialen Krisen*

Diese Station mit 17 Behandlungsplätzen liegt ebenfalls im Gebäude Gilead IV und hat 2 Behandlungsaufträge. (1) Die Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erfolgt in einem hoch strukturierten Setting mittels der störungsspezifisch ausgerichteten dialektisch-behavioralen Therapie (DBT). (2) Für PatientInnen in akuten psychischen Krisen nach belastenden Lebensereignissen besteht ein psychotherapeutisches Kriseninterventionskonzept mit dem vorrangigen Ziel der emotionalen Stabilisierung und der baldigen ambulanten Weiterbehandlung. Diese Patienten sind häufig nur einige Tage in stationärer Behandlung, um die akute Krise zu bewältigen. Die Behandlung auf der Station ist ausgerichtet auf die Gegenwart, auf aktuelle Perspektiven und Ziele unter Berücksichtigung der lebensgeschichtlichen Vergangenheit. Störende und belastende Befindlichkeiten und

Verhaltensweisen werden in den Blick genommen, Ressourcen und Behandlungsziele erarbeitet und mit Hilfe gezielter psychotherapeutischer Techniken trainiert. Die Behandlung ist alltagsorientiert und beinhaltet Themen wie Arbeit, Familie, Beziehungen, Wohnen und Freizeit. Bei PatientInnen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung steht ein Traumaexpositions-verfahren (Narrative Expositionstherapie (NET)) derzeit noch im Rahmen eines Forschungsvorhabens zur Verfügung.

#### *Station A8 - für depressive Patienten*

Die Station A8 mit 21 Behandlungsplätzen ist im Gebäude Gilead III angesiedelt. Hier werden Menschen im Lebensalter von 18 bis 65 Jahren mit affektiven Störungen, insbesondere mit Depressionen behandelt. Das überwiegend gruppenpsychotherapeutisch ausgerichtete Setting der Behandlung folgt je nach individueller Indikation dem Konzept der interpersonellen Therapie (IPT) der Depression oder dem tiefenpsychologischen Konzept. In der Einzelpsychotherapie kommt die kognitive Verhaltenstherapie oder Tiefenpsychologie zum Einsatz. Auf der Station A8 ist auch eine der beiden Mutter-Kind-Einheiten der Klinik untergebracht, hier ist das Spektrum der behandelten Erkrankungen weiter.

Die Stationen A8 und A9 arbeiten konzeptionell und personell eng verzahnt miteinander. Daher ist geplant, dass sie nach ihrem Umzug in das Gebäude Gilead IV (voraussichtlich im Jahr 2014) weiterhin räumlich nahe beieinander liegen werden.

#### *Die Station A9 – für Patienten mit Angst-, Zwangs- und somatoformen Störungen*

Die Station A9 ist mit 16 Behandlungsplätzen in Gilead III untergebracht. Dort werden Menschen mit Angst-, Zwangs- und psychosomatischen Störungen (z. B. Schmerzstörungen, somatoforme Störungen) behandelt. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit den somatischen Kliniken des EvKB, insbesondere der Schmerzambulanz. In einem kombinierten Therapiekonzept werden (je nach individueller Indikation) kognitiv-verhaltenstherapeutische und psychodynamische Ansätze im Einzel- und Gruppensetting parallel oder sequentiell angewandt. Hervorzuheben ist die störungsspezifische Expositionsbehandlung zur Bewältigung von Angststörungen. Die tiefenpsychologische Gruppentherapie nach dem Göttinger Modell mit einhergehender Kunsttherapie erweitert die Klärungsperspektive im Umgang mit Ängsten und Depression.

#### *Die Tagesklinik Ost*

Die Tagesklinik Ost befindet sich an der Herforder Str. 26-28 und stellt 16 Behandlungsplätze zur Verfügung. Zum einen können PatientInnen aus der Abteilung für Allgemeine Psychiatrie II in der Tagesklinik weiterbehandelt werden, zum anderen werden Patienten direkt über ambulante Versorgungssysteme nach einem Vor- bzw. Indikationsgespräch aufgenommen. Behandelt werden überwiegend Menschen mit affektiven Erkrankungen (haupt-

sächlich Depression) sowie Patienten in Lebenskrisen. Das gruppentherapeutische Programm beinhaltet kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze und psychoedukative Interventionen sowie bewegungs- und ergotherapeutische Behandlungsanteile. Im Rahmen der Einzeltherapie kommen kognitive Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte und systemische Therapieansätze sowie sozialtherapeutische Beratung zum Einsatz.

#### 3.10.4 Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen

Diese Abteilung verfügt über 63 stationäre und 16 teilstationäre Behandlungsplätze und arbeitet sektorübergreifend nach indikativen Schwerpunkten. Stationäre, teilstationäre und ambulante Bereiche sind in dieser Abteilung besonders eng vernetzt. Alle drei stationären Einheiten und die Drogenambulanz dieser Abteilung sind im Gebäudeteil Gilead IV angesiedelt, die Tagesklinik und die Ambulanz für Alkoholabhängige dagegen im Haus Süßeck (am Beteleck, Gadderbaumerstr. 33).

*Station B2 – für Alkoholentzug, Clearing, Krisenintervention, qualifizierte Entzugsbehandlung*

Diese Station mit 35 Behandlungsplätzen ist in zwei Bereiche unterteilt, die räumlich voneinander getrennt werden können:

Intensivbereich: Dieser Bereich mit maximal 12 Behandlungsplätzen ist den akut intoxikierten PatientInnen vorbehalten, insbesondere dann, wenn Entzugskomplikationen zu erwarten sind. Der internationalen Entwicklung entsprechend erfolgt die Alkoholentgiftung standardisiert und scoregesteuert mittels einer Alkoholentzugsskala. Die Entgiftungsphase wird immer für erste Interventionen genutzt mit dem Ziel, die Veränderungs- und Behandlungsbereitschaft zu erhöhen. Es handelt sich oft um PatientInnen mit schweren somatischen und psychischen, u .a. kognitiven Folgeschäden nach langem Abhängigkeitsverlauf. Das pflegerisch intensive und therapeutische Spektrum umfasst neben der körperlichen Entgiftungsbehandlung Maßnahmen zur Förderung der körperlichen Gesundheit (wie Mobilisierung, Physiotherapie und Bewegungstherapie) sowie Maßnahmen zur Verbesserung kognitiver Funktionen wie neuropsychologisches Training und Training von Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL-Training). Gleichzeitig werden die Patienten motiviert, sich auf Veränderungen ihrer z. T. sehr problematischen Lebenssituation einzulassen, Umzüge in ein stabileres Umfeld zu tolerieren, tagesstrukturierende Maßnahmen zur Abstinenzsicherung zu akzeptieren, aufsuchende Hilfen anzunehmen und Krisenpläne zu entwickeln. Ein weiterer Behandlungsschwerpunkt des Intensivbereichs ist die akute Versorgung von PatientInnen mit einer Alkoholabhängigkeit und gleichzeitig bestehenden schweren psychischen Krisen. Häufig spielt Suizidalität, aber auch Fremdgefährdung, eine erhebliche Rolle. Für diese PatientInnen bietet die Station eine intensive Betreuung und Schutzraum. Nach der körperlichen Entgiftung und Diagnostik werden viele PatientInnen zur Weiterbehandlung in den Therapie-

bereich der Station oder in die Tagesklinik verlegt. Für alle anderen Patienten werden ambulante Nachsorgemöglichkeiten vorgestellt und vermittelt.

Therapiebereich: In diesem Bereich der Station, der 23 Behandlungsplätze umfasst, werden PatientInnen mit einer Alkoholproblematik nach überstandener Entgiftung, aber auch PatientInnen mit einer Medikamentenabhängigkeit oder Cannabisproblematik behandelt. Das Behandlungsprogramm setzt sich zusammen aus gruppen- und einzeltherapeutischen Maßnahmen, bewegungs- und ergotherapeutischen Angeboten sowie sozialarbeiterischen Hilfen. Der inhaltliche Schwerpunkt liegt auf der Problematisierung des gegenwärtigen Konsumverhaltens und der Motivierung zur Annahme weiterführender Hilfen. Je nach Indikation und Behandlungsbereitschaft finden Vermittlungen in weiterführende ambulante oder teilstationäre Hilfen einschließlich Entwöhnungsbehandlungen nach SGB IX statt. Viele PatientInnen werden im Anschluss in der Tagesklinik für Abhängigkeitserkrankungen weiter behandelt.

Der Kooperation mit den vor- und nachgeschalteten (komplementären) Institutionen kommt auf der Station B2 ein besonders hoher Stellenwert zu. Vorrangige Kooperationspartner sind die Einrichtungen der Suchthilfe, der ambulanten und stationären Eingliederungshilfe sowie der Wohnungslosenhilfe. Eine fachgerechte und indikationsgeleitete Zuweisung erfordert einen qualifizierten Klärungsprozess, der somatische, psychische und soziale Problemfelder der Patienten vollständig erfasst, strukturiert und in ein für die Patienten tragfähiges und insgesamt realistisches Gesamtbehandlungskonzept integriert. Die Station B2 steht deswegen mit der eigenen Ambulanz, aber auch mit den anderen außerstationären Hilfeangeboten im engen Austausch, um die Schnittstellenprobleme bei Aufnahme und Entlassung zu minimieren.

#### *Station B 5 – für die qualifizierte Entzugsbehandlung von Drogenabhängigen*

Diese Station übernimmt mit 20 Behandlungsplätzen die Behandlungsaufträge für drogenabhängige PatientInnen im vollstationären Bereich. Dies sind insbesondere Komplettentgiftungen, Beigebrauchsentgiftungen bei bestehender Substitutionsbehandlung, Kriseninterventionen, Vorbereitung auf Entwöhnungstherapien und die Behandlung von komorbiden Patienten, sofern diese nicht im allgemein-psychiatrischen Bereich behandelt werden. Dieser komplexe Behandlungsauftrag wird durch zwei besondere Umstände realisierbar. Zum einen verfügt die Station über einen vollkommen abtrennbaren Intensivbereich, der aber vom Dienstzimmer aus überwacht werden kann. Zum anderen ist der Drogenambulanzbereich (siehe unten) direkt an die Station angegliedert, so dass beide Bereiche in der täglichen Arbeit - auch personell - sehr eng vernetzt sind. Auf diese Weise können Interventionen ambulant begonnen, stationär fortgesetzt und wiederum ambulant beendet werden, ohne dass Behandlungsbrüche entstehen.

### *Tagesklinik für Abhängigkeitserkrankungen*

In der Tagesklinik mit 16 Behandlungsplätzen werden in erster Linie diejenigen PatientInnen behandelt, die eines vollstationären Settings nicht bedürfen, für die die Möglichkeiten der ambulanten Therapie aber (noch) nicht ausreichen. Zusätzlich können Patienten der vollstationären Bereiche (B2 und B5), die vorübergehend noch einer Behandlung und Betreuung auch nachts und an den Wochenenden bedürfen, am Therapieprogramm der Tagesklinik teilnehmen. Daher handelt es sich hier um eine kombinierte stationär-teilstationäre qualifizierte Entzugsbehandlung mit einem psychotherapeutischen Schwerpunkt. Die Motivationsbehandlung als Teil einer Entzugsbehandlung im suchtmmedizinischen Sinne richtet sich an Patienten mit einer zumindest geringgradigen Veränderungsbereitschaft bei ausreichender Behandlungsbereitschaft. Es handelt sich sowohl um Patienten, die erstmals Kontakt zum Hilfesystem aufgenommen haben, als auch um solche, die nach längerfristigem Verlauf der Abhängigkeit nun die Absicht entwickelt haben, abstinent zu leben. In dem vorrangig verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramm werden in differenzierten gruppentherapeutischen Angeboten wichtige Grundlageninformationen zum Thema Substanzabhängigkeit vermittelt, Bewältigungsstrategien vorgestellt, praktisch eingeübt und auf die individuelle Lebenssituation der einzelnen PatientIn übertragen. Die im tagesklinischen Setting verfügbaren therapiefreien Zeiten zuhause werden systematisch und explizit für die Exposition und den Transfer des Erlernten in das natürliche Umfeld genutzt. Ziel der Behandlung ist die Entwicklung einer möglichst stabilen Abstinenzfähigkeit und einer mittelfristigen Nachsorge bzw. Behandlungsplanung (z.B. Entwöhnungsbehandlung oder regelmäßiger Besuch des Hausarztes und einer Selbsthilfegruppe). Die Behandlung in der Tagesklinik richtet sich auch an suchtkranke Patienten mit komorbiden psychischen Störungen. Hier geht es vor allem um Patienten, die wegen der Schwere ihrer Suchterkrankung und/oder ihrer seelischen Störungen nicht rehabilitationsfähig sind. Dazu gehören vor allem PatientInnen mit chronifiziertem Krankheitsverlauf (Alkohol- Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit) sowie solche mit schweren Persönlichkeitsstörungen oder einer posttraumatischen Belastungsstörung. Das Therapieprogramm findet überwiegend in Gruppen statt und ist verhaltenstherapeutisch ausgerichtet, um die Handlungskompetenz der Betroffenen im Alltag zu stärken, und bietet zunächst keine symptom-spezifischen Therapieansätze. Die Behandlungsdauer ist individuell unterschiedlich, häufig sind 6 bis 8 Wochen erforderlich. Wegen der Komplexität und Schwere der Erkrankung ist fast immer eine Weiterführung der Behandlung im ambulanten Setting erforderlich. Die Tagesklinik arbeitet besonders eng mit dem ambulanten Bereich zusammen, der für die Patienten mit alkoholbezogenen Störungen im gleichen Haus (Haus Süßbeck am Bettleck, Gadderbaumer Straße 33), für die Patienten mit drogenbezogenen Störungen im Gebäude Gilead IV untergebracht ist. Im Rahmen eines Forschungsprojektes wird derzeit ein spezifisches ambulantes Programm für Frauen mit Abhängigkeitserkrankung und Posttraumatischer Belastungsstörung angeboten (Seeking Safety).

### 3.10.5 Behandlung britischer PatientInnen

Seit Sommer des Jahres 2007 hat das Evangelische Krankenhaus Bielefeld mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel die psychiatrische Akutversorgung von Angehörigen der britischen Armee vertraglich übernommen. Dazu wurde die Station B1 mit 12 Betten neu eingerichtet. Die Station B1 wurde im September 2007 eröffnet und ist im Haus Gilead IV lokalisiert. Die Behandlung findet ausschließlich stationär und in englischer Sprache statt. Behandelt werden Soldaten, Angehörige und zivile Angestellte der britischen Armee.

Die Krankheitsbilder auf der Station B1 umfassen das gesamte psychiatrische Störungsspektrum. Die gemeinsame Behandlung von Menschen mit teilweise sehr unterschiedlichen Krankheitsbildern und Behandlungsbedürfnissen (Abhängigkeitserkrankungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Angsterkrankungen bis hin zu Psychosen) wird ermöglicht durch eine in hohem Maße flexible, oftmals individualisierte Behandlungsorganisation. Einzel- und Gruppentherapie sowie bewegungs- und ergotherapeutische Angebote sind die tragenden Säulen des Behandlungsangebots. Die Behandlung wird flankiert durch eine enge Verzahnung mit den regionalen Community Mental Health Teams. Unterstützt wird die Station auch durch die örtlichen Liaison Officers sowie das Defense Medical Welfare System.

### 3.10.6 Abteilung für Gerontopsychiatrie

Die Abteilung für Gerontopsychiatrie ist mit ihren 52 vollstationären Behandlungsplätzen im Gebäude Gilead III untergebracht. Dazu gehören eine nahe der Innenstadt gelegene Tagesklinik (16 Plätze), eine Tagespflegeeinrichtung (16 Plätze) sowie eine Beratungsstelle im Haus Moltkestraße. Die Abteilung ist Bestandteil eines Altenhilfenetzes in den v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel und der Stadt Bielefeld. Insbesondere in den stationären Bereichen spielen die geriatrisch-internistische und neurologische Diagnostik und Therapie eine große Rolle, entsprechend eng ist hier die Vernetzung mit den somatischen Kliniken und den geriatrischen Bereichen des EvKBs, des Krankenhauses Mara und der anderen Bielefelder Krankenhäuser.

#### *Station F1 – Gerontopsychiatrische Depressionsstation*

Der Schwerpunkt der Behandlung auf dieser offenen Station mit 22 Behandlungsplätzen liegt in der Therapie depressiver Störungen im höheren Lebensalter ( i.d.R. ab 65. Lj.). Häufig besteht eine leichte Einschränkung der Mobilität sowie mehrere zusätzliche somatische Erkrankungen und/oder leichtere kognitive Störungen. Die Diagnostik des somatischen und kognitiven Funktionsniveaus steht am Anfang der Behandlung. Wir haben ein multimodales Therapieprogramm entwickelt, das auf diese Einschränkungen abgestimmt ist. Körperliche und soziale Ressourcen werden gestärkt und wiedererlernt, die Bewältigung anstehender

Entwicklungsaufgaben im Alter wird unterstützt. Themenkomplexe wie die Vorstellungen von Altern, Angst, Verlust, Trauer, Tod, Annehmen von Hilfen, Wechsel des Wohnumfeldes werden in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie bearbeitet. Die medikamentöse antidepressive, nicht medikamentöse (Wachtherapie, EKT) und die somatische Therapie sind wichtige Elemente der Behandlung. In der Psychoedukation wird über die Symptome, Ursachen und Therapie der depressiven Symptome aufgeklärt. Mit einem breiten therapeutischen Angebot von Ergo-, Musik-, Bewegungs-, euthymer und Entspannungstherapie sowie einer sozialen Kompetenzgruppe wird das Ziel verfolgt, den Aufbau eines strukturierten Tagesablaufes zu fördern und zu depressionsmindernden Aktivitäten zu motivieren. Auch sollen die verloren gegangenen psychosozialen Fähigkeiten und Alltagsfertigkeiten reaktiviert werden. Dies wird mit Hilfe eines individuell mit der primär zuständigen Pflegekraft und/oder den fallverantwortlichen Therapeuten erarbeiteten Aktivitätenplans schrittweise erlernt und gefestigt. Übergeordnetes Ziel ist dabei der Erhalt einer selbständigen, sozial eingebundenen Lebensweise in einer förderlichen, selbst gewählten Umgebung mit entsprechenden Hilfestrukturen bis ins hohe Lebensalter hinein.

#### *Station F2 – Patienten mit kognitiven Einschränkungen und Demenzerkrankungen*

Diese geschlossen geführte Station hat mit 15 Behandlungsplätzen ihren Schwerpunkt in der Diagnostik und Behandlung von Personen mit Demenzerkrankungen aller Schweregrade. Aufnahmehinweise sind häufig medikamentös oder somatisch bedingte Verwirrheitszustände (Delirien) sowie im Verlauf der Demenz auftretende Verhaltensauffälligkeiten wie nächtliche Unruhe und/oder Aggressivität oder psychotische Symptome, die das bisher pflegende familiäre oder institutionelle Umfeld überfordern. Krisensituationen treten häufig auch dann auf, wenn eine selbständige Lebensführung aufgrund der Demenzerkrankung oder zusätzlicher somatischer Krankheiten vorübergehend oder dauerhaft nicht mehr möglich ist, der Patient oder die Patientin eine pflegerische Unterstützung aber aufgrund fehlender Krankheitseinsicht ablehnt und sich so selbst gefährdet. Neben einer eingehenden Demenzdiagnostik und der Behandlung somatischer Erkrankungen kommt der intensiven pflegerischen Anleitung zum Erhalt der Alltagsfertigkeiten, der körperlichen Pflege sowie der Mobilisation eine besondere Bedeutung zu. Wir nutzen die stationäre Beobachtungsphase zur Analyse des Pflegebedarfes und der noch vorhandenen sozialen Strukturen, um eine dem Patienten und seinen Fähigkeiten angemessene Versorgung einrichten zu können. Eine häufig diffizile psychopharmakologische Einstellung der Tag-/Nacht-Rhythmusstörungen und weiterer Verhaltensauffälligkeiten stehen in der Anfangsphase der Behandlung im Vordergrund. Für eine Tagesstrukturierung sorgen neben der pflegerischen Aktivierung ein durch die Pflege angeleitetes und an den Ressourcen des einzelnen Patienten orientiertes Training von Alltagsfertigkeiten sowie eine kompetenzzentrierte Ergotherapie in Kleingruppen. Zusätzlich findet Musiktherapie statt. Während eines Hausbesuchs, möglichst gemeinsam mit

dem Patienten, werden die noch vorhandenen Ressourcen erfasst und die für die Transferphase zur Planung der weiteren Versorgung notwendigen Informationen eingeholt. Während des gesamten stationären Aufenthaltes spielt der Einbezug der Angehörigen eine zentrale Rolle. Angehörige werden in multiprofessionellen Angehörigenvisiten unter Einbezug des Patienten aufgeklärt und umfassend beraten. Eine Beratung findet darüber hinaus auch unabhängig von diesen Visiten durch unsere Sozialarbeiterin statt. Eine eingehende Anleitung im Umgang mit dem Erkrankten erfolgt im stationären Ablauf. Hier ist vorübergehend auch die Möglichkeit gegeben, Angehörige zur Schulung stationär mit aufzunehmen. Im Umgang mit den an einer Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten arbeitet das Behandlungsteam personenzentriert mit dem biographischen Ansatz, dem Erreichen des Patienten auf der Gefühlsebene, der Erinnerungspflege und der Methode der integrativen Validation. Es besteht außerdem die Möglichkeit einer Behandlung von zusätzlich an einer Depression erkrankten Demenz-Patienten. Hier werden eine kognitiv- verhaltenstherapeutische Gruppentherapie, Entspannungstechniken sowie individuell zugeschnittene kognitive Aktivierungen angeboten. Die notwendigen Unterstützungsstrukturen dienen letztlich immer einer selbstbestimmten Lebensweise in sozialen Bezügen. Die Anleitung der pflegenden Angehörigen sowie eine Pflegeüberleitung bei der Entlassung spielen daher eine wesentliche Rolle und werden durch ein Teammitglied, wenn irgend möglich persönlich und vor Ort, gewährleistet und ggf. über die Entlassung hinaus begleitet.

#### *Station F3 – Patienten mit chronischen (psychotischen) Störungen*

Diese fakultativ geschlossene Station mit 15 Behandlungsplätzen nimmt Patienten im höheren Lebensalter auf, die an akuten, chronischen und chronisch rezidivierenden Psychosen unterschiedlicher Genese erkrankt sind. Zum einen handelt es sich um Patienten mit schizophrenen, schizoaffektiven oder manischen Störungen, die oft schon seit der Jugend bestehen, immer häufiger sind jedoch auch symptomatische Psychosen, akute Delirien und Demenzerkrankungen die Ursache. Die häufig vorkommende Komorbidität bzw. Multimorbidität erfordert umfangreiche mehrdimensionale diagnostische Maßnahmen. Ebenso müssen alterstypische kognitive Einschränkungen und Demenzerkrankungen differentialdiagnostisch mit bedacht werden. Einen weiteren Schwerpunkt dieser Station bildet die Behandlung akut aufgetretener, häufig durch organische Erkrankungen mit bedingter oder akzentuierter Störungen der Wahrnehmung und der Denkinhalte sowie von Verhaltensauffälligkeiten. Unterschiedliche Fachkompetenzen in teamorientierter Zusammenarbeit sind an der sorgfältigen Einschätzung und Erfassung der körperlichen, seelischen und sozialen Situation der älteren Patienten beteiligt. Das ganzheitliche Behandlungskonzept umfasst neben der Pharmakotherapie eine internistische Basistherapie, ein adaptiertes psychoedukatives Therapieprogramm (PEGASUS), eine Medikamentengruppe, soziales Kompetenztraining, Ergo-, Musiktherapie, Einzel- und Gruppengymnastik, ATL-Training und tiergestützte Therapie. Einen



hohen Stellenwert nehmen auch hier die Angehörigenarbeit und die Entlassplanung ein. Kooperationen mit somatischen Fachabteilungen, ambulanten Diensten, pflegenden Institutionen und unserer Tagesklinik sind essentieller Bestandteil des Konzeptes. Ein Teil der Patienten wird im Eingliederungs- oder Altenhilfebereich betreut. Ziele der therapeutischen integrativen Maßnahmen sind neben der emotionalen, körperlichen und sozialen Stabilisierung die Förderung von Ressourcen und von sozialen Kontakten sowie eine angemessene Strukturierung des Alltags, um ein längeres Verbleiben im häuslichen Umfeld zu ermöglichen. Hierfür wird eine ambulante Mitbetreuung komplex und chronisch erkrankter Patienten, z. B. auch mit Depotmedikation angeboten, die den Verbleib in der häuslichen Umgebung sichern kann.

### *Gerontopsychiatrische Tagesklinik*

In der Gerontopsychiatrischen Tagesklinik werden 16 Behandlungsplätze für ältere Menschen mit verschiedenen psychischen Störungen vorgehalten. Die Behandlung findet Montag bis Freitag von 9:00 bis 16:00 Uhr statt. Die Patienten kommen selbständig zur Tagesklinik, bei medizinischer Indikation auch per Taxi.

Es werden Patienten mit Depressionen, bipolaren Störungen, Angststörungen, Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, somatoformen Störungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, beginnender Demenz und Abhängigkeitserkrankungen behandelt, bei Alkoholabhängigkeit erst nach vorheriger Entgiftung. Die größte Patientengruppe sind diejenigen mit Depressionen und Angststörungen. Die meisten Patienten weisen mehrere psychiatrische Erkrankungen auf.

Zirka 60% der Patienten werden von zu Hause aufgenommen, wenn die ambulante Behandlung nicht mehr ausreicht und stationäre Behandlung noch nicht nötig ist. Die übrigen 40% werden nach einer vollstationären Behandlung in die Tagesklinik verlegt, bevor sie nach Hause entlassen werden. Neben Diagnostik, medikamentöser Therapie und Einzelgesprächen im Rahmen der Bezugspflege bietet die Tagesklinik ein psychotherapeutisches Gruppenprogramm an. Das multimethodale Therapieprogramm besteht aus introspektionsfördernden bzw. biografisch orientierten Gesprächsgruppen, Ergotherapie, Entspannungstraining nach Jacobson, kognitivem Training, Bewegungstherapie und Nordic-Walking, Genussstraining, Achtsamkeitsübungen, Musikgruppe und Außenaktivitäten (Besuch von Museen, Kino, Begegnungsstätten usw.). Die Patienten werden nach individueller Belastbarkeit im Zusammenhang mit dem Behandlungsziel den einzelnen Gruppen zugeordnet. Die Angehörigen werden in die Behandlung mit einbezogen, ein Hausbesuch durch die Bezugsperson wird angeboten. Neben der Linderung von Symptomen stehen die Reaktivierung von Ressourcen und die Erhöhung der sozialen Kompetenzen oft im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung mit den Problemen des Älterwerdens als Therapieziele im Vordergrund. Einen Schwerpunkt bildet außerdem die Planung und Organisation der Nachsorge mit der Su-

che nach geeigneten ambulanten Pflegediensten, mit Kontakten zu Einrichtungen der Altenhilfe und der Anbahnung und Einübung von ambulanten Gruppenaktivitäten, oder die Anbindung an Tagespflegeeinrichtungen. Oft auch die Vermittlung von ambulanter Einzelpsychotherapie oder Anbindung an die Gruppenpsychotherapie bzw. Gruppen- Soziotherapie in unserer gerontopsychiatrischen Ambulanz.

#### *Gerontopsychiatrische Tagespflege*

Im Haus Moltkestraße befindet sich auch eine gerontopsychiatrische Tagespflegeeinrichtung mit 16 Plätzen (rechtliche Grundlage: Sozialgesetzbuch XI). Die Einrichtung hat somit einen pflegerischen wie auch einen Betreuungsauftrag. Betreut werden Personen mit verschiedenen Formen psychischer Störungen (Demenzen, Psychosen, Depressionen und Sucht). Ziel der pflegerischen/therapeutischen Arbeit ist es, dem Alltag der BesucherInnen eine als sinnvoll erlebte Struktur zu geben und vorhandene Alltagskompetenzen zu stärken bzw. zu erhalten. Desweiteren sollen pflegende Angehörige entlastet, beraten und allgemein unterstützt werden, um somit die Pflege zu Hause möglichst lange aufrechterhalten zu können. Die Betreuung erfolgt an zwei bis fünf Werktagen von 8.00 -16.30 Uhr.

#### 3.10.7 Die Psychiatrische Institutsambulanz

Die Psychiatrische Institutsambulanz Bethel hat sich im Laufe der letzten 20 Jahre von einer kleinen, auf einige spezifische allgemeinspsychiatrische Angebote begrenzten Einrichtung zu einer komplexen und zugleich differenzierten Behandlungseinrichtung für psychisch schwer erkrankte Menschen in Bielefeld entwickelt. Sitz der Institutsambulanz ist einerseits das „Haus Süßbeck“ am Bethel in der Gadderbaumer Straße. Dort befinden sich die Räume der allgemeinspsychiatrischen Ambulanz incl. ADHS-Sprechstunde, der Traumaambulanz, der Sprechstunde für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeiten und der gerontopsychiatrischen Ambulanz, incl. der Gedächtnissprechstunde und des gerontopsychiatrischen „Mobilen Teams“. Die Drogenambulanz ist in enger Vernetzung mit der Station B5 im Gebäude Gilead IV ansässig. Gerontopsychiatrische Ambulanzarbeit findet darüber hinaus am Gerontopsychiatrischen Zentrum statt. Ebenso bieten die allgemeinspsychiatrischen Tageskliniken und der stationäre Bereich der Klinik die Notfallambulanz außerhalb der regulären Sprechzeiten sowie sonstige ambulante Arbeit in geringerem Umfang für diejenigen Patienten an, für die durch eine vor- oder nach(teil)stationäre Weiterbehandlung die personelle Kontinuität gesichert werden soll. Der psychiatrisch-psychotherapeutische Konsiliardienst ist organisatorisch ebenfalls in die Psychiatrische Institutsambulanz integriert.

#### *Arbeitsauftrag*

Der Arbeitsauftrag psychiatrischer Ambulanzen ist im Sozialgesetzbuch V § 118 geregelt und umfasst die Behandlung derjenigen Menschen, die wegen der Schwere oder Art ihrer

psychischen Erkrankung besondere Unterstützung benötigen, die über das Angebot nervenärztlicher Praxen hinausgeht. Im Sinne dieses Auftrags werden in unserer psychiatrischen Institutsambulanz derzeit über 2500 Fälle pro Quartal einschließlich der Richtlinienpsychotherapie behandelt. Um eine angemessene therapeutische Versorgung zu gewährleisten, hält die Psychiatrische Institutsambulanz ein multiprofessionelles MitarbeiterInnenteam vor. So kann ein breit gefächertes Hilfeangebot für unterschiedliche Bedürfnisse der Patienten vorgehalten werden. Das Team besteht aus ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, Fachkrankenschwestern, PsychologInnen, Arzthelferinnen und Sekretärinnen. Die MitarbeiterInnen verfügen mehrheitlich über langjährige Berufserfahrung im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie mit diversen therapeutischen Zusatzqualifikationen. Derzeit sind in der Psychiatrischen Institutsambulanz etwa dreißig MitarbeiterInnen beschäftigt.

### *Organisationsstruktur*

Die Psychiatrische Institutsambulanz ist eine Abteilung der Klinik. Inhaltlich und fachlich-konzeptionell stehen die verschiedenen Bereiche der Ambulanz in engem Austausch mit den jeweiligen Abteilungen der Klinik und implementieren nach Möglichkeit die Anliegen der Fachabteilungen in ihre ambulanten Behandlungsstrategien und umgekehrt. Zahlreiche Ambulanzpatienten sind vorübergehend in den (tages-)klinischen Bereichen in Behandlung und benötigen aufeinander abgestimmte Behandlungsangebote ohne Brüche im (teil-)stationär-ambulanten Übergang. Die Ambulanzmitarbeiter besuchen patientenbezogen die Stationen bzw. Tageskliniken, um die Zielplanung für gemeinsame Patienten abzustimmen. Neben diesen PatientInnen wird in der Ambulanz eine große Gruppe von PatientInnen versorgt, die mit den (teil-) stationären Bereichen der Klinik gar nicht in Berührung kommt.

### *Arbeitsweise*

Die Arbeitsweise ist in den verschiedenen Ambulanzbereichen und Sprechstunden unterschiedlich organisiert. Sie folgt generell der Maxime, dass der Erstkontakt der Patienten regelmäßig in einer ärztlichen, diagnostischen Untersuchung besteht, an die sich eine Falldiskussion mit individueller Zielplanung für den Patienten im BehandlerTeam anschließt. Die Umsetzung der erstellten Behandlungsplanung kann dann abhängig vom Auftrag sehr unterschiedlich aussehen, sowohl bezüglich der personellen Beteiligung am diagnostischen und/oder Behandlungsprozess wie auch bezüglich der Art der therapeutischen Strategien. Manche PatientInnen benötigen eine kontinuierliche strukturierende Begleitung im Prozess ihres Krankheitsverlaufs und ihrer Verarbeitung/Bewältigung, andere Patienten kommen mit einer Störung/Erkrankung, deren Überwindung absehbar ist, so dass der Hilfebedarf sich auf wenige Interventionen beschränkt. Wiederum andere kommen mit Überweisung zu einer spezifischen Diagnostik und Therapieempfehlung oder zur Mitbehandlung über ihren Ner-

venarzt mit klar definiertem Behandlungsauftrag, z. B. der Teilnahme an einer störungsspezifischen Behandlungsgruppe.

Grundsätzlich gilt, dass die Behandlungsaufnahme montags bis freitags in der offenen Sprechstunde erfolgt, so dass jeder Patient bei akutem Bedarf innerhalb von 24 Stunden eine ärztliche Behandlung erhalten kann. Nur die Seniorensprechstunde arbeitet mit festen Erstkontakterminen, um den älteren Patienten das Warten in offener Sprechstunde zu ersparen. Darüber hinaus kann die Notfallambulanz in Gilead IV außerhalb der regulären Sprechzeiten jederzeit aufgesucht werden.

### *Allgemeine therapeutische Angebote*

Die Behandlungsmöglichkeiten umfassen diagnostische, fachpsychiatrische und psychotherapeutische Maßnahmen, störungsspezifische sowie soziotherapeutische Behandlungsangebote im Einzel- und Gruppensetting, aufsuchende Hilfeangebote für Patienten in akuten Krisen und für gebrechliche Menschen, aber auch niedrigschwellige Kontaktangebote, kleine Feste und Aktivitäten, einschließlich eines Cafés sowie einer einwöchigen Sommerfreizeit für Patienten.

### *Bereich Allgemeine Psychiatrie*

Auf der Grundlage der Behandlungsplanung im multiprofessionellen Behandlungsteam werden im allgemeinpsychiatrischen Bereich therapeutische Maßnahmen eingesetzt, die in der Folge je nach Indikation einzeln oder im Gruppensetting, störungsspezifisch oder störungsübergreifend angeboten werden. Über den ärztlichen Kontakt wird kontinuierlich überprüft, ob die ausgewählten Behandlungsmaßnahmen passend sind oder verändert werden müssen. Über die berufsgruppenspezifischen Einzeltherapien durch ÄrztInnen, Psychologen, SozialarbeiterInnen und Pflegemitarbeiter hinaus gibt es aktuell folgende spezielle Therapieangebote:

#### 1. Störungsspezifische Behandlungsoptionen

- Psychoedukative Gruppe für Psychosepatienten
- IPT- (Interpersonelle Therapie) Gruppe für depressive Patienten
- Dialektisch-behaviorale Therapie für Patienten mit Borderline-Störungen (Fertigkeiten-trainingsgruppen) vernetzt mit der Station A7 und niedergelassenen Therapeuten
- Soziotherapeutische Behandlungsgruppen für Patienten mit psychotischen Erkrankungen

- ADHS-Sprechstunde für Patienten mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen im Erwachsenenalter mit umfassender Diagnostik und Behandlung (Einzeltherapie, medikamentöse Behandlung und ADHS-Trainingsgruppe)
- Ein intensiv ambulantes Behandlungsprogramm für Menschen in akuten Krisen (Anpassungsstörungen und Belastungsreaktionen), um stationäre Kriseninterventionen zu vermeiden.

## 2. Störungsübergreifende Behandlungsoptionen

- Männergruppe zum Training von Alltagskompetenzen
- Frauengruppen zum Erwerb sozialer und kommunikativer Fähigkeiten für ältere PatientInnen mit chronischen psychischen Erkrankungen
- Gruppentraining sozialer Kompetenzen.

Für alle Patienten, die aufgrund ihrer Einschränkungen primär auf Unterstützungsangebote in ihrem Stadtbezirk angewiesen sind, ist die Sektor-Zugehörigkeit das Organisationsprinzip in der Behandlungsplanung. Zur adäquaten Vernetzung mit den komplementären Einrichtungen und zur Verteilung der Patientenströme innerhalb der Ambulanz ist jedem Stadtsektor ein therapeutischer Mitarbeiter zugeordnet.

### *„BID“ – Bielefelder Intensivbehandlungsprogramm für Depression*

Es handelt sich um ein intensiv-ambulantes Behandlungsprogramm für depressive Patienten im berufstätigen Alter. Dies ist ein Programm der Integrierten Versorgung, das zusammen mit Betriebskrankenkassen und Vertragsärzten/ -psychotherapeuten entwickelt wurde und seit 4 Jahren durchgeführt wird. Patienten erhalten in der Ambulanz über 6 Wochen eine intensive Behandlung mit täglichen Therapiebausteinen, während der ärztliche Ansprechpartner in der Regel der niedergelassene Nervenarzt ist. Derzeit erarbeiten wir eine umfassende Evaluation dieses Ansatzes.

### *Traumaambulanz und komplizierte Trauer*

Im Rahmen der allgemeinspsychiatrischen Ambulanz hat die Opferhilfe inzwischen eine eigenständige Bedeutung erlangt. Opfer von Gewalt (entsprechend dem Opferentschädigungsgesetz), Unfallopfer und alle anderen psychisch Traumatisierten können sich an die Traumaambulanz wenden, unabhängig von der Art und dem Schweregrad des erlittenen Traumas. Die Traumaambulanz bietet neben der Diagnostik und Beratung ein strukturiertes Kurztherapieprogramm für traumatisierte Menschen an. Bei Patienten mit komplexer Traumatisierung und längerfristigem Behandlungsbedarf stellt die Ambulanz entweder selbst Be-

handlungsmöglichkeiten zur Verfügung oder vermittelt entsprechend der individuellen Problematik weiter. Die Traumaambulanz arbeitet in Kooperation mit der Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. Eine enge Zusammenarbeit besteht auch mit dem Versorgungsamt, der Polizei Bielefeld, dem Weißen Ring sowie mit den somatisch-traumatologischen Schwerpunktbereichen des EvKB.

Über die Arbeit in der Traumaambulanz hat sich ein weiterer Behandlungsschwerpunkt ergeben, die komplizierte Trauer. Hier bestehen enge Kooperationen mit allen am Bielefelder Trauernetzwerk beteiligten Institutionen.

#### *Bereich Abhängigkeitserkrankungen - Sprechstunde für Patienten mit alkoholbezogenen Störungen*

Mit dem Ziel, die Veränderungsbereitschaft bzw. Abstinenzmotivation bereits in den ersten Kontakten zu erreichen, wurde der Psychiatrischen Institutsambulanz neben der Durchführung ambulanter Entgiftungen auch die Indikationsstellung und Steuerung für die (teil-)stationäre Behandlung übertragen. Abgesehen von Notfällen werden damit alle Patienten, die einer (teil)stationären Behandlung bedürfen, über die Ambulanz eingewiesen. Die Ambulanz bietet täglich eine offene Sprechstunde an, die ohne Voranmeldung aufgesucht werden kann. Spezifische Angebote sind:

Für abhängige PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen wurde ein modifiziertes Dialektisch-Behaviorales Therapiekonzept entwickelt und in Kooperation mit der Tagesklinik für Abhängigkeitserkrankte und dem stationären Bereich umgesetzt.

Die Ambulanz trägt Sorge für geeignete Anschluss-Behandlungen nach erfolgter Entgiftung oder qualifizierter Entzugsbehandlung und begleitet Patienten auch über längere Zeiträume.

Es besteht auch eine abstinenzorientierte Gruppenbehandlung für chronisch belastete alkoholabhängige Frauen.

Dem Alkoholbereich der Psychiatrischen Institutsambulanz mit genuiner Ambulanzbehandlung ist *die Beratungsstelle Ambulante Suchtkrankenhilfe Bethel* angegliedert, die neben der Beratungstätigkeit auch eine ambulante Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) in Kostenträgerschaft der Rentenversicherung BUND durchführt. Im Einzelnen sind dies die Beantragung von Rehabilitationsbehandlungen, die Durchführung ambulanter Rehabilitation und von Nachsorgegruppen zur Sicherung der Rehabilitationserfolge.

#### *Bereich Abhängigkeitserkrankungen - Sprechstunde für Patienten mit drogenbezogenen Störungen*

Die Drogenambulanz arbeitet in enger räumlicher und inhaltlicher Verzahnung mit dem stationären Drogenbereich der Klinik (s. o. Station B5). Möglichkeiten zur niedrighschwelligem Kontaktaufnahme und vorsichtige Interventionen bei der Motivationsarbeit ermöglichen die Vorbereitung und Nachsorge stationärer Therapie-Episoden. Ambulante Komplett- oder Bei-

gebrauchentgiftungsbehandlungen werden durchgeführt. Die Behandlung ist nicht nur auf die Abhängigkeitsstörung, sondern auch auf die komorbiden psychischen Erkrankungen ausgerichtet, die bei der Mehrzahl der DrogenpatientInnen vorliegen. Wie im Alkoholbereich liegt die zentrale Steuerung der Behandlung der Patienten im Drogenbereich in der Ambulanz. Inzwischen werden über 150 Patienten täglich mit Methadongaben substituiert. Seit Ende 2000 wird auch Buprenorphin eingesetzt, das für einen Teil der Betroffenen Vorteile besitzt.

#### *Gerontopsychiatrischer Ambulanzbereich*

Die gerontopsychiatrische Ambulanzarbeit ist organisatorisch im Haus Süßeck am Beteleck untergebracht. Hier findet zweimal pro Woche eine Gedächtnissprechstunde statt, die eine differenzierte Diagnostik mittels klinisch neuropsychiatrischer Untersuchung, ausführlicher neuropsychologischer Diagnostik sowie bildgebender und labortechnischer Verfahren durchführt und initiiert. Neben der Diagnostik legen wir Wert auf eine weiterführende Beratung sowie Therapieempfehlung in medikamentöser und therapeutischer Richtung und bieten bei entsprechender Indikation eine langfristige Verlaufsbegleitung an. In der Seniorensprechstunde werden alle psychischen Störungen des höheren Lebensalters diagnostiziert und psychotherapeutisch wie auch medikamentös behandelt.

Seit dem Jahr 2000 ist das Mobile Gerontopsychiatrische Team tätig. Das Konzept beinhaltet niedrigschwellige aufsuchende sozialpsychiatrische Behandlungsangebote, mit klinischer Diagnostik, medikamentöser Therapie in enger Kooperation mit Haus- und/oder Fachärzten, Unterstützung der pflegenden Angehörigen und die Koordination weiterer psychosozialer Hilfen wie ambulante Pflegedienste, Betreuungsdienste etc. im Sinne eines Case-Managements für psychisch schwer erkrankte alte Menschen. Auftraggeber sind unsere Abteilung für Gerontopsychiatrie, Haus- und Fachärzte, komplementäre Dienste, die im Rahmen der Altenhilfe tätig sind (z.B. Dienstleistungszentren und Pflegeberatung der Stadt, ambulante Pflegedienste, Pflegeheime), pflegende Angehörige und betroffene Patienten selbst. Ein kurzfristiger Besuch mit klärender koordinativer Funktion und verantwortlicher Strukturierung der Situation hilft in vielen Fällen, eine stationäre Aufnahme zu vermeiden und ermöglicht ebenso eine poststationäre Nachsorge.

Ein weiterer Teil der Ambulanzarbeit findet im Gerontopsychiatrischen Zentrum in der Moltkestraße statt. Hier liegt der Schwerpunkt auf der langfristigen, eng mit der Tagesklinik verzahnten Betreuung chronisch kranker älterer Patienten. Neben einer länger dauernden psychotherapeutischen Gruppenbehandlung werden Kriseninterventionen und Stabilisierungsbehandlungen durchgeführt. In der Gerontopsychiatrischen Beratungsstelle können Betroffene und Angehörige, niedergelassene Therapeuten und Institutionen in umfassender Weise Beratung über Diagnostik, Therapie und Versorgungsangebote erhalten. Auch findet

alle 3 Monate eine gerontopsychiatrische Fallkonferenz für Mitarbeiter im Altenhilfenetz in Bielefeld statt.

### *Konsiliardienst*

In der Stadt existieren neben dem EvKB und dem Krankenhaus Mara das konfessionell-geführte Franziskus Hospital und das Städtische Klinikum. Für alle Krankenhäuser ist die psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosomatische Konsiliarversorgung zu sichern. Dieser Versorgungsauftrag wird durch einige niedergelassene Nervenärzte und unseren fachärztlichen bzw. fachpsychologischen Konsiliardienst in den Bereichen Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie, Gerontopsychiatrie und Abhängigkeitserkrankungen erfüllt. Besonders in diesem letzten Bereich besteht ein so hoher Bedarf, dass ein eigener Fachdienst in großen Häusern angemessen wäre, der zzt. jedoch nicht refinanzierbar ist. Neben Diagnostik und Behandlungsvorschlägen für den einzelnen Patienten liegt eine besondere Aufgabe in der konsiliarischen Krisenintervention (Notfall-Konsilwesen). Häufig besteht die Notwendigkeit zur Motivation für eine weitere ambulante oder (teil-) stationäre fachpsychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung und gegebenenfalls deren Organisation.

### 3.11 Seelsorge

Die Klinikseelsorge ist ein pastoraler Dienst im Auftrag der Evangelischen Kirche, der von Bodelschwingschen Stiftungen und des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld. In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sind zwei evangelische Pastorinnen (1,5 VK) tätig. Neben ihrer akademisch-theologischen Ausbildung sind sie auch psychologisch, pastoralpsychologisch und supervisorisch qualifiziert. Ihre Seelsorgeangebote können von PatientInnen, von Angehörigen sowie von MitarbeiterInnen in Anspruch genommen werden, unabhängig von deren Religionszugehörigkeit oder Konfession.

Gebet und Segen, Beichte und Vergebung helfen, ein inneres Gleichgewicht zu finden. Seelsorge ist Begleitung in Lebens- und Glaubensfragen. Im Gespräch mit PatientInnen und Patienten geht es um Themen wie:

- das subjektive Erleben der Krankheit,
- die Verarbeitung der Erlebnisse des Klinikaufenthalts,
- die Auseinandersetzung mit der Erkrankung und ihren Folgen für die Identität,
- die Integration lebensgeschichtlich bedeutsamer Ereignisse in die eigene Biographie,
- die Beziehungen zu anderen Menschen,



- das Aushalten von Verlusten,
- den Umgang mit Trauer,
- die Einstellung zur Religion,
- die Reflexion der eigenen Spiritualität,
- die Vorstellung von Gott und ihre Bedeutung für das Selbstkonzept,
- den Glauben als Hilfe zur Bewältigung der Lebensaufgaben,
- das Finden von Sinn im Leben.

Die Pastorinnen bieten Einzel- und Gruppengespräche an. Darin kommen auch kreative Methoden zum Einsatz sowie die Beschäftigung mit Elementen aus Kunst, Musik, Literatur und Poesie.

Jeden Sonntag wird in Gilead III und in Gilead IV ein Gottesdienst mit Abendmahl gefeiert. Im Gottesdienst und in der Abendmahlsfeier ist es möglich, sich trotz persönlicher Einsamkeit in einer Gemeinschaft zu erleben. Im Haus Gilead IV steht ein „Raum der Stille“ für Gottesdienste sowie für persönlichen Rückzug, Gebet und Meditation zur Verfügung. Dort findet wöchentlich an zwei Abenden ein Abendsegen statt.

Die Pastorinnen kooperieren mit den KollegInnen der anderen Berufsgruppen in der Klinik. Die Seelsorge unterliegt jedoch einer eigenen Schweigepflicht. Die Pastorinnen beteiligen sich an ausgewählten Konferenzen, patientenbezogenen Gesprächen, Ethikrunden, Konzeptgesprächen u.a.. An Wochenenden und Feiertagen existiert eine Rufbereitschaft für dringende Seelsorgegespräche.

Als katholischer Seelsorger ist ein Pfarrer der St. Pius-Gemeinde Bielefeld ansprechbar.

### 3.12 Offene Türen – soweit als möglich

Bis auf wenige Bereiche (für Demenzerkrankte, für Drogenabhängige) werden die Stationen grundsätzlich offen geführt, jede der Sektorstationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie I verfügt aber über einen fakultativ schließbaren Bereich mit Zugang zu einem eigenen Garten (Ausnahme: Station A5). Im Zuge der breiten Diskussion über den Umgang mit aggressivem und autoaggressivem Verhalten und offene bzw. verschlossene Türen in Psychiatrischen Kliniken werden einige strukturelle und inhaltliche Maßnahmen fortlaufend durchgeführt:

Alle aggressiven und autoaggressiven Vorfälle werden nach einer vorgegebenen Struktur dokumentiert und diskutiert; dadurch entsteht Transparenz. Zusätzlich erfolgt eine wissenschaftliche Auswertung mit dem Ziel, die Entstehung und Auswirkung aggressiven Verhaltens und der darauf folgenden Interventionen besser zu verstehen.

Alle Zwangsmaßnahmen (Isolierung, Fixierung, Zwangsmedikation) werden standardisiert dokumentiert, regelmäßig ausgewertet und fachöffentlich diskutiert sowie bei den Morgenbesprechungen erörtert. Die stationsbezogenen Daten werden in den Konzeptgesprächen besprochen und reflektiert.

Diese Auseinandersetzungen und die schriftliche Dokumentation von Türschlusszeiten auf allen Sektorstationen erhöhen die Aufmerksamkeit aller MitarbeiterInnen.

Betten stehen grundsätzlich nicht auf den Fluren. Dadurch hat sich das Milieu auf den Stationen deutlich entspannt.

Die Praxisleitlinien für den Umgang mit (auto-)aggressiven Verhaltensweisen werden ständig weiterentwickelt; jährlich finden Fortbildungen zu diesem Thema statt. Hierdurch sollen Professionalität, mehr Gelassenheit und Deeskalationskompetenzen gefördert werden. Zudem berücksichtigen wir die nationale Versorgungsleitlinie zu diesem Thema ([www.awmf.de](http://www.awmf.de)).

Ein Beraterteam qualifiziert Mitarbeiter aller Berufsgruppen für psychiatrische Intensivsituationen. Eskalierte Situationen werden im Team und mit den betroffenen Patienten strukturiert evaluiert.

Für alle klinik- und stationsöffentlichen Bereiche sind verantwortliche Mitarbeiter benannt, um die Milieugestaltung zu optimieren.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass suizidale Handlungen im Wesentlichen unabhängig von offenen oder geschlossenen Türen auftreten. Hier spielen offensichtlich andere Faktoren wie Früherkennung suizidaler Tendenzen und Betreuungsintensität eine wesentlich bedeutsamere Rolle. Schließungen von Einzelbereichen oder ganzen Stationen sind inzwischen die Ausnahme geworden. In der täglichen Handhabung und im Denken aller Beteiligten ist somit die offene Tür der Normalfall.

Erfreulicherweise ist die Zahl der Unterbringungen nach dem PsychKG NRW in den ersten Jahren seit 2000 deutlich zurückgegangen und seitdem auf diesem Niveau stabil. Die Unterbringungen nach dem Betreuungsrecht haben nicht zugenommen.

## 4 Struktur der Klinik

### 4.1 Abteilungen und Bereiche

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt über 274 stationäre und 92 teilstationäre Behandlungsplätze im Akutbereich, 42 Plätze für die mittelfristige Behandlung (Klinik Pniel) sowie 16 gerontopsychiatrische Tagespflegeplätze. Hinzu kommen bis zu 12 stationäre Plätze für Patienten des Maßregelvollzugs und bis zu 12 Behandlungsplätze auf unserer englischsprachigen Station. Bei einer in den letzten Jahren durchschnittlichen Belegung von über 96% und ca. 50 ambulanten Patienten pro Tag werden also bis zu 500 Patienten pro Tag in der Klinik behandelt.

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel ist in folgende Abteilungen und Bereiche gegliedert:

- Allgemeine Psychiatrie I mit vier Stationen und zwei Tageskliniken
- Allgemeine Psychiatrie II mit vier Stationen und einer Tagesklinik
- Abhängigkeitserkrankungen mit drei Stationen und einer Tagesklinik
- Gerontopsychiatrie mit drei Stationen, einer Tagesklinik und einer Tagespflegeeinrichtung
- Psychiatrische Institutsambulanz (ca. 2500 Patienten pro Quartal) mit Konsiliardienst (z.Zt. 1200 Konsile pro Jahr)
- Forschung, Qualitätssicherung und Dokumentation als Funktionsabteilung
- Ergotherapie als Funktionsabteilung
- Zwei Ergotherapiepraxen
- Bewegungstherapie als Funktionsabteilung.

Die Tagesklinik West (Allgemeine Psychiatrie I), die Gerontopsychiatrische Tagesklinik, die Tagesklinik Süd und die Klinik Pniel (Allgemeine Psychiatrie I) liegen in der Trägerschaft des Stiftungsbereiches Bethel Regional ([www.bethel.de](http://www.bethel.de)) Diese Tageskliniken und die Klinik Pniel sind durch einen Betriebsführungsvertrag in allen internen Belangen Teil der Klinik im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld.

## Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel am Ev. Krankenhaus Bielefeld

(max. 420 Plätze, davon 313 stationäre, 92 TK und 16 TP)

Allgemeine Psychiatrie I (159)		Allgemeine Psychiatrie II (94)		Abhängigkeitserkrankungen (83)		Gerontopsychiatrie (84)	
<b>Sektor Ost</b>	<b>Station A2 (27)</b> Schizophrenie, schizoaffektive, bipolare Störungen	<b>Station A1 (24)</b> Krisenintervention	<b>Station B1 (12)</b> British Ward	<b>Station F1 (22)</b> Depression, somatische Komorbidität			
<b>Sektor West</b> wie oben	<b>Station A3/A4 (42)</b>	<b>Station A7 (17)</b> Borderline-PS	<b>Station B2 (35)</b> Alkohol/Medikamente qualifizierter Entzug	<b>Station F2 (15)</b> Kognitive Störungen, Demenz			
<b>Tagesklinik West</b>	<b>(24)</b>	Krisenintervention					
<b>Sektor Süd</b> wie oben	<b>Station A5 (28)</b>	<b>Station A8 (21)</b> Depression	<b>Station B5 (20)</b> Illegale Drogen - qualifizierter Entzug	<b>Station F3 (15)</b> Psychotische Störungen			
<b>Tagesklinik Süd</b>	<b>(20)</b>						
<b>Klinik Pniel</b>	<b>(42)</b> Mittelfristige Behandlungen	<b>Station A9 (16)</b> Angst-, somatoforme Störungen, Zwangsstörungen	<b>Tagesklinik für Abhängigkeitserkrankungen (16)</b> STEP - stationär-teilstationäres Entzugs- u. Psychotherapieprogramm	<b>Gerontopsychiatrisches Zentrum:</b>			
<b>Integrierte forensische Plätze</b>		<b>Tagesklinik Ost (16)</b> Depression	<b>Integrierte forensische Plätze</b>	<b>Tagesklinik (16)</b> <b>Tagespflege (16; SGB XI)</b> <b>Beratungsstelle</b>			
<b>Institutsambulanz und Konsiliardienst (incl. Forensik-Nachsorgeambulanz)</b>							
Allgemeine Psychiatrie I z. T. in den Tageskliniken		Allgemeine Psychiatrie II z. T. in den Tageskliniken		Abhängigkeitserkrankungen Alkohol + Drogen		Gerontopsychiatrie z. T. in den Tageskliniken	
<b>Klinische Sozialarbeit Office Management</b>		<b>Bewegungstherapie Ergotherapie</b>		<b>Musiktherapie Arbeitstherapie</b>		<b>Seelsorge Ergotherapiepraxis I und II</b>	
<b>Forschungsabteilung</b>							
Gilead III	Gilead IV	Haus Süßbeck	Hoffnungstaler Weg	Herforder Str.	Gadderbaumer Str.	Sennestadthochhaus	Moltkestr.

Stand: Februar 2013

Die Funktionsabteilung Ergotherapie arbeitet übergreifend in allen klinischen Abteilungen und ist eng vernetzt mit der Ergotherapiepraxis Hofstraße im Bielefelder Osten, deren Schwerpunkt die Arbeit mit psychisch Kranken ist. Die Ergotherapiepraxis Eckardtsheim behandelt zusätzlich somatische Erkrankungen, d.h. z. B. Personen mit erworbenen Hirnschädigungen, pädiatrische, neurologische und orthopädische PatientInnen.

Die Forschungsabteilung arbeitet ebenfalls übergreifend für die gesamte Klinik und eng vernetzt mit den verschiedenen Abteilungen je nach inhaltlichem Schwerpunkt des jeweiligen Projekts.

Die Struktur ist auch der folgenden Abbildung zu entnehmen, die inhaltlichen Details wurden im Kapitel 3.90 dargestellt.

## 4.2 Leitung und Gremien – Kommunikation und Information

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel stellt mit ihrer Größe, Differenziertheit und ihrem hohen Vernetzungsgrad eine besondere Herausforderung für die Bereiche Information, Kommunikation und Leitung dar. Die Gremien müssen in der täglichen Arbeit eine ausreichende Funktionsfähigkeit und Transparenz zwischen und innerhalb der Ebenen gewährleisten und dabei auch die Informationsfülle begrenzen.

### 4.2.1 Klinikleitung und Abteilungsleitungen

Die Gesamtleitung der Klinik einschließlich Fach- und Dienstvorgesetztschaft liegt bei der ärztlichen und der pflegerischen Leitung. Die ärztliche Leitung trägt - wie in Krankenhäusern der Akutversorgung üblich - die medizinische Gesamt- und Letztverantwortung und ist in der Binnenorganisation letztverantwortlich für die ärztlichen, psychosozialen und therapeutischen Dienste sowie den Sekretariatsdienst zuständig. Den Pflegeleitungen der Abteilungen obliegt unter der Leitung des Pflegedirektors die Führung der größten Personalgruppe, die sich in unserer Klinik durch einen besonders hohen Anteil von doppelqualifizierten und Fachpflegekräften auszeichnet, z. T. und zunehmend mit Bachelor- und Masterabschlüssen (ca. 20%). Die therapeutischen AbteilungsleiterInnen leiten die Diplom-Psychologen, Psychologischen Therapeuten in Ausbildung, und arbeitsteilig Musiktherapeuten, Sozialpädagogen und Sozialarbeiter. Eng vernetzt mit den Therapeutischen Abteilungsleitungen arbeitet der Leiter der Abteilung für Ergotherapie und der Leiter der Abteilung Physio- bzw. Bewegungstherapie.

In der wöchentlich tagenden Klinikleitungskonferenz sind der ärztliche Leiter, seine Stellvertretung sowie die Sprecher der pflegerischen und therapeutischen Abteilungsleitungen vertreten. In diesem Gremium werden unter Beachtung der jeweiligen Zuständigkeiten die

grundlegenden Entscheidungen kollegial abgestimmt und bei Bedarf direkt getroffen oder für die Abteilungsleitungskonferenz (s. u.) vorbereitet. Monatliche, bei Bedarf häufigere erweiterte Klinikleitungskonferenzen mit den zuständigen Bereichsleitern des Dienstleistungszentrums Krankenhaus (DZK) sorgen für abgestimmte Vorgehensweisen in betriebswirtschaftlichen, technisch-baulichen, hauswirtschaftlichen und anderen Fragen. Übergreifende Entscheidungen werden mit den zuständigen Gremien des Krankenhauses (Direktorium, Geschäftsführung), psychiatriespezifische Fragen mit den Gremien der v. Bodelschwingschen Stiftungen (z. B. Fachausschuss Psychiatrie, Geschäftsführungen des Stiftungsbereichs Bethel Regional und der Leitung der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) abgestimmt.

Abgesehen von der Ambulanz werden die Abteilungen durch je ein Dreipersonengremium geleitet, das aus ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen AbteilungsleiterInnen besteht. In diesem Gremium werden abteilungsspezifische Alltagsentscheidungen getroffen und die direkte Fach- und Dienstvorgesetztschaft für die stationären und teilstationären Bereiche der Abteilung wahrgenommen. Die Abteilungsleitung entwickelt auch abteilungsspezifische Konzepte weiter und optimiert das Therapieangebot nach dem Bedarf der zu versorgenden Patienten. Dabei ist sie auch für die Vernetzung der (teil)stationären mit den ambulanten Angeboten in Abstimmung mit der Leitung der Ambulanz zuständig und stellt die fachliche Kompetenz im jeweiligen Spezialbereich sicher. Die Abteilungsleitungen und Oberärzte vertreten ihr Fachgebiet in verschiedenen öffentlichen Gremien sowie überregionalen fachlichen und wissenschaftlichen, z. T. interdisziplinären Arbeitskreisen.

Um einen reibungslosen Ablauf der Prozesse zu gewährleisten, tagt die Abteilungsleitungskonferenz als Beratungs- und Entscheidungsgremium in einem zweiwöchentlichen Rhythmus unter Beteiligung von

- Klinikleitung (Letztverantwortung und -entscheidung)
- Abteilungsleitung Allgemeine Psychiatrie I
- Abteilungsleitung Allgemeine Psychiatrie II
- Abteilungsleitung Abhängigkeitserkrankungen
- Abteilungsleitung Gerontopsychiatrie
- Abteilungsleitung Ambulanz
- Leitung der Funktionsabteilung Ergotherapie
- Leitung der Funktionsabteilung Forschung.

Hier werden abteilungsspezifische und klinikübergreifende Belange zwischen den Beteiligten beraten und bei Zustimmung durch die Klinikleitung entschieden.

#### 4.2.2 Spezifische Leitungsfunktionen

Auf den Stationen und in den Tageskliniken erfolgt die ärztlich-therapeutische Leitung durch die OberärztInnen, oder durch im Einzelfall benannte qualifizierte Psychologische PsychotherapeutInnen als Leitende Psychologen. In der zweiwöchentlich stattfindenden Oberarztkonferenz werden ärztlich-medizinische und therapeutische Belange fall-, abteilungs- und klinikbezogen erörtert und ggf. entschieden. Darüber hinaus spielt die fachliche und dienstliche Organisation und Entwicklung des ärztlichen Bereichs eine wichtige Rolle.

Die Stationsleitungen sind verantwortlich für die Leitung des Pflegedienstes und die Organisation des Stationsablaufes. Im Leitungsbereich der Station sorgen sie dafür, Entscheidungsprozesse im Sinne einer optimalen Behandlung der Patienten herbeizuführen. Diese Aufgabe nimmt sie in Zusammenarbeit mit fallverantwortlichen ÄrztInnen und PsychologInnen sowie den Trägern der oberärztlichen Funktionen gemeinsam wahr. In der zweiwöchentlich stattfindenden Stationsleitungsrunde werden die allgemeinen Angelegenheiten der Klinik und Entwicklungen des Pflegedienstes erörtert. Beteiligt sind die pflegerischen Abteilungsleitungen, Stationsleitungen und ggf. der Pflegedirektor sowie ein Vertreter der Pflegeforschung. Einmal monatlich trifft sich die Stationsleitungsrunde abteilungsbezogen mit Vertretern aus den Tageskliniken und der Institutsambulanz. Dort werden fachspezifische Belange abteilungsbezogen entwickelt.

In den Tageskliniken und in der Klinik Pniel wird die Gesamtleitung durch den zuständigen Oberarzt oder im Einzelfall benannte Leitende Psychologen wahrgenommen.

Einzelpersonen sind verantwortlich für die Leitung des Sekretariatsbereichs bzw. Officemanagements, der Abteilung für Ergotherapie und der Bewegungsabteilung.

Die Abteilung für Forschung wird von einer wissenschaftlich ausgewiesenen Fachkraft geleitet. Der Bereich Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement wird von allen Leitungsbeauftragten in ihren Bereichen verantwortlich wahrgenommen.

#### 4.2.3 Gremien und Instrumente mit dem Schwerpunkt Beratung, Information und Kommunikation

In der Klinikkonferenz als dem größten Gremium sind Mitglieder aller Bereiche, Berufsgruppen und Hierarchieebenen vertreten. Sie tagt nur bei Bedarf mit dem Ziel, wichtige Informationen zu kommunizieren und wesentliche Entwicklungen innerhalb und außerhalb der Klinik zu diskutieren und zu beraten. Damit wird erreicht, dass eine breite Basis für die Prozesse existiert und die wesentlichen Informationen und Entwicklungen unmittelbar in alle Arbeitsbereiche hineingetragen und dort diskutiert und umgesetzt werden können.

Mitglieder der Klinikkonferenz sind:

- Alle Mitglieder der Abteilungsleitungskonferenz
- Oberärztinnen und Leitende Psychologen
- Leitung Tagespflege
- Leitung Bewegungsabteilung
- Seelsorge (eine Vertreterin)
- Leitung Sekretariate
- Assistentensprecher (2 Vertreter)
- Psychologensprecherin
- Stationsleitung (vier Vertreter)
- Leitung Klinik Priel
- Aufnahme und Information (eine Vertreterin)
- Benannte Einzelpersonen.

Auf der Abteilungsebene findet in der Regel monatlich eine erweiterte Leitungsrunde statt, in der die Belange der Abteilung kommuniziert und beraten werden. Die Zusammensetzung dieser Gremien wird von der Abteilungsleitung entschieden.

In dem internen EDV-Laufwerk der Klinik stehen den Mitarbeitern aktuelle Informationen verschiedenster Art in einem abgestuften System zur Verfügung. Wir erhoffen uns davon eine deutliche Reduktion der Verteilung von Papier und e-Mails. Diese Informationen beinhalten Einladungen, Protokolle, Fachinformationen, Patienteninformationen, Broschüren, Formulare etc.

#### 4.2.4 Weitere Gremien

##### *Behandlungsteams*

Auf den Stationen, in den Tageskliniken und in den Ambulanzbereichen finden regelmäßige Therapiegespräche unter Beteiligung aller Mitglieder des Behandlungsteams oder Behandlungskonferenzen (letztere in Gegenwart des Patienten) statt. Hier werden fallbezogene Behandlungsstrategien erörtert und festgelegt. In Konzeptgesprächen werden mit dem gesamten Behandlungsteam und der zuständigen Abteilungsleitung inhaltliche oder organisatorische Entwicklungen der Konzepte erörtert.



### *Runde der fallverantwortlichen Therapeuten*

Die AssistenzärztInnen und Psychologen (einschließlich PPIA) treffen sich einmal wöchentlich, in vollständiger Vertretung aller Bereiche mindestens einmal monatlich, um dienstliche Organisation, Weiterbildung und berufspolitische Fragen zu besprechen. Dabei wird eine gemeinsame Haltung erarbeitet, um diese in Klinikgremien zu vertreten.

Chefarzt und Ärztliche AbteilungsleiterInnen treffen sich zweimal pro Monat zu einer Ärztlichen Leitungsrunde, um spezifische Fragen zu bearbeiten.

### *PSD-Sitzungen*

Die SozialarbeiterInnen und Sozialpädagogen der gesamten Klinik treffen sich einmal im Quartal zu einer gemeinsamen Besprechung und einmal pro Monat zu einer abteilungsbezogenen Besprechung. Ebenfalls monatlich treffen sich die PsychologInnen zur Psychologengrunde.

Chefarzt, therapeutische Abteilungsleitungen, die Abteilungsleitungen der Bewegungstherapie und Ergotherapie sowie die Sprecherin der Sozialarbeiter treffen sich alle 2 Wochen zur PSD-Leitungsrunde.

### *Ergotherapie-Team*

Die Mitarbeiter der Ergotherapie-Teams treffen sich wöchentlich zu Teamsitzungen, einmal im Monat findet ein Konzeptteam statt. Die Abteilung lädt darüber hinaus alle 2 Monate bethelweit zu einem Fachtreffen ein.

### *Arbeitskreis Seelsorge*

In dem pro Jahr viermal tagenden Arbeitskreis Seelsorge treffen sich die Seelsorgerinnen der Klinik, Diakone und weitere Mitarbeiter, um die Verankerung des diakonischen Profils im Alltag der Klinik fortlaufend weiterzuentwickeln. Zudem werden organisatorische Angelegenheiten abgestimmt.

### *Arbeitsgruppen mit zeitlich und inhaltlich begrenzten Aufgaben*

Grundsätzlich ist es unser Bestreben, strukturell verankerte Gremien auf das nötigste zu beschränken und eher aufgabenzentrierte Arbeitsgruppen zu bilden. Diese Arbeitsgruppen sind flexibler und sowohl zeitlich als auch inhaltlich begrenzt tätig.

# 5 Vernetzung

## 5.1 Evangelisches Krankenhaus Bielefeld und Klinikverbund Valeo

Die Integration unserer Klinik in ein großes Allgemeinkrankenhaus ([www.evkb.de](http://www.evkb.de)) und das Fachkrankenhaus Mara ([www.mara.de](http://www.mara.de)) ist ein großer Vorteil für die Versorgung unserer Patienten und die Entwicklung der Arbeit. Das EvKB mit derzeit 27 Kliniken und Instituten und zahlreichen ambulanten Einrichtungen ist ein Krankenhaus der regionalen Spitzenversorgung mit einem zusätzlichen Versorgungsauftrag für die britischen Armeeingehörigen und ihre Familien. Das Krankenhaus Mara mit den Epilepsiekliniken und der Klinik für Behindertenmedizin sind ebenfalls sehr wichtige Kooperationspartner im Bethelverbund.

Unsere Klinik ist durch zahlreiche Versorgungsangebote eng mit den verschiedenen Kliniken, Instituten und Zentren vernetzt, z. B. durch gegenseitige Konsiliardienste, intensivmedizinische Behandlung psychiatrischer Patienten und Kurznarkosen bei Elektrokrampftherapie.

Ausgesprochen interdisziplinäre Schwerpunkte sind u. a.:

Ein Schwerpunkt Altersmedizin befindet sich im Aufbau (zwischen der Klinik für Behindertenmedizin und unserer Abteilung für Gerontopsychiatrie einerseits und mit der Klinik für Geriatrie und Rheumatologie am Standort Johannesstift andererseits). Bereits jetzt werden gerontopsychiatrische Patienten primär in der Klinik für Behindertenmedizin aufgenommen, wenn die somatische Diagnostik und/oder Therapie zunächst im Vordergrund steht, bevor die Patienten in unsere Klinik verlegt werden. Auf diese Weise können mehrfache Wechsel und die damit verbundenen Belastungen verhindert werden.

Die Aufnahmesteuerung Suchtkranker ist gemeinsam zwischen der Klinik für Behindertenmedizin und unserer Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen in der Psychiatrischen Institutsambulanz organisiert, sodass die Patienten sofort bedarfsgerecht zugewiesen werden können.

In der Kooperation mit den Epilepsiekliniken Mara besteht neben wissenschaftlichen Aktivitäten (s. u.) eine enge Zusammenarbeit bei Patienten mit Epilepsie und psychischen Störungen.

Die Psychotraumatologie gemeinsam mit der Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin und den somatisch traumatologisch tätigen Kliniken

Die Schmerzbehandlung, in der Anästhesisten, Neurologen, Neurochirurgen, Psychologen und Psychiater eng zusammenarbeiten,

Die gynäkologische Psychosomatik.

Unser Konsiliardienst umfasst mittlerweile jährlich über 1200 Kontakte mit Fragen aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie.

Auch mit den psychiatrischen Fachkliniken der Region OWL und vielen anderen Krankenhäusern in Bielefeld und in der Region bestehen vielfältige Kooperationsbeziehungen.

## 5.2 von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel

Als Teil der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel kooperieren wir mit vielen Bereichen dieser großen diakonischen Einrichtung. Besonders eng und in alltäglichen Kontakten stehen wir mit den Einrichtungen des psychiatrischen Arbeitsfeldes, die im Stiftungsbereich Bethel Regional zusammengefasst sind. Im Fachausschuss Psychiatrie werden laufend inhaltliche und strategische Fragen in dem Arbeitsfeld stiftungsbereichsübergreifend diskutiert und weiterentwickelt. Eine enge Kooperation besteht ebenso mit dem Stiftungsbereich Altenhilfe und dem Arbeitsfeld Behindertenhilfe. Wichtige Kooperationspartner sind ferner die Einrichtungen und Dienste für Arbeit und beruflichen Rehabilitation des Stiftungsbereichs ProWerk. Einen genauen Überblick gibt das Positionspapier „Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bethel“. Ziel der vernetzten Strukturen ist eine die Sektoren des Gesundheitssystems und der sozialen Sicherungssysteme übergreifende Planung, Bereitstellung und Realisierung von Hilfeplänen insbesondere für chronisch psychisch Kranke. Dabei sollen Existenzsicherung, Behandlung, Rehabilitation, soziale und berufliche Wiedereingliederung individuell und optimal ineinander greifen.

## 5.3 Regionales Versorgungsnetz

In dem weit ausgebauten sozialpsychiatrischen und psychosozialen Versorgungsnetz in Bielefeld stellt unsere Klinik einen Knotenpunkt dar. Entsprechend vielfältig und intensiv sind die Kooperationsbeziehungen:

- zu den Selbsthilfegruppen und Interessenverbänden von Betroffenen und Angehörigen wie dem Verband Psychiatrieerfahrener Bielefeld (VPE), der Interessengemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker (IGA), dem Verein für freiwillige Suchtselbsthilfe u.a.,
- zu niedergelassenen Ärzten der Allgemeinmedizin, Psychiatrie und Nervenheilkunde,
- zu niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten,
- zu den zentralen Diensten und Dienstleistungszentren der Stadt,

- zu den Trägern von Hilfsangeboten innerhalb und außerhalb des gemeindepsychiatrischen Verbundes einschließlich der psychiatrischen Hauskrankenpflege, Betreuungsvereine u. v. a.,
- zu den Bielefelder Richtern der zuständigen Gerichtsbarkeit,
- zu den zuständigen Einrichtungen der Polizei.
- zu zahlreichen Beratungsstellen aus verschiedenen Hilfefeldern.

Diese Kooperationen werden z. T. in regelmäßigen Treffen in größeren Abständen aber auch in fest institutionalisierten Gremien, klinik-, bereichs- oder projektbezogen und personen- bzw. patientenbezogen gepflegt. Die institutionalisierten Gremien sind u.a.:

- Trialog: Viermal im Jahr treffen sich hier Psychatrieerfahrene, Angehörige und Professionelle, um über psychiatrierelevante Themen zu diskutieren und gemeinsame Projekte zu entwickeln. Unter anderem wurden durch den Trialog die regelmäßigen Psychose-Seminare in der Volkshochschule initiiert, regelmäßige Psychiatrieseminare im Rathaus veranstaltet und die Beschwerdestelle ins Leben gerufen.
- Arbeitsgemeinschaft Suchtkrankenhilfe, in der die professionellen Mitglieder der Suchtkrankenhilfe und Selbsthilfe- sowie Angehörigengruppen vertreten sind,
- Pflegekonferenz der Stadt, in der u. a. ein umfassender Maßnahmenkatalog zur Verbesserung der Versorgung erarbeitet wurde,
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft,
- Psychiatriebeirat der Stadt, der u .a. den Sozial- und Gesundheitsausschuss des Rates berät,
- Beirat des Demenz-Servicezentrums
- Alzheimergesellschaft Bielefeld.

Darüber hinaus gestalten wir die Kontaktstellenarbeit in den Sektoren der Stadt aktiv mit. Das Suchthilfesystem und das psychiatrische Hilfesystem in Bielefeld sind - wie in vielen anderen Städten - aus historischen Gründen noch relativ deutlich voneinander getrennt. Diese Trennung ist unter heutigen Erkenntnissen und Anforderungen nicht mehr angemessen und weicht daher einer zunehmenden Vernetzung der Arbeitsfelder. Das psychiatrische Altenhilfesystem hat sich wiederum getrennt entwickelt und ist am ehesten integriert in die allgemeine Altenhilfe. In der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft und im Psychiatriebeirat der Stadt fließen die Systeme wiederum zusammen.

## 5.4 Psychosozialer Krisendienst

Der Psychosoziale Krisendienst steht für Personen in Bielefeld, die sich in akuten psychosozialen oder psychiatrischen Notsituationen befinden dann zur Verfügung, wenn entsprechende Beratungsstellen, komplementäre Dienste und städtische Ämter (Soziopsychiatrischer Dienst) nicht erreichbar sind: Montag bis Freitag 18:00 bis 07:30 Uhr und an Wochenenden und Feiertagen „rund um die Uhr“. Der Krisendienst existiert seit 1986 und ist seither ein wichtiger Bestandteil der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Seit 01.01.2003 wird der Krisendienst gemeinsam durch die PariSozial gGmbH (Tochtergesellschaft des Paritätischen) und das Evangelische Krankenhaus Bielefeld auf der Grundlage eines Leistungsvertrages mit der Stadt Bielefeld durchgeführt. Die fachliche Leitung des Krisendienstes liegt im EvKB, die Geschäftsführung im PariSozial.

Der Krisendienst ist niedrigschwellig öffentlich per Telefon zugänglich und bearbeitete zuletzt jährlich über 3500 Anfragen. Bei Bedarf sucht der Krisendienst innerhalb von Bielefeld Menschen in Krisensituationen vor Ort auf. In seiner grundsätzlichen Arbeit ist der Krisendienst an der Stärkung der Eigen- und Selbstverantwortung der Nutzenden orientiert. Dies wird insbesondere dadurch realisiert, dass Nutzende in Krisensituationen angeleitet werden, eigene Bewältigungsfertigkeiten zu aktivieren und erst bei deren Versagen äußere Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen.

## 5.5 Wissenschaftliche Kooperationspartner

Um qualitativ hochwertige Forschung zu betreiben und damit letztlich unsere therapeutischen Angebote kontinuierlich weiterzuentwickeln, bedarf es des ständigen Austauschs und der Kooperation mit kompetenten Lehr- und Forschungseinrichtungen (siehe [www.evkb.de](http://www.evkb.de)).

An erster Stelle ist die hervorragende Vernetzung mit der Universität Bielefeld zu nennen. Sie betrifft insbesondere die Kooperation in Lehre und Forschung

- mit dem Exzellenzcluster CITEC,
- mit der Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
- mit der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft und
- mit der Fakultät für Pflegewissenschaft,
- mit anderen Instituten und Einrichtungen im Rahmen fächerübergreifender Aktivitäten.

Die Kooperationen beinhalten gemeinsame Lehrveranstaltungen, überwiegend drittmittelgeförderte Forschungsprojekte, Betreuung akademischer Arbeiten (Master-, Diplom- und Dok-

torarbeiten). Sie werden häufig durch übergreifend in Klinik und Universität tätige Mitarbeiter ausgefüllt.

Innerhalb des EvKB wurde die enge wissenschaftliche Zusammenarbeit mit dem Epilepsiezentrum Mara und der Gesellschaft für Epilepsieforschung weiter etabliert. Neben dem inhaltlich interdisziplinären Ansatz von Epilepsie und Psychiatrie, dessen Voraussetzungen in Bethel optimal sind, geht es auch um die erfreuliche Gelegenheit der Mitnutzung von versorgungs- und wissenschaftlich relevanter Technik und Großgeräten (wie etwa der funktionellen Kernspintomografie) und dokumentiert sich in der Arbeit von fächerübergreifend tätigen Mitarbeitenden.

Neu ist das Kombinationsstudium Medizin mit der Universität Pecs/Ungarn, das 2012 begann. Zunächst werden Studierende ab dem 9. Semester am EvKB ausgebildet. 2010 bereits wurde der Studiengang Psychische Gesundheit an der Fachhochschule der Diakonie eröffnet, an dem etliche Pflegenden unserer Klinik teilnehmen.

Weitere Projekte werden realisiert mit dem Institute of Psychiatry (Maudsley Hospital London), der University of Ontario, Kanada, zahlreichen internationalen Partnern im Rahmen der European Delirium Association und etlichen nationalen Partnern an den Universitäten in Lübeck, Duisburg-Essen, Hamburg, Heidelberg, Greifswald, Konstanz und Bonn. Weitere konkrete Kooperationen bestehen mit wissenschaftlichen Verbänden und werden kontinuierlich ausgebaut mit dem Ziel eines Netzwerkes regionaler, nationaler und internationaler Partner.

## 5.6 Partnerschaft Krakow-Bethel

Seit nunmehr 20 Jahren besteht eine kontinuierliche Partnerschaft mit der Psychiatrischen Universitätsklinik und dem Psychiatrischen Krankenhaus J.J. Babinski in Krakow/Polen. Neben der Völkerverständigung und der gemeinsamen Aufarbeitung der nationalsozialistischen Verbrechen in Polen hat diese Partnerschaft das Ziel, thematische Schwerpunkte aus dem Bereich der Psychiatrie berufsübergreifend im Rahmen von gemeinsamen Tagungen und Besuchen zu bearbeiten und konkrete Projekte in Aus- und Weiterbildung, Versorgung und Forschung zu bearbeiten.

## 5.7 Weitere Kooperationspartner

Die Vielfalt der Kooperationspartner, mit denen wir uns verbunden fühlen, ist so groß, dass wir sie nicht vollständig aufführen können, ohne den Rahmen dieses Konzeptes zu sprengen. Wir bitten daher um Nachsicht bei denjenigen, die wir hier nicht im Einzelnen nennen.

## 5.8 Aus-, Weiter- und Fortbildung

Wir legen viel Wert auf Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Mitarbeiter und bieten dazu zahlreiche interne und externe Möglichkeiten. Nur so ist es möglich, eine exzellente Qualität der Arbeit zu erreichen bzw. zu sichern.

Akademie für Psychiatrie und Psychotherapie Ostwestfalen-Lippe e.V.: Die Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist zu einem wesentlichen Anteil in der Akademie organisiert, die einen Verbund von 11 Kliniken und Einrichtungen in der Region darstellt. In Form von 6 Blockwochen über vier Jahre wird ein wesentlicher Teil des in den Weiterbildungsrichtlinien der Landesärztekammer geforderten Inhalts vermittelt.

Die Akademie betreibt in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie seit 2006 ein Ausbildungsinstitut für Psychologische Psychotherapeuten, das eine Ausbildungsambulanz in der Bielefelder Innenstadt betreibt und eng mit der Klinik kooperiert.

In der Abteilung für Gerontopsychiatrie ist für Fachärzte die 18monatige Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung „Geriatric“ möglich.

Weitere Inhalte werden in der Klinik selbst vermittelt, u. a. in dem wöchentlich stattfindenden Kolloquium, das zusammen mit der Psychologischen Fakultät der Universität Bielefeld als Semesterveranstaltung stattfindet und semesterweise zu inhaltlichen Schwerpunkten aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie organisiert ist. Externe Referenten, die ausgewiesene Experten in den jeweiligen Gebieten darstellen, bestreiten den Großteil dieser Veranstaltung. Sie steht allen MitarbeiterInnen, Studierenden und externen fachlich Interessierten offen und erfreut sich eines sehr regen Zulaufs. Interne Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen sind die wöchentlichen Journal-Clubs, in denen aktuelle Veröffentlichungen oder Tagungsberichte reihum vorgestellt werden, sowie die Fort- und Weiterbildungsrunden innerhalb der Abteilungen.

Zu mehreren psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten (Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie, Berliner Akademie für Psychotherapie, APV Münster, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Lehrinstitut Bad Salzuflen) bestehen enge Kontakte. Dortige Ausbildungskandidaten arbeiten z. T. in unserer Klinik und werden z. T. durch unsere Mitarbeiter ausgebildet. Zu nennen ist hier auch die Kooperation mit der Universität Bielefeld (Klinische Psychologie) sowie dem damit verbundenen Christoph-Dornier-Institut für Psychotherapie.

Schulen: Wichtige Kooperationspartner sind die Ausbildungsstätten innerhalb und außerhalb des EvKB und der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel. Neben den Kranken- und Altenpflegesschulen ist dies insbesondere die Ergotherapieschule in Eckardtsheim. Viele Schüler absolvieren einen Teil ihrer praktischen Ausbildung in unserer Klinik, und unsere Mitar-

beiter leisten einen Teil des Unterrichts in den Schulen. Zum anderen werden zahlreiche Ausbildungskandidaten später MitarbeiterInnen in der Klinik.



## 6 Forschungsabteilung

Im Mittelpunkt der Arbeit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel steht die unmittelbare Behandlung unserer Patienten. Nahezu alle Tätigkeiten sind für unsere Patienten und teilweise auch für deren Angehörige direkt erfahrbar.

Forschung, Qualitätssicherung und Dokumentation sind demgegenüber Bereiche und Tätigkeiten, die unsere PatientInnen im Alltag häufig nicht unmittelbar erleben. Sie spielen sich vielmehr meist im Hintergrund ab und dienen der stetigen Verbesserung unserer Arbeit sowie deren standardisierter Erfassung.

Die Klinik unterhält eine eigenständige Forschungsabteilung, in der auch Qualitätssicherung und Dokumentation angesiedelt sind. Die MitarbeiterInnen dieser Abteilung pflegen enge Kontakte mit den Behandlungsteams.

### 6.1 Forschung an der Klinik

Die Medizin ist als universitäre wissenschaftliche Disziplin in den Lebenswissenschaften und Erfahrungswissenschaften verwurzelt. Dies bedeutet, dass die bei der individuellen Behandlung zur Anwendung gelangenden Maßnahmen ein bestmögliches Verhältnis von Einsatz und Nutzen aufweisen sollten. Therapeutische Methoden, die einen hohen Einsatz erfordern, beispielsweise in Form eines hohen Aufwandes und/oder häufiger Nebenwirkungen, sind nach diesem Grundsatz solchen Methoden gegenüber nachrangig, die mit geringerem Einsatz eine gleiche oder bessere Wirkung aufweisen.

In dem Begriff der „Heilkunst“, den ärztliches und therapeutisches Handeln immer auch darstellt, wird offenbar, dass im therapeutischen Prozess nicht alle Einzelschritte wissenschaftlich untersucht und abgeleitet werden können. Beim Fehlen wissenschaftlich abgesicherten Wissens ist die eigene professionelle Erfahrung handlungsleitend.

In der Medizin spielt die Anwendung wissenschaftlich abgesicherter Heilverfahren eine zunehmend wichtige Rolle. Neue Therapieverfahren sollen nur noch zur Anwendung gelangen, wenn sie in entsprechenden Untersuchungen in oben beschriebenem Sinn ihre Überlegenheit gegenüber bisherigen Therapieverfahren nachgewiesen haben. Dieses Prinzip kommt zum Ausdruck in den Begriffen der „evidenzbasierten Medizin“ bzw. der „evidenzbasierten Therapie“ und künftig der „evidenzbasierten Pflege“ sowie der „evidenzbasierten Prävention“.

Die Behandlung und Prävention psychischer Störungen ist in hohem Maße vom Wissen über solche Störungen und deren Hintergründe abhängig. In vielen besonders anwendungs- und

versorgungsrelevanten Bereichen ist das vorhandene Wissen noch nicht ausreichend, um eine zufriedenstellende Behandlung und Prävention zu realisieren. Aus diesem Grund besteht für alle an der medizinisch-therapeutischen Versorgung Beteiligten die Pflicht, sich selbst ständig fortzubilden und mit den eigenen Erfahrungen zu einer Weiterentwicklung des Wissens beizutragen.

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel ist als Teil des Ev. Krankenhauses Bielefeld Kooperationspartner der Universität Pécs. Auch in dieser Funktion fühlt sich die Klinik der Wissensvermehrung verpflichtet.

In den angloamerikanischen Ländern blickt die Akademisierung der Pflege auf eine lange und äußerst produktive Tradition zurück. Die Pflegewissenschaft bringt in einem großen Bereich der Medizin erhebliches Wissen ein, das mit Methoden der empirischen Wissenschaften untersucht wurde. In Deutschland existieren zunehmend Ausbildungsstätten für Pflegewissenschaft, u. a. auch in Bielefeld. Wir sind unseres Wissens die erste Psychiatrische Klinik, die nicht Universitätsklinik ist und dennoch die Pflegeforschung als wichtige Säule psychiatrischer Forschung implementiert hat und eine eigene Stelle für Pflegeforschung vorhält.

#### 6.1.1 Forschungsorganisation

Die zentrale Organisation der meisten Forschungsprojekte findet in der Forschungsabteilung im Gebäude Gilead IV statt, die neben den räumlichen und technischen Voraussetzungen über eigenes Stammpersonal verfügt.

Die Aufgaben der Forschungsabteilung sind:

Initiierung von Forschungsprojekten, die in der Klinik angesiedelt sind,

Unterstützung von Forschungsprojekten, die durch Mitarbeiter der Klinik initiiert werden,

Beantragung von Drittmittelprojekten insbesondere bei öffentlichen Geldgebern wie z. B. der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), in Zusammenarbeit mit der Abteilung Öffentlichkeitsarbeit auch bei Stiftungen und Spendern sowie bei der Industrie,

Betreuung von Bachelor-, Master-, Diplom- und Doktorarbeiten im Rahmen der Forschungsprojekte,

Lehrtätigkeit an Universitäten und Fachgesellschaften,

Besuch nationaler und internationaler Fachtagungen und Präsentation eigener Arbeiten vor größerem Fachpublikum,

Etablierung und Ausbau nationaler und internationaler wissenschaftlicher Kooperationen,

Anfertigen nationaler und internationaler wissenschaftlicher Publikationen.

Bei diesen Aktivitäten arbeiten die Mitarbeiter der Forschungsabteilung eng mit den Mitarbeitern unserer Klinik und ggfs. kooperierender Kliniken zusammen.

### 6.1.2 Forschungsfelder

Die Forschung in der Klinik beschäftigt sich prinzipiell mit allen Bereichen psychiatrischer, psychotherapeutischer und pflegerischer Handlungsfelder. Die Bildung von Forschungsschwerpunkten ist allerdings wichtig, um in einigen Fragestellungen über eine hohe Expertise verfügen zu können. In unserer Forschungsplanung verfolgen wir unterschiedliche Ziele (eine ausführliche Darstellung findet sich unter [www.psychiatrie-forschung-bethel.de](http://www.psychiatrie-forschung-bethel.de)).

#### *Grundlagen- und Anwendungsforschung*

Unser Ziel ist es, sowohl Grundlagenforschung als auch Anwendungs- und Versorgungsforschung durchzuführen. Die Grundlagenforschung dient in der Regel dem Verständnis der Entstehung und Aufrechterhaltung einzelner Krankheiten oder deren Symptome. Aus der Grundlagenforschung erwachsen häufig konkrete Anwendungen. Insbesondere in Zusammenarbeit mit universitären Einrichtungen und bei Projekten, die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert werden, spielen grundlagenwissenschaftliche Fragestellungen eine wichtige Rolle. Die Anwendungs- und Versorgungsforschung dient dagegen dem Ziel, bestehende oder neue therapeutische, präventive oder pflegerische Verfahren genauer zu untersuchen und gegebenenfalls zu optimieren. Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel ist in besonderer Weise in der Lage, Anwendungs- und Versorgungsforschung zu betreiben, da nahezu alle Formen gängiger psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung und Prävention vorgehalten werden.

#### *Forschung zu bio-psycho-sozialen Faktoren*

Unser zweites Ziel ist es, zu allen Bereichen des bio-psycho-sozialen Spektrums Forschungstätigkeit zu entwickeln. Forschung, die sich mit biologischen Aspekten psychischer Erkrankungen beschäftigt, untersucht die Wirksamkeit, Wirkmechanismen und ätiologische Bedeutung biologischer Faktoren. Hierzu gehören folgende Forschungsbereiche:

- Erforschung von Medikamentenwirkungen,
- Erforschung neuroendokriner Faktoren psychischer Erkrankungen (z. B. Stresshormonsystem),
- Erforschung neurobiologischer Faktoren einzelner psychischer Erkrankungen unter dem Einsatz bildgebender struktureller und funktioneller Verfahren, insbesondere der Kernspintomographie, und in jüngerer Zeit auch mittels elektrophysiologischer Verfahren,
- Die Erforschung psychologischer Faktoren von Erkrankungen und deren Hintergründen, von Therapie und Prävention,
- Erforschung neuropsychologischer Auffälligkeiten bei psychischen Erkrankungen,

- Erforschung der Mechanismen unterschiedlicher psychotherapeutischer Therapieverfahren,
- Erforschung bestehender und Entwicklung neuer psychologischer Untersuchungsinstrumente, insbesondere Fragebögen,
- Entwicklung und Evaluation neuropsychologischer Testverfahren,
- Erforschung der Hintergründe auto- und fremdaggressiven Verhaltens,
- Erforschung von Emotionsregulationsmechanismen,
- Erforschung des Einsatzes der Narrativen Expositionstherapie bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung.

Bezüglich der sozialen und sozialpsychologischen Faktoren werden gesellschaftliche und zwischenmenschliche Hintergründe und Begleitfaktoren psychischer Erkrankungen untersucht. Beispiele solcher Forschungsarbeiten sind:

- Stigmatisierungsforschung: Welche Einstellung haben Menschen gegenüber psychisch Kranken?
- Auswirkungen des Einbezugs von Angehörigen,
- Behandlungsvereinbarungen,
- Prävention psychischer Erkrankungen bei Kindern von Patienten mit Schizophrenie oder Depression,
- Pflegeforschung

#### *Indikationsbezogene Forschung*

Unser drittes Ziel ist, dass jede Abteilung einen Aspekt ihrer Arbeit wissenschaftlich begleitet. Beispiele laufender und geplanter Forschungstätigkeit sind:

Untersuchung des Traumagedächtnisses (Abteilung für Allgemeine Psychiatrie II)

Neurophysiologische Diagnostik kognitiver Störungen im Alter (Abteilung für Gerontopsychiatrie)

Psychische Störungen bei Epilepsie (Psychiatrische Institutsambulanz)

## 6.2 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

Das Aufrechterhalten einer hohen Qualität aller Arbeitsabläufe in einer Klinik, in der über 400 Mitarbeiter beschäftigt sind, bedarf besonderer Anstrengungen. Die Methoden der Qualitätssicherung sollen in allen Bereichen, in denen unsere Mitarbeiter beschäftigt sind, zum Einsatz kommen und eine gleichbleibend hohe Qualität bzw. ständige Verbesserung der Qualität sichern.

Ein wichtiger Baustein für die Gewährleistung gleichbleibend hoher Qualität ist die schriftliche Formulierung von klinikinternen Leitlinien und Verfahrensanweisungen. Diese Leitlinien schreiben konkrete Handlungsabläufe bei konkreten Konstellationen vor. Leitlinien sind allerdings nur wirksam, wenn sie alltagstauglich, inhaltlich-fachlich auf hohem Niveau, für alle betreffenden Mitarbeiter zugänglich sind, stets aktualisiert werden und ihre Einhaltung in jedem Einzelfall überprüft, nachbesprochen und gegebenenfalls modifiziert werden. Im Jahr 2001 wurde ferner ein Leitfaden für die pharmakologische Behandlung fertig gestellt, der auch als Buch veröffentlicht wurde. Eine Neuauflage ist geplant.

Im Übrigen gelten die Leitlinien, die für viele Bereiche der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik von der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften herausgegeben werden ([www.awmf.de](http://www.awmf.de)).

Die Klinik beteiligt sich an dem krankenhausweiten Qualitätsmanagementverfahren, das mittlerweile für das gesamte EvKB gilt. Erste Schulungen ausgewählter Mitarbeiter haben stattgefunden. Qualitätsmanagement ist ein fortschreitender Prozess, in dem die mittelfristig angestrebte Zertifizierung lediglich ein Teilprojekt darstellt. In der Vorbereitung befindet sich ein CIRS-System (Critical Incident Reporting System), mit dem Beinahe-Zwischenfälle analysiert und Verbesserungen vorgeschlagen werden können.

Künftig wird es wichtig sein, diesen Prozess der Qualitätssicherung in allen Arbeitsbereichen mit hoher Verbindlichkeit voranzutreiben. Angesichts der begrenzten Ressourcen ist es eine Herausforderung für die kommenden Jahre, die Anforderungen der praktischen Patientenarbeit und deren Beschreibung auf der Metaebene (z. B. im Sinne einer eventuellen Zertifizierung) in angemessener Weise miteinander und gegeneinander auszutarieren.

## 6.3 Dokumentation

Wie jede andere medizinische Einrichtung hat auch unsere Klinik die Pflicht, alle medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen an Patienten schriftlich nachvollziehbar zu dokumentieren. Die Dokumentation dient dem Ziel, individuelle Behandlungsverläufe nachvollziehbar zu machen und auch Behandlungsgewohnheiten ganzer Behandlungseinrichtungen (z. B. Stationen, Abteilungen) zu erfassen.

Dem Ziel der Erfassung individueller Behandlungsverläufe dient die Schaffung und Optimierung möglichst einheitlicher und leicht durchführbarer Dokumentationssysteme. Hierbei spielen auch Überlegungen des „papierarmen Krankenhauses“ eine wichtige Rolle: Die Dokumentation sollte möglichst per EDV erfolgen und von jedem Klinikcomputer abrufbar sein. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden zwei wesentliche Schritte durchgeführt. Zum einen wurde eine Arbeitsgruppe gegründet, die in Kooperation mit der IT-Abteilung des EvKB eine auf die Bedürfnisse von Psychiatrie und Psychotherapie zugeschnittene Adaptation des krankenhausesweit eingeführten Klinikinformationssystem (KIS) entwickelt.

Dem zweiten Ziel, der statistischen Erfassung und Auswertung von Behandlungsgegebenheiten und –abläufen, dient die maximal mögliche (aber gleichzeitig noch inhaltlich sinnvolle) Vereinheitlichung des Dokumentierten. Pflicht ist die im Rahmen der neuen Gesetzgebung (PEPP-System) erweiterten Dokumentation von Operationen und Prozeduren (OPS-System). Dazu wird derzeit ein Ergänzungsprogramm eingeführt, mit dem u. a. die Prozeduren und weitere Parameter für das neue Entgeltsystem direkt in der EDV erfasst werden können.

Zur möglichst einheitlichen Erfassung der Patientendaten dient u. a. die sogenannte „Basisdokumentation“, die in enger Anlehnung an die Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) gestaltet wurde. Zusätzlich wurde eine standardisierte Basisdiagnostik (Selbst- und Fremdratinginstrumente) für alle Patienten eingeführt, die ggfs. durch störungsspezifische Instrumente ergänzt wird.

In 2012 wurde die erneut überarbeitete Aufnahme-, Anamnese- und Verlaufsdokumentation eingeführt, die ärztliche, therapeutische und pflegerische Belange berücksichtigt und Doppeldokumentationen vermeidet. Derzeit wird diese Dokumentation in das KIS überführt. Zudem erhoffen wir uns davon auch eine neue Dimension der statistischen und wissenschaftlichen Evaluationsmöglichkeit unserer Diagnostik und Behandlung.

## 7 Ausblick

Um die Versorgung unserer Patienten weiter zu optimieren, ist es notwendig, die problem- oder störungsspezifischen Behandlungskonzepte in allen Bereichen unserer Klinik auf dem neuesten Stand des Wissens ständig weiterzuentwickeln. Dies kann in befriedigender Weise nur Schwerpunktteams gelingen, da jeweils das gesamte Team unter Einschluss aller beteiligten Berufsgruppen in die inhaltlich-fachliche Ausgestaltung und die Optimierung von Prozessabläufen eingebunden sein muss. Nur so lässt sich ein hohes Niveau mit begrenzten Ressourcen halten oder sogar steigern. Dabei ist es zusätzlich erforderlich, durch die fortlaufende Dokumentation, durch ein fortlaufendes Qualitätsmanagement und durch die klinische Forschung valide Grundlagen für Zukunftsentscheidungen bereitzustellen. Wir werden uns im Rahmen unserer Möglichkeiten aktiv an ihrer Durchführung beteiligen und hoffen, auch an diesbezüglichen Aktivitäten und Erkenntnissen anderer Kliniken partizipieren zu können.

Die Entwicklung stößt allerdings immer dort an Grenzen, wo strukturelle Vorgaben den prinzipiell vorhandenen Handlungsspielraum einengen. So ist es zurzeit nur sehr begrenzt möglich, Behandlungen über die stationären, teilstationären und ambulanten Grenzen hinweg durchzuführen. Notwendig ist es aber, solch sektorales therapeutisches Denken zu überwinden und hinzukommen zu einem Denken und Handeln in Behandlungsepisoden. So ist es in vielen Fällen günstiger, das Behandlungssetting den individuellen Erfordernissen der PatientInnen anzupassen, ohne dabei das Behandlungsteam zu wechseln. Konkret bedeutet dies, einen Patienten z. B. in der Stabilisierungsphase stationär, in der Therapiephase im engeren Sinne teilstationär und in der Transfer- und Ablösungsphase ambulant zu behandeln. Anschließend oder überlappend kann der Patient dann in die mittel- oder langfristige ambulante Behandlung bzw. Betreuung entlassen werden. In einem solchen Rahmen würden also keine Stationen im herkömmlichen Sinne mehr existieren, sondern Behandlungseinheiten. Dann ist es vielleicht auch möglich, Behandlungen zu Hause im Sinne des Home Treatment Ansatzes durchzuführen. Um solch flexible Behandlungsstrukturen zu etablieren, sind allerdings auch neue Finanzierungsmodelle notwendig. Bei Verbänden, Kostenträgern und in der Politik scheinen solche Diskussionen aber erst allmählich anzulaufen.

Ein Schritt in diese Richtung ist auch die Integrierte Versorgung. Aktuell beteiligen wir uns mit zwei Konzepten zur Integrierten Versorgung depressiver Patienten und solchen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen an diesem Prozess. Diese Modelle befinden sich mittlerweile seit einigen Jahren in der Umsetzung, erste Evaluationsergebnisse zeigen vielversprechende Ergebnisse.

Unabhängig davon wird die sogenannte „Ambulantisierung“ psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (auch Akutbehandlung) weiter fortschreiten und angesichts des raschen medizinisch-therapeutischen Fortschritts in Zukunft vermutlich noch vollständig neue Möglichkeiten eröffnen. Wir tragen dieser Entwicklung mit der ständigen Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung unserer ambulanten Therapieangebote Rechnung.

Das neue Pauschalisierte Entgeltssystem in Psychiatrie und Psychosomatik ist 2012 in Kraft getreten. Inwieweit dieses System erwünschte und/oder unerwünschte Steuerungskräfte entfaltet, wird sich sicher erst nach der Umsetzung in einigen Jahren abschätzen lassen. Eine sektorübergreifende (ambulant-teilstationär-stationäre) und damit flexible am Bedarf unserer Patienten orientierte Behandlung scheint aber durch dieses System nicht wesentlich befördert zu werden.

Zusammenfassend steht die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel ebenso wie das gesamte Arbeitsfeld der Psychiatrie in einer dynamischen Entwicklung, so dass Konzepte immer nur den aktuellen Stand und die bereits absehbaren Veränderungen abbilden können. Es wird daher auch in Zukunft notwendig sein, theoretische Modelle und das eigene Handeln kritisch zu reflektieren und unter Berücksichtigung der sich verändernden Bedingungen weiterzuentwickeln.