

Antje Jenk, Ulrich Kastner, Franka Köditz, Stefan Schäl
(Hrsg.)

*Festschrift zum 150jährigen Bestehen
der HELIOS Fachkliniken Hildburghausen*

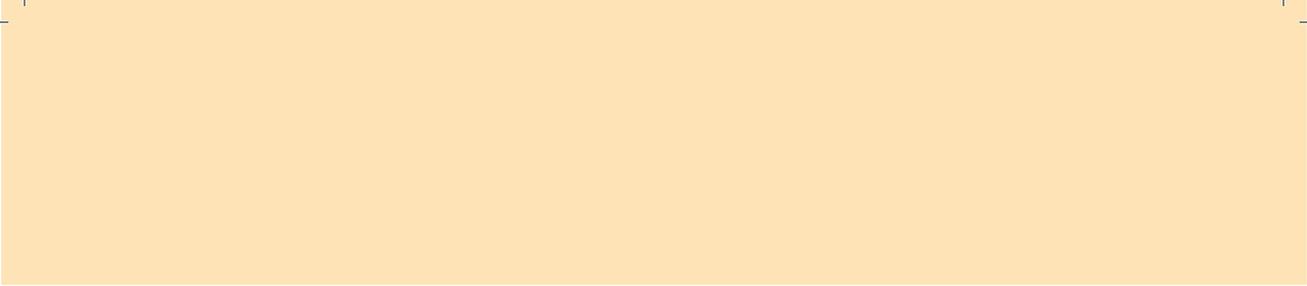
Antje Jenk, Ulrich Kastner, Franka Köditz, Stefan Schäl
(Hrsg.)

*Festschrift zum 150jährigen Bestehen der
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen*

Beiträge zu Geschichte, Gegenwart und Zukunft eines
Fachkrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie

mit Beiträgen von

Christine Ahlrogge, Eckhard Banzhaf, Ute Banzhaf, Rainer Bayerlein,
Karlheinz Berger, Nicole Blaurock, Dorothee Brand, Elke Dinkler,
Gabriele Gora, Romy Grüber, Sabine Günther, Ruxandra-Iona Hald,
Nicole Hartig, Kirsten Heier, Martina Heins, Mario Herrlich,
Roland Hirschelmann, Conny Höhn, Stefan Höllriegl, Sebastian Karpf,
Ulrich Kastner, Franka Köditz, Marija Marceva, Thomas Möckel,
Christin Mohr, Maria Neumeier, Peggy Papp, Elisabeth Pfeiffer,
Dieter Rabich, Martin Rank, Jana Rönsch, Karl Heinz Roß,
Stefan Schäl, Eva Selig, Hendrik Stahl, Ines Stephanowsky,
Janine Thaler, Helga Tirsch, Alfred Trebes, Susanne Unger,
Claudia Wilhelm, Heidi Zähle



HELIOS Fachkliniken Hildburghausen GmbH
Eisfelder Straße 41
98646 Hildburghausen

© HELIOS Fachkliniken Hildburghausen, 2016

Vorwort des Regionalgeschäftsführers

Mate Ivančić

Vor 150 Jahren konnten die Menschen sicher noch sehr wenig mit dem Wort Psychiatrie oder psychiatrisches Krankenhaus anfangen. Menschen mit geistigen Erkrankungen kamen in die „Irrenanstalt“, später etwas verbrämter in die „Nervenheilanstalt“. Beiden Begriffen ist eines gemein, Geistige Erkrankungen - wir würden heute auch mentale Krankheiten dazu sagen - wurden tabuisiert, sie wurden verschwiegen und belächelt, sie waren Gegenstand von Aberglauben und wurden in der bürgerlichen Gesellschaft abgelehnt und auf Abstand gehalten.

Aber, seien wir ehrlich, ist das heute nicht auch noch so? Trauen sich Menschen wirklich offen über ihre psychischen Leiden zu sprechen? Oder sind mentale Krankheiten nicht immer noch stark tabuisiert?

Dabei ist es offensichtlich: Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Psychiatrischen Krankenhäuser in Deutschland hat die Behandlungsdaten von bundesweit 142 Kliniken aus dem Jahre 2014 ausgewertet. Die Daten geben einen interessanten Einblick, wie viele Patienten und vor allem welche Erkrankungen in der psychiatrischen Krankenhauslandschaft behandelt werden. So sind die häufigsten Diagnosen in der Erwachsenenpsychiatrie die Depressionen sowie Verhaltensstörungen durch Alkohol, erst an dritter Stelle folgt die Schizophrenie. Die meisten Patienten sind 45 bis 55 Jahre alt.

In meinem psychiatrischen Laienverständnis war die Schizophrenie stets die Erkrankung, die ich mit Psychiatrie in Verbindung gebracht habe. Menschen, die Stimmen hören oder durch Gedankenlautwerden auffallen. Aber die Auswertung zeigt: Psychische Erkrankungen kommen in der Mitte unserer Gesellschaft vor, sie betreffen viel mehr Menschen, als wir denken. Wir machen ihr Leiden schlimmer, wenn wir als Gesellschaft diese Krankheiten tabuisieren, wenn man darüber nur ungern redet, peinlich berührt das Thema wechselt. Denn die Grenzen zwischen einer gedrückten Stimmung oder einer vorübergehenden Antriebs- und Kraftlosigkeit zur Depression, als bekannteste Diagnose der affektiven Störungen, sind fließend.

Wir haben in der Gesellschaft erst seit einigen Jahren ein wachsendes Bewusstsein, mentale Krankheiten aus der Tabuzone heraus zu befördern. Diese Festschrift kann ihren Beitrag dazu leisten. Denn beim Lesen der interessanten

Beiträge erkennt man schnell, dass sich die Behandlungsmethoden in den vergangenen Jahren verändert und weiterentwickelt haben. So werden zum Beispiel im Rahmen des Metakognitiven Trainings in einer Gruppe Betroffene mit Depressionen dazu angeregt, über ihr eigenes Denken nachzudenken. Es wird über die „Abwehr des Positiven“, das „Haar in der Suppe“ oder „voreilige Schlussfolgerungen“ gesprochen. Humor ist dabei ausdrücklich erwünscht, so erfolgt die Vermittlung des Wissens sehr spielerisch.

Ähnlich ist es mit den Behandlungsmethoden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Patienten sind durchschnittlich 14 bis 15 Jahre alt, und die häufigsten Diagnosen sind neben Depressionen die Störungen des Sozialverhaltens aus verschiedenen Gründen. Eltern stehen oftmals nachts mit ihren Kindern verzweifelt vor den Einrichtungen und wissen zu Hause nicht mehr weiter. Im Gegensatz zu früher spielen sie jedoch mittlerweile eine zentrale Rolle bei der Behandlung, und ohne sie ist ein nachhaltiger Therapieerfolg kaum noch denkbar.

Mit dem wachsenden Bewusstsein und dem Enttabuisieren haben wir den ersten Schritt getan, die Festschrift hilft uns, den zweiten Schritt zu tun, nämlich aufzuklären und inhaltlich zu verstehen.



Dr. Mate Ivančić
HELIOS Kliniken GmbH
Regionalgeschäftsführer Region Mitte

Vorwort der Herausgeber

Antje Jenk, Ulrich Kastner, Franka Köditz, Stefan Schäl

„Auch in Zeiten knapp bemessener Mittel muss sich eine Gesellschaft der Frage stellen, wieviel sie einsetzen will, um das Schicksal derer zu erleichtern, die als psychisch Kranke oder Behinderte auf Hilfe angewiesen sind.“¹ Zu dieser Fragestellung kam die Bundesregierung bereits vor mehr als 40 Jahren im Rahmen der vielbeachteten Diskussion zur Psychiatrie-Enquete. Seit dem haben sich Diagnostik, Behandlung und Förderung von psychisch kranken Menschen sehr positiv entwickelt, wie auch die Beiträge der vorliegenden Festschrift belegen.

Zugleich müssen wir jedoch feststellen, dass aus Sicht der Patienten und aus Sicht eines Fachkrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie die Möglichkeiten in diesen Fachgebieten nicht ausgeschöpft sind. Das liegt nach unserem Dafürhalten zum einen an den noch immer vorhandenen Defiziten bei der Koordinierung der beteiligten Akteure in Krankenhäusern, Betreuungseinrichtungen, Verbänden, Kranken- und Rentenkassen sowie Verwaltungen. Zum anderen hinterlässt die „Bemessung der Mittel“ damals wie heute Unzufriedenheit. Eine Ursache hierfür ist möglicherweise, dass der Wissensstand über die medizinische, therapeutische und pflegerische Betreuung psychisch Kranker bei den Verantwortlichen in der Politik unzureichend ist.

Mit der vorliegenden Festschrift haben wir deshalb die Absicht verbunden, neben einer kritischen Würdigung der historischen Entwicklung des Hauses Informationen darüber zu vermitteln, welchen Herausforderungen sich täglich Ärzte, Therapeuten, Pflegepersonal und alle weiteren Fachkräfte bei der Behandlung unserer Patienten stellen. Wir haben hierfür Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewinnen können, über ihre tägliche Arbeit, spezielle fachliche Themen und/oder ihr Erfahrungsspektrum zu berichten. Die Vielfalt der vorliegenden Beiträge war für uns nicht nur überraschend, sondern öffnet für alle Interessierten die Türen in unser Fachkrankenhaus, wie es besser und zeitgemäßer nicht sein könnte. Damit schaffen alle Autoren eine Transparenz von besonderer Qualität.

Den Autorinnen und Autoren der Beiträge sind wir ebenso wie allen Mitarbeiterinnen, die an der redaktionellen Arbeit beteiligt waren, sehr verbunden und dankbar. Allen, die die Ziele und Wege unserer Arbeit für unsere Patienten,

¹ Deutscher Bundestag: Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Drucksache 7/4200. 1975, S. 5

Heimbewohner und Untergebrachten im Maßregelvollzug verstehen wollen, möchten wir diese Festschrift zum 150jährigen Bestehen der Fachkliniken sehr ans Herz legen.

Wir hoffen, wir können mit dieser Festschrift ein umfassendes Bild unseres Klinikalltags zeichnen.



Abbildung 1: Klinikleitung

Inhalt

Grußworte	13
· Francesco De Meo	15
· Holger Obst	19
· Thomas Müller	21
· Iris Gleicke	23
· Heike Werner	27
Zur Geschichte der HELIOS Fachkliniken Hildburghausen	31
· Historische Einführung (Ulrich Kastner)	33
· Krankenmord (Rainer Bayerlein)	41
· Entwicklung der Psychiatrie in Hildburghausen seit 1973 (Dieter Rabich)	49
Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	53
· Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Nicole Blaurock, Elke Dinkler, Claudia Wilhelm)	55
· Behandeln statt Aufbewahren: Struktur und Behandlungskonzepte der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Martin Rank)	59
· Die Arbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie dargestellt am Beispiel von Schulabsentismus (Dorothee Brand)	65
Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie	71
· Zur Neuroplastizität des Gehirns und der Bedeutung von Spiegelneuronen für die praktische Arbeit (Thomas Möckel)	73
· Moderne Akutpsychiatrie heute (Sabine Günther)	85
· Schizophrene Psychosen (Hendrik Stahl)	87
· Entwicklung und Stand der qualifizierten Suchttherapie (Christine Ahlrogge, Martina Heins, Helga Tirsch)	93
· Metakognitives Training bei Depression (Susanne Unger)	99
· Integrative Psychotherapie-Station (Ulrich Kastner)	101
· Ein Tag auf der Psychotherapie-Station aus der Sicht einer Funktionsoberärztin (Ruxandra-Ioana Hald)	109
· Gruppenschematherapie (Eva Selig)	113

• Imagination in der Psychotherapie (Maria Neumeier)	119
• Skillstraining im psychotherapeutisch-pflegerischen Bereich (Stefan Höllriegl)	125
Psychiatrische Tageskliniken	127
• Psychiatrische Tageskliniken (Mario Herrlich)	129
• Achtsamkeit als integraler Therapiebestandteil in der Tagesklinik Sonneberg (Elisabeth Pfeiffer)	135
• Traumatherapie und DBT in der Tagesklinik Sonneberg (Marija Marceva)	137
Gerontopsychiatrie	139
• Gerontopsychiatrie - Gegenwart und Zukunft (Ute Banzhaf)	141
• Gerontopsychiatrische Depressionsbehandlung (Christin Mohr)	145
• Bezugspflege in der Gerontopsychiatrie (Peggy Papp)	149
• Farb- und Gestaltungskonzept der Abteilung für Gerontopsychiatrie (Ulrich Kastner)	151
• Aromatherapie in der gerontopsychiatrischen Pflege (Peggy Papp)	161
Neurologie und Radiologie	163
• Entwicklung der Röntgendiagnostik zur Neuroradiologischen Abteilung 1979 bis 1988 (Eckhard Banzhaf)	165
• Bedeutung der radiologischen Untersuchungen für Psychiatrie und Neurologie (Roland Hirschelmann)	169
• Spezialisten für den Schlaganfall - die Stroke Unit (Romy Grüber, Conny Höhn, Sebastian Karpf)	175
• Die Behandlung der Multiplen Sklerose in der Klinik für Neurologie im Wandel der Zeit (Gabriele Gora, Sebastian Karpf)	181
• Parkinson-Komplexbehandlung in der Neurologie (Nicole Hartig, Sebastian Karpf, Jana Rönsch, Janine Thaler, Heidi Zähle)	185

Forensische Psychiatrie und Psychotherapie (Maßregelvollzug)	191
· Versorgungsstruktur im Maßregelvollzug (Karlheinz Berger)	193
· Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Maßregelvollzug (Karlheinz Berger)	201
· Maßregelvollzug und Öffentlichkeit (Karlheinz Berger)	207
Heim der Behindertenhilfe	213
· Die Entwicklung des Heimes der Behindertenhilfe (Stefan Schäl)	215
· Förderkonzept im Heim der Behindertenhilfe - der Integrierte Teilhabeplan (Stefan Schäl)	221
Psychiatrie und Seelsorge	227
· Ökumenische Klinikseelsorge in den HELIOS Fachkliniken Hildburghausen (Ines Stephanowsky, Alfred Trebes)	229
· Die Unterbringung und Seelsorge psychisch Kranker - vom Hospital zur Nervenlinik (Karl Heinz Roß)	233
Patientenorientierung und Mitarbeiterentwicklung	235
· Patientenorientierung in den Fachkliniken (Franka Köditz)	237
· Ausbildung von Pflegekräften in den HELIOS Fachkliniken Hildburghausen (Kirsten Heier)	245



Grüßworte

Grußwort des Vorsitzenden der Geschäftsführung der HELIOS Kliniken GmbH

Francesco De Meo

Im Dialog mit Psychiatrie und Neurologie, so lautet das Motto des Jubiläumsjahres. Ein guter Anlass zum Innehalten und Nachdenken, und natürlich ein Grund zum Feiern. Die Geschichte der Fachkliniken Hildburghausen zeigt anschaulich, wie schmal der Grat zwischen Hilfe und Zwang ist, auf dem sich die Psychiatrie bewegt.

Ich bin in einem kleinen Dorf auf der Schwäbischen Alb groß geworden. Dort traf ich ab und an auf den „Dorfdeppen“, einen lebenswürdigen, wenn auch verhaltensauffälligen, etwa 10 Jahre älteren Jungen. Das nährte in mir die Vorstellung vom „Irren früherer Tage“, der unbehelligt am Dorfleben teilnehmen durfte. Indes war diese Idylle in Wahrheit nie echte Realität. Verhaltensweisen, die nicht den üblichen Normen entsprachen, stießen als „inadäquate Auffälligkeiten“ - früher wie heute - im Gesellschaftsleben auf Intoleranz, oft begleitet von Angst und Unsicherheit. Nachvollziehbar. Denn Menschen tun sich schwer mit dem Fremden, dem „Andersartigen“. Das ist bis in die heutige, „moderne“ Gesellschaft hinein verwurzelt, wie wir etwa bei der Diskussion über die Aufnahme von Flüchtlingen erkennen durften.

Aus den Augen, aus dem Sinn, lautete früher das Motto der „Behandlung“ psychisch Kranker. Bis ins 19. Jahrhundert wurden sie einfach weggesperrt, man hielt sie für Störfälle der Natur. Im 19. Jahrhundert wurde die Zwangsjacke, die den Kranken fixierte und ihm dennoch Bewegungsfreiheit ließ, zum Symbol des Fortschritts. Es entstanden die ersten Ideen zur sozialpsychiatrischen Versorgung der Kranken. In England wurde damals schon das erste private Irrenhaus gegründet, man gab ihm programmatisch den Namen „Rückzug“. Die heilsame Einsamkeit in einer idyllischen Landschaft sollte sich beruhigend auf die psychisch Kranken auswirken.

Auch in Deutschland bemühten sich Psychiater um die Einrichtung moderner Pflegeanstalten und um menschenwürdigere Behandlungsformen, wie etwa bei und nach der Gründung der zunächst als „Irrenanstalt“ titulierte, später Fachkliniken Hildburghausen. Mit der Psychoanalyse Sigmund Freuds wurde die tiefe Kluft, die zwischen Gesunden und psychisch Kranken klaffte, erkennbarer überbrückt. Rückfälle in mittelalterliche Denkweisen folgten im Zuge der beiden Weltkriege in besonders bösartiger und menschenverachtender Weise

während der Zeit des deutschen Nationalsozialismus. Ab den 50er Jahren versuchten die Ärzte, psychische Erkrankungen durch den Einsatz von Psychopharmaka in den Griff zu bekommen, damals noch mit dem Ziel, die Patienten ruhig zu stellen. Seit vier Jahrzehnten wendet sich die Situation bei uns kontinuierlich zum Besseren. Es gibt gute stationäre Behandlungsmöglichkeiten. Hinzu kommen vermehrt die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten durch sozialpsychiatrische Dienste oder niedergelassene Psychotherapeuten. Neue Therapieformen ersetzen vermehrt die Pharmazeutika, Kranke und Gefährdete lernen, über ihre Probleme zu reden, Ursachen zu erkennen.

Mit berechtigtem Stolz blicken wir heute auf die Fachkliniken in Hildburghausen. Was bedeutet „psychisch krank“, wie gehe ich mit psychisch Kranken in der Gesellschaft und in den behandelnden Einrichtungen um, so lauten die aktuellen Leitfragen, als solche benannt vom Ärztlichen Direktor der Fachkliniken. Blicken wir mit ihm auch auf das Ziel der modernen Psychiatrie in den Fachkliniken, nämlich: „die psychischen Erkrankungen, aber auch krankmachende Lebenssituationen unserer Patienten verstehen lernen“. Ein mutiger Ansatz, den es tagtäglich zu beleben gilt. Und die Herausforderungen heute, erneut zitiert mit den Worten des Ärztlichen Direktors der Fachkliniken: „unser Handeln in allen Bereichen nicht nur auf das Lindern, sondern auf das Heilen mit den uns zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten auszurichten“. Der Rückblick auf 150 Jahre Psychiatrische Fachkliniken in Hildburghausen macht deutlich, wie schmal der Grat zwischen Hilfe und Zwang sein kann, auf dem sich die Psychiatrie bewegt. Der Blick zurück macht uns Mut, weil sich im Auf und Ab der Jahrzehnte eine an der Würde des Menschen orientierte Sicht durchsetzen konnte. Die Fachkliniken sind 150 Jahre alt, in ihrer Ausprägung und Ausrichtung zeigen sie sich im besten Alter! Glückwunsch und Danke an alle, die den wesentlichen Beitrag leisten, indem sie jeden Tag in den Fachkliniken ihr Bestes geben. Wohl wissend, dass dies ein hohes Maß an Belastbarkeit erfordert. Aber auch in der Erkenntnis, dass Sie damit täglich für andere Menschen – Ihre Patienten, Untergebrachten und Bewohner – die „erste Hilfe“ sind. Wir fördern die Autonomie der Patienten, Untergebrachten und Bewohner. Wir binden sie ein bei der Mitgestaltung des therapeutischen Prozesses. Wir nutzen moderne Diagnose- und Therapieverfahren in der Neurologie, was wir uns unter anderem gerade deshalb leisten können, weil wir auf eine möglichst effiziente und dadurch wirtschaftliche Organisation des Klinikbetriebs achten, uns damit die notwendigen Eigenmittel für Investitionen verdienen.

Im Auf und Ab der anderthalb Jahrhunderte zwischen Hilfe und Zwang bei der Behandlung psychisch Kranker sind wir seit Jahrzehnten also endlich sicher bei

der „Hilfe“ angekommen. Das macht Mut, und gibt Zuversicht für die nächsten Jahre. Die Anforderungen werden komplexer und anspruchsvoller, Grenzen fließender. Wie können und sollen wir beispielsweise die psychologischen Folgen von den in unserer Gesellschaft alterungsbedingt oder suchtbefindet erkennbar zunehmenden neurologischen Erkrankungen behandeln, wie etwa bei oder nach Schlaganfällen, Epilepsien, der Parkinson-Krankheit, Gedächtnisstörungen (Demenzen) aller Art, insbesondere die Alzheimer-Krankheit sowie bei Entzündungen und Tumoren des Gehirns. In Hildburghausen hilft dabei der gelebte Dialog zwischen Psychiatrie und Neurologie. Und was bedeutet eigentlich „psychisch krank“ in den Zeiten einer emotionalen Verwahrlosung junger Menschen in „sozialen Netzwerken“? Wie steht es künftig um die Psyche von Menschen, die aufwachsen im Selbstverständnis einer digitalen Durchdringung aller Lebensbereiche, die in einer Gesellschaft erwachsen werden, die den Wohlstand lebt, in medialen Foren zugleich eine Stigmatisierung des Andersartigen, Andersdenkenden befördert, erste Anzeichen für Fanatismus offenbart. Egal wie sehr wir uns daher bemühen, auch künftig werden wir wieder an die Grenzen psychiatrischer Medizin stoßen. Mögen wir dann erneut innehalten und nachdenken wie heute, 150 Jahre nach deren Gründung, um die Fachkliniken Hildburghausen für neue Herausforderungen der Zukunft gut aufgestellt zu wissen.



Dr. Francesco De Meo
HELIOS Kliniken GmbH
Vorsitzender der Geschäftsführung

Grußwort des Bürgermeisters der Stadt Hildburghausen

Holger Obst

In diesem Jahr begehen die HELIOS Fachkliniken in Hildburghausen ihr 150jähriges Jubiläum. Seit 150 Jahren ist diese Klinik Anlaufstelle für Menschen mit unterschiedlichen Krankheiten. Seit 150 Jahren versuchen hier am Ort Ärzte, Schwestern und Pfleger sowie die vielen anderen Menschen, die für ein funktionierendes Krankenhaus notwendig sind, Menschen zu helfen, Not zu lindern.

Es gibt wohl kaum jemanden, der von sich sagt, er sei gern im Krankenhaus. Mit einem Krankenhaus verbindet jeder, und nicht nur des Namens wegen, Krankheit, Leid, Schmerz, vielleicht auch Abschied und Tod. Und doch sind alle froh, dass es diese besonderen Häuser gibt. Die Ursachen und Gründe für Krankheiten sind bei weitem noch nicht umfassend erforscht. Manch einer erleidet einen Unfall, andere haben eine schlechte Lebensweise. Selbst- oder fremdverschuldet im Laufe eines Lebens landet fast ein jeder einmal im Krankenhaus, manche Menschen häufiger, manche selten. Doch auch wenn kaum einer freiwillig in ein Krankenhaus geht, so sind doch alle froh zu wissen, dass es einen Ort gibt, an dem sich des eigenen Leids angenommen wird, an dem Menschen ihr Bestes geben, die Gesundheit der Patienten herzustellen oder zu erhalten.

Diese aufopferungsvolle Arbeit vieler Beteiligter für die eigene Gesundheit verdient unsere tiefste Dankbarkeit und großen Respekt. Von Sigismund Schlo-mo Freud, den meisten als Sigmund Freud bekannt, stammt der Satz: „In dem Augenblick, in dem ein Mensch den Sinn und den Wert des Lebens bezweifelt, ist er krank.“ Immer wieder und in jeder Epoche gibt es Menschen, denen die eigene Bestimmung nicht klar ist, die sich ihr Leben anders vorgestellt haben, die mehr vom Leben erwarten oder sich überfordert fühlen. Umgangssprachlich wird dies oft als Burnout bezeichnet. Davon hören wir heute immer wieder. Auch die Bundesarbeitsministerin beklagt zu viele Burnout-Opfer im Arbeitsleben. Mittlerweile gibt es auch viele prominente Opfer, weshalb dieses Thema auch vermehrt öffentlich debattiert wird.

Die Politik ist hier nicht außen vor. Dabei geht es hier nicht nur darum, durch Krankenhaus- oder Pflegegesetze etwas für die Betroffenen zu tun. Vielmehr ist es auch unsere Aufgabe, dass die Menschen eine Perspektive haben, dass sie

sich mit ihrer beruflichen Arbeit akzeptiert fühlen, dass sie sich in ihrem Land sicher fühlen, dass ihr Ehrenamt gewürdigt wird, um nur ein paar Ansätze zu skizzieren. Wir als Kommunalpolitiker sind keine Ärzte, und das können und wollen wir auch nicht sein. Unsere Aufgabe und die unserer Gesellschaft ist es, den Respekt und die Achtung vor dem Leben zu leben. Damit können wir vielleicht im Kleinen einen Beitrag leisten, aber ich bin froh, dass es viele Experten gibt, wie hier in den HELIOS Fachkliniken seit vielen Jahren, die sich um die Menschen kümmern, denen die Gesellschaft nicht weiterhelfen kann.

Dafür mein herzlichstes Dankeschön für Ihre Arbeit, weiterhin alles Gute und auf gute Zusammenarbeit.



Holger Obst
Stadt Hildburghausen
Bürgermeister

Grußwort des Landrates des Landkreises Hildburghausen

Thomas Müller

„Wer nichts verändern will, wird auch das verlieren, was er bewahren möchte.“

Gustav Heinemann

Auf ihr 150jähriges Bestehen können die HELIOS Fachkliniken Hildburghausen in diesen Tagen zurückblicken. Über Generationen haben sich die Klinikbedingungen, die Behandlungs- und Pflegeinhalte verändert, immer aber mit dem Blick, diese Einrichtung zu erhalten. Das ist mit Erfolg gelungen, selbst wenn sich der Name der Klinik mehrfach wandelte und die Träger wechselten. Ärzte, Pflege- und Betreuungspersonal haben über all die Jahre darum gerungen, den Menschen in ihrer Obhut wieder zu einer besseren Lebensqualität zu verhelfen. Natürlich dürfen auch die kritischen Aspekte der Vergangenheit nicht außer Acht gelassen werden. Die Klinikleitung hat das Jubiläumsjahr auch deshalb sehr bewusst unter die Überschrift „Im Dialog mit Psychiatrie und Neurologie – 150 Jahre Fachkliniken Hildburghausen“ gestellt. Vor allem soll aber der Blick auf die gegenwärtige und künftige Arbeit gerichtet sein. Vier Kliniken unter einem „Dach“, dies ist Herausforderung, aber auch eine große Chance für das Miteinander, den Erfahrungsaustausch und immer das Ziel, die Menschen in den Mittelpunkt aller Bemühungen zu stellen. So sehen auch die Mitarbeiter in meiner Behörde die Verbindung zu Ihren Häusern.

Ich bin dankbar, dass wir im Landkreis Hildburghausen eine so starke Einrichtung mit diesem breiten fachlichen Leistungsspektrum beheimatet haben. Meine Anerkennung, Dank und Respekt gebührt der Geschäftsleitung sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die mit Ihrem Engagement den Erfolg gewährleisten. Möge es zukünftig weiterhin nie daran fehlen, den menschlichen Gedanken weiter zu verfolgen, um den Patienten das Leben so lebenswert wie möglich zu gestalten.



Thomas Müller
Landkreis Hildburghausen
Landrat

Grußwort der Beauftragten der Bundesregierung für die neuen Bundesländer

Iris Gleicke

Ebenso wie die anderen Industriestaaten verzeichnet auch Deutschland seit Jahren einen Anstieg der Fallzahlen diagnostizierter und behandelter psychischer Erkrankungen. Jeder dritte Erwachsene erkrankt im Laufe seines Lebens an einer psychischen Störung, leidet unter Depressionen, Angstzuständen oder Verhaltensstörungen. Derartige psychische und neurologische Erkrankungen sind für die Betroffenen und ihre Familien oft sehr belastend. Zu den durch die Krankheit hervorgerufenen Leiden und Ängsten kommt oft die Sorge vor der gesellschaftlichen Ächtung oder Ausgrenzung. Zwar hat sich durch die Erkenntnisse der letzten 150 Jahre viel bewegt und verändert, doch noch immer erleben oder fürchten Betroffene Abneigung und Ausgrenzung.

Die gestiegenen Fallzahlen der diagnostizierten und behandelten psychischen Erkrankungen zeigen aber auch, wie sehr die gesellschaftliche Akzeptanz gewachsen ist. Man sucht frühzeitig oder zumindest wesentlich früher nach Hilfe und nimmt ärztliche und psychotherapeutische Leistungen in Anspruch. Dies erhöht die Chancen auf eine sachgerechte Diagnostik und Behandlung und trägt dazu bei, chronifizierte Verläufe psychischer Störungen zu vermindern.

Wie wenig selbstverständlich der menschliche Umgang mit psychisch Erkrankten lange war, zeigen die „Neun Brandenburger Thesen“ der Therapeutischen Gemeinschaft von 1974. Sie beklagten, dass „die bisherigen Gesellschaftsformen im Geisteskranken nur den ‚alienus‘ (den Nichtzugehörigen, Nichtangepassten, Abtrünnigen, Fremden, Nichtsnützlichen) sehen“ - der Gedanke, diese andersartigen Menschen als Ballast der Gesellschaft auszugliedern und „unterzubringen“, dominiere den Umgang mit ihnen. Eine zentrale Forderung der Therapeutischen Gemeinschaft lautete folgerichtig, bis auf wenige Ausnahmen sämtliche Stationen der psychiatrischen Krankenhäuser zu öffnen: „Im Interesse der Therapie und der Rehabilitation der psychisch kranken Menschen darf das psychiatrische Krankenhaus nicht weiter eine Verwahreinrichtung für dissoziale Menschen sein.“ Ein weiteres wichtiges Anliegen der Therapeutischen Gemeinschaft war es, die bestehenden Vorurteile gegenüber psychisch Kranken zu überwinden.²

²Vergleichbare Empfehlungen gab im Westen die Psychiatrie-Enquête (Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland) im Jahr 1973.

Kein Zweifel: Wir sind verpflichtet, die Schwachen und Kranken zu schützen, zu unterstützen und sie als selbstverständlich zugehörigen Teil unserer Gesellschaft zu betrachten, und zwar nicht nur aufgrund unserer historischen Verantwortung für die mit dem euphemistischen Begriff „Euthanasie“ verbrämte Ermordung von mindestens 200.000 geistig oder körperlich Behinderten während des Nationalsozialismus.

Das lange bestehende gesellschaftliche Tabu, über psychische Erkrankungen zu sprechen, ist zwar vermeintlich aufgebrochen und beseitigt, aber dennoch begleitet es allzu oft den Alltag der Betroffenen. Während in Talkshows, Magazinen und Reportagen offen über psychische Erkrankungen berichtet, Lebenswege Erkrankter nachgezeichnet und Therapiemaßnahmen diskutiert werden, gestaltet sich der Umgang mit dem Thema im Alltag doch oft weit weniger offen. Das spüren die Erkrankten selbst, wenn ihnen mit Unsicherheit oder Ablehnung begegnet wird. Das bekommen aber immer wieder auch die Angehörigen, Freunde und Kollegen ebenso zu spüren wie die Ärzte und das Pflegepersonal.

Es ist eine traurige Wahrheit, dass viele Betroffene sich noch immer nicht trauen, Hilfe zu suchen bzw. nicht wissen, welche Therapieformen es überhaupt gibt. Dabei ist genau dies ungemein wichtig. Es verbessert die Lebensqualität enorm, einen kompetenten Ansprechpartner zu haben, der Hilfe anbietet, die Leiden ernst nimmt und lindern kann. Wer sich in Deutschland wegen einer psychischen Störung in Behandlung begibt, stößt auf ein hochentwickeltes und differenziertes psychiatrisches, psychosomatisches und psychotherapeutisches Versorgungsangebot. Die Konzepte und Strukturen der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung müssen aber von den zuständigen Akteuren aus Politik, Wissenschaft und Praxis stetig weiterentwickelt werden. Vor dem Hintergrund steigender Kosten im Gesundheitswesen muss sich dies mehr denn je an den Prinzipien der Evidenzbasierung, der patientenorientierten Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeit orientieren. „Aber auch in Zeiten knapp bemessener Mittel muss sich eine Gesellschaft der Frage stellen, wie und wieviel sie einsetzen will, um das Schicksal derer zu erleichtern, die als psychisch Kranke auf die Hilfe angewiesen sind“ – dieser Satz steht wie ein Fels in der Präambel der erwähnten Psychiatrie-Enquete und sei all denen ins Stammbuch geschrieben, die alle Bereiche des menschlichen Lebens unter den Vorbehalt der Ökonomie stellen möchten und deren Mitgefühl sich letztlich im Herunterbeten von Kosten-Nutzen-Analysen erschöpft.

Besonders im ländlichen Raum steht die psychiatrische und neurologische Versorgung im Zuge des demographischen Wandels und der anhaltenden Abwanderung in die Städte vor großen Herausforderungen. Vielerorts muss man die

psychiatrische Versorgung als unzureichend bis katastrophal bezeichnen. Das kann und darf nicht so bleiben.

Die HELIOS Fachkliniken Hildburghausen sind als Akademisches Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums Jena eine wichtige Anlaufstelle für Patienten mit psychischen und neurologischen Erkrankungen. Seit 150 Jahren nimmt man sich dort solcher Krankheitsbilder und Symptome an. Diagnostisch, therapeutisch und pflegerisch bieten die HELIOS Fachkliniken Hildburghausen heute den modernsten Standard. Besonders bewährt hat sich dabei die Vernetzung der medizinischen und nicht-medizinischen Bereiche und die Einbeziehung der Angehörigen.

In den HELIOS Fachkliniken Hildburghausen wird eine unverzichtbare Arbeit geleistet, die keineswegs nur für die Patienten und ihre Angehörigen, sondern für unsere ganze Gesellschaft bedeutend ist. Der Umgang mit den psychisch Kranken und ihrem Leid ist ein Prüfstein dafür, was und wieviel uns Solidarität, christliche Nächstenliebe und Humanismus bedeuten.



Iris Gleicke

Beauftragte der Bundesregierung für die neuen Bundesländer, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Wirtschaft und Energie

Grußwort der Thüringer Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

Heike Werner

Ich bedanke mich ganz herzlich, dass Sie mich zu Ihrer Festveranstaltung anlässlich des 150jährigen Bestehens der HELIOS Fachkliniken Hildburghausen eingeladen haben. Ich darf Ihnen zu diesem Anlass die Grüße und Glückwünsche der Thüringer Landesregierung übermitteln.

150 Jahre sind ein guter Grund zum Feiern, aber auch ein guter Grund, um sich an das Vergangene zu erinnern, das Gegenwärtige zu hinterfragen und Zukünftiges zu skizzieren. Die Fachkliniken Hildburghausen können auf eine lange Geschichte und Tradition zurückblicken. Daran sind auch die Entwicklung in der Behandlung von psychischen und neurologischen Erkrankungen und die jeweiligen Fortschritte gut ablesbar.

Wie wir heute wissen, stammen die ersten Planungen für eine eigenständige „Irrenanstalt“ für das Herzogtum Hildburghausen aus dem Jahr 1815 von dem Amtsarzt Christian Phillip Fischer. Dieser setzte sich nachdrücklich für eine humanere Versorgung psychisch kranker Menschen ein. Auf seinen Vorschlag hin wurde im Jahr 1831 ein dem Waisenhaus zugehöriges Gebäude so eingerichtet, dass in Hildburghausen die Aufnahme von 25 psychisch kranken Menschen aus allen Landesteilen möglich wurde. Das war ein großer Fortschritt, wenn man bedenkt, dass die erste Heilanstalt in Deutschland, der „Sonnenstein“ bei Pirna, im Jahr 1811 in einem alten Schloss errichtet worden war. In diesem Schritt spiegelte sich auch der Fortschritt in der wissenschaftlichen Erkenntnis über das Wesen von Geistesstörungen wider: In früheren Jahrhunderten ließ man harmlose Kranke einfach herumlaufen und begnügte sich damit, die störenden Irren über die nächste Grenze zu treiben. Die Betroffenen wurden dann in Käfigen oder in „Narrentürmen“ eingesperrt, die meist in der Stadtmauer lagen. Die Irren wurden oft in Ketten gelegt, auf Zwangsstühle gesetzt, körperlich gezüchtigt und misshandelt.

35 Jahre später, also im Jahr 1866, eröffnete in Hildburghausen die Landesklinik als „Herzoglich-Sachsen-Meiningische Landesirren-, Heil- und Pflegeanstalt“ mit circa 100 Betten. Über die Behandlungsmethoden in dieser Zeit ist folgendes überliefert: „... die Kranken wurden misshandelt und gequält in der wohlgemeinten Absicht ärztlicher Beeinflussung, etwa wie das Hineinstecken des Kranken in einen Sack oder ein sargartiges Gehäuse, das Festschnallen auf

Zwangsstühlen oder Zwangsbetten, die Anwendung von Masken und Zwangsjacken, kalte Übergießungen und Duschen ...“

Es ist auch überliefert, dass „die Widerstände weit weniger bei den Irrenärzten gelegen haben, als in den äußeren Verhältnissen, in der Verständnislosigkeit und Gleichgültigkeit der Massen. Jahrhundertlang haben Regierungen und Volk dem Elend der Geisteskranken zugesehen, und erst, seitdem es Irrenärzte gibt, ist endlich die Bewegung in Fluss gekommen, die uns auf die jetzige Höhe geführt hat.“

So führt es der damals hoch angesehenen Prof. Dr. Emil Kraepelin von der Maximilians-Universität in München in seinem Lehrbuch aus dem Jahr 1909 aus. Während also in Hildburghausen im Jahr 1866 die Herzoglich-Sachsen-Meiningerische Landesirren-, Heil- und Pflegeanstalt eröffnet wurde, hat es in Mühlhausen noch weitere 46 Jahre gedauert, bis dort die sogenannte „Preußische Landesheil- und Pflegeanstalt“ in Pfafferode (Mühlhausen) im Jahr 1912 gegründet wurde. In Stadtroda wurde allerdings schon im Jahr 1848 das „Genesungshaus zu Roda“ gegründet, so dass unser heutiger Jubilar das zweitälteste Klinikum auf dem Gebiet des Freistaats Thüringen ist.

Eine nähere Betrachtung der zweifellos interessanten Entwicklung der Fachkliniken Hildburghausen in der Zeit des 20. Jahrhunderts, vor und nach dem Zweiten Weltkrieg sowie der Zeit zwischen 1963 und 1990 würde den Rahmen meines Grußwortes sprengen.

Einigkeit besteht darin, dass die Therapien des 20. Jahrhunderts nicht mit den heutigen Methoden einer Heilbehandlung vergleichbar waren. Ebenso waren die baulichen und organisatorischen Voraussetzungen unzulänglich und im Osten wie im Westen stand mehr die Verwahrung als die Behandlung im Vordergrund. Dies führte letztlich in der alten Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1975 zur Psychiatrie-Enquete und einem tiefgreifenden Wandel bei der Behandlung psychisch kranker Menschen.

Ab 1990 wurde die Klinik in Hildburghausen sodann als Landesfachkrankenhaus in die Trägerschaft des neu gegründeten Freistaats Thüringen geführt. Nach einer Vielzahl von Umbau- und Ergänzungsmaßnahmen, fortlaufenden Sanierungen, die auch vom Freistaat Thüringen bisher mit pauschalen Fördermitteln ermöglicht wurden, erfolgte schließlich im Jahr 2002 der tiefe Einschnitt. Die Zuständigkeit des Landes über das Landesfachkrankenhaus Hildburghausen wurde an die RHÖN-Klinikum AG übertragen, in deren Zuständigkeit die Einrichtung künftig als „Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie“ geführt wurde. Zu dieser Zeit war unter der Leitung Ihres langjährigen Ärztlichen

Direktors, Dr. Rainer Bayerlein, bereits eine Neustrukturierung der psychiatrischen Bereiche für eine zeitgemäße, patientenorientierte Krankenhausbehandlung abgeschlossen. Dazu gehörte auch das Heim der Behindertenhilfe nach SGB XII für rund 50 Bewohner, die langfristigen Betreuungsbedarf haben. Ein wesentlicher Bestandteil neben Krankenhaus und Heim war und ist auch heute noch der Maßregelvollzug für suchtkranke Straftäter gemäß § 64 StGB.

Heute, 150 Jahre nach Gründung der ersten Irrenanstalt durch den eingangs erwähnten Amtsarzt Christian Phillip Fischer, finden wir auf diesem Gelände eine moderne, blühende, solide und wichtige Säule der stationären, teilstationären und ambulanten psychiatrischen und neurologischen Behandlung im Freistaat Thüringen.

Die HELIOS Fachkliniken Hildburghausen zählen zu den modernsten psychiatrischen Krankenhäusern in der Bundesrepublik Deutschland. Sie sind eingebettet in das Ensemble einer wunderbaren Parkanlage mit Pavillons in traditioneller Thüringer Bauweise, was ganz außergewöhnlich für die Vorstellung von einer Krankenhauslandschaft ist. Wir sehen eine hervorragend geführte und mit großem Engagement ständig verbesserte und ausgebaute Klinik mit psychiatrischen und neurologischen Abteilungen, Abteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Tageskliniken und Institutsambulanzen verteilt in ganz Südthüringen. Die Anerkennung als „Akademisches Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums Jena“ bestätigt den Fachkliniken eine ausgezeichnete Fachqualität.

Für den Freistaat ist eine weitere Säule noch besonders wichtig: Die Forensik. Der Neubau aus dem Jahr 2006, in bester architektonischer Kombination mit dem denkmalgeschützten Kopfbau des Ursprungsgebäudes, fügt sich nicht nur harmonisch und gelungen in die Parkanlage des Klinikgeländes ein. Es geht um viel mehr: Die Verpflichtung, sich einer forensischen Aufgabe zu stellen, fordert von allen Akteuren ein ganz besonderes Vertrauensverhältnis.

Denn schließlich werden dabei durch einen - wie hier privaten Träger - hoheitliche Aufgaben übernommen. Ich bin Ihnen, sehr geehrte Frau Dr. Köditz als Geschäftsführerin, ganz außerordentlich dankbar, dass Sie für den Träger der Forensischen Klinik stets um einen konstruktiven Dialog mit dem Land bzw. dem für den Maßregelvollzug zuständigen Ministerium, dem TMASGFF, bemüht sind.

Ich danke Ihnen dafür, dass wir in vertrauensvollem Miteinander mitunter auch schwierige Fragen lösen konnten und vor allem, dass Sie ein verlässlicher und fairer Partner für den Freistaat Thüringen sind.

Ihnen, Frau Dr. Köditz, Ihrem Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Herrn Dr. Karlheinz Berger, und dem ganzen Team sei ein herzliches Dankeschön gesagt. Diesen Dank möchte ich auch auf alle Mitarbeiter des Klinikums ausdehnen, auf die zahlreichen Ärztinnen und Ärzte, die Krankenschwestern und Krankenpfleger, die Therapeuten, auf alle, die hier im Klinikum mitwirken. Denn all diese Menschen tragen dazu bei, dass dieses Klinikum sein hohes Versorgungsniveau behält.

Sie alle, als motivierte und sehr gut ausgebildete Arbeitskräfte, haben Anteil an dem Erfolg dieses Klinikums. Sie wirken zum Wohl der Patienten und deren Angehörigen. Dafür möchte ich Ihnen als Gesundheits- und Sozialministerin sehr herzlich danken.

Gerade als Beschäftigte dieses Hauses sind Sie auch wichtige Botschafter nach draußen. Sie tragen nämlich dazu bei, die Akzeptanz der Bevölkerung gegenüber psychischen Erkrankungen zu erhöhen. Sie wirken damit der noch immer vorherrschenden Stigmatisierung psychisch kranker Menschen entgegen. Damit spreche ich eine zukünftige Aufgabe an, die uns alle betrifft. Unabhängig von Ihnen, den Mitarbeitern, sind selbstverständlich alle Akteure angesprochen, bei der Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen mitzuhelfen. Dazu gehören auch die Angehörigen, die Interessenverbände und Selbsthilfegruppen; die Bevölkerung von Hildburghausen und selbstverständlich auch ich als Landespolitikerin. Lassen Sie uns gemeinsam diese Aufgabe angehen. In diesem Sinne gratuliere ich Ihnen zu diesem herausragenden 150jährigen Jubiläum. Ich danke Ihnen für die Verbundenheit und wünsche der Klinik viel Erfolg, allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern alles Gute und vor allem den Patienten gute Genesung!

Für Ihre Festveranstaltung wünsche ich noch gutes Gelingen, vor allem schöne Erinnerungen und allen Gästen eine angenehme Zeit in Hildburghausen.



Heike Werner

Thüringer Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie



*Zur Geschichte der
HELIOS Fachkliniken
Hildburghausen*

Historische Einführung

Ulrich Kastner

„Während in ältester Zeit Geisteskranke im Blockhaus hinter dem Spital interniert waren, ... wurden seit c. 1720 Irre im Spital selbst untergebracht; ... Nach der a. 1831 erfolgten Vereinigung der Zuchthausanstalten von hier und Untermaßfeld ... wurde das damit geräumte dem Waiseninstitut gehörige Gebäude nebst Garten zur Aufnahme von c. 25 Irren aus allen Landesteilen eingerichtet. ... Anstaltsärzte waren Dr. Hohnbaum und W. Harnisch ... die Krankenzahl variierte zwischen 30 und 60. ... Nachdem s. 26. Juli 1858 eine Prämie von 100 Friedrichsd'or für den besten Bauplan zu einer Anstalt für c. 100 Kranke beiderlei Geschlechts vom Staatsministerium des Inneren ausgesetzt war, wurde nach dem Plan des Architekten Pichler in Frankfurt (+1865) der imposante Bau der Herzogl. S. Meiningen. Irren-Heil und Pflegeanstalt, eine Zierde der Stadt wie des Landes, im N.O. der Stadt in der Zeit von 1862-1866 durch Baumeister Glödner von Frankfurt errichtet und in der Nacht vom 20. auf den 21. Juni 1866 mit 54 Kranken bezogen.“³

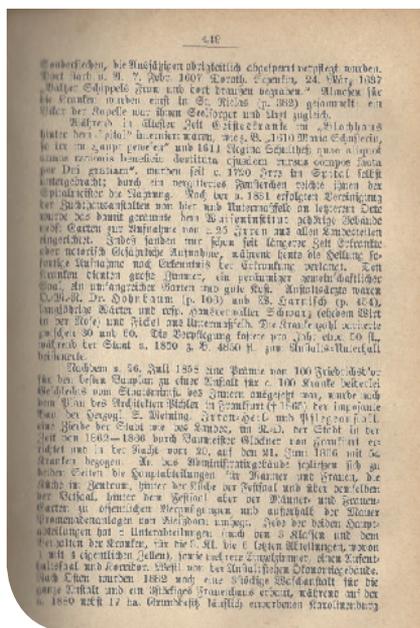


Abbildung 2: Chronik der Stadt Hildburghausen

³ Auszug aus der Chronik der Stadt Hildburghausen, R.A. Human, 1889, S. 449

Im Zeitalter der Aufklärung im 18. Jahrhundert wurde die Psychiatrie zur eigenständigen wissenschaftlichen Disziplin mit einer Abkehr der „Unheilbarkeit und der unabänderlich kriminellen Devianz“. Geprägt von der Französischen Schule, allen voran Philippe Pinel, wurde die Psychiatrie als neues klinisches Fach begründet. Die Anfänge der deutschen Psychiatrie sind eng mit dem Mediziner Johann Christian Reil (1759 bis 1813), dem Leibarzt Goethes verbunden, der den Begriff der „Psychiatrie“ prägte. In den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts prägten zwei wesentliche Gruppen die Fachdisziplin. Die Psychiker, die Geisteskrankheit ausschließlich als Krankheit der körperlosen Seele betrachteten und die Somatiker, die nach körperlichen Erscheinungen der Geisteskrankheit fahndeten. Bekanntester Psychiker war Johann C. A. Heinroth, der 1811 in Leipzig außerordentlicher Professor für Psychische Therapie wurde, 1819 erster Ordinarius für Psychiatrische Heilkunde überhaupt. Christian F. Nasse (1778 bis 1815), Professor an der Universität Bonn, vertrat als Vertreter der Somatiker vehement die Bedeutung des Sektionsbefundes für die Medizin und vertrat eine psychisch orientierte Temperamentenlehre. Johann B. Friedrich (1796 bis 1862) war Professor der Heilkunde in Würzburg und Erlangen und beschäftigte sich bereits mit der Pathologie und Therapie von psychischen Krankheiten (1830). Maximilian Jacobi, als weiterer Vertreter der Somatiker, war langjähriger Leiter der Irrenanstalt in Siegburg (1824 bis 1858) und bemühte sich in seinen Publikationen um Betrieb und Aufgaben von Irren-Heilanstalten (1834).

Erste Gründung einer Irrenanstalt in Hildburghausen 1831

In diese Zeit des psychiatrischen Umbruchs fiel auch die Gründung der Irrenanstalt Hildburghausen. Nachdem circa 1600 an der Stelle des „Sichhus unter der Kapelle unserer Lieben Frau“, zunächst auf dem Baumgarten ein Siech- und Seelenhaus als Kranken- und Versorgungshaus eingerichtet wurde, waren Anfang des 17. Jahrhunderts Geisteskranke noch in einem eigenen Blockhaus hinter dem Spital interniert, erst ab circa 1720 wurden „Irre“ im Spital selbst untergebracht.

Der erste Entwurf für eine eigenständige Irrenanstalt für das Herzogtum Hildburghausen stammt vom März 1815 von dem Amtsarzt Christian Phillip Fischer (†1819). Als eigentlicher Begründer gilt jedoch Carl Hohnbaum, der sich in seiner Hildburghäuser Zeit seit 1814 nachdrücklich für eine humanere Versorgung von psychisch Kranken einsetzte. 1828 legte er seine Vorschläge zur Errichtung einer Irrenanstalt vor.

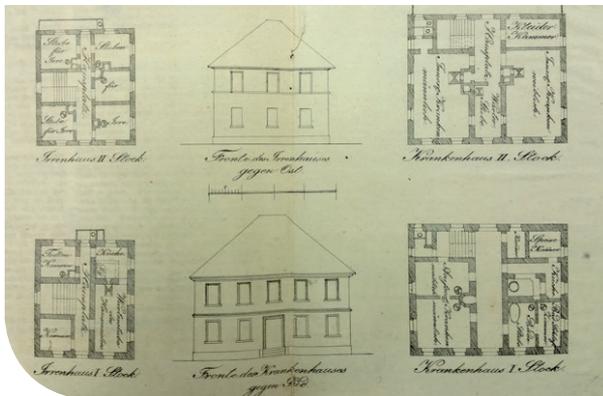


Abbildung 3: Plan eines einfachen Krankenhauses mit 23 Betten

1831 wurde ein dem ehemaligen Waiseninstitut zugehöriges Gebäude mit Garten zur Aufnahme von 25 Kranken aus allen Landesteilen eingerichtet. Erste Anstaltsärzte waren damals DMR Dr. C. Hohnbaum und W. Harnisch. Wir könnten daher in diesem Jahr auch unser 185jähriges Jubiläum feiern und uns damit zu den ältesten Psychiatrien in Deutschland zählen lassen. Der eigentliche Beginn der Behandlung psychisch Kranker ist aber stärker verbunden mit dem Neubau und Bezug der Anstalt im Jahr 1866 auf dem heutigen Klinikgelände.

Neubau der Herzoglich-Sachsen-Meiningischen Irren-, Heil- und Pflegeanstalt 1866

1858 schrieb das Staatsministerium für Inneres zunächst einen Architekturwettbewerb eines Neubaus einer Anstalt für 100 Kranke in Hildburghausen aus, den der Frankfurter Architekt Oskar Pichler gewann. Pichler hatte bereits die Anstalt für Irre und Epileptische in Frankfurt am Main unter Initiative des damaligen ersten Direktors und Struwwelpeter-Autors Heinrich Hoffmann geplant.

Die Stadt übertrug das Gelände an den Staat und 1862 begann der Bau durch die Firma Glöckner aus Frankfurt am Main. Am 20. Juni 1866 wurde aufgrund von Kampfhandlungen im Deutschen Krieg „der imposante Bau der Herzoglich-Sachsen-Meiningischen Irren-, Heil- und Pflegeanstalt, eine Zierde der Stadt wie des Landes, im N.O. der Stadt aus der alten Anstalt in die neue mit 54 Kranken bezogen.“ Es war bekannt geworden, dass bayrische Truppenteile sich im Anmarsch auf Hildburghausen befanden. Die zu erwartende Einquartierung in die neu erbaute Irrenanstalt konnte durch die eilige Belegung mit Patienten

zunächst verhindert werden. Aufgrund der Belegung der Anstalt mit Patienten, selbst aus dem Ausland, kam es schnell zur Notwendigkeit weiterer Baumaßnahmen, sodass 1871 zunächst der bislang unvollendete Seitenflügel fertiggestellt wurde.

Als erster Direktor leitete von 1865 bis 1888 Dr. Eduard Liebmann (*1823 Reichmannsdorf, †1892 Coburg) die Anstalt. 1885 wurden bereits 347 Kranke behandelt und die Kapazitäten der bestehenden Gebäude reichten bei weitem nicht mehr aus. Die Erweiterungen erfolgten im sogenannten Pavillonsystem, der Schaffung von Einzelhäusern, unregelmäßig verstreut in dem weitläufigen Parkgelände und dem Zukauf weiterer Gebäude in der näheren Umgebung, wie zum Beispiel 1880 die ehemalige Karolinenburg.

Zwischen 1883 und 1891 wurden unter anderem ein weiteres Frauenhaus, eine Waschanstalt, die Herrenvilla und ein Sektionshaus erbaut und weitere Gebäude, wie das Parkhäuschen oder das ehemalige Jagdschlösschen Belvedere, erworben. Zu diesem Zeitpunkt bestand der Krankenstand bereits aus 448 Patienten.

1888 wurde MR Dr. Paul Maysen als Leiter der Anstalt berufen. Unter ihm kam es zu einer neuen Prägung mit Öffnung der Anstalt nach außen sowie dem Fernhalten von mechanischen Zwängen, unter anderem durch das Auflösen der Zellen und der Gründung offener Häuser. Maysen legte Wert auf eine ausgiebige Beschäftigung und verfügte eine völlige Alkoholabstinenz auf dem Gelände. Dagegen wandelte er die anfangs bestehenden vielen kleineren Zimmer in damals übliche größere Zimmer bzw. Bettensäle um.

Aus heutiger Sicht, beinahe revolutionär, wurde 1893 mit der Einführung der Familienpflege begonnen, die sich jedoch nicht über die Zeit erhielt. 1903 erbaute man die 1904 eingeweihte Georgenhalle sowie einen Bet- und Gesellschaftssaal, 1901 das villenartige Beamtenhaus. 1906 wurde der Friedhof der Anstalt im Nordosten des Gebietes eröffnet. Letzte Beerdigungen fanden hier noch 1966 statt.

1910 umfasste die Anstalt neben dem eigentlichen Hauptgebäude weitere drei Kolonien, vier Patientenhäuser und drei Verwaltungsgebäude. Danach kam es zwischen 1910 und 1913 zu weiteren Neubauten, unter anderem vier Patientenhäuser und vier weitere technische Gebäude.

Bis zum Ersten Weltkrieg war die Anstalt voll belegt. Für den Zeitraum bis zum Zweiten Weltkrieg fehlen zusammenhängende Aufzeichnungen, wohl infolge der Vernichtung von Archivmaterial beim Bombenangriff 1945.

Die Zeit des Dritten Reiches und des Zweiten Weltkrieges brachte eine bisher nie dagewesene Ausgrenzung psychisch Kranker und geistig behinderter Menschen mit sich, bis zu deren Zwangssterilisation und Tötung. Auch die Anstalt in Hildburghausen bildete hier keine Ausnahme.

Während des Zweiten Weltkrieges wurden Teilgebäude zweckentfremdet, unter anderem für englische Kriegsgefangene und zu Lazaretten. In Folge zweier Bombenangriffe im Frühjahr 1945 starben etwa 139 Personen. Große Teile des Zentralgebäudes und die Herrenvilla wurden zerstört. In den Nachkriegsjahren lag der Fokus zunächst auf dem Wiederaufbau der im Krieg beschädigten Gebäude und einer Wiederaufnahme einer regulären Patientenversorgung. Anfang der 70er Jahre wurde die Verwaltungsbaracke errichtet. 1975 erfolgte dann der Neubau des Bettenhauses für die Klinik für Neurologie, anstelle des zerbombten westlichen Seitenflügels des Zentralgebäudes. Durch die Zuordnung der Außenstellen in Schweickershausen, Keulrod und Friedrichsanfang erhöhte sich die Gesamtkapazität der Anstalt auf zwischenzeitlich über 950 Behandlungsplätze.

Über die Rolle der Psychiatrie bis 1989 sind uns bis heute nur eingeschränkte oder widersprüchliche Informationen erhältlich. Zwar ist bekannt, dass die meisten Leiter der Psychiatrischen Kliniken gleichzeitig auch als inoffizieller Mitarbeiter tätig waren. In der spärlichen Literatur wird in der Bewertung der Rolle der DDR-Psychiatrie zumeist der Vergleich mit dem sowjetischen Psychiatrie-System herangezogen und darüber die DDR-Psychiatrie vom Vorwurf eines systematischen politisch motivierten Missbrauchs „freigesprochen“. Aus Einzelfallbeschreibungen ergeben sich immer wieder Hinweise auch auf politisch motivierte Einweisungen oder lassen die problematische Überlagerung von medizinischen und politischen Motiven erkennen. „Wohl aber sind Macht und Einfluss von Stasi und SED nicht an der Psychiatrie vorübergegangen. Einzelne Ärzte verletzen ihre Schweigepflicht, indem sie als inoffizielle Mitarbeiter der Staatssicherheit über ihre Patienten berichteten. Einzelne Krankenhäuser, wie das Krankenhaus für Psychiatrie in Waldheim, waren gänzlich in „Stasihand“, Patienten wurden bei Staatsempfängen und Messen in der Klinik behalten.“⁴

Infolge der frühen Rodewischer Thesen kam es auch in Hildburghausen durch neuere sozialpsychiatrische Denkansätze zu einer deutlichen Veränderung der klassischen Anstaltspsychiatrie und zu einem modernen, offenen System psychiatrischer Versorgung in einem Fachkrankenhaus.

1990 wurde aus der ehemaligen Anstalt das Landesfachkrankenhaus des Landes Thüringen. Zwischen 1994 und 1996 entstand der Neubau des Fach-

⁴ Dtsch. Ärzteblatt 98(6) 2001

bereiches für Erwachsenenpsychiatrie. 2002 erfolgte die Privatisierung durch Eingliederung in den Konzernverbund der RHÖN-Klinikum AG. 2004 erfolgte der Neubau der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 2006 der Umbau des ehemaligen Zentralgebäudes zur Forensischen Klinik. 2014 wurden die HELIOS Kliniken GmbH neuer Gesellschafter.

Ärztliche Direktoren	
Eduard Liebmann	1865 – 1888
Paul Mayser	1888 – 1918
Alfred Büchner	1921 – 1929
Amandus Menche	1929 – 1936
Johannes Schottky	1936 – 1945
Luise-Lotte Eichler	1945 – 1947
Eva Gatzek	1947 – 1954
Helmut Otto Schneider	1954 – 1964
Annemarie Lohmann	1964 – 1968
Rudi Danz	1968 – 1984
Klaus Hoffmann	1984 – 1992
Rainer Bayerlein	1992 – 2015
Ulrich Kastner	seit 2016

Abbildung 4: Ärztliche Direktoren

Literatur

- W.U. Eckart, Illustrierte Geschichte der Medizin, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2011, S.163-194
- Rudolf A. Human, Chronik der Stadt Hildburghausen, 1886
http://www.schildburghausen.de/?page_id=882, 06.02.2016
- Günter Auert, Von der Anstalt zur Klinik, Teile I und II, 1991
- Willy Schilling: Hitlers Trutzgau. Thüringen im Dritten Reich 2: 1939–1945. Busert & Stadel, 2007
- Sonja Süß, Politisch missbraucht? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR, Wissenschaftliche Reihe des Bundesbeauftragten, Band 14, Ch. Links Verlag, Berlin, 1998
- Udo Grashoff, In einem Anfall von Depression, Selbsttötungen in der DDR, Berlin, 2006
- Norbert Jachertz, Sozialpsychiatrie in der DDR: Die unvollendete Reform, Dtsch. Arztebl. 2013, 110(38):A-1732

· Auf halbem Weg stecken geblieben, Psychiatrie-Reform, Dtsch. Arztebl. 2001, ·
98(6): A301



Dr. Ulrich Kastner
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Ärztlicher Direktor
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik II
Chefarzt

Krankenmord

Rainer Bayerlein

Nur wenige Dokumente berichten über die Geschichte der damaligen Heil- und Pflegeanstalt Hildburghausen in der Zeit während und zwischen den beiden Weltkriegen. Die Klinik hatte sich in den Jahren nach ihrer Gründung 1866 bis zur Jahrhundertwende rasch vergrößert. Zunehmende Überfüllung hatte vor allem in den Jahren vor dem Ersten Weltkrieg zu zahlreichen Neubauten geführt. Dabei vertrat man ein für die damalige Zeit fortschrittliches Therapiekonzept mit Prinzipien wie die Vermeidung von mechanischem Zwang, freier Behandlung der Kranken unter umfangreicher Beschäftigung, vor allem in der Landwirtschaft.

Beginnend etwa ab 1929 kam es dann bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges zu einer katastrophalen Entwicklung und zu erschütternden Ereignissen, die die Psychiatrie auf lange Zeit schwer belasteten und deren Verarbeitung heute noch nicht abgeschlossen ist. Der Mord an mindestens 250.000 bis 300.000 psychisch Kranken und geistig Behinderten – genaue Zahlen kennen wir bis heute nicht, da viele Taten verheimlicht oder getarnt wurden - in der Zeit von 1939 bis 1945 ist ein dunkles Kapitel der Psychiatriegeschichte, mit dem sich jeder, zumindest in diesem Bereich Tätige, befassen sollte. Die heutige Realität in der Psychiatrie mit ihrem Bestreben nach größtmöglicher Patientenautonomie und partnerschaftlicher Mitbestimmung erscheint Welten von den Taten derer entfernt, die damals in unserem Fachgebiet Verantwortung trugen. Dennoch ist es geboten, dieses unmenschliche Kapitel der Geschichte unseres Hauses nicht zu überblättern, schon, aber nicht nur, aus Respekt vor den Opfern.

Um es vorwegzunehmen: Verstehen, im Sinne von mitfühlendem Nachvollziehen nach C. Jaspers, kann man diese Verbrechen nicht. Das würde sicher, wenn überhaupt, auch nur gelingen können, wenn man die Täterpsychologie und Tatmotivation im Einzelfall kennen würde. Wir können hier nur die bekannten Fakten berichten und Gedanken und Meinungen, den Zeitgeist der damaligen Zeit wiedergeben, die wegbereitend wirksam waren. Seit Beginn des 20. Jahrhunderts hatten in Medizin und Soziologie eugenische Theorien als maßgebliche Forschungsrichtung zunehmend an Stellenwert gewonnen. Die Wurzeln der Eugenik reichen dabei weit in die Vergangenheit. In diesem keineswegs ausschließlich deutschen Gedankengut spiegelte sich vorrangig ein Bemühen um Auslese gesunder Erbanlagen. Die grundlegenden Ideen stammten ursprünglich aus England, in Deutschland verbanden sie sich aber bald besonders stark mit rassistischen Bestrebungen.

Der von Herbert Spencer (nicht von Charles Darwin) geschaffene Terminus des „survival of the fittest“ führte zum Bemühen um eine Verbesserung des Genpools der Bevölkerung, eine Ideenverbindung mit verbreiteten rassistischen Vorurteilen gebar Vorstellungen von minderwertigen Rassen und Völkern einerseits, dem Idealbild der nordischen bzw. arischen Rasse andererseits. 1920 erschien ein Buch eines deutschen Psychiaters, Alfred Hoche, der zusammen mit dem Rechtswissenschaftler Karl Bindig die Freigabe der Vernichtung von sogenannten „Ballastexistenzen“ forderte.

Hier war nun nicht mehr nur auf die Förderung „positiver“ Erbanlagen abgezielt, sondern eine ungeheuerliche Überschreitung grundlegender ethischer, rechtlicher und religiöser Normen, die Ausschaltung der Fortpflanzung und schließlich gar die Beseitigung vermeintlich minderwertiger Genträger beabsichtigt. Nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten 1933 flossen diese Vorstellungen in zunehmend radikaler Weise in gesellschaftspolitische Entscheidungen des Regimes ein.

Bereits im Juli 1933 wurde das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ verabschiedet, es entstand übrigens unter wesentlicher Mitwirkung eines Psychiaters, Prof. Ernst Rüdin, der von 1935 bis 1945 Präsident der deutschen psychiatrischen Gesellschaft war. Auf der Grundlage dieses Gesetzes wurde auch in Südthüringen eine nicht mehr genau feststellbare Anzahl von Menschen zwangssterilisiert, darunter zahlreiche Patienten der Nervenlinik in Hildburghausen. In Deutschland waren es mindestens 360.000 Betroffene, zwischen 5.000 bis 6.000 Menschen kamen bei Komplikationen des operativen Eingriffs ums Leben, nicht wenige nahmen sich in der Folgezeit das Leben, viele litten Zeit ihres Lebens an einer Traumatisierung durch den staatlichen Übergriff.

Bereits ab 1929 hatte die Nervenlinik, verstärkt ab 1933 unter dem nationalsozialistischen Regime, wie die anderen Nervenkliniken in Deutschland unter erheblichen Sparmaßnahmen zu leiden. Zu den rassenhygienischen Motiven gesellten sich ökonomische Gesichtspunkte. Den „unnützen Essern“ wurden die Pflegesätze für die Anstaltsbetreuung massiv herabgesetzt, so dass nicht einmal eine ausreichende Ernährung mehr möglich war.



Abbildung 5: Tiergartenstraße 4 in Berlin 1940

Mit Kriegsbeginn im September 1939 wurden dann alle Heil- und Pflegeanstalten von einer Zentralstelle in Berlin im Rahmen der sogenannten Aktion T4, benannt nach der Tiergartenstraße 4 in Berlin, dem Sitz dieser Behörde, zur Mitarbeit an der Erfassung der Anstaltsinsassen aufgefordert, wobei dem Klinikpersonal bald klar wurde (oder man ahnte es zumindest), dass es hier um einen systematisierten Mord unheilbar Kranker, überwiegend geistig Behinderter oder Schizophrener, aber auch pflegeaufwendiger, unselbständiger, unbequemer Menschen ging. Öffentlich gemacht wurden diese Taten nie, man bemühte sich im Gegenteil um Geheimhaltung vor der Bevölkerung und den Medien.

Schon der bei dieser Aktion verwendete Begriff „Euthanasie“ oder „Gnadentod“ war Verschleierung: Er würde ein Verlangen, zumindest ein Einverständnis der Betroffenen voraussetzen, das hier keineswegs vorlag. Selbst die Angehörigen wurden nicht informiert, natürliche Todesursachen vorgespiegelt. Ein Euthanasiegesetz hatten die Nazis im Entwurf erstellt, es blieb aber in der Schublade, aus Angst vor Reaktionen im In- und Ausland. Auch wenn immer wieder „hehre Gründe“ geltend gemacht wurden, zeigt dieses Bemühen um Verheimlichung doch ein gewisses Unrechtsbewusstsein. Die interne Maxime war: „Recht ist, was dem Volke nützt!“ Die Krankenmorde, ebenso wie die grausamen Forschungsprojekte, medizinische Menschenversuche, die zahlreiche Todesopfer forderten, verstießen aber selbst gegen das damals im nationalsozialistischen Regime gültige Recht.

Auch Hitler wollte sich nicht offen zu seinem Handeln bekennen. Von Berichten seiner näheren Umgebung wissen wir, dass er nur ungern darüber redete oder darauf angesprochen wurde.

Man befürchtete Proteste der Bevölkerung und vor allem der Kirchen. In außenpolitischer Hinsicht war man besorgt, die USA könnten bei Bekanntwerden der unmenschlichen Taten einen Grund für einen Kriegsbeitritt gegen Deutschland sehen. So handelte man im Verborgenen, dennoch wohl in einem gewissen gesellschaftlichen Konsens bei sicher unterschiedlichem Grad der Eingeweihtheit. Einige, zu wenige, widersetzten oder weigerten sich, viele kooperierten oder ließen geschehen.

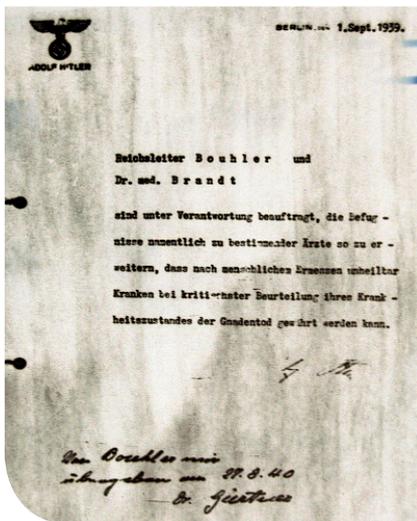


Abbildung 6: Formloses Ermächtigungsschreiben Hitlers zurückdatiert auf den Kriegsbeginn

Im Oktober 1939 wurde, gestützt auf ein formloses, von Hitler unterzeichnetes Schreiben, eine Selektion der Patienten der Anstalten durchgeführt, wobei die Ärzte der Nervenkliniken Zuarbeiten leisteten.

Jeweils drei Begutachtungsärzte, überwiegend namhafte Klinikdirektoren und Professoren, entschieden dann meist nach Aktenlage über Leben und Tod, wobei die Kriterien der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zugrunde gelegt wurden. Von Januar 1940 an, verstärkt ab April 1940, wurden in ganz Deutschland insgesamt 70.273 Patienten ermordet. Von Bussen der gegründeten Tarnorganisationen wurden die Patienten in die Tötungsanstalten Grafeneck,

Brandenburg, Bernburg, Hadamar und Sonnenstein/Pirna sowie (in Österreich) Hartheim bei Linz verlegt. Bei der schriftlichen Erfassung der Zuführung und Verlegung der Patienten, aber auch an der eigentlichen Tötungsaktion, waren Mitarbeiter der Nervenkliniken beteiligt. Die Tötung wurde durch Giftgas von den Spezialisten des Berliner Amtes durchgeführt. Spuren wurden verwischt, Verwandte getäuscht. In den Kliniken wusste man oder ahnte man zumindest, welchem Schicksal die Patienten entgegen gingen, man sprach aber nicht darüber. Man verwendete harmlos anmutende Bezeichnungen in der Dokumentation, wie die Notiz „verlegt“ in den Abgangsbüchern als Vermerk hinter dem Namen derer, die den Tötungsanstalten zugeführt wurden.



Abbildung 7: Busse der gemeinnützigen Krankentransport GmbH, die Patienten abholten und in die Tötungsanstalten schafften

Von der Nervenklinik Hildburghausen wissen wir, dass Patienten überwiegend nach Zschadraß (Leipzig) als Zwischenstation verlegt wurden. Vermutlich wurden sie von dort in die Tötungsanstalten nach Sonnenstein (Pirna) und Brandenburg geschafft, Zwischenstationen waren oft übliche Praxis.

Aus den Strafakten gegen den damaligen ärztlichen Leiter der Anstalt, Dr. Schottky, wissen wir, dass in den Jahren 1940 und 1941 eine ganze Reihe von Kranken „verlegt“ wurden. Es sollen Transporte von bis zu 160 Personen mit Fahrzeugen und unter Bewachung von SS-Angehörigen nach Zschadraß durchgeführt worden sein. All dies wurde in den Krankenakten verschleiert.

Wir wissen, dass am 04.10.1940 145 Patienten von Hildburghausen, vermutlich über Zschadraß, weggeschafft wurden, am 16.06.1941 und am 18.06.1941 insgesamt 122 weitere Menschen nach Pirna/Sonnenstein.

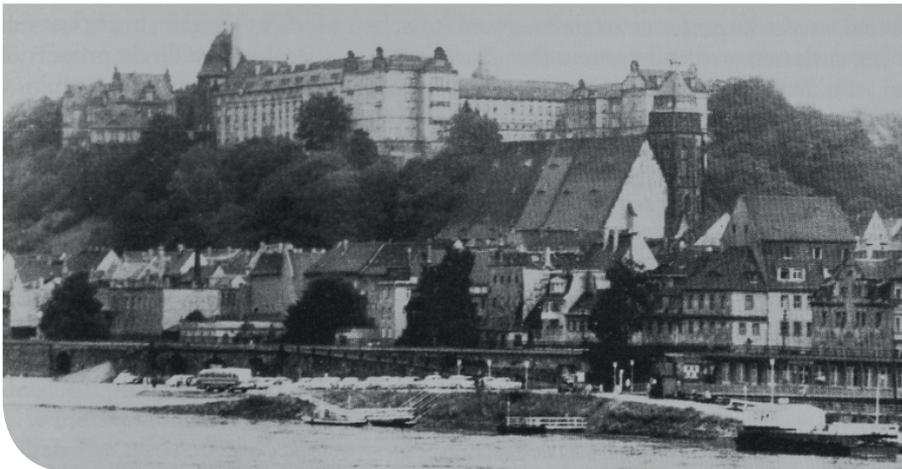


Abbildung 8: Tötungsanstalt auf dem Sonnenstein in Pirna

Ab August 1941 wurde der Massenmord offiziell gestoppt, nachdem Proteste, vor allem der Kirchen, aber auch von Angehörigen zunehmend laut geworden waren. Das Morden ging dennoch weiter, heimlich, aber mit Duldung und Förderung des Naziregimes. Nicht mehr Giftgas-, sondern Medikamententötungen durch nur leicht überdosierte Barbiturate und Hungertod waren das Los zahlreicher Kranker, teilweise bis in die letzten Kriegstage hinein. Die Zahl der Opfer dieser „wildes Euthanasie“ übersteigt, wie Schätzungen anhand der Sterbebücher der Anstalten belegen, um ein Vielfaches die Zahl der bei der eigentlichen Aktion T4 Getöteten. Ab August 1942 wurden die Krankenmorde angetrieben und begründet durch die Notwendigkeit, Platz für sogenannte Reservelazarette für die Kriegsverletzten zu schaffen. Eine solche Einrichtung gab es fast in allen Nervenkliniken, auch in der Anstalt in Hildburghausen. In einer Reihe von Häusern, darunter auch Hildburghausen, Mühlhausen und Stadtroda, plante die Gesundheitsabteilung des Innenministeriums 1943/44 den Bau von Notunterkünften in der Art von KZ-Baracken, um hier die unterzubringen, für die die Anstalten einst gebaut wurden. Die Gestaltung dieser Unterkünfte ließ ein längeres Überleben der Insassen nicht erwarten. In Mühlhausen war sogar der Bau eines Krematoriums nach dem Vorbild von Auschwitz vorgesehen!



Abbildung 9: Anstaltsfriedhof von Hadamar, Opfer der "wilden Euthanasie" nach September 1941

Mangel an Material und Arbeitskräften verhinderten schließlich diese Pläne, die größtenteils nicht mehr zur Verwirklichung kamen. Die „wilde Euthanasie“ wurde aber bis in die letzten Kriegstage fort betrieben. Noch wenige Tage vor dem Einmarsch der Amerikaner wurden zwei schwierige sicherungsverwahrte Patienten vom Anstaltsleiter in Hildburghausen Polizeikräften übergeben, die diese unweit der Klinik erschossen. Zuverlässige Zahlen und Daten über die Opfer sind aufgrund des Bemühens um Verschleierung der Täter nicht bekannt. Viele der Täter blieben im Nachkriegsdeutschland unbelangt, nur wenige wurden hart bestraft. Die zur Rechenschaft Gezogenen versuchten, ihre Mitarbeit nach dem Zusammenbruch des Regimes zu rechtfertigen. Sie führten Mitleid mit den Kranken („Gnadentod“), Bestreben um Entlastung der Angehörigen der Behinderten an. Die Tötungen, die gegen den Willen der Opfer und ohne Wissen der Bezugspersonen erfolgten, waren heimtückisch und heimlich, erfüllten aber die strafrechtlichen Merkmale des Mordes. Wenn ökonomische Gesichtspunkte ins Feld geführt wurden, der hohe Betreuungsaufwand, die Kosten („Töten ist billiger“), bedarf es keiner Worte mehr.

Kann man tatsächlich glauben, dass Klinikleiter ihr Gewissen damit zu beruhigen vermochten, dass man im Sinne von Fortschritt und Reform der psychiatrischen Versorgung handele, dass nämlich der Tod der Unheilbaren denen nütze, deren Leiden gebessert werden könne? Welche Exkulpierung soll es in einer zivilisierten Gesellschaft dafür geben, dass Menschen, Ärzte, Krankenpfleger, Verwaltungsbeamte, und sei es im Auftrag des Staates, darüber entschieden,

wer ein Recht zu leben hat. Dass Menschen die vermeintlich Schwächeren töteten oder daran mitwirkten ihren Tod herbeizuführen?

Wir müssen bei den Opfern und ihren Angehörigen im Namen unseres Hauses und für die Psychiatrie um Verzeihung bitten. Wir müssen an diese Taten erinnern, als Erben dieser schweren Verantwortung bleibt uns allen die Pflicht, aber auch die Chance aus der Vergangenheit zu lernen.

Literatur

- Götz Aly (Hrsg.), Aktion T4- die „Euthanasie“-Zentrale in der Tiergartenstraße 4, Edition Hentrich, Berlin 1989
- Ernst Klee, „Euthanasie“ im NS-Staat. Die Vernichtung lebensunwerten Lebens, Fischer-Verlag, Frankfurt 1983
- Frank Schneider (Hrsg.), Psychiatrie im Nationalsozialismus, Springer-Verlag, Berlin 2010



Dr. Rainer Bayerlein
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik I
Chefarzt

Entwicklung der Psychiatrie in Hildburghausen seit 1973

Dieter Rabich

Die Psychiatrische Klinik bestand damals aus vier Stationen, zwei Männer- und zwei Frauenstationen. Eine Station wurde jeweils geschlossen geführt.

Anfangs aßen die Patienten alle Speisen mit einem Löffel auf der geschlossenen Männerstation. Erst 1973 gelang es, auch gegen Widerstände des Personals, dass die Patienten mit normalem Besteck essen konnten. Gleichzeitig wurde die Station insofern aufgelockert, als alle Zimmer nach dem Flur geöffnet wurden.



Abbildung 10: Frauenlazarett

Anfangs wurden die Patienten oft noch mit Schlafkuren (hochdosierte Gabe niederpotenter Neuroleptika) über zwei bis drei Wochen behandelt (modifizierte Behandlung nach Klaesi). Es wurde oft auch eine Elektrokrampfbehandlung durchgeführt (anfangs ohne Narkose, viele Jahre später mit Narkose).

An Neuroleptika waren Propaphenin, Haloperidol, Tyrylen vorhanden. Monoaminoxidasehemmer wurden nicht eingesetzt. Seit etwa 1974 waren auch Depot-Neuroleptika vorhanden – vorwiegend Depot-Lyogen. Damit konnte eine deutliche Verbesserung der Langzeitbehandlung schizophrener Psychosen

erreicht werden. 1976 wurde das Clozapin in die Behandlung eingeführt. Es ist ein atypisches Neuroleptikum, welches bei mehreren Patienten eine deutliche Besserung im Behandlungsverlauf zeigte. Es durfte jedoch nur von extra registrierten Psychiatern verordnet werden, weil besonders durch Analgetikagabe Blutbildveränderungen auftreten können, die eine regelmäßige Kontrolle erforderten. In den 1970er Jahren und Anfang der 1980er Jahre wurden auch bei therapieresistenten schizophrenen Patienten (wenn z. B. die akute Symptomatik nach circa zehn Monaten nicht auf die übliche Behandlung ansprach) Insulinkuren durchgeführt.

Depressive Patienten wurden vorwiegend mit Imipramin und Amitriptylin behandelt, oft auch mit Elektrokrampftherapie, bei häufig rezidivierenden Patienten erfolgte auch eine Phasenprophylaxe mit Lithium, welches von Baastrup und Schou 1967 in die Phasenprophylaxe eingeführt wurde und im Fachkrankenhaus bis Mitte der 1970er Jahre genutzt wurde.

Mitte der 1970er Jahre fanden dann auch in zunehmendem Maße Gruppengespräche, Stationsversammlungen sowie therapeutische Einzelgespräche statt, die in den Jahren vorher unter anderem aufgrund der fehlenden ärztlichen Kapazitäten nicht möglich waren.

Die ärztliche Situation hat sich erst Ende der 1960er Jahre spürbar verbessert, nachdem vorher therapeutische Bemühungen infolge der Ärzteknappeit nur marginal erfolgen konnten und auch die medikamentöse Behandlung vorwiegend „der Ruhigstellung“ diente.

1972 wurde die Psychotherapeutische Klinik eröffnet. Dort wurden vorwiegend Patienten mit neurotischen und psychosomatischen Krankheitsbildern verhaltenstherapeutisch und/oder auf der Basis psychodynamischer Konzepte behandelt. Gleichzeitig wurde in der Psychiatrie in zunehmendem Maße mit Gesprächs- und Verhaltenstherapie begonnen und weitergeführt.

1985 erfolgte, einschließlich damit verbundener baulicher Veränderungen, die „Ausgliederung“ aus der Psychiatrischen Klinik mit der Bildung der Klinik für Alkohol- und Suchtkranke sowie der Klinik für Gerontopsychiatrie. Damit konnten weitere Patientengruppen (Suchtkranke, psychisch Kranke ab dem 65. Lebensjahr) mit den entsprechenden Konzepten therapiert werden.

Atypische Neuroleptika und nebenwirkungsarme Antidepressiva, mit denen heutzutage die Schizophrenien und Depressionen vorwiegend behandelt werden, wurden erst nach 1990 entwickelt und waren somit ab diesem Zeitpunkt auch in Hildburghausen verfügbar.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass seit meiner Arbeitsaufnahme in der Psychiatrischen Klinik im Jahre 1973 die Veränderung von einer eher auf „Verwahrung“ ausgerichteten Psychiatrie (Ärztemangel, fast ausschließlich medikamentöse Behandlung) zu einer vorwiegend therapeutisch orientierten Psychiatrie, wenn man von einigen „Relikten“ (Essgewohnheiten) absieht, schon begonnen hatte. In den darauf folgenden circa fünfzehn Jahren hat sich die Psychiatrie deutlich weiterentwickelt, so dass verschiedene Patientengruppen (z.B. Suchtkranke, Alterspatienten) einer speziell konzipierten Behandlung zugeführt werden konnten und auch die Behandlung der Patienten mit Psychosen und Depressionen durch den Ausbau der Gesprächs- und Verhaltenstherapie deutlich verbessert werden konnte. Die medikamentöse Behandlung war während dieser Zeit vollumfänglich möglich, wenn man von gelegentlichen vorübergehenden Engpässen absieht.



Dr. Dieter Rabich
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik II
Oberarzt



*Kinder- und
Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie*

Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Nicole Blaurock, Elke Dinkler, Claudia Wilhelm

Im Jahre 1965 entstand unter ärztlicher Krankenhausleitung von Frau Dr. Annemarie Hohmann im ehemaligen Haus 4, zuvor psychiatrische Frauenstation, die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

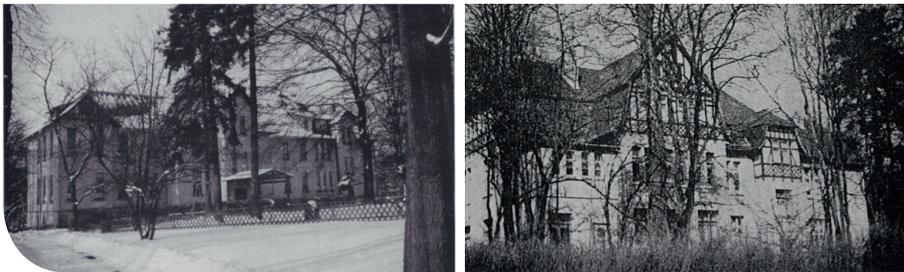


Abbildung 11: Häuser 5 und 4 im Jahr 1991

Die Klinik war viele Jahre die einzige Einrichtung im ehemaligen Bezirk Suhl für förderungsfähige, nicht schulbildungsfähige Kinder und Jugendliche, die aufgrund ihrer Einschränkungen in der geistigen und/oder körperlichen Entwicklung nicht in ihren Familien bzw. Kinderheimen betreut werden konnten. Anfangs wurden circa 70 Kinder und Jugendliche mit den unterschiedlichsten Störungen und Ausprägungsgraden im gesamten Haus betreut.

Es folgte zeitnah eine Trennung in zwei Stationen. In einer wurden die schwerst-geistig- und/oder -körperbehinderten Kinder und Jugendlichen betreut und auf der anderen die förderungsfähigeren Kinder und Jugendlichen sowie einige Plätze für Kinder, die zur Diagnostik stationär aufgenommen wurden, vorgehalten. Aus einem hohen Bedarf heraus entstanden im ehemaligen Haus 5 (heute Heim der Behindertenhilfe) weitere zwei Stationen für Jugendliche, geschlechtlich getrennt. In die Betreuung und Behandlung der Kinder und Jugendlichen wurden neben dem ärztlichen und pflegerischen Personal Erzieher eingebunden, die in Einzel- und Gruppentherapien die Kinder förderten.

Mit Beginn der 1980er Jahre profilierte sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie durch eine drastische Bettenreduzierung neu. Ein erster Teil der chronisch kranken Kinder und Jugendlichen wurde in die zuständigen Kreise verlegt, und

es folgte eine Umgestaltung der Stationen mit dem therapeutischen Konzept. Die Klinik umfasste nun zwei Kinderstationen, akut und chronisch, im ehemaligen Haus 4 mit 16 und 20 Betten und eine gemischt geschlechtliche Jugendstation im ehemaligen Haus 5 mit 20 Betten. Behandelt wurden alle akuten und chronischen psychiatrischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen und Auffälligkeiten.

In Teamarbeit wurden pädagogische Gruppenbetreuung, Spiel-, Mal- und Gestaltungstherapie, Konzentrationstraining, rhythmisch-musikalische Gymnastik, Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie sowie spezifische Trainingsmaßnahmen durchgeführt. Aktivitäten außerhalb der Klinik, wie Kino- und Theaterbesuche, Tagesausflüge und Ferienfreizeiten wurden vom Team organisiert und von den Mitarbeitern begleitet. Im Team waren neben den Pflegekräften und Erziehern Physiotherapeuten, Musiktherapeuten, Logopäden, Gestaltungstherapeuten und Lehrer tätig.

Vor stationären Aufnahmen wurden die Kinder und Jugendlichen ambulant voruntersucht sowie nach der stationären Therapie ambulant weiter behandelt. Zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die für die psychiatrische Versorgung im gesamten Südthüringer Raum zuständig war, und den medizinischen sowie nichtmedizinischen Kinderinstitutionen bestand eine enge Zusammenarbeit.

Eine erneute Umgestaltung erfolgte im Zuge des gesellschaftlichen Wandels in den Jahren nach 1990. Die förderungsfähigen, chronisch kranken Kinder von Station 4b wurden durch Verlegungen in entsprechende Einrichtungen weniger, bis nur noch Kinder zur Diagnostik und Therapie aufgenommen wurden.

In den darauf folgenden Jahren mussten aufgrund von geänderten Gesetzen die Kinder und Jugendlichen, die als Pflegefälle und nicht als Behandlungsfälle eingestuft wurden, in Einrichtungen der Behindertenhilfe verlegt werden. Geeignete Einrichtungen zu finden, die chronisch psychisch kranke Kinder adäquat betreuen konnten, sowie die Klärung der Kostenübernahmen durch die zuständigen Ämter waren unter anderem Aufgaben der Sozialarbeiter.

Mit dem Wechsel des Chefarztes, Dr. phil. Hermann Jung, Mitte der 90er Jahre profilierte sich die Klinik erneut. Schwerpunkt der Arbeit lag nunmehr in der ausführlichen Diagnostik und verhaltenstherapeutischen Gestaltung des Stations- und Unterrichtsalltages. Der Tagesablauf wurde mit einem individuellen Plan für jeden einzelnen Patienten untersetzt. Die Beschulung erfolgte

seitdem in den Räumen der Klinikschule im ehemaligen Haus 1. Pädagogen, zum Team der Kinder- und Jugendpsychiatrie gehörend, und Fachlehrer aus umliegenden Grund-, Regel- und Förderschulen sichern die Beschulung, wenn nötig einzeln oder in Kleinstgruppen ab. Neue diagnostische Verfahren, zum Teil computergestützt, wurden integriert und eine umfassende psychologische Diagnostik eingeführt und stetig aktualisiert.

Mit dem Umzug in den Neubau für die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Hauptgebäude 2004 konnte das Konzept durch die Tagesklinik für Kinder und Jugendliche und den Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanz erweitert werden. Zur Diagnostik und Behandlung der Kinder und Jugendlichen stehen seitdem zwei Stationen mit je 14 Betten und eine Tagesklinik mit 11 Plätzen zur Verfügung.

Aktuell werden in der Klinik Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr mit psychiatrischen Störungen aus dem gesamten Spektrum der Kinder- und Jugendpsychiatrie ambulant, teilstationär und stationär behandelt. Ziel des therapeutischen Handelns ist das Vorbereiten der Kinder und Jugendlichen auf die alterstypischen Anforderungen nach ihrer Entlassung.



Nicole Blaurock

HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik
Caremanagerin



Elke Dinkler

HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik
Sozialarbeiterin



Claudia Wilhelm

HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik
Stellvertretende Caremanagerin

Behandeln statt Aufbewahren: Struktur und Behandlungskonzepte der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Martin Rank

Klinikstruktur

Unsere Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik hat aktuell zwei Station mit jeweils 14 Betten, eine Tagesklinik mit 11 Behandlungsplätzen und zwei Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanzen in Hildburghausen und Meiningen. Die Klinik betreibt außerdem eine Klinikschule, an der zwei eigene Lehrer sowie externe, vom Schulamt zugeteilte Lehrer in kleinen Klassen unterrichten. Die Stationen, die Tagesklinik und die Ambulanzen werden ärztlich vom Chefarzt, zwei Oberärzten sowie zwei Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie versorgt. Im psychologischen Dienst arbeiten Psychologen, Pädagogen mit psychotherapeutischer Vertiefung und Psychotherapeuten in Ausbildung.

An Spezialtherapien bietet die Klinik an:

- Ergotherapie,
- Musiktherapie,
- Bewegungstherapie,
- Kunsttherapie und
- Logopädie.

Die Betreuung im Stationsalltag wird gewährleistet durch den Pflege- und Erziehungsdienst, der sich aus Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen zusammensetzt.

Zuständig ist die Klinik für die kinder- und jugendpsychiatrische Regelversorgung Südthüringens, das heißt für die Landkreise Hildburghausen, Sonneberg, Schmalkalden-Meiningen und die kreisfreie Stadt Suhl. Es werden aber auch Kinder und Jugendliche aus Orten außerhalb des eigentlichen Zuständigkeitsbereiches, insbesondere aus Franken und weiteren Thüringer Landkreisen behandelt.

Die beiden Stationen werden offen geführt, bei gerichtlichen Unterbringungen, starker Weglaufgefahr und in anderen besonderen Situationen muss eine Station aber vorübergehend auch geschlossen werden.

Behandelt werden alle Störungsbilder der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wie

- Angststörungen,
- Depressionen,
- Zwangsstörungen
- Lern- und Leistungsstörungen,
- Bindungsstörungen,
- Autistische Störungen,
- Hyperkinetische Störungen,
- Störungen des Sozialverhaltens,
- Anpassungsstörungen,
- Posttraumatische Belastungsstörungen,
- Essstörungen,
- Persönlichkeitsentwicklungsstörungen,
- Psychosen.

Die häufigsten Diagnosen waren im Jahr 2015 hyperkinetische und andere Störungen des Sozialverhaltens, mittelgradige und schwere Depressionen, Bindungsstörungen, Anpassungsstörungen, aber auch acht Fälle von Essstörungen und fünf Fälle von Asperger-Syndrom. Die Behandlung orientiert sich generell an den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.

Behandlungsprozesse

Zur ambulanten oder stationären Diagnostik und Therapie kann jedes Kind und jeder Jugendliche mit einer abklärungs- bzw. behandlungsbedürftigen psychischen Störung angemeldet werden. Das geschieht über die Hausärzte, Fachärzte oder niedergelassenen Psychotherapeuten, aber auch über Beratungsstellen, Jugendämter oder über die Familien selbst, zum Beispiel nach entsprechender Empfehlung der Schulen. Man kann sich auch in Notsituationen direkt an uns wenden. In der Regel wird vor einer stationären oder teilstationären Aufnahme ein ambulantes Vorgespräch geführt und die Kinder oder Jugendlichen dann auf die Warteliste gesetzt. Notfälle aus unserem Einzugsbereich werden selbstverständlich sofort aufgenommen.

Die Dauer einer stationären oder teilstationären Behandlung hängt vom Einzelfall ab. Dabei wird unterschieden zwischen Kriseninterventionen bis zu zwei Wochen und geplante Behandlungen auf freiwilliger Basis mit klaren therapeutischen Zielen, die durchschnittlich sechs bis acht Wochen in Anspruch nehmen. Entscheidend sind dabei Motivation und Mitarbeit der Kinder und Jugendlichen, aber auch der Eltern, ohne die ein Behandlungserfolg prinzipiell in Frage gestellt ist. Diese Bereitschaft und die Zielsetzungen entwickeln sich manchmal auch erst während eines zunächst nicht geplanten stationären Aufenthalts, so dass dann eine Krisenintervention in eine Regelbehandlung umgewandelt werden kann.

Jeder Patient auf Station und in der Tagesklinik wird von einem „fallführenden“ Therapeuten betreut. Dies kann ein Arzt oder ein Mitarbeiter des Psychologischen Dienstes sein. Er koordiniert den gesamten Behandlungsprozess vom Aufnahmegespräch bis zur Entlassung, stimmt ihn mit den anderen Mitarbeitern des Teams ab, führt die Einzelgespräche, Eltern- bzw. Familiengespräche und auch die Gespräche mit den kooperierenden Einrichtungen, allen voran dem Jugendamt.

Einen strukturierten Tagesablauf garantiert der individuelle wöchentliche Stundenplan für alle Patienten. In 45minütigen Abständen wechseln sich zwei bis drei Schulstunden am Vormittag ab mit den Einzel- und Gruppentherapien und den oben genannten „Spezialtherapien“. Nachmittags werden die Kinder und Jugendlichen schwerpunktmäßig vom Pflege-/Erziehungsdienst betreut. Der Ausgang wird individuell geregelt und ist Bestandteil des Behandlungskonzeptes. Ab dem zweiten Wochenende finden in der Regel von Samstag bis Sonntag Belastungsproben im häuslichen Umfeld statt.

Großer Wert wird auf die Arbeit im multiprofessionellen Team gelegt: In den wöchentlichen Teambesprechungen kommen auf Station und in der Tagesklinik alle an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter einschließlich der leitenden Ärzte und der von der Klinik angestellten Lehrer zusammen, tauschen Informationen und Ideen zum Behandlungsprozess aus und stimmen das weitere Vorgehen ab. Außerdem gibt es einen regelmäßigen Austausch aller Therapeuten (Intervision) und moderierte Fallbesprechungen mit den Therapeuten und dem Pflege-/Erziehungsdienst (Teamsupervisionen).



Abbildung 12: Arbeit in Multiprofessionellen Teams

Allgemeines Behandlungskonzept

Unsere Klinik ist primär therapeutisch ausgerichtet. Die Zeiten, in denen Psychiatrien Aufbewahrungsstätten für geistig Behinderte, psychisch Abnorme und sozial Randständige waren, sind vorbei. Die klinische Kinder- und Jugendpsychiatrie ist zwar aus den heilpädagogischen Heimen entstanden, aber das ist lange her und dieser primär pädagogische Ansatz entspricht längst nicht mehr der modernen Auffassung des Fachgebiets.

Wesentlich für die Behandlung sind therapeutische Ziele, die gemeinsam mit allen Beteiligten erarbeitet werden, in unserem Fall mit den Kindern und Jugendlichen selber, deren Eltern, anderen Bezugspersonen und den involvierten und weiterbetreuenden Institutionen, zum Beispiel den Jugendämtern. Dies gilt selbst für die gerichtlich Untergebrachten, die nicht aus freien Stücken zu uns kommen. Ausgehend von der heute allgemein gültigen Annahme, dass psychische Störungen multifaktoriell entstehen, im Zusammenwirken von Genetik und Umwelt, müssen auch die Behandlungsansätze multimodal sein und auf den einzelnen Patienten zugeschnitten. Dabei dient die medikamentöse Therapie in den meisten Fällen nur zur Unterstützung der Psychotherapie und der anderen hier angebotenen Therapien, die im Zentrum unseres Behandlungskonzepts stehen. Was die Psychotherapie betrifft, besteht Offenheit für die

unterschiedlichen Ansätze, insbesondere werden die Hauptströmungen kognitive Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie integriert. Unsere Therapeuten werden dementsprechend in verschiedenen Therapierichtungen weitergebildet. Eine zentrale Rolle spielt dabei die systemische Familientherapie. Überhaupt ist die Arbeit mit den „Systemen“, vor allem mit den Eltern und anderen Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen, unabdingbarer Bestandteil jeder Behandlung.

Als offene, therapeutisch ausgerichtete Klinik wird möglichst wenig mit Zwang, also sogenannten freiheitsentziehenden Maßnahmen, gearbeitet. Der Isolierungsraum („Time-Out-Raum“) wurde abgeschafft. Regelmäßig trifft sich eine Arbeitsgruppe, die gewaltlose Ansätze und Techniken der Deeskalation erarbeitet und in der Klinik fest verankert. Patientenrechte im Sinne der UN-Kinderrechtskonvention von 1989 werden streng geachtet und in Form von Wertschätzung und Partizipation der Kinder und Jugendlichen im Stationsalltag und bei den Therapien mit Leben erfüllt.

Schließlich ist unsere Arbeit nur möglich in enger Kooperation mit anderen Einrichtungen, vor allem den Jugendämtern und den Heimen, aber auch den Heimatschulen, den niedergelassenen Hausärzten und Fachärzten sowie den Kinder- und Jugendlichen-Therapeuten, welche die Kinder zuvor behandelt haben und in der Regel die Behandlung nach einem stationären oder teilstationären Aufenthalt wieder übernehmen. Es sei denn, es kann in der Institutsambulanz des Hauses die Weiterbehandlung als Nachsorge für eine Übergangsphase oder auch für längere Zeit angeboten werden.

Literatur

- www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien/ll-liste/deutsche-gesellschaft-fuer-kinder-und-jugendpsychiatrie-psychosomatik-und-psychotherapie.html
(letzter Zugriff: 07.02.2015)



Dr. Martin Rank
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik
Chefarzt

Die Arbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie dargestellt am Beispiel von Schulabsentismus

Dorothee Brand

Auf den beiden Stationen K1 und K2 und in der Tagesklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik werden Kinder zwischen sechs und 18 Jahren behandelt, deren Schwierigkeiten so groß sind, dass sie zuhause und/oder mit ambulanter Hilfe allein nicht den Alltagsanforderungen gerecht werden können.

Diese Schwierigkeiten äußern sich auf vielfältige Weise. Eine davon ist der sogenannte Schulabsentismus. Unter Schulabsentismus versteht man das wiederholte fortgesetzte Fehlen, oftmals mit Entschuldigung der Eltern oder Krankschreibung durch den Kinderarzt oder Hausarzt in mehr als drei bis fünf aufeinander folgenden Wochen⁵. In diesen Fällen geht ein Behandlungsimpuls häufig von der Schule aus. Ist der Kontakt einmal hergestellt, gilt es herauszufinden, **WARUM** das Kind nicht mehr zur Schule geht.

Gründe für Schulabsentismus

In der Klinik wurden vier Kategorien identifiziert, in die die verschiedenen Gründe, warum Kinder nicht mehr gern oder gar nicht mehr in die Schule gehen, eingeordnet werden können:

- Über- oder Unterforderung
- Trennungsangst
- Soziale Phobie
- Störung des Sozialverhaltens

Beschreibung der Störungen

Die Über- oder Unterforderung in der Schule kann durch eine gezielte Leistungsdiagnostik (Intelligenztest, Teilleistungsdiagnostik) gut diagnostiziert werden.

Bei der Trennungsangst wollen die Kinder aus Gründen, die oft weit zurückliegen, nicht mehr von zuhause weggehen bzw. können sich nicht von der Mutter oder dem Vater trennen. Sie haben manchmal irrationale Ängste, dass etwas passieren könnte, während sie weg sind. Eine Trennungsangst ist immer ein Problem, bei dem das Verhalten der Eltern von großer Bedeutung ist.

⁵ Schulabsenz-Definition laut Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur: beständig 11–20 Tage, massiv 21–40 Tage, permanent >40 Tage

Es sind die Eltern, denen es nicht gelingt, ihr Kind konsequent in die Schule zu schicken. Oft weinen die Kinder herzerreißend und die Eltern haben so viel Mitleid, dass sie es nicht über sich bringen, sie einfach in der Schule alleine zu lassen. Auch die Lehrer haben häufig Schwierigkeiten, mit diesen Kindern zu arbeiten, so elend sehen sie aus. Sie werden dann vorzeitig abgeholt und der Teufelskreis beginnt.

Bei der sozialen Phobie besteht das Problem darin, dass das Kind grundsätzlich Angst vor anderen bzw. fremden Menschen hat. In sozialen Situationen, zu denen die Schule zweifelsfrei gehört, bekommt das Kind alle Anzeichen einer Angst- und Panikreaktion: Herzklopfen, feuchte Hände, teilweise psychosomatische Beschwerden wie Kopf- oder Bauchschmerzen. Wenn ein Kind Angst hat, vor der Klasse zu sprechen, geht manchmal der Hals zu und es kann kein Wort sprechen. Auf diese Art beschämt, nichts sagen zu können, verstärkt sich die Angst vor einem nächsten Mal.

Es gibt natürlich auch Kinder, die lieber mit anderen Kindern unterwegs sind, anstatt in die Schule zu gehen. Sie sind häufig gut integriert in ihre jeweilige Peergroup. Oft werden diese Kinder auch anderweitig auffällig, weil sie beispielsweise früh beginnen zu rauchen, möglicherweise zu trinken oder manchmal zu stehlen.

Hier besteht weder Trennungsangst noch soziale Phobie. Es gibt allerdings bei solchen Kindern – und oft auch deren Eltern – kein ausgeprägtes Regelverständnis. Dass es ein Gesetz gibt, nach dem ein Kind schulpflichtig ist, wird nicht so ernst genommen. Bußgelder werden in Kauf genommen, Sozialstunden nachlässig abgeleistet oder auch gar nicht.

Der Auslöser für eine solche Störung des Sozialverhaltens kann zum Beispiel auch darin liegen, dass ein Kind in der Schule den Leistungsanforderungen nicht (mehr) gerecht werden kann. Hierfür kommen möglicherweise Probleme wie Teilleistungsstörungen – oft Sprachverständnisschwierigkeiten – in Betracht. Diese sind in der Klinik durch gezielte Diagnostik gut zu erfassen.

Was kann die Kinder- und Jugendpsychiatrie für diese Kinder und ihre Familien tun?

Ist ein Kind in der falschen Schule, weil es über- oder unterfordert ist, können wir helfen, dafür zu sorgen, dass eine Schule gefunden wird, die für das Kind geeigneter ist und eine Umschulung initiieren und begleiten.



Abbildung 13: Klinikschule der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Bei der Trennungsangst ist die wichtigste Aufgabe zu Beginn der Behandlung, die Eltern in die Therapie zu integrieren. Sie sind der Schlüssel zum Erfolg der Behandlung. Häufig haben die Eltern selber etwas davon, einen unbewussten „Krankheitsgewinn“, wenn das Kind nicht in die Schule geht. Die Eltern müssen darauf vorbereitet werden, dass es in der Trennungssituation von Seiten des Kindes zu bösen Beschimpfungen, schlimmen Weinattacken, Tobsuchtsanfällen und anderen Verhaltensweisen ihres Kindes kommen kann, was sie dazu bringen könnte, „einzuknicken“. Eltern können in dieser Situation ihrem Kind helfen, indem sie sehr „klar“ sind und deutlich machen, dass sie die Behandlung durchsetzen werden, notfalls auch durch eine richterliche Anordnung der Behandlung.

Wenn das Kind unter einer sozialen Phobie leidet, wird die Behandlung so aussehen, wie Phobien im Allgemeinen behandelt werden. Man baut mit dem Kind eine sogenannte „Angsttreppe“. Angefangen wird mit Situationen, die

Angst machen, aber eben noch zu bewältigen sind, gesteigert in einzelnen kleinen Schritten bis hin zu der Situation (häufig der Schulbesuch), die in der Vorstellung des Kindes schon im sicheren Therapiezimmer zu einer Gänsehaut führen. Eine Belohnung bei Bewältigung der einzelnen Etappen kann dem Kind zusätzlich helfen, die schwierigen Situationen tatsächlich zu meistern.

Speziell im Falle von sozialer Phobie fällt es Kindern sehr schwer, vor der Klasse zu sprechen. Hier können wir in unserer Klinikschule gezielt helfen, indem die Kinder schrittweise in kleinen Klassen die Möglichkeit bekommen, für sie schwierige Situationen zu üben.

Wenn ein Kind einen schwierigen Schritt gemeistert hat – obwohl es dies normalerweise vermieden hätte – ist es sehr stolz. Manchmal berichten die Kinder von regelrechten Glücksgefühlen, die sie haben, wenn sie eine Situation „geschafft“ haben.

Wenn ein Kind mit der Diagnose Störung des Sozialverhaltens „mit oder ohne vorhandene soziale Bindungen“ in die Klinik kommt, wird als erstes mit dem Kind in der neuen Umgebung darüber gesprochen, dass es Regeln gibt und dass man diese einhalten muss. Da Kinder mit einer Sozialverhaltensstörung gesellschaftliche Regeln häufig missachten, werden sie auch im Klinikalltag als erstes probieren, die geltenden Regeln zu umgehen. Sie „testen“ die Grenzen. Hier kommt es nun darauf an, konsequente Rückmeldung zu geben und das Kind nicht „durchkommen“ zu lassen. Nur so ist es möglich, ein Regelverständnis bei den Kindern zu entwickeln. Dabei können sogenannte „Verstärkerpläne“ zum hilfreichen Einsatz kommen. Das erwünschte Verhalten, zum Beispiel pünktlich kommen, wird bewertet. Bekommt das Kind viele positive Rückmeldungen, dass es pünktlich war, erhält es eine Belohnung. War es wiederholt nicht pünktlich, bleibt die Belohnung aus. Hat man für einen Verstärkerplan eine Belohnung gefunden, die dem Kind wirklich wichtig ist, wird es bemüht sein, so oft wie möglich das erwünschte Verhalten zu zeigen bis sich dieses schließlich automatisiert.

Die Elternarbeit

Bei allen Therapien und im Klinikalltag ist bei der Arbeit mit Kindern immer die Elternarbeit ein zentraler Bestandteil. Auch die Eltern müssen lernen, anders mit ihrem Kind umzugehen. Im Falle der Sozialverhaltensstörung müssen beispielsweise auch die Eltern das gewünschte Verhalten verstärken und das ungewünschte nicht. Dies fällt Eltern oft schwer. Auch sie werden daher engmaschig von uns begleitet und betreut und in die Therapie mit einbezogen.

Literatur

- Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur: Fachliche Empfehlung zum Umgang mit Schuldistanz in Thüringen S.3



Dorothee Brand

HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik
Psychologin



*Erwachsenenpsychiatrie
und Psychotherapie*

Zur Neuroplastizität des Gehirns und Bedeutung von Spiegelneuronen für die praktische Arbeit

Thomas Möckel

Allgemeine Einführung

Wer kennt nicht das Sprichwort, auch wenn es in den letzten Jahren seltener zu hören ist: Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmer mehr. Diesen Satz kann man aus verschiedenen Perspektiven interpretieren. Einerseits enthält er die Drohung Richtung Jugend, wenn sie es jetzt versäume zu lernen, so könne sie dies später nicht mehr nachholen. Andererseits enthält er aber auch eine Drohung in Richtung der „Alten“, was sie in ihrer Jugend nicht gelernt hätten, könnten sie jetzt nicht mehr nachholen.

Spezielle Hinführung zum Thema

Welche Bedeutung haben die beiden Begriffe Plastizität und Neuro? Plastizität bezeichnet im Deutschen die Verformbarkeit, zum Beispiel eines Gegenstandes. Neuro steht für Nerven. Wenn wir also beide Begriffe zusammenziehen, so ergibt dies den neuen Begriff „Nervenverformbarkeit“. Die erste Hälfte der Aussage stellt somit die Frage nach der Nervenverformbarkeit des Gehirns. Wozu brauchen wir diese Verformbarkeit? Wie wir später sehen werden, hängt diese Verformbarkeit mit Lernen und Gedächtnis zusammen.

Überzeugungen der Bevölkerung werden meist sehr prägnant in Sprichwörtern transportiert, wie dies auch hier der Fall ist. Lernen ist somit nur innerhalb eines begrenzten Zeitraums möglich. Aber auch die Wissenschaft war bis vor wenigen Jahren der Auffassung, dass das Gehirn nicht in der Lage sei, neue Inhalte zu lernen. (1) In der ihm eigentümlichen plastischen Sprache formuliert dies M. Spitzer in seinem im Jahr 2000 erschienen Buch „Geist im Netz“ in dem Abschnitt „Neuroplastizität“ folgendermaßen: „Vor kaum mehr als zehn Jahren war die Auffassung noch sehr verbreitet, dass nach der Geburt noch gewisse Entwicklungsvorgänge im Gehirn stattfinden, wonach es im Laufe des gesamten weiteren Lebens einen langsamen Tod stirbt – ohne wesentliche Veränderungen, ganz zu schweigen von einem weiteren Wachstum.“ (2)

Als Psychiater sind wir in unserer Arbeit gewohnt, mit sehr unterschiedlichen Verhaltensweisen, Denkweisen und Emotionen umzugehen. Erst mit den Neurowissenschaften und den weiterentwickelten bildgebenden Verfahren haben sich Möglichkeiten ergeben, zu beobachten, was sich beim Denken, Empfinden

und Handeln im Gehirn auf zellulärer und subzellulärer Ebene verändert. Es stellt sich also somit die Frage, was verstehen wir unter den Begriffen Neuroplastizität und Spiegelneuronen? Wie bilden sich Entwicklungsvorgänge, wie zum Beispiel Lernen und Psychotherapie, im Gehirn ab? Welche Beziehung besteht zum Beispiel zwischen Lernen und Neuroplastizität?

Ist Psychotherapie Lernen, und braucht man dazu Gedächtnis?

Eines der interessantesten und auch innovativsten Bücher über Psychotherapie, das bereits vor einigen Jahren erschienen ist, stammt von Klaus Grawe, dem viel zu früh verstorbenen Wissenschaftler und Psychotherapeuten. In seinem letzten, umfassenden und auch vorausschauenden Werk über eine zukünftige Psychotherapie, die die Erkenntnisse der Neurowissenschaften mit dem psychotherapeutischen Wissen verband, formulierte er folgende wichtige Sätze: „Wenn es stimmt, dass ausnahmslos alles, was wir denken, wissen, glauben, hoffen, fühlen, erleiden, entscheiden oder tun sich bis ins letzte Detail auf die Strukturen unserer Neuronen (Nervenzellen T.M.) und Synapsen (Verbindungsstelle zwischen zwei Nervenzellen T.M.) und der Prozesse, die sich zwischen ihnen abspielen, zurückführen lässt, wenn also das, was wir als seelisch bezeichnen, sowohl in seiner Existenz als auch in seiner Beschaffenheit vollständig eine Hervorbringung neuronaler Schaltkreise ist, dann gibt es fürwahr viel zu überdenken. Wenn allen psychischen Prozessen neuronale Vorgänge zu Grunde liegen, dann liegen veränderten psychischen Prozessen veränderte neuronale Vorgänge zu Grunde. Wir können als nachgewiesen ansehen, dass psychische Prozesse durch Psychotherapie wirksam und dauerhaft verändert werden können. Daraus ergibt sich, dass Psychotherapie dauerhaft neuronale Prozesse und Strukturen verändern kann.“ (3) Wir hatten oben schon im Zusammenhang mit Neuroplastizität Lernen und Gedächtnis erwähnt. „Lernen und Gedächtnis sind zwei Arten, über dieselbe Sache nachzudenken: Beide handeln von der Fähigkeit des Gehirns, seine Arbeitsweise als Reaktion auf Erfahrung zu verändern. Beim Lernen geht es darum, wie Erfahrung das Gehirn verändert, und Gedächtnis handelt davon, wie diese Veränderung gespeichert und anschließend reaktiviert werden.“ (4)

Um besser zu verstehen, was mit obigen Aussagen gemeint ist, müssen wir uns das Gehirn und dessen Funktionsweise genauer anschauen.

Zum Aufbau und zur Funktionsweise des Gehirns

Das menschliche Gehirn ist eine ca. 1,3 kg schwere, rötlich gallertartige Masse. Es besteht aus drei Hauptabschnitten. Die beiden älteren Hirnabschnitte, Hinter- und Mittelhirn, beinhalten vitale, „primitive“ Funktionen, wie zum Beispiel

Atmung, Schlaf-Wach-Rhythmen, Blutdruck etc. Der andere Hauptabschnitt - das Vorderhirn - ist für die höheren psychologischen Funktionen notwendig. Entfernt man die Schädeldecke, so ist der Neokortex (die jüngste Hirnrinde) als Teil des Vorderhirns gut sichtbar. Dieser wird wiederum in vier Hirnlappen unterteilt: den Stirnlappen, den Seitenlappen, den Temporallappen und den Hinterhauptslappen. (5) Das Gehirn verbraucht, obwohl es nur 2% des Körpergewichts ausmacht, über 20% der aufgenommenen Energie. (6, 7) Es besteht aus circa 100 Milliarden Nervenzellen (Neuronen) mit je 1.000 bis 10.000 Fortsätzen. Diejenigen Fortsätze, über die die Nervenzelle Informationen empfängt, werden als Dendriten bezeichnet. Einen oder auch mehrere Fortsätze, die dagegen Informationen weiterleiten, werden als Axone bezeichnet. (8) Sie entspringen am Axonhügel der Nervenzelle. Alle Fortsätze sind mittels spezifischer Verbindungsstellen (Synapsen) mit anderen Fortsätzen und damit mit anderen Nervenzellen verbunden. Über diese Verbindungsstellen kommunizieren die Nervenzellen miteinander. (9) Diese Verbindungen bestehen nicht nur zu benachbarten Zellen, sondern auch zu weiter entfernt gelegenen, so dass sie ein sehr umfangreiches, hochkomplexes Netzwerk bilden. (10)

Diesem Netzwerk aus Nervenzellen und Nervenfasern werden mittels der Sinnesorgane Informationen über die Außenwelt und über den Körper mitgeteilt. (11) Innerhalb der Nervenzellen mit ihren Fortsätzen werden die „Informationen“ in Form von Aktionspotentialen weitergeleitet, es fließt also ein „Strom“. Die Weitergabe der „Informationen“ zwischen zwei Nervenzellen erfolgt in der Regel chemisch mittels Abgabe von Botenstoffen (Neurotransmitter) aus der einen Zelle und deren Aufnahme an spezifischen Rezeptoren (Empfangsstelle) an der anderen Zelle. (12) Dies geschieht dadurch, dass durch das eintreffende Aktionspotential an der Zellwand gelegene, mit Botenstoff gefüllte Bläschen sich öffnen und ihren Inhalt in den Spalt zwischen diesen zwei Nervenzellen abgeben. Der Botenstoff wandert zur gegenüberliegenden Zelle und verbindet sich mit dem Rezeptor (Empfangsstelle) dieser Zelle, aktiviert diese und es entsteht möglicherweise ein neues Aktionspotential. Diese Verbindungsstelle zwischen zwei Nervenzellen wird als Synapse bezeichnet.

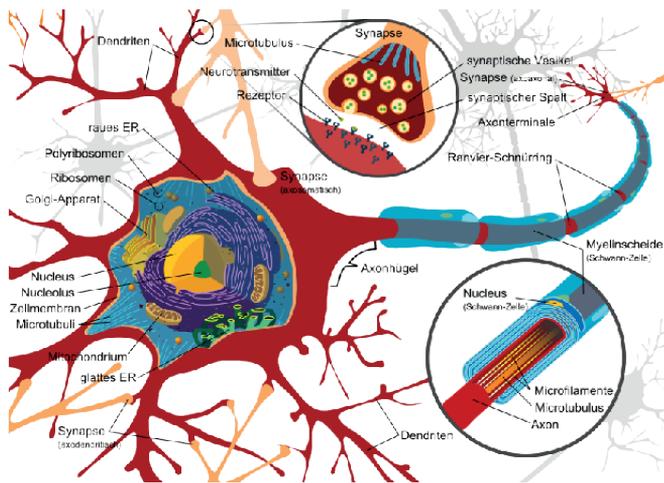


Abbildung 14: Nervenzellen mit Fortsätzen

Die Abgabe der Botenstoffe ist ein sehr komplexer Prozess, der einmal regelt, wie leicht ein Botenstoff abgegeben werden kann, aber auch wie viel von ihm. Der Fachbegriff „Synapsenstärke“ oder „Synapsengewicht“ beschreibt, wie gut oder wie schlecht die Verbindung zwischen zwei Neuronen ist. Außerdem ist diese Synapsenstärke nicht immer gleich, sondern verändert sich in Abhängigkeit vom Gebrauch. Hoher Gebrauch ergibt ein hohes Synapsengewicht. (13) Bereits Ende der 1940er Jahre hatte der kanadische Psychologe, Donald O. Hebb, den auch heute noch gültigen Satz geprägt: „Neurons which fire together wire together.“ Wenn also Nervenzellen gemeinsam und synchron feuern, so verstärken sich die verbindenden Synapsen (14), was sich in einer Steigerung der Synapsenstärke niederschlägt. Dies wiederum bedeutet, dass eine erneute Aktivierung und die vermehrte Ausschüttung von Botenstoffen leichter erfolgen können. Es wird angenommen, dass Lernen und Behalten im Kurzzeitgedächtnis über diesen Mechanismus erfolgt. (15) Natürlich muss hier betont werden, dass Lerninhalte nicht durch die Aktivierung von lediglich nur zwei Zellen repräsentiert werden. Man spricht von einer Musterbildung ganzer Zellensembles.

Wird die Aktivierung zweier Nervenzellen, um bei unserem vereinfachten Beispiel zu bleiben, über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten (sog. Long Term Potentiation = Langzeitpotenzierung), so werden weitere chemische Prozesse in der Rezeptorzelle angestoßen. Die Long Term Potentiation bewirkt nun,

dass eine Reihe von in der Zelle befindlichen Botenstoffen (sogenannte second messenger) aktiviert werden, in den Zellkern wandern und dort das Anschalten bestimmter Genabschnitte veranlassen. Die Aktivierung dieser Genabschnitte führt zu einer vom Zellkern gesteuerten, veränderten Proteinsynthese. (16) Das produzierte Eiweiß dient der Zelle z.B. zur Bildung neuer Rezeptoren und damit der Vermehrung der Synapsen, was ebenfalls zu einer Verbesserung der Verbindung zwischen den beiden Zellen führt. Man nimmt an, dass dieser Mechanismus beim Abspeichern im Langzeitgedächtnis zur Anwendung kommt. (17)

Zu den Gedächtnisformen

In Abhängigkeit von der Zeitdauer, die eine Wahrnehmung im Gedächtnis behalten wird, sprechen wir einmal von einem Kurzzeitgedächtnis oder von einem Langzeitgedächtnis. Mit diesen beiden Begriffen korrespondieren auf neuronaler Ebene jeweils unterschiedliche Mechanismen, wie die Inhalte gespeichert werden. Beim Kurzzeitgedächtnis erfolgt die Musterbildung der Neuronen über eine Steigerung oder Verminderung der ausgeschütteten Botenstoffe in den synaptischen Spalt. Die Dauer beträgt wenige Sekunden bis maximal einige Minuten. Beim Langzeitgedächtnis bilden sich neue Synapsen. Die über diesen Mechanismus gespeicherten Inhalte können in der Regel ein Leben lang abgerufen werden. (18) Darüber hinaus gibt es Gedächtnisinhalte, die bewusst in Erinnerung gerufen werden können, zum Beispiel die Einschulung oder der Hochzeitstag. Wir sprechen dann vom expliziten Gedächtnis.

Wenn ein erwachsener Mensch eine Treppe hinauf läuft, kann er sich gut gleichzeitig mit seinem Nachbarn unterhalten, ohne dauernd bewusst die Aktionen seiner Beine kontrollieren zu müssen. Ja, im Gegenteil, wollte er jeden Schritt bewusst im Detail ausführen wollen, liefe er Gefahr zu stolpern. Wir sprechen hier vom sogenannten impliziten Gedächtnis. (19) Das limbische System, das man sehr vereinfachend auch als „Zentrum für emotionale Intelligenz“ bezeichnen kann, da es emotional bedeutsame Signale empfängt und aussendet, regelt, welche Gedächtnisinhalte in das Langzeitgedächtnis überführt werden sollen. (20)

Lernen und neuronale Plastizität

Wir können nun also zusammenfassen und die eingangs zitierten Aussagen besser verstehen. Je nach Information und genutztem Sinnesorgan werden beim Wahrnehmen und Lernen bestimmte Neuronen im Gehirn aktiviert oder gehemmt, so dass ganz charakteristische Muster bestehend aus einer unterschiedlichen Anzahl aktivierter Neuronen und ihrer Verbindungsstellen, die auch als

Repräsentationen oder Karten bezeichnet werden, entstehen. (21, 22) Dies gilt sowohl für Dinge, als auch für komplexe soziale Situationen. (23) Es ist nachvollziehbar, dass es sich hierbei nicht um einen statischen, sondern um einen dynamischen Vorgang handelt. Diese Veränderung der Anzahl der Synapsen und/oder deren Synapsengewichte aufgrund äußerer Einflüsse, aber auch die Bildung neuer Nervenzellen werden als Neuroplastizität bezeichnet. Es ist die Fähigkeit des Gehirns, sich beständig den Erfordernissen optimal anzupassen. Hierbei werden neuronale Netzwerke reorganisiert, indem neue synaptische Verbindungen geknüpft oder gelöst werden. (24)

Noch bis ins letzte Jahrzehnt betrachtete man, wie schon erwähnt, das erwachsene Gehirn als festgelegt, man sprach von sogenannten „postmitotischen Zellen“, also von Zellen, die sich nicht mehr teilen können und damit von einem „nichtplastischen“ Gehirn. Ein Nachweis der Zellneubildung beim Menschen gelang erst in den späten 1990er Jahren. (25)

Psychotherapie und Neuroplastizität

Unter Psychotherapie wird ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess verstanden, der mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) Verhaltensstörungen und Leidenszuständen beeinflussen will. (26) Hiermit kehren wir wieder zu unserem Ausgangspunkt und der Aussage von K. Grawe zurück, dass Psychotherapie dauerhaft neuronale Prozesse und Strukturen verändern kann.“ Psychotherapie können wir also als eine besondere Form des Lernens auffassen.

Eine psychische Störung, zum Beispiel eine Depression, kann auch als Ergebnis eines Lernvorganges betrachtet werden, der sich auf neuronaler Ebene als ein charakteristisches Muster darstellt. Wenn wir eine Depression auf neuronaler Ebene als ein bestimmtes Muster ansehen (27), so zielt Psychotherapie darauf ab, dieses neuronale Muster zu verändern. Jedes Gespräch mit einem anderen Menschen bewirkt eine Veränderung in dessen Gehirn. Eine derartige Auswirkung des Kontaktes in Form eines Gespräches findet natürlich auch beim Kontakt mit Patienten statt. Ein Gespräch bewirkt auch dort eine Veränderung im Gehirn, eine Veränderung in der synaptischen Verknüpfung neuronaler Netzwerke. (28) Dies kann nur in einem „neuroplastischen Gehirn“, erfolgen. Oder um es mit Grawe noch pointierter zu formulieren: „Psychotherapie wirkt, wenn sie wirkt, darüber, dass sie das Gehirn verändert. Wenn sie das Gehirn nicht verändert, ist sie auch nicht wirksam.“ (29) Aber manche Überlegungen gehen auch noch weiter. Auch eine „geleitete Imagination, eine Autosuggestion oder Hypnose“ werden als Möglichkeiten postuliert, die sich neuroplastisch auswirken. (31)

Was sind Spiegelneuronen?

In den 1990er Jahren beschäftigte sich eine italienische Forschergruppe um M. Alessandra Umiltà und Giacomo Rizzolatti mit dem „Feuern“ bestimmter Nervenzellen bei Aktivitäten von Primaten. Was bedeutet „Feuern“ in diesem Zusammenhang? Alle Muskeln des Körpers sind im Gehirn in einem bestimmten Gebiet des Neokortex, dem motorischen Kortex, „repräsentiert“, das heißt, von dort erhalten die Muskeln ihre Impulse, wenn zum Beispiel eine Bewegung ausgeführt werden soll. Um zu sehen, welche Nervenzellen bei welchen Bewegungen aktiv sind, wird mit mikroskopisch kleinen Elektroden die Aktivität der Nervenzellen gemessen. Die hiermit gemessenen Ströme der Aktionspotentiale können verstärkt und hörbar gemacht werden. Diese, während einer Körperbewegung aus einer Nervenzelle abgeleiteten akustischen Signale werden als „Feuern“ bezeichnet. Durch einen Zufall bemerkten die Forscher, dass die Nervenzelle eines Affen „feuerte“, ohne dass dieser aktiv war, sondern dass er nur einen anderen Affen bei einer Aktivität beobachtete. Dies war die Geburtsstunde der „Spiegelneuronen“. (32)

Was verstehen wir unter Spiegelneuronen?

Unter Spiegelneuronen verstehen wir einen besonderen Zelltyp, „der sowohl bei der Durchführung einer bestimmten Eigenbewegung aktiv ist, als auch bei der Beobachtung der gleichen Bewegung bei einem Artgenossen oder einem anderen Primaten. Wir gehen heute davon aus, dass Spiegelneuronen vermutlich eine wichtige Rolle bei sozial bedeutsamen Sozialisationsmechanismen spielen, wie z.B. beim Spracherwerb bei Säuglingen, beim Imitieren von Bewegungsmustern und bei der Empathie (Fähigkeit, die Emotionen und Absichten von Anderen zu erkennen und zu verstehen; Einfühlungsvermögen).“ (33, 34) Diese scheinen uns zu helfen, nicht nur andere zu imitieren, sondern mit Hilfe dieses Mechanismus auch besser zu verstehen. Eine der Konsequenzen aus der Entdeckung der Spiegelneuronen ist die Erkenntnis, dass menschliches Erleben und Lernen persönliche Beziehung braucht. Nicht nur, weil diese im Gehirn abgebildet wird, sondern weil sie die am besten wirksame und völlig nebenwirkungsfreie „Droge“ gegen seelischen und körperlichen Stress darstellt.

Bedeutung für die praktische Arbeit in der Psychiatrie

Wenn weiter oben ausgeführt wurde, dass jedes Gespräch eine Veränderung in den Gehirnen der Beteiligten bewirkt, dann bedeutet das natürlich gerade in der Psychiatrie, dass alle mit einem Patienten arbeitenden Berufsgruppen ihre Spuren in dessen Gehirn hinterlassen. Dass Ärzte und Psychologen aufgrund psychotherapeutischer Arbeit derartige Spuren beim Patienten hinterlassen,

kann man fast schon als ihre Aufgabe formulieren. Aber dies gilt eben auch für die anderen Berufsgruppen. Für die Pflege hat dies schon recht früh Rüdiger Bauer erkannt. In seinem Artikel „Beziehungen formen das Gehirn“ hat er diesbezüglich die Wirkung psychiatrischer Pflege dargelegt. (36, 37) In arbeitsmedizinischen Untersuchungen zeichnet sich zunehmend ab, dass die sogenannten „soft facts“ (also sogenannte „weiche“ Tatsachen) wie zum Beispiel zwischenmenschliche Konflikte, fehlende soziale Unterstützung oder andere Stressfaktoren die Gesundheit weit mehr bedrohen als angenommen. (38) Auch anthropologisch scheint es Gründe zu geben, warum neuronale Netzwerke, die die Absichten und Handlungen anderer besser vorhersagen können, einen Vorteil beinhalten. Neuronale Netzwerke, die für die Bewertung und Einschätzung anderer zuständig sind, haben eine lange Evolutionsgeschichte. Sie führen wahrscheinlich zu einem Vorteil bezüglich Sicherheit, Wettbewerb und Paarung. Ein anderer Aspekt ist ebenfalls auffällig: Ohne wechselseitige stimulierende Interaktionen verfallen und sterben sowohl Menschen als auch Neuronen. (39)

Dass die Gestaltung von Beziehungen auch noch aus einem anderen Grund wichtig ist, soll zum Abschluss noch erwähnt werden. In Untersuchungen hat man nachgewiesen, dass der Gesichtsausdruck eines Menschen entweder die Amygdala (der Mandelkern) oder den Nucleus accumbens (der Beischlafkern), zwei Strukturen im Gehirn des Menschen, aktivieren kann. Begegnet man seinem Gegenüber mit einem unfreundlichen Gesicht, so wird dessen Amygdala aktiviert und es entstehen Angst und Aggression. Begegnet man aber seinem Gegenüber mit freundlicher Zuwendung gepaart mit Augenkontakt, so wird der N. accumbens und das Belohnungssystem aktiviert und es entsteht eine angenehme Stimmung. Der Autor dieser Aussage, selbst Chefarzt, empfiehlt aus diesem Grunde, dass in psychiatrischen Kliniken von der Rezeption bis zum Chefarzt nur wohlwollende, freundlich zugewandte Gesichter zu sehen sein sollten. (40)

Zusammenfassend lässt sich somit sagen: Alle Aktivitäten, also Denken, Handeln und Empfinden, bewirken eine Veränderung des Gehirns dergestalt, dass sich die Verbindungen der hierfür aktivierten Nervenzellen verändern und für jede Situation ein charakteristisches Muster bilden. Psychiatrische Arbeit besteht zu einem großen Teil aus Beziehungsarbeit. Dies geschieht durch Psychotherapie, Ergotherapie und Bezugspflege. Auch diese Beziehungsarbeit findet ihren Niederschlag in veränderten Hirnstrukturen.

Diese Veränderbarkeit des Gehirns wird Neuroplastizität genannt. Nachdem Primaten und Menschen soziale Wesen sind, war und ist es notwendig, besondere soziale Fähigkeiten zu entwickeln, die ein Zusammenleben ermöglichen

oder erleichtern. Zu diesem Zweck hat das menschliche Gehirn sich zu einem sozialen Gehirn mit besonderen Nervenzellen, den Spiegelneuronen, entwickelt, die uns helfen, Beziehungen zu gestalten. In der psychiatrischen Arbeit bedeutet dies, die Fähigkeit auszubilden, die Befindlichkeiten, Handlungen und Absichten des Gegenübers vorausschauend zu erkennen. Im nächsten Schritt ist es notwendig, durch gezielte Interventionen wie z.B. Psychotherapie Einfluss auf eine psychische Störung zu nehmen. Um hierbei erfolgreich zu sein, muss die Intervention die zu dieser Störung gehörende Gehirnstruktur nachhaltig ändern. Beispielsweise eine Depression nachhaltig zu behandeln, bedeutet, deren Repräsentation, deren charakteristisches Nervenzellmuster zu verändern.

Diejenigen Kollegen, die im Suchtbereich arbeiten, haben bei vielen Patienten die schmerzliche Erfahrung machen müssen, dass auch nach Jahren der Abstinenz urplötzlich ein unbezwingbares Verlangen nach dem Suchtmittel auftreten kann, das dann unter Umständen zu einem Rückfall führen kann. Hierfür wurde der Begriff „Suchtgedächtnis“ (41) geprägt. Das dahinter wirkende Prinzip gilt für alle im Gehirn abgespeicherten Informationen: „Einmal Erlebtes kann nicht rückgängig gemacht werden.“ (42) Tröstlich ist allerdings die Tatsache, auch wenn kein Erfahrungsmuster im Gehirn gelöscht werden kann, dass es veränderbar ist. (43) Dies kann z.B. dadurch bewirkt werden, dass das unerwünschte Verhaltensmuster gemieden wird und sich dessen neuronale Repräsentation damit abschwächt. Das gewünschte Verhaltensmuster wird dagegen intensiv geübt, so dass dessen neuronale Repräsentation die alte dominiert.

Dass dies nicht nur ein einseitiger Prozess ist, sondern auch ein Patient immer Einfluss auf seinen Behandler, auf dessen Hirnstrukturen nimmt, mit durchaus auch negativen Folgen, Stichwort Burnout, soll zum Schluss nicht unerwähnt bleiben. Philosophisch hat diese Perspektive, also wie wichtig menschliche Beziehungen und das darin liegende Entwicklungspotential für Menschen und damit auch für Patienten in der Psychiatrie und deren Therapie sind, Ernst Bloch mit drei kleinen Sätzen prägnant auf den Punkt gebracht. Zu Beginn seiner „Tübinger Einleitung in die Philosophie“ schreibt er: „Ich bin. Aber ich habe mich noch nicht. Darum werden wir erst.“ (44)

Literatur

- 1) Pinel, J.P.J. und Pauli Paul: Biopsychologie, Imprint der Pearson Education Deutschland 2007, S. 293
- 3) Spitzer, M., Geist im Netz, Spektrum, Akademischer Verlag, 2000, S. 148
- 4) Grawe, K., Neuropsychotherapie, Hogrefe Verlag, 2004, S. 17 und 18
- 5) Pinel, J.P.J. und Pauli Paul: Biopsychologie, Imprint der Pearson Education Deutschland 2007, S. 344
- 6) Bierbaumer N. und Schmidt R., Biologische Psychologie, Springer-Verlag, 2010, S. 74-89

- 7) MacDonald, M., Dein Gehirn, O'Reilly Verlag, 2009, S. 6 und 26,
- 8) Luhmann, H., Alles Einbildung, Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt, 1. Auflage 2013, S. 12).
- 9) Luhmann, H., Alles Einbildung, Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt, 1. Auflage 2013, S. 44-57
- 10) Bear, M., Connors, B. und Paradiso M., Neurowissenschaften, 3. Auflage, 2009, Neuronen und Gliazellen, S. 28-52
- 11) Deneke F.-W., Psychische Struktur und Gehirn, Schattauer Verlag, 2. Auflage, 2001, S. 48-49
- 12) Pritzel, M., Brand, M. und Markowitsch H., Gehirn und Verhalten, Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg, 2009, S. 11-19
- 13) Thompson, R. Das Gehirn, Spektrum Akademischer Verlag, 2001, S. 53-94
- 14) Spitzer, M., Geist im Netz, Spektrum, Akademischer Verlag, 2000, S. 21, 45
- 15) Rüegg, J. C., Gehirn, Psyche und Körper, Schattauer Verlag 5. Auflage, 2011. S. 194
- 16) Kandel, E., Auf der Suche nach dem Gedächtnis, Pantheon Verlag, 1. Auflage 2007 S. 244 - 262
- 17) Bauer, J. Das Gedächtnis des Körpers, Piper Verlag, 4. Auflage, 2014, S. 20-23
- 18) Bear, M., Connors, B. und Paradiso M., Neurowissenschaften, 3. Auflage, 2009, Neuronen und Gliazellen, S. 893-899
- 19) MacDonald, M., Dein Gehirn, O'Reilly Verlag, 2009, S. 97-104
- 20) Deneke F.-W., Psychische Struktur und Gehirn, Schattauer Verlag, 2. Auflage, 2001, S. 78-80
- 21) Bauer, J. Das Gedächtnis des Körpers, Piper Verlag, 4. Auflage, 2014, S.52
- 22) Spitzer, M., Geist im Netz, Spektrum, Akademischer Verlag, 2000, z.B. S.267
- 23) Schiffelholz T. & Aldenhoff J. Neuronale Plastizität, - das Geheimnis der Gedächtnisbildung? 2001, Nervenheilkunde, 20; S. 189-93
- 24) Bauer, J. Das Gedächtnis des Körpers, Piper Verlag, 4. Auflage, 2014, S. 52-59
- 25) Rüegg, J. C., Gehirn, Psyche und Körper, Schattauer Verlag 5. Auflage, 2011. S. 19
- 26) Thome J. und Eisch A., Neuoneogenese, Nervenarzt 2005, 76: S. 11-19
- 27) Ebert D. Psychiatrie systematisch, UNI-MED Verlag, 2. Auflage, 1997, S. 302
- 28) Cozolino L., Die Neurobiologie menschlicher Beziehungen, VAK Verlags GmbH, 2007, S. 58-59
- 29) Rüegg, J. C., Psychosomatik, Psychotherapie und neuronale Plastizität – Wie Worte wirken, Wiener Medizinische Wochenschrift, 2004, 154/15-16: S. 347-352
- 30) Grawe, K., Neuropsychotherapie, Hogrefe Verlag, 2004, S. 18
- 31) Rüegg, J. C., Psychosomatik, Psychotherapie und neuronale Plastizität – Wie Worte wirken, Wiener Medizinische Wochenschrift, 2004, 154/15-16: S. 347-352
- 32) Keyers Chr., Unser empathisches Gehirn, btb Verlag, 2014, 1. Auflage, S. 16-21
- 33) Luhmann, H., Alles Einbildung, Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt, 1. Auflage 2013, S. 176-177
- 34) Cozolino L., Die Neurobiologie menschlicher Beziehungen, VAK Verlags GmbH, 2007, S. 250-259
- 35) Bauer, R. Beziehungen formen das Gehirn, pro care Springer Verlag, 04/2012
- 36) Kongruente Beziehungspflege, Erkenntnisse über das Erkennen, Psych. Pflege 2014, 20: Georg Thieme Verlag, S. 201-206

- 37) Bauer, J. Das Gedächtnis des Körpers, Piper Verlag, 4. Auflage, 2014, S.1 5-16
- 38) Cozolino L., Die Neurobiologie menschlicher Beziehungen, VAK Verlags GmbH, 2007, S. 21-24
- 39) Braus, F. EinBlick in das Gehirn, Georg Thieme Verlag 2004, S. 39-41
- 40) Böning J. Neurobiologische Aspekte des Suchtgedächtnisses, Vortrag am 12.10.2005 im Ecksteinhaus, Nürnberg, aus SCHRIFTENREIHE DER SAALETALKLINIK, BAND I
- 41) Wrase, J., Was Suchttherapeuten von den Neurowissenschaften lernen können, Vortrag Remscheider Gespräche, 2009, Internet-Folien
- 42) Braus, F. EinBlick in das Gehirn, Georg Thieme Verlag 2004. S. 54
- 43) Bloch E. Tübinger Einleitung in die Philosophie, suhrkamp taschenbuch wissenschaft 253, 2. Auflage 1979, S. 13



Dr. Thomas Möckel
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
Leitender Oberarzt

Moderne Akutpsychiatrie heute

Sabine Günther

Viele Menschen verbinden immer noch Psychiatrie mit Zwangsjacken und Verwahrung. Die moderne Psychiatrie räumt mit diesem Vorurteil auf. Sie entstand im Wesentlichen durch die Erkenntnisse der biologischen Psychiatrie und den Reformbemühungen der Sozialpsychiatrie.

Derzeit wird übergreifend von einem bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis ausgegangen, das heißt, ein Zusammenspiel von biologischen, psychischen und sozialen Einflüssen wird als ursächlich für die Entwicklung psychischer Störungen angesehen. Daraus ergibt sich auch in der Behandlung ein multimodaler Ansatz, der biologische, psychopharmakologische, psychotherapeutische und soziale Aspekte enthält. Für die Pflege steht die individuelle ressourcenorientierte und fördernde Pflege im Vordergrund.

Krisenintervention

Auf allen psychiatrischen Stationen wird rund um die Uhr eine besonders sorgsame Beobachtung und pflegerische Versorgung der Patienten durchgeführt. Die hohe Betreuungsintensität ist im beschützten Akutbereich durch die Schwere der Erkrankungen sowie das erhöhte Risiko einer rapiden Zustandsverschlechterung begründet. Krisenintervention erfolgt, wenn ein Patient akut fremd- oder eigengefährdet ist sowie bei Angstzuständen, Suizidalität, Rückfällen oder anderen Ausnahmesituationen. Wir bieten Menschen in außergewöhnlichen Lebenssituationen die Möglichkeit für Gespräche und psychiatrische Behandlung um Eskalationen (Suizidgefährdung, Gefahr von Gewaltanwendung) zu verhindern.

Durch ein möglichst frühzeitiges pflegerisches und therapeutisches Handeln wird nicht nur die Krisenbewältigung erleichtert und suizidale Einengung verhindert, sondern es werden auch psychische und somatische Chronifizierung sowie stationäre Behandlungen reduziert. Niedrigschwellige Therapieangebote erfolgen in Form von:

- Ergotherapie/Kunsttherapie
- Gesundheits- und Krankenpflege/Bezugspflege
- Physiotherapie
- Psychotherapie

Die Patienten werden schrittweise an das Therapieangebot herangeführt, um eine Überforderung zu vermeiden. Hauptaugenmerk liegt auf Belastbarkeit, Zuverlässigkeit, Erprobung der Eigenverantwortung und Selbstdisziplin der Patienten. Durch die Evaluierung der jeweilig geeigneten und individuellen Therapie kann eine schnellere Stabilisierung und somit die Verlegung auf eine weiterbehandelnde offene Station erfolgen.

Um die Wiedereingliederung in das alltägliche Leben zu erreichen, finden regelmäßig Gespräche mit Patienten und Angehörigen, begleitete Ausgänge, Einzelausgänge, Tages- und Wochenendurlaub zur Belastungserprobung statt. Zudem arbeiten wir mit allen regionalen Institutionen der psychiatrischen und suchtmmedizinischen Hilfe zusammen. Dazu gehören unter anderem der Sozialpsychiatrische Dienst, die psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen, Suchtberatungsstellen, Übergangswohnheime und betreute Wohneinrichtungen.

Das Ziel einer psychiatrischen Behandlung ist nicht nur Heilung, sondern auch Verbesserung der Lebensqualität, das heißt, Leben mit der Krankheit.

Literatur

- <https://de.wikipedia.org/wiki/Psychiatrie>
- Therapeutisches Behandlungskonzept Station B1/B2



Sabine Günther

HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik I
Caremanagerin

Schizophrene Psychosen

Hendrik Stahl

Schizophrene Psychosen können eine gravierende psychische Erkrankung sein, wenn sie nicht frühzeitig erkannt und behandelt werden.

Die wörtliche Übersetzung des Wortes „Schizophrenie“ bedeutet so viel wie „abgespaltener Geist/abgespaltene Seele“. Dies hat häufig zu Missverständnissen und einer falschen Verwendung des Begriffes „schizophren“ in der Umgangssprache geführt. Oftmals wird die Erkrankung mit einer Spaltung der Persönlichkeit in Verbindung gebracht, wie sie beispielsweise der schottische Schriftsteller Robert Louis Stevenson in seiner weltbekannten Novelle „Dr. Jekyll und Mister Hyde“ beschreibt. Hierbei verwandelt sich der warmherzige Arzt Dr. Jekyll immer wieder in den böartigen Mr. Hyde, welcher sich als der isolierte böse Teil von Dr. Jekylls Persönlichkeit herausstellt. Schizophrene Patienten leiden jedoch keinesfalls unter einer solchen Spaltung ihrer Persönlichkeit.

Schizophrene Psychosen sind eine Gruppe von Erkrankungen, bei der je nach vorherrschenden Symptomen verschiedenen Unterformen unterschieden werden. Allen gemein ist eine Störung des Denkens, des Gefühlslebens und der Wahrnehmung. Durch eine Fehlwahrnehmung oder Fehlinterpretation der Umwelt kann es zeitweise für Außenstehende zu unsinnigen und schwer verstehbaren Handlungsweisen des Erkrankten kommen.

Die Erkrankungen verlaufen sehr unterschiedlich. Manche Patienten erkranken nur einmal in ihrem Leben. Bei anderen kommt es episodenhaft wiederkehrend zu akuten Krankheitsphasen. Ohne eine frühzeitige und konsequente Behandlung können die Erkrankungen in chronische Verläufe übergehen, welche zu erheblichen Beeinträchtigungen im Alltag bis hin zum Verlust der Fähigkeit einer selbstständigen Alltagsbewältigung führen können.

Schizophrenien sind keine seltenen Erkrankungen. Sie treten etwa in der gleichen Häufigkeit wie zum Beispiel Rheumatoidarthritis auf. In Deutschland erkrankt etwa einer von 100 Erwachsenen in seinem Leben an einer Schizophrenie. Aktuell leiden rund 8.000 Menschen in unserem Land an einer Schizophrenie. Männer und Frauen sind hierbei in gleichem Maße betroffen.

Die erste Krankheitsepisode beginnt typischerweise zwischen der Pubertät und dem 30. Lebensjahr.

Ursachen und Risikofaktoren

Die Ursachen der schizophrenen Psychosen sind bis heute nicht eindeutig geklärt. Man geht davon aus, dass mehrere Faktoren zusammenwirken: Erbliche Faktoren, eine Vorschädigung des Organs Gehirn oder bestimmte Belastungen im häuslichen und gesellschaftlichen Umfeld führen zu einer Veranlagung oder erhöhten Anfälligkeit bezüglich der Erkrankung. Durch das Hinzutreten weiterer Belastungsfaktoren (wie beispielsweise belastende Lebensereignisse, anhaltende Spannungen und Konflikte am Arbeitsplatz oder in der Familie, der Konsum von Drogen etc.) kommt es zum Ausbruch der Erkrankung.

Symptome

Das Erscheinungsbild der schizophrenen Psychosen ist sehr komplex und vielfältig. Häufig beginnen die Erkrankungen mit zunächst kleinen Veränderungen und alltäglichen Befindlichkeitsstörungen, wie zum Beispiel Nervosität, Unruhe, Reizbarkeit, Konzentrationsschwäche, nachlassende Leistungsfähigkeit und zunehmende Vernachlässigung der äußerlichen Erscheinung.

Diese Symptome können über einen längeren Zeitraum von bis zu mehreren Jahren der ersten akuten Krankheitsepisode vorausgehen. Selbst für erfahrene Spezialisten kann es schwierig werden, eine schizophrene Psychose in einem so frühen Stadium zu erkennen. In der akuten Krankheitsphase unterscheidet man sogenannte „Positivsymptome“ und „Negativsymptome“.

Die „Positivsymptome“ zeichnen sich durch Störungen der formalen wie inhaltlichen Denkabläufe aus. Hierbei erscheint das Denken häufig unstrukturiert, sprunghaft und verworren. Charakteristisch ist die Ausbildung von Wahnvorstellungen. Hierbei entwickelt der Erkrankte Überzeugungen, welche für Außenstehende nicht nachvollziehbar und argumentativ nicht angreifbar sind. Ferner kann es zu Übersteigerungen und starken Fehlinterpretationen des „normalen“ Erlebens bis hin zur Ausbildung von Trugwahrnehmungen und Sinnestäuschungen im Sinne von Halluzinationen kommen. Oftmals verschwimmen die Grenzen zwischen der eigenen Person und der Umwelt. Der Erkrankte erlebt sich und/oder seine Umwelt als unwirklich und fremd. Er glaubt zum Beispiel, dass andere Menschen seine Gedanken lesen, beeinflussen oder steuern können.

Die „Negativsymptome“ zeichnen sich durch einen Mangel an Gefühlen, durch ein Nachlassen der Interessen und Aktivitäten und einen schleichenden Rück-

zug aus sozialen Kontakten aus. Hinzu kommen eine Verarmung der Sprache und Störungen der Hirnleistungsfähigkeit in Form von Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen.

Diagnostik

Die Grundlage der Diagnostik bildet ein ausführliches Gespräch mit dem Arzt oder dem Therapeuten und die gründliche Erhebung eines psychischen Befundes. Zum Ausschluss körperlicher Ursachen der Erkrankung erfolgen eine körperliche Untersuchung, laborchemische Untersuchungen einschließlich eines Drogenscreenings und apparatetechnische Zusatzuntersuchungen wie Elektroenzephalographie (EEG) und eine Magnetresonanztomographie des Kopfes (cMRT).



Abbildung 15: EEG-Untersuchung

Therapie

Auch wenn schizophrene Psychosen bis heute als im eigentlichen Sinne nicht als „heilbar“ gelten, so gibt es mittlerweile eine ganze Reihe von Behandlungsmöglichkeiten, welche es dem Erkrankten dennoch ermöglichen, ein weitgehend beschwerdefreies Leben zu führen.

Medikamentöse Behandlung

Die medikamentöse Behandlung stellt einen Grundpfeiler der Behandlung schizophrener Psychosen dar. In der Akutphase führt sie zu einem Abklingen der Akutsymptomatik und somit zu einer wesentlichen Verbesserung des Funktionsniveaus und der Lebensqualität des Erkrankten. Darüber hinaus hat die medikamentöse Behandlung einen wesentlichen Einfluss auf die weitere Prognose und den weiteren Verlauf der Erkrankung. Sie mindert nachweislich das Risiko für das Auftreten erneuter Krankheitsepisoden und das Risiko für eine fortschreitende Chronifizierung der Erkrankung. Die Behandlung erfolgt in erster Linie mit sogenannten Antipsychotika (früher auch als Neuroleptika bezeichnet).

Aufgrund einer besseren Verträglichkeit und vor allem weniger Nebenwirkungen auf die Körpermotorik sind heute die sogenannten atypischen Antipsychotika beziehungsweise Antipsychotika der zweiten Generation Mittel der Wahl. Die meisten Medikamente stehen in oraler Form als Tabletten oder Tropfen zur Verfügung. Darüber hinaus gibt es auch einige Medikamente in Spritzenform. Selbst bei optimaler Dosierung der Medikamente tritt jedoch oftmals eine wesentliche Besserung der (akut-)psychotischen Beschwerden erst mit einer Verzögerung von einigen Wochen auf. Deshalb sollte die Wirkung zunächst über einen Zeitraum von vier bis sechs Wochen beobachtet werden, bevor auf ein anderes Präparat umgestellt wird. Auch nach dem Abklingen der akuten Beschwerdesymptomatik sollte die medikamentöse Behandlung über einen Zeitraum von ein bis zwei Jahren nach der ersten Krankheitsepisode fortgeführt werden, um das Rückfallrisiko zu vermindern. Erkrankten mit mehreren Rückfällen im Leben wird empfohlen, die Medikamente für einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren nach der letzten akuten Krankheitsepisode einzunehmen. In Einzelfällen kann auch eine medikamentöse Behandlung über diesen Zeitraum hinaus erforderlich sein.

Generell sollte die medikamentöse Behandlung hinsichtlich der Wirksamkeit und der Verträglichkeit durch regelmäßige Besuche beim Arzt überwacht werden. Empfehlenswert ist hierbei der Besuch eines Psychiaters. Bei Vorliegen einer ausgeprägten inneren Unruhe, bei Anspannung, bei Angst, bei Schlafstörungen oder bei depressiver Verstimmung kann neben der Behandlung mit Antipsychotika auch ein zeitlich begrenzter Einsatz von Schlaf- und Beruhigungsmitteln oder stimmungsaufhellenden Medikamenten erforderlich sein.

Sozio-, Arbeits- und Ergotherapie

Bereits relativ frühzeitig in der Akutbehandlung werden die Erkrankten in die Angebote der Arbeits- und Ergotherapie eingebunden. Ziel der Behandlung ist dabei zum einen, wieder eine Struktur in den Tagesablauf zu etablieren, welche oftmals in der akuten Krankheitsepisode verloren gegangen ist. Zum anderen wird im Rahmen der Behandlungsangebote durch dosierte Belastungssteigerung den Störungen des Antriebes und der Hirnleistungsfähigkeit begegnet. Im Rahmen der Soziotherapie werden beispielsweise Maßnahmen zum Erhalt oder zur Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes und zur gesellschaftlichen (Re-)Integration der Erkrankten eingeleitet.

Psychotherapie

Das Anliegen der Psychotherapie bei Menschen mit schizophrenen Psychosen ist in erster Linie die Vermittlung eines adäquaten Krankheitsverständnisses, die Verminderung der individuellen Vulnerabilität und die Verminderung ungünstiger Einflüsse durch äußere Stressfaktoren. Hierdurch kommt es zu einer besseren Krankheitsbewältigung und damit verbunden zu einer Besserung der Lebensqualität der Erkrankten. Die Behandlungsangebote reichen dabei von einer Aufklärung über die Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten (Psychoedukation) über die Vermittlung von Entspannungsverfahren bis hin zu Techniken einer verbesserten Stress- und Alltagsbewältigung. Weil negative Einstellungen in der Umgebung eine zusätzliche Rückfallgefahr bedeuten können, hat sich die Einbeziehung von Angehörigen und naher Vertrauenspersonen in die Behandlung als hilfreich erwiesen.



Abbildung 16: Psychologin im Patientengespräch

In zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen finden sich Hinweise darauf, dass an schizophrenen Psychosen Erkrankte häufig Probleme bei der Beurteilung der eigenen Denkvorgänge (Metakognition) haben. Im Rahmen des Metakognitiven Trainings wird versucht, das Bewusstsein der Betroffenen auf Verzerrungen im Denken (wie zum Beispiel voreiliges Schlussfolgern) – welche die Entstehung und Aufrechterhaltung bestimmter Symptome (vor allem wahnhaftes Denkinhalte) begünstigen können – zu schärfen und diese durch hilfreichere Strategien zu ersetzen.

**Hendrik Stahl**

HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik I
Leitender Oberarzt

Entwicklung und Stand der qualifizierten Suchttherapie

Christine Ahlrogge, Martina Heins, Helga Tirsch

Zur Erklärung der Entstehung einer Suchterkrankung existieren verschiedene Ansätze.

So ist Sucht eine konfrontierende, das persönliche und gesellschaftliche Wertesystem infrage stellende Krankheit. Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen manifestieren sich über Haltungen, Einstellungen und andere Verhaltensdispositionen. Es gibt bisher keine wissenschaftlich gesicherte „Suchtpersönlichkeit“. Man geht aber davon aus, dass bei einer bestimmten Gruppe von Süchtigen häufig eine oft primäre, seit der Kindheit bestehende „Ich-Schwäche“ (frühe Störung) später zu einer deutlichen Störung der Durchsetzungsfähigkeit, Minderwertigkeitsgefühlen und zu schweren depressiven Konflikten führen können. Dabei ist es bei einer Alkoholabhängigkeit vom neurotischen Prägnanztyp oft so, dass die Abhängigkeit anfangs Begleiterkrankung der psychischen Fehlentwicklung ist, sich später aber verselbständigt und als eigenständiges und vorherrschendes Krankheitsgeschehen fungiert.

Sucht ist aber auch eine Sinn-Orientierungskrise. Existenzielle Frustration bzw. ein existentielles Vakuum sind oft fester Bestandteil der Abhängigkeitssymptomatik und stabilisieren sie. Süchtige sind Menschen, die an der Suche verzweifelt sind. Deshalb steht die Ermutigung zur Neuorientierung auf der Suche nach neuen Zielen und Werten an explizierter Stelle in der Therapie, in der Überzeugung, dass durch das Suchen und Finden einer lebensthematische Mitte, einer tragenden Aufgabe oder Zielstellung der „Schmerz der Abstinenz“ ertragbar ist.

Ein umfassendes Erklärungsmodell ist das bio-psycho-soziale Modell mit drei Faktoren:

- Person,
- Umwelt,
- Suchtmittel in gegenseitiger Wechselbeziehung.

In den HELIOS Fachkliniken Hildburghausen wurden schon immer Suchtkranke entsprechend dem Wissen der Zeit behandelt.

In den 1970er Jahren waren Suchtkranke auf der Allgemeinpsychiatrischen Station bereits spezifisch mitbehandelt worden. Gruppentherapeutische Methoden wurden ab 1972 in der Männerpsychiatrie, ab 1976 in der Frauenpsychiatrie angewandt. Der Bedarf an einem geschlossenen Therapiekonzept einer qualifizierten Suchttherapie führte 1985 zur Gründung der Klinik für Suchtkranke. Der Suchtbereich befand sich damals im Haupthaus der Bezirksnervenklinik. Das Haupthaus war das erste 1866 erbaute Therapiegebäude im Klinikgelände. Mitte der 1970er Jahre wurde die ehemalige Station 14 mit suchtkranken Patienten belegt, nachdem die akute Entgiftungsbehandlung auf Station 11 erfolgt war. Mit dem Neubau von Psychiatrischen Stationen im Jahre 1994 wurde die damalige Station C1 Aufnahmestation der qualifizierten Entgiftung für vorwiegend Alkoholerkrankte, des Weiteren für Polytoxikomane, in weit geringerem Maße für reine Medikamenten- und Drogenabhängige sowie Patienten mit Spielsucht. Auf der Station 14 erfolgten dann Behandlungen und Langzeittherapien für multifaktoriell geschädigte Suchtkranke (sogenannte S4-Behandlung⁶: S - steht für Sucht, 4 - steht für Behandlung chronisch mehrfach geschädigter Suchtpatienten).

Die Entwöhnungsbehandlungen (Rehabilitation) wurden auf Station 15 durchgeführt, in der Regel über einen Zeitraum von 12 Wochen, bis zum Jahr 1997. Von dieser Zeit an waren keine Langzeittherapien in unserer Klinik mehr möglich, da spezifische Rehabilitationseinrichtungen dafür zur Verfügung standen. Während der akuten Entgiftungsbehandlung wurden die Patienten im Rahmen der qualifizierten Suchttherapie für nachfolgende Behandlungen motiviert. So erfolgte unter anderem die Antragstellung für Langzeittherapien. Andere Nachbehandlungen, wie Aufnahme in suchttherapeutische Wohnheime, die Anbindung an Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen u.a., wurden vorbereitet.

Einmal im Jahr organisierte der Suchtbereich ein Treffen für ehemalige Patienten, später waren Begegnungstage mit Krankenkassen, Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen, Sozialämtern und Sozialpsychiatrischen Diensten sowie Wohnheimen für Suchterkrankte durchgeführt worden. Ende der 1990er Jahre war der Suchtbereich zuständig für suchtmmedizinische Intensivbehandlung (S2), Regelbehandlung (S1) und für die Behandlung chronisch mehrfach geschädigter Abhängigkeitserkrankter (S4). Die qualifizierte Entzugsbehandlung erforderte psychotherapeutische Stützung, Motivationsarbeit und soziotherapeutische Einzelfallhilfe, die nur von einem entsprechenden qualifizierten Team geleistet werden konnte. Ärztliche Diagnostik und Therapie von Folge- und Begleiterkrankungen sowie psycho- und soziotherapeutische Aufarbeitung

⁶ Behandlung chronisch mehrfach-geschädigter Suchtpatienten

von psychosozialen und Suchtfolgeproblemen waren und sind in diesem Zusammenhang Selbstverständlichkeiten.

Ab dem Jahr 2000 wurde einmal jährlich ein Begegnungstag für ehemalige Suchtpatienten im Suchtbereich durchgeführt mit Einrichtungen des ambulanten und stationären Suchthilfesystems sowie Krankenkassen, Rentenversicherungen, Sozialpsychiatrischen Diensten, Sozialämtern, Arbeitsämtern und Jugendämtern.

In unserer Einrichtung wird heute die qualifizierte Entzugsbehandlung für folgende Erkrankungen durchgeführt:

- Alkoholabhängigkeit,
- Drogenabhängigkeit,
- Spielsucht,
- Medikamentenabhängigkeit,
- Nikotinabhängigkeit.

Die Patienten werden auf zwei Stationen behandelt. Das therapeutische Team besteht aus dem Pflegepersonal, einer Sozialpädagogin mit suchttherapeutischer Ausbildung, Psychologen, Stationsärzten und einer Oberärztin mit Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“. Auf einer Station erfolgt vorwiegend die Behandlung von Patienten, die illegale Drogen konsumieren, aber auch von Patienten mit einer Alkoholerkrankung oder Abhängigkeit von Medikamenten. Des Weiteren werden Patienten mit Spielsucht behandelt. Die Therapie von psychischen Begleiterkrankungen, wie zum Beispiel Depressionen, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Ängsten und Phobien, chronifizierte Schmerzsymptomatik, Mehrfachabhängigkeit und körperliche Folgeerkrankungen sind Bestandteil des Behandlungsangebotes. Die Therapie erfolgt nach den S3-Leitlinien (höchste Leitlinienqualität der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie sowie der DGPPN, der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde). Bereits in der Entgiftungsphase mit medikamentöser Therapie und engmaschiger Überwachung der Vitalparameter erfolgt eine Diagnostik der suchtbedingten Folge- und Begleiterkrankungen unter anderem durch EKG, EEG, CCT oder MRT) sowie bei Bedarf die Durchführung von Konsiliaruntersuchungen. Sobald es seitens der Entzugssymptomatik den Patienten möglich ist, werden sie in das suchtspezifische Therapieprogramm integriert.

Hier steht bei allen Therapieformen die Motivationstherapie im Vordergrund. Für Patienten, die sich nach Abklingen eines Entzugssyndroms oder anderer

akuter Krankheitszustände auf eine therapeutische Beziehung einlassen, ist es notwendig, Problembewusstsein für die aktuelle Situation und die Möglichkeiten der Bewältigung zu wecken. Deshalb erfolgt mit verschiedenen psycho- und soziotherapeutischen Methoden die problembezogene Selbstreflektion mit dem Ziel der Akzeptanz der eigenen Abhängigkeit mit den somatischen und psychischen Folgeerkrankungen. In unseren Gruppentherapien führen wir Psychoedukation durch.

Unser Therapiekonzept ist vorwiegend verhaltenstherapeutisch orientiert. Folgende Therapieangebote können von den Patienten genutzt werden:

- tägliche Stationsgruppen,
- Gruppenstunden mit Stationsarzt, Psychologen und Sozialarbeitern,
- Einzelgespräche,
- Ergo- und Physiotherapie,
- Entspannungs- und Bewegungstherapie,
- stationsübergreifende Gruppen (Psychose-, Depressionsgruppe), darunter Abendveranstaltungen,
- Angehörigengespräche,
- Vorstellung von Einrichtungen des Suchthilfesystems (Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen, Tagesstätten, Nachsorgeeinrichtungen, Langzeittherapieeinrichtungen, Betreuer).

Des Weiteren erfolgen Kriseninterventionen mit Rückfallanalyse und Rückfallbewältigung sowie die Erarbeitung von Vorbeugungsstrategien, die Klärung von aktuellen Konflikten zur Wahrnehmung von Autonomiefähigkeiten und die Erläuterung von Selbsthilfemöglichkeiten.

Bereits während der stationären Behandlung wird die Entlassung mit der Motivation für weiterführende suchtspezifische Maßnahmen und zur Änderung der eigenen Lebensumstände vorbereitet, unter anderem für die ambulante Weiterbehandlung, für Langzeittherapien und für die Aufnahme in Nachsorgeeinrichtungen, Tagesstätten und Betreutes Wohnen.

Der Patient soll dazu befähigt werden, die eigene Symptomatik zu erkennen, einzuordnen und somit Krankheitseinsicht zu entwickeln sowie in der Zeit zwischen der Entlassung aus der stationären Entgiftung und Aufnahme weiterer suchtspezifischer Therapieangebote abstinent zu bleiben.

Literatur

- Gesamtkonzept des Suchtbereiches Dr. med. Winfrid Bertram, 1992



Christine Ahlrogge
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik I
Sozialarbeiterin



Martina Heins
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik I
Oberärztin



Helga Tirsch
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik I
Stellvertretende Caremanagerin

Metakognitives Training bei Depression (D-MKT)

Susanne Unger

Laut Weltgesundheitsorganisation wird die Depression in wenigen Jahren die zweit häufigste Erkrankung weltweit sein. Aktuell ist sie in Deutschland der häufigste Grund für vorzeitige Berentung. Die Behandlung und Vorbeugung depressiver Erkrankungen stellt daher für psychiatrisch und psychotherapeutisch Tätige eine besondere Herausforderung dar.

Menschen, die an Depressionen leiden, verfügen über ein deutlich negativ verzerrtes Denken. Die Patienten leiden nicht nur unter ihren negativen Glaubenssätzen („Niemand mag mich.“ „Ich bin ein Versager.“ „Jemanden um etwas bitten, ist ein Zeichen von Schwäche.“) und ihrem verzerrten Blick auf die Wirklichkeit. Inzwischen ist sogar nachgewiesen, dass negative Denkmuster psychische Erkrankungen gar auslösen, verstärken und das Rückfallrisiko erhöhen können. Innerhalb der Therapie spielt daher die Bearbeitung dieser Denkstile eine zentrale Rolle.

In der Psychiatrischen Tagesklinik Hildburghausen wird zu diesem Zweck seit Mai 2015 ein standardisiertes Gruppenbehandlungsprogramm, das Metakognitive Training bei Depression (D-MKT), durchgeführt. Unter der Leitung einer Psychologin bearbeitet die offene Patientengruppe mit maximal 12 Teilnehmern wöchentlich für 45 Minuten eins von insgesamt acht Modulen.

Innerhalb dieses Trainings werden die Denkverzerrungen gezielt thematisiert und erfahrbar gemacht. Beabsichtigt ist, über einen entpathologisierenden und entstigmatisierenden Umgang mit dem Thema Depression Betroffene zum „Denken über das Denken“ (= Metakognition) anzuregen und den Austausch untereinander zu fördern. Humor ist dabei ausdrücklich erwünscht! Die Vermittlung des Wissens erfolgt anhand vieler Übungen und Beispiele erkenntnisgeleitet und auf spielerische Weise. Benötigt wird ein Laptop (alternativ ein anderes Speichermedium für die Power-Point-Präsentation der acht Module im PDF-Format) und ein Beamer oder Bildschirm. Nacheinander werden thematische Schwerpunkte wie der „geistige Filter“ (Herausfiltern und Betonung negativer Details gegenüber der Vernachlässigung positiver Aspekte; „Haar in der Suppe suchen“), das „voreilige Schlussfolgern“ (anderen Menschen wird zum Beispiel unterstellt, sie denken negativ über mich) oder die „Abwehr des Positiven“ (Kritik wird stärker angenommen als Lob, erfolgreiches Handeln als Selbstverständlichkeit) bearbeitet. Die Teilnehmer erhalten anschließend einen

Nachbereitungsbogen, um ihr Wissen zu festigen und in der Zeit bis zum nächsten Gruppentraining eigenständig zu üben. Neu hinzukommende Gruppenteilnehmer werden vorab in einem Einzelgespräch auf das Training vorbereitet und erhalten ein Informationsblatt.

Insgesamt werden bewährte Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie mit neuen metakognitiven Methoden und Befunden verknüpft. Von Vorteil sind die klare Struktur der Trainingsmodule und die leichte Durchführbarkeit. Das Metakognitive Training bei Depression stellt eine ideale Ergänzung zu den weiteren Therapiemaßnahmen (Ergo-, Physio-, Entspannungs-, Pharmako- und Soziotherapie, therapeutische Einzel- und Gruppengespräche) dar.

Literatur

· Jelinek, L.; Hauschildt, M.; Moritz, S., Metakognitives Training bei Depression (D-MKT), Weinheim, Beltz, 2015



Dr. Susanne Unger
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik II
Oberärztin

Integrative Psychotherapie-Station

Ulrich Kastner

Die Integrative Psychotherapie-Station der HELIOS Fachkliniken Hildburghausen basiert auf dem Konzept einer „integrativen Normalstation“ mit einer Gesamtbettenkapazität von 69 Behandlungsplätzen, unterteilt in drei Therapiebereiche, mit jeweils weiteren Untergruppen. Hauptprinzip ist ein gemeinsames therapeutisches Team und ein „schulenübergreifendes“ phasen- und strukturorientiertes Therapieangebot.

Der Fachbereich hat sich auf die Behandlung von Suizidalität, Angststörungen, depressiven Patienten, Traumfolgeerkrankungen und Persönlichkeitsstörungen spezialisiert, bei kurzen bis mittleren Verweildauern im Rahmen einer akuten psychiatrischen Versorgungsnotwendigkeit.

Für die akute Krisenintervention steht ein beschützter Teilbereich von acht Betten zur Verfügung, mit Schwerpunkt in der Behandlung von suizidalen Patienten. Ein Wechsel der Patienten im Binnenraum der Großraumstation ist jederzeit möglich, eingeschlossen dem beschütztem Kriseninterventionsbereich. Ausschlaggebend sind hierfür das individuelle Strukturniveau, die gegenwärtige Gefährdungslage und der Behandlungsauftrag unserer Patienten.

Indikationen und Ausschlusskriterien

Die integrierte Psychotherapie-Station behandelt primär Patienten aus dem Versorgungsgebiet der HELIOS Fachkliniken Hildburghausen (Südthüringen), steht aber aufgrund ihrer Spezialisierung auch anderen Patienten, zumeist aus Nordbayern und Gesamtthüringen, offen. Entscheidend für die sog. nichtsektorale Aufnahme ist hierfür unsere aktuelle Aufnahmekapazität.

Aufgrund des Akutstatus der Klinik gibt es keine längeren Wartezeiten. In Situationen der Überbelegung kann dadurch aber im Krisenfall auch eine Erstaufnahme im allgemeinspsychiatrischen Bereich der Fachkliniken notwendig werden, mit der Möglichkeit einer klinikinternen Verlegung.

Einige Patienten sind uns bereits aus einer vorherigen kurzen Krisenintervention bekannt, andere werden über regionale ambulante Therapeuten, die Institutsambulanz oder die externen Tageskliniken spezifisch zugewiesen. Die Aufnahme erfordert die ärztliche Verordnung einer akuten Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit (Krankenhauseinweisungsschein).

Ausschlusskriterien einer Behandlung stellen der nicht kontrollierbare Suchtmittelkonsum, organisch kognitive Störungen, z.B. demenzielle Erkrankungen oder schwerer psychiatrische Symptome, wie psychotische, maniforme oder stuporös-depressive Syndrome dar. Dabei wird stark zwischen psychotischen Phänomenen aus dem schizophrenen Formenkreis und psychoseähnlichen Symptomen bei Traumafolgestörungen, dissoziativen Erkrankungen oder wahnhaften Symptomen im Rahmen einer schweren Depression unterschieden.

Grundvoraussetzung für die Behandlung ist, dass wir mit unseren Patienten eine gemeinschaftliche Therapievereinbarung (Commitment) abschließen können, zudem eine ausreichende Introspektionsfähigkeit und Reflexionsfähigkeit besteht. Dieses Vorgehen beinhaltet, dass die Patienten regelmäßig auch über mögliche Risiken und Nebenwirkungen einer Psychotherapie aufgeklärt werden. Dies kann, neben identifizierbaren inneren oder äußeren Hemmnissen, dazu führen, dass wir oder unsere Patienten von einer weiterführenden Psychotherapie absehen oder diese auf einen späteren Zeitpunkt verschieben.

Es werden ausschließlich Patienten, die sich auf freiwilliger Basis in der Klinik befinden, einschließlich des beschützten Bereiches, der Kriseninterventions-Station, behandelt.

Geschichte

Für die Psychotherapie wurde unter der Leitung von H. Benkenstein 1972 erstmals eine eigene Fachabteilung gegründet. Zu Beginn wurde ein Konzept verfolgt, das sowohl verhaltenstherapeutische, wie auch analytisch-dynamische Gruppenpsychotherapie vorsah. In den Folgejahren wurde die Behandlung in ein überwiegend tiefenpsychologisch orientiertes Konzept überführt, zentrale Therapieform war die intendiert dynamische Gruppenpsychotherapie (IDP). Zu diesem Zeitpunkt umfasste die Station 20 Betten mit prästationärer Vorbehandlung, zehnwöchiger stationärer Psychotherapie und einer circa einjährigen ambulanten Gruppenpsychotherapie.



Abbildung 17: Frauenlandhaus, ehemalige Psychotherapie-Station

Im Laufe der „Nachwende“-Jahre wurden, dem allgemeinen Trend der stationären psychiatrischen Psychotherapie folgend, verstärkt verhaltenstherapeutisch orientierte Therapiebausteine in das Therapiesetting eingebunden.

2013 kam es zur Gründung der störungsorientierten Therapieabteilung für Borderline-Patientinnen nach dem Konzept der Dialektisch-Behavioralen Psychotherapie (DBT) nach M. Linehan und dem Aufbau einer „integrierten Normalstation“. Die damalige Herausforderung bestand darin, in einer architektonisch vorgegebenen Struktur einer Großraumstation von 69 Betten eine psychiatrisch-psychotherapeutische Fachabteilung zu etablieren. Neben der DBT-Station sollten in die eigentliche Psychotherapie-Station eine störungsspezifische Depressionsstation und eine beschützte Krisenstation für suizidale Patienten integriert werden.

Konzept

Im Rahmen architektonischer Bedingungen und aus den störungsspezifischen Anforderungen wurde das Behandlungskonzept entwickelt. Aus systemischer Sicht war von Anfang an klar, dass das komplexe System einer Großraumstation besondere Herausforderungen an Patienten und Personal mit sich bringen dürfte. Trotz weitreichender konzeptioneller Planungen, mussten wir lernen, dass ein komplexes System zumindest in Teilen zwangsläufig selbst-

organisatorisch sein muss, fremdorganisatorisch nur unzureichend beeinflussbar war. So verstehen wir heute die integrierte Psychotherapie-Abteilung in ihrem Ganzen als einen Begegnungsraum zwischen Patienten und Therapeuten mit vielfältigen Interaktionen und Beeinflussungen, der beständigen Möglichkeit zur Veränderung, gleichsam einem Modellieren und einer sich selbst entwickelnden Konzeptualisierung im besten Sinne der Selbstorganisation. So befinden wir uns unserem Grundverständnis nach konzeptionell ständig in einem dynamischen Entwicklungsprozess.

In diesem Kontext sind verschiedene Behandlungskonzepte und Therapierichtungen vereinbar, erfordern aber besondere Merkmale der Leitungsstruktur. Diese muss gleichzeitig Freiraum für eine kreative Entwicklung schaffen, aber auch Halt und Sicherheit durch Präsenz und das Vertreten von Ordnungen und Regeln geben.

Arbeitsweise

Aufgrund des Risikos zur Desorganisation sehen wir über alle Therapieschulen hinweg drei Wirkprinzipien als unverzichtbar an:

- (Bindungs-)Sicherheit
- Verbindlichkeit, Kooperation und Förderung der Patientenautonomie
- Herstellen oder Erhalt der Mentalisierungsfähigkeit.

Diese Prinzipien versuchen wir in der therapeutischen Beziehung zu unseren Patienten, aber auch innerhalb des Teams, zu leben.

Sie werden im Aufnahmeprozedere, im Behandlungsvertrag, in der Ziel- und Fokusformulierung, in der Gestaltung von Patientenaktivitäten, in Team-Konferenzen, in Super- und Intervision sowie in Visiten umgesetzt.

Sicherheit gibt Freiraum für Reflexion und schafft Freiräume in der Interaktion. Der Verlust der Mentalisierungsfähigkeit führt zu Angst und Suche nach rettenden Objekten, zumeist gleichbedeutenden mit maligner Regression oder Therapieschädigung. Wir bevorzugen haltgebende, verlässliche Objektbindungen, Gruppenkohärenz und reglementieren bzw. unterbinden öffentliche Traumageschichten, Suizidgedanken- und Impulsäußerungen, verbale Aggressionen, Drogenkonsum, aber auch Pairing in der Therapie.

Unsere Stationsregeln sind weniger eng im Vergleich zu anderen Therapiekonzepten. Kontaktsperren oder Kommunikationseinschränkungen gehören nicht zum Konzept. Vielmehr versuchen wir gerade Außenbeziehungen mit in das therapeutische Geschehen zu integrieren, als Ressource oder als Teil der Problematik.

Die Zuteilung zu bestimmten Therapiegruppen erfolgt aus dem Blickwinkel der Phasen- bzw. Strukturorientierung heraus, weniger aus einer störungsorientierten Sichtweise auf unsere Patienten.

Der konzeptionellen Logik folgend haben sich die verhaltenstherapeutischen Konzepte auf die Schematherapie (ST) fokussiert, die tiefenpsychologische Psychotherapie auf die Mentalisierungsgestützte Psychotherapie (MBT). Zusätzlich bieten wir die Interpersonelle Therapie (IPT) als eigene Gruppentherapieform an und machen regen Gebrauch aus vielen Angeboten der DBT.

Als Indikationsspektrum sehen wir das Konzept als besonders passend für Patienten mit strukturellen Störungsbildern, Traumafolgestörungen und schweren Depressionen an, was unserem psychiatrisch-psychotherapeutischen Patientenspektrum entspricht.

Praktische Arbeitsweise

Die Aufnahme auf der Station erfolgt entweder in die beschützte Krisengruppe oder in die Aufnahmegruppe (Grüne Gruppe). Schwerpunkte sind hier Diagnostik und Überprüfung der Therapiefähigkeit. Dies kann unter Umständen auch eine verlängerte Motivationsphase mit beinhalten. Nach körperlich-medizinischer Basisuntersuchung und psychotherapeutischem Aufnahmegespräch erfolgt eine fachärztliche Zweitsicht und Vereinbarung einer Basistherapievereinbarung und Aufklärung bezüglich möglicher Wirkungen und Nebenwirkungen. Anschließend ergänzen wir die Diagnostik durch testpsychologische Untersuchungen, Verhaltensbeobachtung, Einschätzung der Beziehungsgestaltung, auch durch eine weiterführende medizinische Diagnostik.

Nach drei bis fünf Arbeitstagen gelangen wir zu einem Teamentscheid über ein Therapieangebot und einer neuerlichen Therapievereinbarung mit dem Patienten, die nun aber eine stärkere Therapiefokussierung und Zielformulierung einschließlich der notwendigen Therapiedauer beinhaltet.

Verbunden hiermit ist ein Wechsel in die spezialisierte Therapiegruppe einschließlich eines Zimmerwechsels. Dieser wird von Patienten oft als unnötig und störend empfunden, stellt für uns aber auch das strukturelle Signal eines neuen Therapieabschnitts nach der Diagnostik dar. Um Beziehungskontinuität zu erreichen, sind alle Einzeltherapeuten am Aufnahme-prozedere beteiligt, so dass in vielen Fällen kein Therapeutenwechsel erforderlich ist.

Insgesamt halten wir im Bereich sieben Therapiegruppen vor, die jeweils verschiedenen Bereichen zugeordnet sind, gekennzeichnet durch gemeinschaftliche Morgenrunden und andere übergeordnete Therapieformen.

Grüne Gruppe	Aufnahme, Motivation, Diagnose
Krisengruppe	Akute Motivation, Krisenintervention, Suizidalität
Orange Gruppe	vorwiegendes Einzelsetting, Traumafolgestörungen, eingeschränkte Gruppenfähigkeit
H3/1 und H3/2	Angst, Depression, Schematherapie in der Gruppe
H3/3	Borderline-Persönlichkeitsstörung, Schwerpunkt Spannungsreduktion, Skilltraining, Mentalisierung
Blaue Gruppe	IPT, Beziehungskonflikte, Somatisierung

Abbildung 18: Übersicht der Therapiegruppen

Die Therapiedauer richtet sich nach dem anfänglich vereinbarten Therapiefokus, nur in Ausnahmefällen oder bei zwingend notwendiger Korrektur weichen wir davon ab. Damit sind wir, aber auch die Patienten, stärker gezwungen, uns zum Beginn der Therapie über mögliche Ziele zu verständigen und so regressiven Prozessen vorzubeugen. Gemeinschaftliches Ziel der stationären Therapie sollte eine Veränderung im Hier und Jetzt bewirken. Besonderes Augenmerk gilt dabei dem Phänomen des „reinen Erkenntnisgewinns“, den wir als pseudomentalisierend und als Abwehr notwendiger Veränderungen verstehen und entsprechend mit dem Patienten thematisieren.

Bei Änderungen des Therapiefokus, die zum Beispiel auf einer veränderten Einschätzung des individuellen Strukturniveaus beruhen, streben wir einen Wechsel zwischen Therapiegruppen an.

Störungen des Therapieprozesses und Fokuswechsel werden zweimal pro Woche in intervisionellen Therapeutenkonferenzen zusammen mit dem jeweiligen Patienten unter chefärztlicher Leitung besprochen. Daneben führen wir in allen Gruppen wöchentlich sowohl medizinische als auch therapeutische Visiten durch. Je nach Gruppenstruktur finden diese als Zimmervisite oder als Gruppenvisite statt.

Der Entlassprozess wird unsererseits mit aktiver Überprüfung des Therapieziels während der Visiten eingeleitet und durch Belastungserprobungen im häuslichen Umfeld begleitet. Durch das große Angebot teilstationärer Behandlungsangebote der Fachkliniken und der Möglichkeit der Nachbetreuung durch die Institutsambulanz sind auch bei schweren Krankheitsverläufen zeitlich begrenzte Therapieverläufe möglich. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt daher trotz der besonderen Schwere der Symptomatik vieler Patienten aktuell 35 Tage.

Literatur

- Auert, G.: Von der Anstalt zur Klinik, Festschrift, Hildburghausen, 1991
- Härdtle R., Schneider W.: Die Intendierte Dynamische Gruppenpsychotherapie als Paradigma der Psychotherapie in der DDR. Forum Psychoanal 1999; 14: S. 42–57
- Kronberger H., Aichhorn W. , Selbstorganisation in der stationären Psychotherapie, Hogrefe, Göttingen, 2015



Dr. Ulrich Kastner
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Ärztlicher Direktor
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik II
Chefarzt

Ein Tag auf der Psychotherapie-Station aus der Sicht einer Funktionsoberärztin

Ruxandra-Ioana Hald

Es ist Montagmorgen, 7.30 Uhr ist Arbeitsbeginn. Ich habe noch fünf Minuten bis zur Patienten-Morgenrunde der drei Gruppen auf der Psychotherapie-Station. In der Morgenrunde gibt der Gruppensprecher (jede Woche wird ein Patient aus der jeweiligen Gruppe zum Gruppensprecher ernannt) der jeweiligen Gruppe einen kurzen Überblick über den Tagesablauf, und neue Patienten werden vorgestellt bzw. Patienten, die entlassen werden, verabschiedet.

Frau L. geht heute nach Hause und ihre Augen strahlen. Ich weiß noch, wie sie vor einigen Wochen zu uns kam und im Laufe der Therapie ihr Wunsch, vom Vater als Tochter endlich akzeptiert zu werden, immer deutlicher wurde. Da sich dieser immer einen Sohn gewünscht hatte, kleidete sie sich wie ein Junge, lernte einen Männerberuf und verschwieg zuletzt den Eltern ihre Schwangerschaft. Heute geht sie mit Stöckelschuhen und hat ein Kleid an. Ich freue mich mit ihr.

Plötzlich geht die Tür auf. Frau S., die eine Borderline-Persönlichkeitsstörung hat, stürmt herein und beschwert sich lauthals über das egoistische Verhalten in ihrer Gruppe. Es herrscht Schweigen! Ich breche die Stille und bitte Frau S., das Problem zunächst mit ihrer Therapeutin zu besprechen. Frau S. ist jedoch so erregt, dass sie beschließt den Raum wieder zu verlassen und die Tür hinter sich zuknallt. Ich darf mich nicht aus dem Konzept bringen lassen und beende die Morgenrunde wie sonst auch.

Anschließend beginnt die nächste Morgenrunde im medizinisch-therapeutischen Team, wo neue Patienten, die über den Hausarzt zu uns geschickt wurden, besprochen werden. Herr L. mit Angst- und Panikattacken sowie Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung wird wie Frau S., die unter einer Depression leidet, aufgenommen. Diese Patienten kommen zunächst in die Aufnahmegruppe, wo neben der Zielabklärung durch den zuständigen Psychologen eine eingehende Psychodiagnostik stattfindet. Danach lese ich die Einträge aus den Tagebüchern, welche die Patienten auf der Psychotherapie-Station führen. Herr R. war beispielsweise im sogenannten Belastungswochenende und schreibt, dass ihm die Nähe seiner Frau wieder gut tut – er ist auf einem guten Weg. Frau L. dagegen beklagt, dass sie immer noch sehr ängstlich ist und oft eine Maske aufsetzt, hinter der sie ihre wahren Gefühle versteckt. Kritische

Einträge werden im Therapeutenteam besprochen. Danach berichtet eine Pflegekraft, ob es über das Wochenende Zwischenfälle gab.

Frau R. geht es wieder schlechter. Was ist der Grund? Am Wochenende hatte sie zuhause ihre Wünsche und Bedürfnisse geäußert, aber die Familie ist nicht auf sie eingegangen. Nun ist sie traurig und demotiviert. Was ist genau passiert? Darauf werden wir im Einzelgespräch noch eingehen.

Anschließend habe ich noch Zeit, Entlassungsbriefe zu korrigieren, Termine für Einzelgespräche zu vergeben, Patienten mit klinisch-medizinischen Fragen anzuschauen, Befunde durchzugehen und Konsilanforderungen für Kollegen anderer Fachgebiete auszustellen.

Danach beginnt das Gruppengespräch von Gruppe 2, das 50 Minuten dauert und das ich zusammen mit der Psychologin führe. Jeder Patient berichtet zunächst, was ihn gerade in der Therapie beschäftigt. Herr K. erzählt, dass er schlecht „nein“ sagen kann und sich immer jeder Arbeit annimmt. Er nennt ein aktuelles Beispiel: Neulich hat er sich in der Kunsttherapie geärgert, als er ein Bild malen sollte und er sich sehr unter Druck gesetzt fühlte, da er eigentlich gar nicht malen könne. Unter Zuhilfenahme schematherapeutischer Ansätze stellen wir fest, dass er sich in der Kunsttherapie im hilflosen und aggressiven Kind-Modus befand und stellen den Bezug zu einer früheren Situation aus der Schulzeit her, als er sich von seinem Kunstlehrer unter Druck gesetzt und sich ihm hilflos ausgeliefert fühlte. Bei dieser Erinnerung wird Herr K. schweigsam und traurig. Nun erarbeiten wir in der Gruppe neue mögliche Verhaltensweisen wie Herr K. sich in Zukunft möglicherweise verhalten könnte. Am Ende der Therapie gibt es noch eine kurze Nachbesprechung mit der Psychologin, bevor ich mit dem ersten Einzelgespräch anfangen.

Herr K. kam zu uns wegen einer Depression sowie einer Angststörung mit Panikattacken. Anhand seines Lebenslaufs stellen wir fest, dass er seinen Vater sehr bewundert hat und dieser sein größtes Vorbild war. Die Beziehung zur Mutter war nie gut, und er möchte sich auch nicht über sie unterhalten. Im Verlauf der Sitzung wird ihm jedoch bewusst, dass er die Verhaltensweisen und Lebenseinstellungen seiner Mutter übernommen hat, was ihn zunächst sehr wütend auf sich selbst macht, da er dies nie so haben wollte. In den darauf folgenden Tagen nahm ich eine Änderung bei ihm wahr, er erschien entspannter und ausgeglichener und erzählte mir, dass er sich jetzt eine Arbeit sucht (seine Mutter hatte ihr ganzes Leben noch nie gearbeitet und Herr K. bis dahin auch nicht).

Danach folgt eine Interventionsstunde, in der im medizinisch-therapeutischen Team einzelne Patienten mit einer speziellen Fragestellung besprochen werden. Bei Frau B., die noch in der Aufnahmegruppe ist, stellt sich die Frage, ob sie in die Borderline-Gruppe wechseln sollte, da sie diese Persönlichkeitsstörung hat, oder in eine der anderen Psychotherapiegruppen. Frau B. möchte es in einer der anderen Gruppen probieren, da sie schon einmal in der Borderline-Gruppe war. Wir sind uns im Team nicht ganz einig, entscheiden uns aber schließlich dafür, dem Wunsch von Frau B. nachzukommen. Zurück auf der Station kommt mir der Assistenzarzt entgegen, der einige Fragen hat. Danach geht es noch schnell an den Computer zur Diagnoseüberprüfung, zum Medikamentencheck, zur Beantwortung diverser Anfragen, z. B. von Krankenkassen. Der Arbeitstag neigt sich langsam dem Ende zu. Und was steht morgen auf dem Plan? Morgen findet zunächst die wöchentliche Visite statt.



Ruxandra-Iona Hald
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik II
Funktionsoberärztin

Gruppenschematherapie

Eva Selig

Teilnehmer der Gruppenschematherapie sind bis zu acht Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (Borderline-Störung) und zwei Therapeutinnen (ärztlich, psychologisch). In der Anfangsrunde berichten die Patienten kurz, wie hoch aktuell ihre Anspannung ist, dies gilt als Maßstab für die aktuelle subjektive psychische Belastung und wird auf einer Skala von 1 bis 100 eingeschätzt. Zusätzlich sagt jeder Patient, ob er ein Thema für die heutige Gruppentherapie mitgebracht hat und schließlich entscheidet die Gruppe, welches der genannten Themen bearbeitet wird.



Abbildung 19: Kunsttherapeutische Gruppenarbeit

Ein Beispiel:

In der Anfangsrunde formuliert eine Patientin den Wunsch, über ihre Verlustängste zu sprechen, eine andere schlägt das Thema Schuldgefühle vor, die übrigen Patienten haben kein konkretes Anliegen mitgebracht. Ein Patient, Herr M., wirkt in der Anfangsrunde sehr gedrückt. Er meidet Blickkontakt, benennt seine Spannung auf 60, meint, er habe „eigentlich kein Thema“, weil sowieso alles Mist sei, er wolle nicht darüber reden. Die Gruppe entscheidet schließlich, dass zwar auch die Themen Verlustängste und Schuldgefühle wichtig sind, heute aber Herr M. wichtiger ist, weil es ihm offensichtlich schlecht geht. Nach Ermutigung durch die Gruppe und die Therapeutinnen beginnt

Herr M. schließlich zu erzählen: Er fühle sich als Versager, weil er in sein altes Muster gefallen sei. Er habe Alkohol getrunken und damit sein Therapieziel (abstinent zu bleiben) verfehlt. Während er erzählt, nimmt er nach wie vor keinen Blickkontakt auf, beantwortet Fragen der Gruppe nur knapp und spricht von sich selbst in abfälliger Weise. Als Schweigen in der Gruppe entsteht, fragen die Therapeuten nach, welche Modi wohl gerade bei den Patienten aktiviert sind.

Modi (Einzahl: Modus) sind augenblickliche emotionale Zustände. Grundsätzlich haben alle Menschen mehrere Modi, da jeder Mensch verschiedene Seiten an sich hat. Problematische Modi werden durch Ereignisse ausgelöst, für die jeder aufgrund seiner individuellen Lerngeschichte sehr empfindsam ist („emotionale Narbe“). Bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung sind diese problematischen Modi stärker ausgeprägt und springen häufiger an. Oftmals erlebt der Betroffene dies als unkontrollierbar und belastend. Es werden unterschieden:

- Kindmodi,
- Elternmodi,
- Bewältigungsmodi und
- Gesunde Modi (gesunder Erwachsener, glückliches Kind).

Kindmodi (verletzlich, wütend, impulsiv-undiszipliniert)

Zustand, in dem die betroffenen Personen von intensiven Gefühlen, wie zum Beispiel Traurigkeit oder Ärger, überflutet werden, überfordert sind und sich eher wie ein Kind als ein Erwachsener fühlen. Viele Menschen kennen solche Momente von sich. Bei Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung sind die Kindmodi sehr stark ausgeprägt, weil wichtige Grundbedürfnisse, wie beispielsweise Sicherheit in der Kindheit nicht ausreichend erfüllt wurden.

Elternmodi (strafend, fordernd)

Zustand, in dem wir uns selbst schlecht machen oder unter Druck setzen. Elternmodi sind die verinnerlichten Stimmen bzw. Botschaften, welche enge Bezugspersonen aus der Kindheit vermittelt haben, zum Beispiel Eltern, Geschwister, Lehrer. Bei Patienten mit Persönlichkeitsstörung sind dies meist extrem negative Botschaften, wie „Du machst nur Ärger!“.

Bewältigungsmodi (Unterwerfung, Flucht/Vermeidung, Angriff)

Dies sind erlernte Verhaltensweisen, die helfen, belastende Gefühle oder Gedanken kurzfristig zu beenden. Jeder Mensch entwickelt Bewältigungsstrategien im Laufe seines Lebens. Manche davon sind gesund, andere schädlich. Zu den schädlichen Strategien des Bewältigungsmodus zählen Selbstverletzung, Substanzkonsum, aggressives Verhalten, Rückzug oder Gefühle zu überspielen.

Modus des gesunden Erwachsenen

Zustand, in dem es gelingt, auf gesunde, authentische Art und Weise mit seinen Gefühlen und Bedürfnissen und denen anderer Menschen umzugehen. Hierzu zählt Probleme aktiv zu lösen, auch bei Misserfolgen wertschätzend mit sich selbst und Andern zu sein und authentisch entsprechend der eigenen Gefühle und Bedürfnisse zu handeln und somit auch gesunde Beziehungen zu führen. Dieser Modus ist bei Patienten zu Beginn der Therapie meist noch sehr schwach ausgeprägt. Ziel der Schematherapie ist es daher, den Modus des gesunden Erwachsenen, wann immer möglich zu stärken.

Eine Patientin äußert die Vermutung, dass Herr M.s strafender Elternmodus aktiviert ist, weil er sich selbst als Versager bezeichnet und starke Schuldgefühle hat. Auf die Frage der Therapeuten, wer so etwas von sich selbst kennt, nicken die anderen Patienten und beginnen zu erzählen. Durch die Erfahrung, dass Mitpatienten ähnliche Gedanken haben, entsteht ein Verbundenheitsgefühl und die Gruppe entwickelt gemeinsam Ideen, was sie tun könnte, um den Elternmodus zu bekämpfen. So beschließt die Gruppe für Herrn M. eine Merkkarte zu schreiben, auf der jeder Mitpatient notiert, was er an Herrn M. mag. Herr M. soll diese Karte fortan immer bei sich tragen und durchlesen, sobald sich sein strafender Elternmodus wieder einschaltet. Zusätzlich beschließt die Gruppe, gemeinsam einen Spieleabend zu machen, um den glücklichen Kindmodus zu stärken.

Der glückliche Kindmodus ist ein Zustand von Freude, Leichtigkeit und Spaß. Viele Patienten hatten solche Momente in ihrer Kindheit nur selten. Daher ist es ein weiteres Ziel der Schematherapie, den Modus des glücklichen Kindes zu stärken.

In der Abschlussrunde benennen die Patienten dann erneut ihre aktuelle Anspannung und was sie aus der heutigen Stunde mitnehmen. Herrn M.'s Spannung ist auf 40 gesunken. Er sei zwar „schweißgebadet“, aber auch erleichtert, dass die Gruppe hinter ihm stehe. Den Rest wolle er in der Einzeltherapie besprechen. Die Therapeuten und Mitpatienten weisen Herrn M. abschließend darauf hin, dass es ihm heute schon mehrfach gelungen ist, den gesunden Erwachsenenmodus zu aktivieren: Er hat mit Anderen

über sein Erleben geredet, freiwillig eine Verhaltensanalyse geschrieben und am Ende der Stunde auch wieder Blickkontakt aufgenommen. Früher hätte er nach einem Rückfall die Therapie abgebrochen...

Dr. Jeffrey Young (USA) entwickelte in den 1990er Jahren die Schematherapie zur Behandlung von Patienten, bei denen die klassische kognitive Verhaltenstherapie nur unzureichende Verbesserung bewirkte, beispielsweise Patienten mit anhaltenden („chronischen“) psychischen Symptomen, wie anhaltende Depressionen oder Ängste, Patienten mit strukturellen („charakterologischen“) Defiziten beziehungsweise Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung (z.B. Borderline-Patienten).

Die Wirksamkeit der Schematherapie bei diesen oftmals als „schwierig“ bezeichneten Patienten ist inzwischen durch mehrere Studien empirisch nachgewiesen. Schematherapie ist ein integrativer Behandlungsansatz, in den Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie, psychodynamische, gestalttherapeutische und bindungstheoretische Elemente eingeflossen sind. Bedürfnisse und Gefühle spielen eine zentrale Rolle in der Schematherapie, ebenso wie die Biographie, denn Erfahrungen, die wir als Kind gemacht haben, beeinflussen unser Gefühlsleben als Erwachsener stark. Schematherapie setzt den Schwerpunkt auf die Beziehung zum Therapeuten, dem alltäglichen Leben außerhalb der Therapie und schädigende Kindheitserlebnisse.

Schematherapie kann sowohl als Einzel- als auch als Gruppentherapie angewendet werden und ist, mit einigen Anpassungen, im ambulanten, teil- und stationären Setting umsetzbar. Für die Anwendung der Schematherapie im stationären Setting sprechen u.a. folgende Argumente:

- Stationäre Patienten zeigen einen höheren Schweregrad der Erkrankung und erfordern komplexe Interventionen. Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung sind im stationären Bereich sehr häufig vertreten, und Schematherapie bietet eine effektive Behandlungsalternative zu bisherigen Behandlungsansätzen.
- Persönlichkeitsstörungen zeigen sich insbesondere im Umgang mit anderen Menschen. Stationär erleben die Patienten eine Vielzahl von zwischenmenschlichen Beziehungen (z.B. zu Mitpatienten, Therapeuten, Pflegepersonal) und damit ebenso viele Möglichkeiten, ihre zwischenmenschlichen Probleme zu bearbeiten.
- Hierzu zählt auch, dass Patienten schematherapeutische Behandlungen parallel im Einzel- und Gruppensetting erfahren können, was wiederum die Effektivität der Behandlung erhöht. Da die Beziehung zwischen Patient und

Therapeut ein zentraler Wirkfaktor der Schematherapie ist, ermöglicht die Häufigkeit der Kontakte eine schnellere Stabilisierung des Patienten.

- Zeitnahes Krisenmanagement, da das therapeutisch-pflegerische Personal rund um die Uhr ansprechbar ist.

Auf der Psychotherapie-Station wird sowohl im Einzel-, als auch im Gruppen-setting vor einem schematherapeutischen Hintergrund gearbeitet. Aufgabe der Therapeuten ist es, innerhalb des therapeutischen Rahmens für begrenzte nachträgliche Erfüllung der emotionalen kindlichen Grundbedürfnisse des Patienten zu sorgen, z.B. Sicherheit, Wärme und Trost zu vermitteln, aber auch Grenzen zu setzen oder Selbstständigkeit zu fördern („limited reparenting“). In der Gruppenschematherapie wird darüber hinausgehend die Idee einer „gesunden Ersatzfamilie“ mit zwei Elternteilen und Geschwistern realisierbar. Patienten können hier nachträglich wichtige emotionale Erfahrungen sammeln, welche in ihrer biologischen Ursprungsfamilie nicht möglich waren. Dadurch erfolgt eine Heilung der dysfunktionalen Modi bzw. Schemata.

Laut J. Young, „...haben auch andere Behandlungsansätze für Borderline-Patienten, wie beispielsweise die DBT (Dialektisch Behaviorale Therapie), zu besseren Bewältigungsfähigkeiten und einer signifikanten Reduktion des selbstverletzenden Verhaltens geführt. Die Schematherapie verhilft Patienten darüber hinaus dazu, sich aus einem Leben voller Schmerz, Selbsthass und innerer Leere zu befreien, indem sie eine tiefgreifende Veränderung ihrer Persönlichkeit vollziehen und dadurch ihre Lebensqualität verbessern.“

Zudem zeigen sich in empirischen Studien zur Schematherapie im Vergleich zu anderen Therapieverfahren (TFP, DBT) eine geringere Abbruchrate, geringere Kosten und höhere Behandlungszufriedenheit bei Patienten und Therapeuten.

Literatur

- Reusch & Valente: Störungsspezifische Schematherapie. Anwendungen im stationären Setting (2015). Weinheim: Beltz Verlag
- Farrell, J. & Shaw, I. (2013). Schematherapie in Gruppen. Therapiemanual für die Borderline-Persönlichkeitsstörung.



Eva Selig

HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik II
Psychologin

Imagination in der Psychotherapie

Maria Neumeier

„Unsere Fähigkeit zu imaginieren ist das Hilfsmittel, das uns in Kontakt bringt mit dem Heilsamen in uns.“⁷

Luise Reddemann

Imaginationsverfahren, also innere Phantasiebilder, Traumreisen oder Visualisierungen, haben eine große Bedeutung in der Psychotherapie bekommen. Sie helfen uns, Kontakt mit dem Unbewussten aufzunehmen, alte Verletzungen zu heilen und Entspannung zu vertiefen. Wenn negative Bilder und Erinnerungen sich in das Alltagsleben drängen, löst das Angst, Spannung und Depressionen aus. Angenehme Bilder und Erinnerungen haben dagegen eine positive Wirkung auf das Gehirn. In Studien zur Neuroplastizität wurde gezeigt: das Gehirn ändert sich je nach Art und Intensität der Benutzung. Dieselben Neuronenverbände werden fast genauso intensiv aktiviert, egal ob eine Situation erlebt oder nur in der Phantasie erdacht oder erinnert wird.

Imaginationen dienen dem Aufbau von Selbstfürsorge, Selbstachtsamkeit, dem Abbau innerer Spannungen, der Gefühlsregulation und dem Umgang mit wiederkehrenden Bildern früherer Traumatisierungen. Ressourcen dienen als Kraftquellen in der Traumatherapie und die Forschung hat gezeigt: Optimismus, Akzeptanz, Lösungsorientierung, Verlassen der Opferrolle, Verantwortungsübernahme und Zukunftsplanung sind wichtige Voraussetzungen für ein glücklicheres Leben. Die Therapie bei Traumatisierungen ist dreiphasig und besteht aus der Stabilisierungsphase, der Phase der Begegnung mit dem Trauma und der Phase der Integration. In der Arbeit mit Traumatisierten ist es oft unvorstellbar, dass Menschen so viel Leid erlebt haben, aber wie hätte ein Mensch überlebt, wenn in ihm nicht Selbstheilungskräfte, (Über-)Lebenswillen und etwas, das ihn tröstet, zur Verfügung stünden. „Hoffnung ist nicht Optimismus. Nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht, sondern die Gewissheit, dass etwas einen Sinn hat, ohne Rücksicht darauf, wie es ausgeht.“ (Václav Havel)

Die Stabilisierungsphase dient der Ich-Stärkung, das Bedürfnis nach Kontrolle muss beachtet werden, was eine gewisse Transparenz im therapeutischen Vorgehen unerlässlich macht. Die therapeutische Beziehung und Imaginationsübungen sind die wesentlichen Grundlagen in der Arbeit mit Traumatisierten. Vorhandene Ressourcen sind zu würdigen. Patienten können zum Beispiel alles aufschreiben, was sie können, sie können einen Ressourcenkoffer erstellen oder eine Freudebiographie schreiben. Alternativ können Gegenbilder zu den

⁷ Vgl. Luise Reddemann, Imagination als heilsame Kraft

Schreckensbildern gesucht und dazwischen hin und her gependelt werden, denn: „Es gibt nur ein Gegengewicht gegen Unglück und das ist Glück“ (Erich Fried)

Die Ego-State-Therapie beschreibt das Selbst als verschiedene Seiten, Teile, Parts, Rollen und Ich-Zustände. Ein Ich-Zustand ist eine vormals hilfreiche Lösungsstrategie in sozialen Situationen. Sie entstehen im normalen Rollenlernen, als Verinnerlichung wichtiger Bezugspersonen oder durch traumatischen Stress. Durch traumatischen Stress zerfällt die Persönlichkeit in alltagstaugliche und traumabelastete Anteile. Dabei bilden sich Ego-States, die sich an den tierischen Reaktionsformen wie Erstarrung, Flucht, Kampf, Unterwerfung und Erholung orientieren. Ein Zustand, dessen Funktion Selbstkontrolle und Einsichtsfähigkeit ist, wirkt als innerer Beobachter, der die Ich-Zustände überwacht und kontrolliert. Dieser kann mit Hilfe von Imagination gestärkt werden.

Einige bekannte Imaginationsverfahren sind nachfolgend aufgelistet:

- Das helle und das dunkle Land
- Die fünf Päckchen
- Zwei innere Landkarten
- Das innere hilfreiche Team in den inneren Garten einladen
- Eine Ressource aktivieren
- Das klärende Bad
- Lichtübung (Ziel: Geborgenheit, Wohlfühlen, Ruhe, Heilung, Entspannung, Schmerzreduktion, Selbsttröstung, Auftanken von Kraftreserven)
- Innerer Beobachter (Ziel: Distanzierung von belastenden Gefühlen und Zuständen)
- Innerer sicherer Ort (Ziel: Gefühl von Sicherheit, Geborgenheit und Wohlfühlen, Selbsttröstung,
- Gepäck ablegen (Ziel: Erleichterung von Lasten, Selbsttröstung, Auftanken von Kraftreserven, Geborgenheit, Wohlfühlen und Ruhe)
- Tresorübung (Ziel: Distanzierung belastender Bilder, Flashbacks oder Intrusionen)
- Der innere Garten (Ziel: Gefühl von Geborgenheit, Wohlfühlen, Ruhe, Selbsttröstung, Auftanken von Kraftreserven)
- Die Glücksübung
- Frieden mit sich schließen
- Mitgefühlsübung
- Bildschirmtechnik
- Die Schutzkugel (Gefühl von Schutz und Geborgenheit, Körpergrenzen wahren, wenn viele Menschen um einen herum sind)

- Innere Helfer (Ziel: Gefühl von Trost, Halt, Unterstützung, Selbsthilfe in Krisensituationen und bei Gefühlen von Verlassenheit)
- Eine Mauer hinter sich bauen (Ziel: Flashbacks verhindern, innere Stabilität, Distanzierung von überflutenden Emotionen)
- Die Baumübung (Ziel: Welche Nahrung braucht man gerade, Gefühl von Halt, Stabilität und Genährtwerden, Selbsttröstung, Auftanken von Kraftreserven)

„Ich möchte Sie nun einladen zu der Baumübung. Stellen Sie sich zunächst eine Landschaft vor, in der Sie sich wohl fühlen und wo Sie sich gerne aufhalten. Das kann eine erfundene Landschaft sein, es muss keine real existierende sein. Und stellen Sie sich irgendwo in dieser Landschaft einen Baum vor, zu dem Sie gerne hingehen möchten, der Sie vielleicht sogar anzieht... Und Sie stellen sich vor, dass Sie zu diesem Baum gehen und Kontakt mit ihm aufnehmen, indem Sie ihn vielleicht berühren oder ihn sich anschauen. Nehmen Sie seinen Stamm wahr, nehmen Sie den Geruch auf. Nehmen Sie dann wahr, wie der Stamm sich verzweigt. Die Blätter. Das alles registrieren Sie zunächst und nehmen Kontakt mit diesem Baum auf... Und wenn es für Sie möglich ist, dann können Sie sich vorstellen, dass Sie sich an den Baum lehnen und ihn wirklich spüren... Und wenn Ihnen die Vorstellung angenehm ist, dann können Sie sich vorstellen, dass Sie eins werden mit dem Baum... Und dann können Sie als Baum erleben, was es heißt, Wurzeln zu haben, die sich in der Erde verzweigen, und von dort Nahrung in sich aufnehmen. Erleben Sie es, Blätter zu haben, die das Sonnenlicht aufnehmen und umwandeln können. Wenn Sie nicht mit dem Baum verschmelzen wollen, dann betrachten Sie ihn einfach. Beschäftigen Sie sich damit, was es wohl für den Baum bedeutet, Wurzeln zu haben und Blätter, die das Sonnenlicht aufnehmen... Und dann beschäftigen Sie sich mit der Frage, womit Sie jetzt genährt werden möchten, versorgt werden möchten. Ist das körperliche Nahrung, Gefühlsnahrung, Nahrung für den Geist, Ihr spirituelles Sein? Benennen Sie das so genau, wie es Ihnen möglich ist... Und wenn Sie eins sind mit dem Baum, dann stellen Sie sich vor, dass Sie von der Erde und von der Sonne diese gewünschte Nahrung erhalten. Und wenn Sie nicht mit dem Baum verschmolzen sind, können Sie sich trotzdem vorstellen, was es bedeutet, von der Sonne und von der Erde Nahrung zu bekommen, denn das ist auch bei uns Menschen so. Erlauben Sie sich die Erfahrung, dass diese Nahrung jetzt zu Ihnen kommt, von der Erde und der Sonne... Und spüren Sie dann, wie das, was Sie von der Sonne und der Erde bekommen, sich in Ihnen verbindet... Und dass Sie dadurch wachsen... Und dann lösen Sie sich wieder von Ihrem Baum... Und Sie können sich vornehmen, wenn Sie wollen, dass Sie oft zu Ihrem Baum zurückkehren, um mit seiner Hilfe zu erfahren, dass Sie mit allem, was Sie gerne hätten, genährt werden können, wenn Sie möchten, ihm versprechen, dass Sie wiederkommen werden. Verabschieden Sie sich von ihm und bedanken Sie sich bei ihm für seine Unterstützung... Kommen Sie dann mit der vollen Aufmerksamkeit zurück in den Raum.“

Tipps und Tricks zur Imagination bestehen darin, zunächst einen ungestörten, ruhigen und sicheren Ort aufzusuchen. Falls Patienten während der Übung wegdriften, sollten die Patienten die Augen offen lassen, einen Punkt im Raum fixieren und die Füße fest auf den Boden stellen. Generell ist zu empfehlen, die Übung im Sitzen zu machen und gegebenenfalls einen Wecker zur Orientierung zu stellen. Bei starker Anspannung vor der Übung sollten Techniken zur Spannungsregulation eingesetzt werden, wie beispielsweise Ammoniak, Hirn-Flick-Flacks, Chilischoten oder körperlich anstrengende Übungen. Falls Teile der Imaginationsübungen die Patienten an Negatives erinnern, sollten nur unbedenkliche ausgewählt oder diese Stellen verändert werden.

Falls während der Übungen Trigger oder andere belastende Erinnerungen auftauchen, können die Patienten jederzeit daraus auftauchen und später wieder eintauchen. Die Augen müssen während der Übung nicht geschlossen sein, wenn etwas unangenehm ist, sollen sofort die Augen geöffnet werden und eine Orientierung im Raum stattfinden. Die Patienten sollen sich im Hier und Jetzt verankern, wenn alles zu viel wird, eine Vogelperspektive oder eine Beobachterrolle einnehmen.

Die Verfahren müssen gut trainiert werden, am besten zwei- bis dreimal täglich, denn auch die Feuerwehr übt bereits vor einem möglichen Brand. Manche Patienten profitieren von anderen bildhaften Verfahren wie Märchen, Phantasiebildern oder Helden aus Filmen. Wenn eine Imaginationsübung hilfreich ist, kann die Vorstellung auch in der Realität gemalt werden oder es können Erinnerungsstücke dafür gefunden werden, die in der Hosentasche oder im Notfallkoffer aufbewahrt werden.

Literatur

- Reddemann, L. Imagination als heilsame Kraft. 15. A. Stuttgart: Klett-Cotta, 2010
- Peichl, J. Hypno-analytische Telearbeit. 2. A. Stuttgart: Klett-Cotta, 2015
- Huber M. Der innere Garten. 4.A. Paderborn: Junfermann, 2010
- ludwig-ulrike.de/docs/imaginationsuebungen_tipps_und_tricks.pdf (letzter Zugriff 21.04.2016)
- <http://images5.fanpop.com/image/photos/29200000/Imagination-imagination-29256248-1280-800.jpg>



Maria Neumeier

HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik II
Care Unit-Psychologin

Skillstraining im psychotherapeutisch-pflegerischen Bereich

Stefan Höllriegl

Der Begriff Skill bedeutet so viel wie Fertigkeit oder Fähigkeit. Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typs sollen in diesem Training lernen, in schwierigen Situationen kurzfristig wirksam zu handeln, ohne längerfristig neue Probleme zu entwickeln.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch Störungen der Emotionsregulation, des Denkens, der Selbstwahrnehmung, im zwischenmenschlichen Bereich und auf der Verhaltensebene. Es ist die am häufigsten diagnostizierte Persönlichkeitsstörung; circa 1,5 bis 2% der Gesamtbevölkerung leiden darunter.

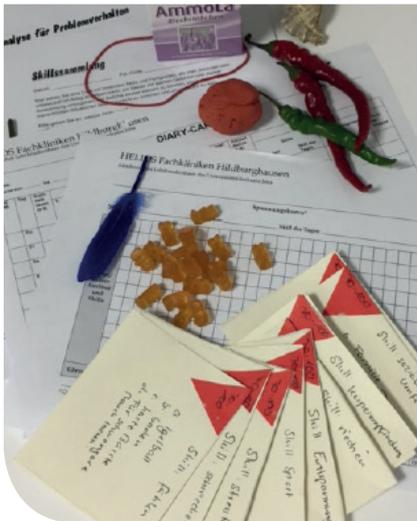


Abbildung 21: DBT-Arbeitsmaterialien

Seit 2012 wird die **Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)**, eine relativ neue und moderne Therapieform, vollstationär und kontinuierlich in der Psychotherapie-Abteilung unserer Einrichtung angeboten. Die Aufgabe des Pflegepersonals im multiprofessionellen Team ist es, den Patienten zu helfen, ihre Anspannung, ihre Emotionen und Verhaltensweisen zu erkennen, einzuschätzen, zu kontrollieren und gegebenenfalls zu reduzieren.

Mit dem Skillstraining sollen die Patienten sich ihre bereits vorhandenen Fertigkeiten bewusst machen, um sie in Krisensituationen anzuwenden und neue Fertigkeiten zu lernen, zu üben und zu automatisieren. Therapeutisches Ziel der Dialektisch-Behavioralen Therapie ist es in erster Linie, den Patienten zu helfen, ihre persönlichen Lebensziele zu erreichen.

Für ein förderliches, wohlwollendes und unterstützendes therapeutisches Klima auf der Station sorgen die Umsetzung der „Grundannahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)“⁸, die für alle in der Behandlung beteiligten Berufsgruppen Arbeitsgrundlage sind:

- Borderline-Patienten geben ihr Bestes.
- Sie wollen sich verändern.
- Es bedarf für sie einer größeren Anstrengung als für andere sich zu verändern.
- Sie tun gut daran zu lernen, ihre Schwierigkeiten selbst zu lösen, auch wenn diese oft von anderen verursacht werden.
- Sie erleben die Situation häufig als schmerzhaft und schwer erträglich.
- Sie tun gut daran, in vielen wichtigen Situationen ihres Lebens neue Verhaltensweisen zu lernen.
- Sie können in der DBT erfolgreich sein.
- Wahrheit ist immer subjektiv.

Das Pflegepersonal ist maßgeblich daran beteiligt, theoretisches Wissen zu vermitteln, die Skills individuell anzupassen, die Fertigkeiten zu üben und sie als Alternativverhalten zielfördernd einzusetzen. Dabei kommen alle Elemente der Dialektisch-Behavioralen Therapie zur Anwendung:

- Achtsamkeit
- Stresstoleranz
- Umgang mit Gefühlen
- Zwischenmenschliche Fertigkeiten und
- Selbstwert.

Es wird täglich mit der Diary-Card und der Spannungskurve gearbeitet. Mit der Diary-Card, die täglich zwischen Patient und Pflegepersonal besprochen und aktualisiert wird, erarbeitet der Patient seine unmittelbaren Ziele im Umgang mit Problemverhalten und generellen Symptomen seiner Erkrankung; in der Spannungskurve schätzt der Patient regelmäßig die Höhe seiner Anspannung ein, aus der daraus entstehenden Kurve können Strategien im Umgang mit seiner Anspannung geplant werden. Eine sehr plötzlich auftretende starke innere Anspannung ist ein Hauptmerkmal der Borderline-Störung.

⁸Martin Bohus, Martina Wolf-Arehult: Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten, 2. Auflage 2012, Schattauer, Stuttgart

Die Patienten können mit diesen Hilfsmitteln lernen, Problemverhalten zu erkennen, ihre innere Anspannung einzuschätzen und entsprechende wirksame Skills einzusetzen. So sind bei sehr hoher, belastender und quälender Anspannung für die meisten Patienten sinnesbezogene Skills sehr zielführend und hilfreich. Diese wirken über Sehen, Hören, Schmecken, Riechen und Spüren. Es gelingt den meisten Patienten, zum Beispiel über das Kauen von Chilischoten oder Chiligummibärchen, sauren Bonbons, Riechen von Ammoniak, Lutschen eines Eiswürfels, Arbeit mit Knetmasse oder über Musik ihre Spannung zu reduzieren.



Abbildung 22: Tast- und Fühlboard

Andererseits werden die Patienten durch Skills für das Annehmen von Realität und Verantwortung dazu angehalten, für belastende Situationen, die nicht verändert werden können, Akzeptanz und Toleranz zu entwickeln.

Die DBT hat sich in der Behandlung von Borderline-Patienten als sehr erfolgreich erwiesen.⁹ Eine Erfahrung, die wir teilen und die uns in unserer Arbeit bestärkt. Pflegende in Therapiebereichen hierfür müssen viel über die Störung wissen und ihr eigenes Verhalten darauf ausrichten, da Borderline-Patienten in der Regel eine große Herausforderung darstellen. Die klare Struktur der DBT, ständige Abstimmung der multiprofessionellen Teammitglieder in Teamgesprächen, Konsultations-Teams und Supervisionen haben sich dabei als zuverlässige Hilfsmittel erwiesen.

⁹ Dammann, G., Clarkin, J. F. & Kächele, H. (2000): Psychotherapieforschung und Borderline-Störung: Resultate und Probleme. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.),



Stefan Höllriegl
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik II
Caremanager



Psychiatrische Tageskliniken

Psychiatrische Tageskliniken

Mario Herrlich

Die Bedeutung der Psychiatrischen Tageskliniken

Nicht nur in den HELIOS Fachkliniken Hildburghausen mit ihren vier externen Tageskliniken neben einer Tagesklinik am Hauptstandort hat die Nachfrage nach Therapieplätzen in Psychiatrischen Tageskliniken als Alternative zur vollstationären Behandlung in den letzten Jahren stetig zugenommen. Durch die teilstationäre Behandlung wird für die Patienten das Angebot einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung vor Ort bereitgestellt, ohne das gewohnte soziale Umfeld verlassen zu müssen. Dies ist insbesondere für alleinerziehende Elternteile wichtig bzw. für Patienten, welche parallel andere Familienmitglieder intensiver betreuen. Auch fällt vor allem ersterkrankten Patienten oft der Schritt in eine Psychiatrische Tagesklinik leichter als die Einweisung in eine vollstationäre Klinik, so dass dadurch schneller eine kompetente Behandlung ermöglicht wird und eventuell schwerere Krankheitsverläufe verhindert werden können. In vielen Fällen trägt auch der bleibende Kontakt zum bisherigen sozialen Umfeld zur rascheren Genesung bei. Ausnahmen sind komplizierte und konfliktreiche häusliche Strukturen. Hier kann dann sicherlich der größere Abstand durch eine vollstationäre Behandlung dienlicher sein.

Andererseits können Psychiatrische Tageskliniken ein wichtiger Übergang bei der Entlassung aus der vollstationären Behandlung sein, um sich kleinschrittig wieder mit den Alltagsproblemen auseinanderzusetzen und die in der Klinik erlernten Fähigkeiten und Fertigkeiten unter konstanter therapeutischer Unterstützung anzuwenden.

In der heutigen Zeit ist auch der Kostenaspekt durch die Behandlung in der Tagesklinik von Bedeutung. So können vollstationäre Aufenthalte vermieden oder auch verkürzt werden. Die durchschnittliche Behandlungsdauer in den Psychiatrischen Tageskliniken beträgt fünf bis sechs Wochen.

Selbstverständlich darf in der Tagesklinik ein gewisser Schweregrad der Erkrankung nicht überschritten werden. So ist bei bestehender Eigen- oder Fremdgefährdung eine vollstationäre Behandlung nicht zu verhindern. Des Weiteren sind Tageskliniken für Patienten mit vordergründigen Suchterkrankungen, vor allem bei fehlender Abstinenz, und Patienten mit fortgeschrittenen Demenzerkrankungen in Verbindung mit einer unzureichenden Orientierungsfähigkeit

nicht geeignet. Außerdem müssen die Patienten in der Lage sein, den Weg von und zur Tagesklinik, ggf. auch mit einem Taxi, zu bewältigen.

Die Entwicklung der Psychiatrischen Tageskliniken in den HELIOS Fachkliniken Hildburghausen

Das Haus stellte sich bereits nach der Jahrtausendwende der Aufgabe der Erweiterung der tagesklinischen Angebote. Zuvor wurden teilstationäre Patienten gemeinsam mit den vollstationären Patienten auf den entsprechenden Stationen behandelt, was sicherlich nicht den vollen Erwartungen an eine tagesklinische Betreuung Rechnung trug.

Am 01.06.2004 wurde die erste Tagesklinik am Hauptstandort in Hildburghausen eröffnet. Aufgrund des weitreichenden Einzugsgebietes der Klinik konnte das Haus dadurch noch nicht der wohnortnahen Behandlung für das gesamte Südthüringer Einzugsgebiet gerecht werden. Außerdem reichte die Anzahl der zur Verfügung stehenden tagesklinischen Plätze nicht aus. Deshalb wurden schrittweise externe Tageskliniken in Suhl (Dezember 2004), Ilmenau (Oktober 2008), Sonneberg (Februar 2009) und Meiningen (Februar 2012) eröffnet.

An diese Tageskliniken wurden jeweils Psychiatrische Institutsambulanzen angegliedert, um auch die Verbesserung der ambulanten Versorgung der psychiatrischen Patienten auszubauen. Ein Vorteil war somit die Möglichkeit der nahtlosen ambulanten Weiterversorgung der zuvor tagesklinisch oder auch vollstationär behandelten Patienten. Zusätzlich wurden bzw. werden auch ambulante Betreuungsangebote für die Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung gestellt. Aktuell wird dies in Hildburghausen und Meiningen praktiziert.



Abbildung 23: Tagesklinik Meiningen

Die Psychiatrischen Tageskliniken arbeiten eng mit den Versorgungspartnern an den jeweiligen Standorten (z.B. niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, Gesundheitsämter, Integrationsfachdienste, Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Arbeitsämter etc.) zusammen, um die Betreuung unserer Patienten so optimal wie möglich zu koordinieren.

Strukturen und Behandlungsmöglichkeiten

In den Tageskliniken ist eine Behandlung für Patienten ab dem 18. Lebensjahr gegeben. In Ausnahmefällen ist bei entsprechender Indikation eine leichte Unterschreitung dieser Altersgrenze möglich.

Die Einweisung erfolgt durch die niedergelassenen Haus- oder Fachärzte. Häufig kommt es auch zu Verlegungen von Patienten aus der vollstationären Behandlung oder durch Voranmeldungen aus Akut- oder Rehabilitationskliniken. Die Behandlungskosten werden von den Krankenkassen übernommen. Im Vorfeld besteht für die Patienten auch die Möglichkeit der Besichtigung der Tagesklinik inklusive eines informativen Gespräches durch das Personal.

Die Behandlung erfolgt nach individuell abgestimmten Therapieplänen, in die Angehörige und Partner bei Bedarf und Wunsch mit einbezogen werden können. Ziel ist die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Patienten. Oft muss aber auch das Ziel bei ausgeprägter oder chronifizierter Symptomatik auf eine Minderung der Intensität der Beschwerden reduziert werden.

Es besteht eine psychotherapeutische Grundausrichtung der einzelnen Tageskliniken. Die Tageskliniken bieten prinzipiell die gleichen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten wie im Rahmen einer vollstationären Behandlung an. Es arbeiten Mitarbeiter aus mehreren Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Arzthelferinnen) zusammen. Die Koordination zwischen dem vollstationären und teilstationären Bereich unserer Klinik und zwischen den einzelnen Tageskliniken erfolgt durch einen gemeinsamen Caremanager. Die Tageskliniken werden jeweils oberärztlich geleitet. Um die therapeutischen Maßnahmen eines jeden Patienten oder auch allgemeine organisatorische Probleme mit allen Mitarbeitern abzustimmen, findet wöchentlich ein multiprofessionelles Teamgespräch statt. Außerdem wird monatlich eine Chefarztvisite durchgeführt.

Für die medizinische Behandlung trägt das ärztliche Personal die Verantwortung. In Abstimmung mit den Patienten und nach umfangreicher Aufklärung werden die notwendigen diagnostischen Maßnahmen (Labor; Elektrokardiographie; Elektroenzephalographie; Computertomographie des Kopfes; Magnetresonanztomographie des Kopfes; Hirnleistungsdiagnostik zur Intelligenztestung, Überprüfung der Belastbarkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt oder zu anderen Fragestellungen; Persönlichkeitsdiagnostik; Reaktionszeittestung zur Überprüfung der Fahrtauglichkeit etc.) festgelegt und die medikamentöse Therapie besprochen. Selbstverständlich wird bei nicht eindeutiger Indikation oder auf Wunsch des Patienten auf eine medikamentöse Unterstützung verzichtet.

Die psychotherapeutische Arbeit obliegt hauptsächlich den Psychologen. Dabei steht vor allem die Gruppenarbeit im Vordergrund. Hierbei werden die Patienten je nach Belastbarkeit und therapeutischem Anliegen in verschiedene Gruppen eingeteilt. Es finden aber auch regelmäßige Einzelgespräche statt. Aufgrund der begrenzten Behandlungszeit, der individuellen Anliegen und der oft ausgeprägten psychischen Belastungseinschränkung ist es erforderlich, bereits im Erstgespräch realistische psychotherapeutische Behandlungsziele für den Aufenthalt in der Tagesklinik festzulegen, um sowohl eine Über- als auch Unterforderung zu vermeiden und die Behandlungszeit so effektiv wie möglich zu gestalten. Im Folgenden wird dann an den explorierten Zielen und Problemen mit unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen gearbeitet.

Zum Abschluss der Behandlung werden in Vorbereitung der Entlassung vorrangig Erwartungssängste und mögliche prophylaktische Maßnahmen zur Verhinderung erneuter Krankheitsschübe besprochen. Es wird die weitere ambulante Behandlung empfohlen und soweit erforderlich auch mit Unterstützung des Personals organisiert. Hauptaufgabe des Pflegepersonals ist die Mitwirkung an der Erfüllung der bereits beschriebenen Zielstellungen der Psychiatrischen Tageskliniken in enger Zusammenarbeit mit allen anderen Berufsgruppen. Dies wird durch eine patientenorientiert individuell angepasste Pflegeplanung und durch die Mitwirkung bei sozio-milieu-therapeutischen Verfahren gewährleistet. Hierzu gehören das Vermitteln von Entspannungstechniken, das Anbieten von Ernährungs- und Genussstherapie, das Achtsamkeitstraining und das Medikamentenstellen gemeinsam mit den Patienten. Die Ergebnisse und Erfahrungen der pflegerischen Leistungen fließen in die multiprofessionellen Teamgespräche ein und führen so zur Optimierung der Behandlungsansätze für die Patienten.

Das Pfllegeteam ist „die Seele der Tagesklinik“. Es koordiniert, organisiert und arrangiert den tagesklinischen Ablauf, die Behandlungsangebote und die medizinische Versorgung. Die Pflegekräfte arbeiten selbstständig, unterstützen die Therapeuten und handeln auf Anweisung. Sie nehmen an Visiten, pflegerischen Einzelgesprächen sowie der Morgen- und Wochenabschlussrunde teil. Ein eigenständiges Führen von verschiedenen Gruppen durch Pflegekräfte in den Tageskliniken ist keine Ausnahme. Die räumlichen und organisatorischen Strukturen der Tageskliniken ermöglichen den Mitarbeitern ein patientennahes Arbeiten und schnelles Handeln. Zu den Aufgaben der Pflege gehört auch die Umsetzung der Patientendokumentation. Verwaltungstechnische Aufgaben, wie der Kontakt zum Vermieter, Versorgen und Behörden vor Ort werden von der Pflege mitgetragen.

Im Rahmen der Ergotherapie werden Fähigkeiten und Fertigkeiten der Patienten reaktiviert bzw. auch neu entdeckt, um so zur Stärkung des Selbstwertgefühles beizutragen. Die Ergotherapie dient u.a. der Verbesserung von motorischen und kognitiven Funktionen und regt die Fantasie der Patienten an. Natürlich werden die Erkenntnisse aus der Ergotherapie auch für die psychotherapeutische Arbeit genutzt und umgekehrt.



Abbildung 24: Ergotherapie in der Tagesklinik

Unverzichtbar ist die Einflussnahme der Sozialarbeiter auf das therapeutische Gesamtkonzept. Sie arbeiten an der Verbesserung der sozialen Kompetenz der Patienten, beantworten fachspezifische Fragen und unterstützen bei der Lösung verschiedenster sozialer Probleme, welche meist im engen Zusammenhang mit den Krankheitsbildern stehen. Auch die Hilfestellung bei unterschiedlichsten

Anträgen (z.B. für einen Schwerbehindertengrad, eine medizinische oder berufliche Rehabilitationsmaßnahme, eine Erwerbsminderungs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente, für die Aufnahme in eine Tagesstätte für psychisch Kranke oder in eine Werkstatt für behinderte Menschen, für die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers etc.) gehören zum Aufgabengebiet der Sozialarbeiter.



Abbildung 25: Ergebnis Gruppentherapiesitzung in der Tagesklinik

Weitere wichtige therapeutische Maßnahmen, welche durch die unterschiedlichen Berufsgruppen durchgeführt werden, sind u.a. das kognitive Training, psychoedukative Gruppen zum besseren Verständnis und Umgang mit der Erkrankung, das Lebenspraktische Training, Skilltraining zum Abbau von Spannungs- und Erregungszuständen, Rückenschule, Bewegungstherapie und vieles andere mehr. Dabei gibt es in den jeweiligen Tageskliniken, abhängig von den Spezialgebieten einzelner Mitarbeiter, unterschiedliche Ausprägungen.

Insgesamt kann eingeschätzt werden, dass das Angebot der tagesklinischen Behandlung von vielen Patienten gern angenommen wird und sich zum festen Bestandteil der therapeutischen Arbeit in unserer Klinik entwickelt hat.



Dr. Mario Herrlich
 HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
 Psychosomatik I
 Oberarzt

Achtsamkeit als integraler Therapiebestandteil in der Tagesklinik Sonneberg

Elisabeth Pfeiffer

Seit den 1970er Jahren beschäftigen sich Therapieforscher mit dem Thema Mindfulness bzw. Achtsamkeit und deren Anwendung im klinischen Setting. Dazu gehören unter anderem die Arbeitsgruppen von Jon Kabat-Zinn (MBSR bzw. **M**indfulness **B**ased **S**tress **R**eduction), John Teasdale (MBCT bzw. **M**indfulness-based **C**ognitive **T**herapy), Steven Hayes (ACT bzw. **A**cceptance and **C**ommitment **T**herapy) und Marsha Linehan (DBT bzw. **D**ialectic **B**ehavioral **T**herapy).

Inzwischen wurden vielfach positive Ergebnisse, zum Beispiel bezüglich der Rezidivprophylaxe bei unipolaren affektiven Störungen, berichtet. Unter anderen fördert die DFG die Erforschung der Effekte von Achtsamkeit bei chronischen Depressionen, aber auch im Sinne der Verhaltensprävention ist Achtsamkeit interessant. Das in Leipzig angesiedelte Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften prüft in Zusammenarbeit mit dem European Research Council (ERC) im Rahmen des ReSource-Projektes die Wirkung von MBSR und MBCT auf die mentale Gesundheit: Freiwillige Teilnehmer üben über elf Monate in drei Modulen zu Präsenz, Perspektive und Affekt in mehrtägigen Retreats, bei wöchentlichen Treffen sowie im häuslichen Rahmen, Achtsamkeit bezüglich ihrer körperlichen und geistigen Prozesse, ihre sozio-kognitiven Prozesse sowie den Umgang mit schwierigen affektiven Zuständen.

Achtsamkeit lässt sich als besondere Form der Aufmerksamkeitslenkung beschreiben. Die Aufmerksamkeit wird absichtsvoll und nicht-wertend auf das bewusste Erleben des aktuellen Augenblicks gerichtet. Dadurch wird erfahrbar, wie etwas ist, ohne vorschnelle Kategorisierung der Erlebnisqualität. Achtsamer Umgang mit sich und der Umwelt bedeutet keine kalte, distanzierte, sondern eine liebevolle, gütige Perspektive einzunehmen. Wenn uns unsere gegenwärtigen Erfahrungen bewusst werden und wir uns ihnen aufmerksam zuwenden, Offenheit gegenüber Neuem, Aufmerksamkeit für Veränderungen, Empfindsamkeit für den jeweiligen Kontext und Bewusstheit für das Vorhandensein unterschiedlicher Blickwinkel entwickeln, orientieren wir uns zur Gegenwart. Selbst beim Grübeln über Vergangenes und Künftiges können wir gewahr werden, was wir tun. Dieser Schritt ins Jetzt ist für viele unserer Patientinnen

und Patienten unabdingbare Bedingung zur Entwicklung von Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeitserleben.

Um Achtsamkeit als Alltagskompetenz zu etablieren und zu stärken, finden in der Tagesklinik Sonneberg entsprechende Trainings im Gruppen- und Einzelsetting statt. Dabei wird deutlich zwischen Übungen zur Achtsamkeit und Strategien zur Entspannung differenziert. Letztere werden ebenfalls regelmäßig in unterschiedlichen Formen angeboten.

Auch wenn Patientinnen und Patienten in der Regel hochofret während und nach dem Achtsamkeitstraining ein Nachlassen von Anspannung und Unruhe berichten, geht es primär nicht um eine Symptomreduktion oder gar Erlebensvermeidung. Dies wird ebenso wie die Problematik von überhöhten Ansprüchen bzgl. der Selbstoptimierung psychoedukativ wiederholt aufgegriffen. Es wird auch deutlich zwischen Achtsamkeit als therapeutischer Technik und Meditation als spiritueller Praktik unterschieden.

Unser Ziel ist es, unsere Patientinnen und Patienten bei der Entwicklung einer salutogenetischen Perspektive zu unterstützen und gemeinsam das Verhaltensrepertoire im Sinne des Selbstmanagements auszubauen. Der Aha-Effekt des Achtsamkeitstrainings erweist sich diesbezüglich immer wieder als außerordentlich hilfreich. Die einzelnen Übungen sind leicht zu erlernen und schwer zu üben. Abschweifende Gedanken zu sammeln, sich zurückzuholen, bei sich zu bleiben, stellt eine Herausforderung dar, der es sich zu stellen lohnt.



Elisabeth Pfeiffer

HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik I
Psychologin

Traumatherapie und DBT in der Tagesklinik Sonneberg

Marija Marceva

In der teilstationären psychiatrischen Behandlung stehen die Gruppentherapien im Vordergrund. Eine individuelle Traumatherapie könnte nur in Ausnahmefällen, abhängig von der Ausbildung der Therapeuten, von den zeitlichen Kapazitäten und vom psychischen Zustand der Patienten, angeboten werden. Diese Patienten werden meistens auf eine ambulante Traumatherapie vorbereitet. Sie werden in alle Gruppentherapien der Tagesklinik integriert. Therapeutisches Ziel ist eine Basisstabilisierung und Verbesserung der psychischen Belastbarkeit für eine weitere ambulante Traumatherapie.

Die Patienten mit Borderline- und anderen Persönlichkeitsstörungen nehmen ebenfalls an den allgemeinen Therapieangeboten der Tageskliniken teil. Erfahrungsgemäß, ohne störungsspezifische Therapie, erfolgt im Verlauf der Behandlung eine Schemaaktivierung des Krankheitsbildes, begleitet von einer Verschlechterung des psychischen Zustandes mit Zunahme der Stimmungsschwankungen und Selbstverletzungen. Diesbezüglich werden einzelne Elemente vom DBT-Programm im Tagesklinik-Therapiesetting integriert und die Patienten werden nach Psychoedukation motiviert, diese mit therapeutischer Unterstützung selbstständig durchzuführen. Sie lernen ihre Spannungsgefühle wahrzunehmen und mittels Spannungskurve zu dokumentieren, das Verhalten zu analysieren, mit Fertigkeiten zur Spannungsreduktion (Skills) zu arbeiten. Zu den allgemeinen Therapiezielen werden die Patienten unterstützt, individuelle, störungsspezifische Wochenziele zu formulieren und diesen nachzugehen. Therapeutisches Ziel ist die zunehmende Selbstständigkeit und Selbstsicherheit bezüglich der Krankheitsbewältigung und eine Unabhängigkeit der individuellen Lebensführung mit entsprechenden beruflichen Perspektiven.

Traumapatienten und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen profitieren von den tagesklinischen Entspannungstherapien (wie Progressive Muskelrelaxation und Therapeutische Gruppenhypnose), Achtsamkeitstraining, Bewegungstherapie, Lichttherapie, Psychoedukationsgruppen, Gestaltungstherapie und Spannungsreduktion an der Boxwand.



Abbildung 26: Boxwand

Literatur

- Trauner U., Therapeutisches Sandsackboxen, Gemeindenahe Psychiatrie 4/2008
- Linehan Marsha M., DBT: Dialektisch – Behaviorale Therapie der Borderline Störung



Dr. Marija Marceva
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik I
Oberärztin



Gerontopsychiatrie

Gerontopsychiatrie – Gegenwart und Zukunft

Ute Banzhaf

Die Gerontopsychiatrie hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einem eigenständigen Teilbereich der Psychiatrie entwickelt. In sie fließen Forschungsergebnisse der Gerontologie, Geriatrie und Neurologie ein. Angesichts der demographischen Alterspyramide wächst heute und zukünftig die Bedeutung dieses Fachgebietes. Die gesamtgesellschaftliche Problematik wird zunehmend erkannt. Eigene präventive, diagnostische, therapeutische und vor allem auch rehabilitative Strategien ebenso wie der Aufbau stationärer und ambulanter Versorgungsmöglichkeiten auf den unterschiedlichsten Ebenen sowie ambulante und stationäre Netzwerke unterstreichen dies nachdrücklich. Der Begriff „Gerontopsychiatrie“ setzt sich aus den beiden griechischen Begriffen GER („der Greis“) und PSYCHO („Seele, Geist“) zusammen. Dieser Terminus entwickelte sich nach dem 2. Weltkrieg. Seit 1988 wird die Gerontopsychiatrie als Krankheitslehre psychischer Störungen des höheren und hohen Alters ab dem 65. Lebensjahr definiert. Herausragende Aufgabe dieses Fachgebietes ist die Verbesserung und Stabilisierung lebensqualitativer Parameter des alten Menschen in seiner bio-psycho-sozialen Einheit.¹⁰

Häufige Erkrankungen sind depressive und delirante Syndrome bei exogenen Stressfaktoren oder organischen Grunderkrankungen sowie demenziellen Prozessen wie beispielsweise die Demenz vom Alzheimerotyp. Alkoholmissbrauch und Medikamentenabhängigkeiten spielen eine Rolle in der gerontopsychiatrischen Arbeit.

Die Differenzierung psychopathologischer Phänomene mit einer darauf gründenden individualisierenden und symptomadaptierten Behandlung ist die Grundlage medizinischer Bemühungen.

Die Überschneidung krankheitswertiger und altersphysiologischer Vorgänge ist ebenso wie das Nebeneinander mehrerer Erkrankungen im Senium, der sogenannten Multimorbidität, eine besondere Herausforderung.

Ideal wäre, die zunehmende Zahl von alten Menschen in unserer Gesellschaft durch präventive und frühzeitige Behandlungsstrategien so lange wie möglich im natürlichen Umfeld zu integrieren. Das wird eine der vornehmsten Aufgaben gerontopsychiatrischer Forschung der nächsten Jahrzehnte sein.

¹⁰ <https://de.wikipedia.org/wiki/Gerontopsychiatrie>

Neben der Behandlung des Betroffenen ist in der Gerontopsychiatrie die Einbeziehung Angehöriger Selbstverständlichkeit. Gerade Letztere sind oftmals erheblichen Belastungen durch die Krankheit von Eltern oder Ehepartnern ausgesetzt. Durch eine multiprofessionelle Beratung erfahren sie eine nachhaltige Entlastung. Die Gerontopsychiatrie in Hildburghausen kann auf eine über 30jährige Tradition zurückblicken. Heute verfügen wir in den HELIOS Fachkliniken Hildburghausen über 60 Betten in drei Stationen, die den medizinischen und breit gefächerten organisatorischen Aufgaben einer modernen, multimodal angelegten Versorgung gerecht werden.

Akute Verwirrheitszustände, Suizidgefährdung und Patienten mit fremd-aggressiven Tendenzen werden zunächst in der geschützt geführten Station aufgenommen. Die Indikation ergibt sich aus der notwendigen intensiven medizinischen Betreuung, da die Gefahr von Fehlhandlungen oder/und vegetativen Krisen (Herzrhythmusstörungen, Blutdruck-/Zuckerstoffwechselentgleisungen, Dehydratation) initial ein nicht zu unterschätzendes Risiko darstellen. Nach Rekompensation deliranter Intervalle und Abklingen psychomotorischer Erregung wird die Weiterverlegung in die offenen gerontopsychiatrischen Stationen möglich. Weitere Schwerpunkte werden im nächsten Behandlungsschritt formuliert, der Schwerpunkt liegt jetzt im soziotherapeutischen und rehabilitativen Spektrum des multimodal angelegten gerontopsychiatrischen Konzeptes. Integrierte, supportive Psychotherapie mit analytischem und verhaltenstherapeutischem Ansatz sowie Ressourcenorientierung sind Hauptbehandlungsschwerpunkte, auch Kognitions-Training und Fitness-Übungen sind in das Tagesprogramm eingebunden.

Das Management der poststationären Versorgung ist für die weitere Betreuung parallel einzuleiten. Wieder sind Gespräche mit Patienten und Angehörigen zu führen, um sie bei der Suche nach geeigneter stationärer oder ambulanter Eingliederung in den verschiedensten Formen unabdingbar in das gerontopsychiatrische Behandlungskonzept einzubinden.

Dabei ist ein Höchstmaß an Eigenständigkeit und Teilhabe am sozialen Umfeld anzustreben. Dies spiegelt sich auch in der notwendigen Medikamenten-Verordnung wieder. Der Grundsatz lautet hier: „So viel wie nötig, so wenig wie möglich.“

Suizidalität im Alter ist unverändert noch ein Tabu-Thema. In unserer medial geprägten Welt kann „der alte Mensch“ nicht einfach alt werden, er ist wie in keiner Generation zuvor eingebunden in die konsumierende, eventbetonte

Gesellschaft. Mithalten ist die Devise. Realität ist aber häufig der vereinsamte ältere Mensch mit zunehmender Depravation. Suizide bekannter Personen wie Gunter Sachs, Hannelore Kohl oder Robin Williams haben dieses Problem in den Fokus medialen Interesses gerückt. Die Gerontopsychiatrie hat sich in besonderem Maße dieser Thematik angenommen. Angesichts steigender Zahlen im höheren Lebensalter sind Prophylaxe und Behandlung suizidaler Entwicklung unabdingbarer Bestandteil unseres Therapiekonzeptes.

Die moderne Medizin hat erhebliche Fortschritte in der Versorgung mit „Ersatzteilen“ gebracht. Transplantation, Implantation und Gelenkprothetik tragen zur Lebensqualität Betroffener in nicht unerheblichem Maße bei. Nur das zentrale Nervensystem kann nicht erneuert oder „verjüngt“ werden. Deshalb wird uns mit steigendem Altersdurchschnitt der Bevölkerung das Problem demenzieller Erkrankungen in den nächsten Jahren begleiten. Die Forschungsansätze bezüglich Ursachen und Komplexität der unterschiedlichen Formen von Demenztypen haben zwar viele neue Erkenntnisse gebracht, kausale Therapieansätze sind in den nächsten Jahren aber noch nicht zu erwarten. Gegenwärtige Zielsetzungen sind Prävention, Risikofaktorenanalyse und symptomatische Behandlung.

Dies macht deutlich, dass Gerontopsychiatrie fachübergreifend wirksam wird. Neurologie, Innere Medizin sowie Gerontologie sind natürliche Partner unseres Fachgebietes. An unserem Klinikum ist seit Jahren die enge Zusammenarbeit mit der Neurologie etabliert. Die „Überschneidung“ neuropsychiatrischer Syndrome im Alter mit dem Fortschreiten chronischer Erkrankungen erfordert häufig die Expertise aller Spezialisierungen.

Als Beispiel sei hier die Parkinson-Erkrankung mit ihren vielfältigen Facetten motorischer und psychopathologischer Fluktuationen angeführt. Sie impliziert in besonderer Weise einen symptomadaptierten Strategiewechsel im Verlauf der Krankheit. Weitere Ansatzpunkte einer auf die optimale Versorgung der Patienten gerichtete Therapie ergeben sich in der nosologischen Zuordnung von Demenzen und Delir oder dem Schlaganfall mit sogenannter Post-Stroke-Depression, der sekundär phobischen Fehlverarbeitung des Schwindels in allen seinen Formen, der Altersepilepsie und neuropathischer Syndrome. Ansatzpunkte einer Zusammenarbeit mit internistischen Fachgebieten ergeben sich aus der Multimorbidität des alten Menschen.

Nicht selten sind Komplikationen, die sich aus einer Polypharmazie (mehr als fünf Medikamente) entwickeln, Einweisungsgrund in die Gerontopsychiatrie.

Interaktionen und Nebenwirkungen von den heute vielfach eingesetzten internen Medikamenten in Kombination mit Psychopharmaka werden vielfach unterschätzt. Als Beispiel sei hier nur an die Hyponatriämie durch Potenzierung von Diuretika und Antidepressiva erinnert. Psychische und körperliche Reaktionen, wie Verwirrtheit, Antriebslosigkeit und psychomotorische Erregung geben Anlass, immer auch die Medikation kritisch zu hinterfragen. Polypharmazie, Hochdosismedizin und Vielfachuntersuchungen verunsichern besonders alte Menschen und deren Angehörige. Geduldige Aufklärung und gemeinsame Erarbeitung einer tragenden Zielsetzung fördern nicht nur Vertrauen sondern auch Compliance. Der kurze Exkurs in Aufgaben und Zielsetzung gerontopsychiatrischer Praxis macht die zunehmende Bedeutung dieses Fachgebietes in unserer alternden Gesellschaft deutlich. In Hildburghausen haben wir uns dieser Entwicklung gestellt. Die umfassende sozial- und psychotherapeutische, psychiatrisch-neurologische Behandlung im engeren Sinn und der interdisziplinär-ganzheitliche Blick auf unsere Patienten wird durch ein multiprofessionelles Team realisiert.

Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Ergo- und Physiotherapeuten sowie psychiatrisch geschulte Pflegekräfte tragen gemeinsam dazu bei, eine hohe Behandlungsqualität zu garantieren. Ein besonderes Anliegen ist die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Hausärzten, ambulanten Pflegediensten, Pflegeeinrichtungen und ehrenamtlichen Helfern in unserem Einzugsgebiet mit Schwerpunkt im südthüringischen und angrenzenden bayerischen Raum. Der Aufbau eines flächendeckenden Netzwerks gerontopsychiatrischer Betreuung ist unabdingbar, um den Herausforderungen, die sich aus dem demographischen Wandel ergeben, gerecht zu werden.



Dr. Ute Banzhaf

HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik II
Leitende Oberärztin

Gerontopsychiatrische Depressionsbehandlung

Christin Mohr

Eine 69jährige Frau rutscht auf dem Glatteis aus und erleidet einen Oberschenkelhalsbruch. Trotz rascher chirurgischer Behandlung und optimaler körperlicher Genesung findet sie den Anschluss in ihr eigenständiges Leben nicht wieder. Sie leidet unter Ängsten, das Haus zu verlassen und erneut zu stürzen, lebt somit sehr eingeschränkt und isoliert, was sich negativ auf ihr Wohlbefinden und ihre Alltagskompetenz auswirkt.

Ein 74jähriger Mann trauert um seine verstorbene Ehefrau. Sie waren über 50 Jahre lang verheiratet, als sie an Krebs erkrankte und nach einer kurzen Krankheits- und Pflegephase schließlich verstarb. Nun sind mehr als zwei Jahre vergangen, und der Hinterbliebene leidet weiterhin unter dem Verlust, wird zunehmend eigentümlich und reizbarer, hat keine Freude mehr in seinem Alltag und beginnt, am Sinn seines Lebens zu zweifeln.

Dies sind nur zwei fiktive Vignetten von Patienten, die in unserer gerontopsychiatrischen Abteilung behandelt werden. Mit dem Wort „Gerontopsychiatrie“ verbindet die Öffentlichkeit zumeist demenzielle Erkrankungen. Die weiteren häufigsten psychischen Erkrankungen stellen Depressionen und Angsterkrankungen im Alter ab 65 Jahren dar. Wenngleich Depressionen im jungen, mittleren und hohen Lebensalter den gleichen Diagnosekriterien unterliegen, stellen sich ihr Verlauf und auch ihre Behandlung für die verschiedenen Lebensaltersstufen zum Teil unterschiedlich dar.

Die häufigsten Symptome einer Altersdepression sind:

- Niedergeschlagenheit,
- Antriebsminderung,
- Ängstlichkeit und Unruhe
- körperliche Auswirkungen wie Appetitstörungen, Schlafstörungen, Verdauungsbeschwerden und Schmerzen.¹¹

Im höheren Lebensalter lassen sich zudem eine zunehmende Zahl an Risikofaktoren und möglichen Auslösern für eine depressive Erkrankung finden¹²:

- komorbide somatische Erkrankungen,
- kritische Lebensereignisse wie der Übergang ins Rentenalter,
- Krankheiten und Todesfälle von nahestehenden Menschen,

¹¹ Hautzinger M. Depression im Alter. Weinheim: Verlagsgruppe Beltz, 2000.

¹² Forstmeier, S. & Maercker, A. Probleme des Alterns. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2008.

- Vereinsamung im häuslichen Umfeld,
- Wegfall und Abnahme von Aufgaben, Interessen und Aktivitäten,
- aktuelle oder frühere traumatische Erfahrungen sowie
- der Umgang mit eigenen Krankheiten oder Schmerzen und altersbedingten Einschränkungen.

Neben vielen Patienten, die im Alter erstmals an einer Depression erkranken, gibt es auch einige, die bereits im jungen Erwachsenenalter an psychischen Krankheiten gelitten haben und nun mit diesen alt geworden sind.

Die Depressionsbehandlung in der Gerontopsychiatrie verläuft ähnlich wie in anderen Abteilungen mit jüngeren Patienten, wenngleich einige Besonderheiten Berücksichtigung finden müssen. Aufgrund der Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit ist der Therapieplan mit ausreichend Pausenzeiten ausgestattet, in denen sich die Patienten ausruhen oder mit Spaziergängen für sich etwas Gutes tun können. Ähnliche Abläufe und Zeiten helfen bei der Tagesstrukturierung und Wiederaufnahme eines geregelten Rhythmus, der idealerweise auch nach der Entlassung beibehalten wird. Das Benutzen von Gedächtnisstützen wie Notizzettel, Terminkalender oder Ähnlichem ist sehr gern gesehen, um bedeutende Inhalte, Ideen und Erkenntnisse zu notieren und Termine nicht zu verpassen. Auch die Absprache, Aufklärung und Beratung der Angehörigen oder nahestehender Bezugspersonen ist von großer Bedeutung, da ältere Patienten in ihrem Alltag oft Unterstützung und Hilfen von ihren Angehörigen erfahren oder sogar darauf angewiesen sind.

Die von uns angebotene Behandlung ist multiprofessionell und besteht aus verschiedenen Bausteinen:

- ärztliche und medikamentöse Behandlung,
- biologische Behandlungen wie Licht-, Aroma- und Schlafentzugstherapie,
- pflegerische Versorgung und Bezugspflegegespräche,
- Ergotherapie,
- Entspannungstraining,
- Gedächtnistraining mit kompetenzzentrierten kreativen Tätigkeiten,
- Physiotherapie mit innovativen Interventionen wie Sitztanz,
- sozialpädagogische Behandlung mit Alltagskompetenztraining und sozialdienstlicher Beratung sowie
- die Stations- und Therapieplangestaltung mit Soziotherapie und Alltags-training.

Für die Psychologen der gerontopsychiatrischen Abteilung ist ein Arbeitsschwerpunkt die psychotherapeutische¹³ Behandlung der Depressionspatienten. In den Gruppentherapien und Einzelgesprächen werden verschiedene Ziele verfolgt: Die Psychoedukation, das heißt das Vermitteln und Anwenden von Wissen über depressive Erkrankungen und deren Behandlung, nimmt einen großen Stellenwert ein. Auch Ressourcenorientierung durch Biographiearbeit sowie systemische, emotions- und achtsamkeitsorientierte Intervention finden ihre Umsetzung. Die verhaltenstherapeutische Tagesstrukturierung wird unterstützt und sowohl im Sinne einer Selbstmanagementtherapie, als auch einer Rezidivprophylaxe nach der stationären Behandlung verstanden. In den Gesprächen wird mithilfe der Anleitung zur Einnahme von anderen Perspektiven und zum Aufzeigen von kurz- und langfristigen Konsequenzen des Verhaltens eine Veränderung von Emotionen und Verhalten unterstützt. Stehen Ängste im Vordergrund der Symptomatik wird, nachdem Zusammenhänge und Herkunft ausführlich erhoben wurden, mit den Patienten geübt, gemeinsam sich diesen mittels Konfrontation und Exposition auszusetzen. In der Folge nehmen die Ängste der Patienten ab und ihr Selbstvertrauen zu.

Neben der verhaltenstherapeutischen Steigerung und Wiederaufnahme von Interessen und angenehmen Aktivitäten kommen kognitiv-verhaltenstherapeutische Strategien meist dann zum Einsatz, wenn es um dysfunktionale Einstellungen, Kommunikationsschwierigkeiten, Trauerbewältigung oder den Umgang mit Verlusten, Krankheiten und Einschränkungen geht.

Insgesamt ist die gerontopsychiatrische Depressionstherapie eine Behandlung, die von Multiprofessionalität gekennzeichnet ist. Nur durch die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen mit Patienten und Angehörigen können gemeinsame Ziele erreicht werden, sodass sich die Frau aus dem Eingangsbeispiel mit therapeutischer Hilfe ihren Ängsten stellen und trotz altersbedingter Einschränkungen ins Leben zurückfinden kann. Der oben zitierte Mann kann lernen, wie man Dinge, die nicht in seiner Hand liegen, akzeptieren und anschließend frühere Aktivitäts- und Lebensspielräume wiederbeleben oder neu erarbeiten kann.



Christin Mohr

HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik II
Care Unit-Psychologin

Bezugspflege in der Gerontopsychiatrie

Peggy Papp

Die Grundlagen des Bezugspflegesystems wurden im November 2011 durch die Pflegedienstleitung des Hauses vorgestellt und in die Stationskonzepte übernommen. Nach einer Einarbeitungszeit mit Weiterbildungen und Informationsveranstaltungen etablierte sich dieses Pflegesystem auch im gerontopsychiatrischen Bereich.

Hier zeigen sich innerhalb der einzelnen Stationsbereiche unterschiedliche Erfahrungswerte und Vorgehensweisen bei der Durchführung der Bezugspflegegespräche. Es haben sich Bezugspflegeteams gebildet, die jeweils Patientengruppen betreuen. Dazu finden wöchentliche Bezugspflegegespräche statt, die anschließend dokumentiert werden. Im wöchentlich stattfindenden multiprofessionellen Teamgespräch, an dem alle an der Behandlung der Patienten beteiligten Berufsgruppen teilnehmen, werden die einzelnen Patienten besprochen und Informationen ausgetauscht, um ein objektives Bild des Behandlungsverlaufs der Patienten zu erhalten und entsprechende Therapieziele abzuleiten.

Auf der gerontopsychiatrischen Station, die sich vor allem auf die Behandlung von Depressionserkrankungen konzentriert, bilden Bezugspflegegespräche inzwischen einen sehr wichtigen Teil der Arbeit der Pflegekräfte. Die Mitarbeiter stehen im engen therapeutischen Kontakt zum Patienten. Eine große Rolle spielt dabei die Biographiearbeit, soweit sie der Patient toleriert und zulässt. Im multiprofessionellen Team werden Konflikte, Sorgen und Ängste angesprochen und effektiv bearbeitet.

Im Bereich der geschützten Station müssen die Pflegekräfte den Patienten und Angehörigen oft Ängste nehmen und sind auch an der Aufklärung über diagnostische und therapeutische Maßnahmen beteiligt. Dies gelingt inzwischen vor allem durch Bezugspflegegespräche und den damit verbundenen Aufbau eines guten, professionellen Vertrauensverhältnisses.

Auf der Demenz-Station finden die Bezugspflegegespräche in einer anderen Form statt. Zeitlich und inhaltlich müssen sich die Mitarbeiter sehr auf die Bedürfnisse und den derzeitigen Krankheitszustand des Patienten einstellen.

Hier fühlt sich die Pflegekraft bzw. der Bezugstherapeut als „Sprachrohr“ der Patienten und Vermittler von Informationen an Angehörige oder Betreuer. Es ist

sehr wichtig, patientenorientiert, mit Empathie, emotionaler Zuwendung und Echtheit im Auftreten sowie mit hoher fachlicher Kompetenz und Verständnis für die Erkrankungen der Patienten zu arbeiten.



Peggy Papp
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik II
Caremanagerin

Farb- und Gestaltungskonzept der Abteilung für Alterspsychiatrie

Ulrich Kastner

Psychiatrische Aufnahmestationen sind oft hektische, laute Orte, die von vielen Patienten, aber auch von Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften durchlaufen werden. Obwohl seit Jahrzehnten versucht wurde, durch kleinere Therapieeinheiten dem entgegen zu wirken, lassen sich Probleme, die sich durch Lärm, Hektik und Reizüberflutung ergeben, bei immer kürzer werdender Verweildauer und höherer Behandlungsintensität nicht gänzlich vermeiden.

Gerade akut behandlungsbedürftige Menschen mit einer Demenz oder einem akuten Verwirrtheitszustand sind über das eigentliche Krankheitsbild hinaus verängstigt, finden sich in neuer Umgebung nur schwer zurecht und leiden stärker unter der Reizüberflutung. Zudem wirkt moderne Krankenhausarchitektur mit ihren gleich aussehenden Stationen, Fluren und Zimmern verwirrend.

Forschungsergebnisse bezüglich des Zusammenspiels von Architektur, Raumgestaltung und psychischer Störung liegen nur sehr begrenzt vor, meist aus der Betrachtung einzelner Projekte, weniger aus systematischen Untersuchungen. Dies beruht auf den sehr heterogenen standortspezifischen Variablen, einem nicht einheitlichen Patientenklintel und den Projektierungen in unterschiedlichen „Architekturepochen“.

In Hildburghausen standen wir 2015 vor einer besonderen Herausforderung: Im Sommer begann eine notwendige Brandschutzsanierung des im Jahr 1992 errichteten Zentralgebäudes. Aufgrund der weitreichenden Sanierungsmaßnahmen, die vor allem auch Decken, Böden und Wände mit einschlossen, ergab sich daraus einerseits die Chance, neuere Erkenntnisse mit in die Raumausstattung und Planung einfließen zu lassen.

Die insgesamt neun Stationen wurden in den Vorjahren durch unterschiedliche Therapiebereiche (Suchtmedizin, Alterspsychiatrie, Akutpsychiatrie) genutzt, woraus sich andererseits die Vorgabe ableitete, sie auch weiterhin baulich im gleichen Ausstattungsumfang zu gestalten, um eine flexible Benutzungsplanung für die Zukunft zu ermöglichen, gleichzeitig aber den spezifischen Anforderungen der Einzelbereiche mehr zu entsprechen.

Zielsetzung

In einem ersten Schritt unternahmen wir den Versuch einer Neuordnung der Fachbereiche unter den Vorgaben einer vertikalen Anordnung der neu geschaffenen Pflegebereiche (Care Units), um einen im jeweiligen Gebäudetrakt möglichen Stationswechsel des Personals über kommunizierende Treppenhäuser zu gewährleisten. Die horizontale Anordnung der Stationen mit der beschützt geführten Aufnahmestation ermöglicht den Gartenzugang und zum anderen eine fachliche Nähe und Anbindung an den Psychotherapiebereich (Depressionszentrum). Die Umbaumaßnahmen wurden für den Zeitraum von 2015 bis 2017 projektiert, nacheinander die Gebäude C, B und A.

Der erste Abschnitt, das Gebäude C (Gerontopsychiatrie), wurde im April 2016 fertiggestellt. Wir wollten in diesem Bauabschnitt zeigen, wie mit einfachen Maßnahmen auch eine psychiatrisch-akut-stationäre Umgebung demenzfreundlicher gestaltet werden kann, um Orientierung zu erleichtern, den umgebungsbedingten Stress zu reduzieren und darüber auch wertvolle Hilfe für die Genesung unserer Patienten zu ermöglichen.

Die drei Stationen sollten so gestaltet werden, dass sie Menschen mit Demenz, Delir oder akuten Psychosen die selbstständige Orientierung erleichtern sowie Patienten mit Depressionen oder Angsterkrankungen eine angenehme und wohlfühlbare Umgebung ermöglichen.

Ziele bei der Behandlung von Demenzerkrankungen	
Gesichert geltende Effekte	Zusätzlich erhoffte Effekte
Reorientierung	Reduktion Zwangsmaßnahmen
Reduktion „Weglaftendenz“	Fixierungen reduzieren
Reduktion Verhaltensstörungen	Reduktion sedierender Medikamente
Reduktion nächtliches Wandern	Sturzgefahr minimieren
Erhalt eines physiologischen Tagesrhythmus	<ul style="list-style-type: none"> - Überreizung vermeiden - Kognitiven und neuropsychologischen Defiziten begegnen - Aufenthaltsdauer reduzieren - Moderne, nicht stigmatisierende Psychiatrie - Beispiel geben für Angehörige, Institutionen

Abbildung 27: Auswirkungen von Architektur und Gestaltung bei Demenzerkrankungen

Ein weiteres Ziel sahen wir darin, dass sich über die Gestaltung unser Verständnis einer modernen, transparenten Psychiatrie auf der einen Seite und das Bedürfnis nach notwendigem Schutz, Intimität und Sicherheit auf der anderen Seite wiederfindet.

Allgemeine Gestaltungsanforderungen

Aus einer Vielzahl von Gesprächen, Besuchen anderer Einrichtungen, Literaturrecherchen und der konzeptionellen Arbeit im Abteilungsteam ergaben sich wesentliche Punkte, die wir diesbezüglich umsetzen wollten. Dies unter der Einschränkung, dass die Bauarchitektur im Wesentlichen nicht geändert werden konnte und brandschutztechnische Einschränkungen bestanden. Schwerpunkte waren daher

- Farbgestaltung,
- Orientierung,
- Lärmreduktion,
- spezifische Anregung,
- Beleuchtung und
- Sicherheit.

Bedeutung von Farbe und Kontrast in der Altersmedizin

Die Wahrnehmung von Farbe und Licht ändert sich im Alter:

- erhöhter Lichtbedarf und damit die Notwendigkeit für Zusatzbeleuchtung
- erhöhte Empfindlichkeit gegenüber grellem, blendendem Licht
- reduzierte Geschwindigkeit in der Anpassung an Helligkeitsänderungen
- reduzierte Sehschärfe, reduzierte periphere Sicht
- reduzierte Tiefenwahrnehmung, reduzierte Kontrastempfindlichkeit
- veränderte Wahrnehmung von Farben; d.h. weniger in der Lage sein, zwischen ungesättigten (weniger intensiven) Farben wie Pastelltönen unterscheiden zu können

Kontrast von Wand- und Bodenfarbe
Gleichmäßige Ausleuchtung
Kontrastierende, ausreichend große und in Sichthöhe befindliche Beschriftung
Möbel und Fußböden, Handläufe kontrastierend
Stationseingänge sauber und übersichtlich, einladend für Besucher
Brandschutztüren/Türen für unbefugten Zutritt sichern
Vermeiden von „Hot Spots“ am Ende von Ausgangstüren, keine Sackgassen
Wartebereiche, Ruhegruppen, Sitzgelegenheiten in der Nähe des Stützpunktes
Analoguhren, Kalender von überall sichtbar, wenn möglich in jedem Patientenzimmer
Dekoration altersentsprechend
Material zur Lärmreduktion
Zimmerbeschriftung gut sichtbar anbringen
Informationstafel für Patienten und Besucher
Vorräume der Stationen und Eingangsbereiche gestalten
Treppenhaus und Aufzug gut beschildern
Aufenthaltsbereiche auch für Angehörige nutzbar machen
Patientenzimmer übersichtlich, gut ausgeleuchtet und Sicherheit gebend

Abbildung 28: Schwerpunkte der Gestaltung äußerer Bedingungen für die Behandlung



Abbildung 29: Patientenbad mit Kontrastelementen

Spezifische Ausgestaltung

Aufgrund des Konzepts der Störungsspezifität ergaben sich neben den allgemeinen altersmedizinischen Anforderungen noch spezielle Gestaltungsschwerpunkte innerhalb der drei alterspsychiatrischen Stationen:

Die im Erdgeschoss gelegene **Station C1** behandelt Patienten mit Verhaltensänderungen bei Demenz oder akuter Verwirrtheit sowie Patienten, die aufgrund von akuter Erregung, Hinlauftendenz, Aggressivität oder bei nicht abwendbarer Suizidalität einer beschützten Unterbringung bedürfen. Auch befinden sich auf dieser Station Patienten, die gegen ihren Willen im Rahmen einer Unterbringung nach ThürPsychKG oder BGB untergebracht wurden. Schwerpunkte der Gestaltung waren daher

- Reorientierung,
- medizinische Behandlung,
- Reizreduktion und
- Sicherheit.

Die Zimmer sind bauseitig um einen zentralen Lichthof angelegt, der aus Brandschutzgründen nicht betreten bzw. nicht genutzt werden kann.



Abbildung 30: Lichthof der Gerontopsychiatrie

Zur Station besteht ein zentraler Hauptzugang mit sog. Schleusenfunktion sowie ein Verbindungstreppenhaus zwischen den einzelnen Stationen, das Patienten nicht zugänglich ist. Zusätzlich besteht die Möglichkeit eines direkten Gartenzugangs. Der Garten ist gegen ein Weglaufen gesichert. Insgesamt hat die Station zwei Aufenthaltsbereiche, die als Speiseraum, Besucherraum und Ruheraum genutzt werden können. Der Pflegestützpunkt ist zentral zugänglich, war jedoch aus Brandschutzgründen nicht als Counter-Lösung umbaubar.

Die Station C2 wird aktuell fakultativ beschützt geführt und in der weiteren konzeptionellen Planung in eine offene Station umgewandelt. Schwerpunkt der Behandlung sind Patienten mit psychotischen oder wahnhaften Störungen, Sucht- oder Demenzerkrankungen. Ein gezieltes Weglaufen oder Entweichungsgefahr darf nicht bestehen, die Schließung der Station bleibt aber im Notfall als letztes mögliches Mittel erhalten.

Die **Schwerpunktstation C3** dient der Behandlung von Depression, Angst und psychosomatischen Erkrankungen. Die räumliche Nähe zu der auf dem gleichen Stockwerk liegenden Psychotherapie-Station und Stationen für die Behandlung depressiver Patienten im jüngeren Lebensalter ist gewollt, eine Begegnung der Patientengruppen über die „Altersgrenzen“ hinweg ist erwünscht. Hauptziele waren neben der Schaffung von Transparenz und Offenheit, die Möglichkeit der Begegnung, Ruhe, Entspannung.

Die Stationen C2 und C3 haben insgesamt zehn Patientenzimmer mit einer

Belegung von 20 Patienten, die Station C3 besitzt 16 reguläre Betten. Durch die technische Ausstattung für je ein Zusatzbett in sechs Zimmern besteht die Möglichkeit der flexiblen Zimmeraufteilung, wodurch Überkapazitäten abgefangen oder medizinisch bzw. psychiatrisch begründete Einzelzimmer geschaffen werden können.

Der zentrale Lichthof ist auf allen drei Stationen gegen Absturz und Öffnung gesichert. Um ihn sind Handläufe montiert, sie dienen primär zur Sturzprophylaxe, werden jedoch auch gezielt zum Gehtraining und für Mobilisationsübungen benutzt.

Zu den Stationen C2 und C3 gibt es einen zentraler Hauptzugang sowie ein Verbindungstreppenhaus zwischen den einzelnen Stationen, das Patienten nicht zugänglich ist. Insgesamt haben die Stationen zwei Aufenthaltsbereiche, die als Essraum, Besucherraum und Ruheraum genutzt werden können.

Ausstattung

Aus altersmedizinischer Sicht stellten die Patientenzimmer und Bäder besondere Herausforderungen bezüglich Ausstattung und Sicherheit dar. Wir legten Wert auf eine kontrastreiche Farbgebung von Einrichtungsgegenständen, möglichst blend- und schattenfreier Beleuchtung und Übersichtlichkeit. Daneben erhielten alle Zimmer Hilfen zur Orientierung (Uhren) sowie individuelle Gestaltungsmöglichkeiten (Magnetschienen für Bilder). Auf den rollbaren „Nachtschrank“ verzichteten wir aus Gründen der Sturzprophylaxe und ersetzten ihn durch fest montierte Schrank- und Regallösungen.

Aufgrund der vorbeschriebenen Zielsetzung lag unser Hauptaugenmerk auf der Auswahl passender Farbgebung unter Verwendung der konzernseitig vorgegebenen Grundfarbauswahl. Insgesamt waren farbig abgesetzte Wände vorgesehen, die Farbauswahl sollte kontrastreich sein, Orientierung geben und den Raum strukturieren. Ergänzend wurde eine besondere Lichtlösung im Tagesbereich ausgewählt, die sektorisertes Dimmen ermöglicht. Statt der Einzelleuchtkörper kamen Lichtleisten zum Einsatz, die Decke wurde im Rahmen der Brandschutzsanierung erneuert und in Teilen mit schalldämmenden Lochplatten ausgestattet.

Im Stationsbereich C1 legten wir Wert auf klare Raumgrenzen und Wegweisung, vor allem zum Garten und dem zugehörigen Vorraum, um eine Entlastung des „Hotspots“ Eingangsbereich zu erzielen. Daneben werden die Zimmertüren mit passenden Zahlen, alternativ Piktogrammen, ausgestattet,

um die Orientierung der Patienten zu erleichtern. Bilder von lebenspraktischen Gegenständen an den Wänden sollen das Interesse der Patienten wecken und ebenfalls das gezielte Leiten im Raum ermöglichen. Pflanzen im Tagesbereich dienen der atmosphärischen Verbesserung, aber auch der Schallbrechung.

Trotz der bekannten Probleme mit verhaltensveränderten Patienten wollten wir an diesem Gestaltungselement festhalten, auch wenn wir damit bewusst das Risiko einer Beschädigung eingehen. Der stressreduzierende Aspekt scheint uns aus heutiger Sicht wertvoller.



Abbildung 31: Patientenzimmer

Wir haben uns aber bewusst gegen eine anderenorts übliche Ausstattung mit Alltagsgegenständen entschieden, da die beschützte Aufnahmestation trotz alledem nicht mit demenzspezifischen Einrichtungen vergleichbar ist und wir auch weiter aggressive Patienten mit hohem Eigen- und Fremdgefährdungspotenzial aufnehmen und behandeln werden.

In der Grundidee folgen die Stationen C2 und C3 der Ausstattung der Station C1, wobei eine Leitung der Patienten auf den Gartenbereich bzw. weg von der Eingangstür nicht notwendig ist. Auf eine Folierung der Eingangstür verzichteten wir bewusst, um den offenen Charakter der Stationen zu betonen. Wegweiser, Piktogramme und Zimmernummerierungen wurden wie auf C1 aufgebaut, da auf allen Stationen Patienten mit kognitiven Störungen oder visuellen Einschränkungen behandelt werden.

Die Ausstattung der Depressionsstation C3 unterscheidet sich in Teilen von den

beiden anderen gerontopsychiatrischen Bereichen und folgt eher dem allgemeinen Konzept der Erwachsenenpsychiatrie. Hintergrund ist, dass hier vor allem depressive Patienten behandelt werden, die im mittleren Lebensalter zudem deutlich jünger sind (ø 71 Jahre). Damit ähnelt die Klientel eher den zukünftigen Nachbarstationen der Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie, so dass der Gedanke eines zukünftig integrativen Zentrums für Depressionserkrankungen realisierbar wird.



Dr. Ulrich Kastner

HELIOS Fachkliniken Hildburghausen

Ärztlicher Direktor

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und

Psychosomatik II

Chefarzt

Aromatherapie in der gerontopsychiatrischen Pflege

Peggy Papp

Mit der Sanierung und der Neugestaltung der Gerontopsychiatrie hat sich das multiprofessionelle Team der Care Unit viele Gedanken zum derzeitigen Konzept und neuen Therapieangeboten gemacht. Unter anderem soll im Rahmen der Milieuthherapie eine Aromatherapie, abgestimmt auf die jeweiligen Stationsbedürfnisse, angeboten werden. Dazu besuchten im Vorfeld ausgewählte Mitarbeiterinnen eine Weiterbildung und stellten deren Inhalte an einem Konzepttag dem Team vor. Das Team testete anschließend auf den Stationen mit Aromageräten und Duftölen die unterschiedlichen Wirkungen. Düfte sind in hohem Maße geeignet, Krankheitssymptome zu lindern und das Wohlbefinden zu steigern. Im Rahmen der gerontopsychiatrischen Behandlung ist vor allem der Effekt, durch Düfte vor langer Zeit Erlebtes ins Gedächtnis zurückzurufen, von Bedeutung.

Das Riechen ist sehr eng mit Gefühlen verbunden. Empfinden Menschen einen Duft als angenehm, fühlen sie sich wohl. Dieser Zusammenhang gilt auch umgekehrt. Aus diesem Grund gilt es genau zu beobachten, wie Menschen auf einen Duft reagieren. Hier fließt dann auch Biographiearbeit mit ein. Es wird versucht das Geruchsgedächtnis anzuregen: Zum Beispiel kann Fichtenduft Menschen anregen, die gerne gewandert sind; wobei Zitronen- und Lavendelduft Menschen gefällt, die in Landschaften gereist sind, in denen diese Pflanzen wachsen. Zimtduft hingegen erinnert die meisten Menschen an die Weihnachtszeit.

Wir haben auf einer gerontopsychiatrischen Station, auf der vor allem demenzerkrankte Patienten behandelt werden, die Düfte getestet, die den Schlaf-Wach-Rhythmus, die Unruhe und aggressive Verhaltensweisen beeinflussen könnten. Bei Patienten mit nächtlicher Unruhe wirkte das Lavendelöl als Raumduft entspannend. Hier konnte mitunter schon auf Bedarfsmedikation bei einzelnen Patienten verzichtet werden, da die Wirkung der Duftöle ausreichte. Das Aroma der Orange wurde im Tagesverlauf als belebend und frisch wahrgenommen und wurde auch von Angehörigen und Besuchern als sehr angenehm empfunden.

Ebenso wurden auf der gerontopsychiatrischen Diagnostik-Station Erfahrungen mit der Aromatherapie gesammelt, in dem angstlösende und stimmungsaufhellende Düfte genutzt wurden. Auch hier war die Resonanz der Patienten, der Angehörigen, aber auch des Teams positiv. Angenehme Gerüche und Düfte sorgen für ein Wohlbefinden auf Station. Reize und Stresssituationen werden weniger extrem wahrgenommen.

Die gerontopsychiatrische Station, die sich vor allem auf Depressionsbehandlung konzentriert, bindet die Aromatherapie zum Beispiel inzwischen in abendliche Therapieveranstaltungen mit ein, wo anregende, entspannende oder schlafanstoßende Düfte vorgestellt und erschnuppert werden dürfen. Hier ist die genaue Information und Präsentation wichtig, denn die Patienten können Gelerntes selbstständig zu Hause anwenden und für sich nutzen.

Das Team der Care Unit ist sehr interessiert daran, die Erfahrungen auszubauen, um die positiven Effekte, wie die Stärkung des Wohlbefindens, Senkung der Aggressivität und Unruhezustände, Vermeidung von Fixierungen, Schlafstörungen und Gedächtnistraining für die Patienten nutzen und erweitern zu können.



Peggy Papp

HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik II
Caremanagerin



*Neurologie und
Radiologie*

Entwicklung der Röntgendiagnostik zur Neuroradiologischen Abteilung 1979 bis 1988

Eckhard Banzhaf

Mit dem 1. Januar 1979 wurde Dr. Eckhard Banzhaf zum Chefarzt der Abteilung Neuroradiologie berufen. Die Grundlagen der neurologisch-bildgebenden Verfahren waren durch Dr. Werner Göpel (Chefarzt der Neurologie) und durch Oberarzt Dr. A. Horn (Oberarzt Neurologie) bereits in den 1970er Jahren gelegt worden. Mit den Röntgenassistenten Hajo Günther und Detlef Bätz, die durch Improvisationsvermögen die aus heutiger Sicht bescheidene röntgentechnische Ausstattung optimal den neurologischen Untersuchungsanforderungen anzupassen verstanden, waren die Voraussetzungen geschaffen, weitere neuroradiologische Verfahren einzuführen und technisch zu optimieren. Ein Quantensprung war die Implementierung der Angiografie (Gefäßdarstellung) mittels Seldinger-Technik, noch heute Goldstandard zur Beurteilung von definierten Hirngefäßerkrankungen. Mit Hilfe von Röntgentechnikern der Medizinischen Akademie Erfurt wurde ein Röntgenfilm-/Kassettenwechsler gebaut und mit der von Hand betriebenen Anlage brillante Angiografie-Darstellungen, die die Kooperationspartner, wie zum Beispiel die Neurochirurgie in Erfurt, immer wieder beeindruckte, erreicht.

Ganz wesentlich für die Durchführung angiografischer Untersuchungen waren verschieden gekrümmte Katheter, die aus Rohmaterial selbst gefertigt werden mussten. Gabriele Konya hatte sich diese Methodik angeeignet und leistete damit einen wesentlichen Beitrag für die Katheterangiografie. Daneben war sie als Funktionsschwester der Abteilung tätig und verantwortlich für die Sterilisation. Bis 1984 waren Radiologie, EEG und Physiotherapie zur Funktionsabteilung zusammengeschlossen. So konnten Kräfte gebündelt und auch die Außendarstellung gestärkt werden.

Neue Methoden, wie zum Beispiel die Echo-A-Grafie, frühe akustisch evozierte Potentiale (FAEP) und visuelle evozierte Potentialableitungen (VEP), wurden schrittweise in die Routine überführt. Ebenso etablierten wir eine ambulante EMG-Sprechstunde. Dr. Dieter Rabich hatte die Elektromyografie (EMG) am Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Hildburghausen eingeführt. Durch Einarbeitung von Dr. Rabich in die zerebrale Angiografie und Dr. Banzhaf in die EMG-Technik war die gegenseitige Vertretbarkeit gegeben.



Abbildung 32: Röntgenerät

Beide Methoden hatten im damaligen Bezirk Suhl (Südthüringen) Alleinstellungsstatus. Hieraus entwickelte sich ein weit verzweigtes Konsiliarsystem mit den umliegenden Kreiskrankenhäusern von Sonneberg bis Schmalkalden. Mit der neurologischen und angiografischen Kompetenz war das Team darüber hinaus zunehmend für die Feststellung des irreversiblen Hirntodes im damaligen Bezirk Suhl verantwortlich und führte ebenso, zum Beispiel für die Urologie in Meiningen, neben Nierengefäßdarstellungen auch Tumorembolisationen (Nierentumore) durch. Zahlreiche Vorträge zu regionalen und überregionalen Symposien, Weiterbildungsveranstaltungen sowie einige Veröffentlichungen in wissenschaftlichen Zeitschriften runden die Leistungsdarstellung der Neuroradiologischen Abteilung in diesen Jahren ab.

Eine Episode sei noch angeführt: 1986, nach dem Reaktorunfall in Tschernobyl, konnte durch Auslegen von Röntgenfilmen Ionisationen nachgewiesen und damit der radioaktive Niederschlag auch in unserer Region bewiesen werden. Radioaktivität war schon damals grenzüberschreitend.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten: Die unter heutigen Gesichtspunkten einfache röntgentechnische Ausrüstung wurde durch eine Vielzahl technischer Kniffe entwickelt und optimal genutzt. Myelografische Darstellungen der gesamten Wirbelsäule, Zysternografien und Diskografien waren auf einem hohen Standard und begründeten damit auch den guten Ruf der Neurologie über die Grenzen des Bezirkes Suhl hinaus. Lumbal- und Subokzipitalpunktionen mit Einbringen von löslichen oder öligen Kontrastmitteln waren Routineeingriffe. Sie entsprachen dem damaligen Stand der neuroradiologischen

Diagnostik. Es war selbstverständlich, internationale medizinische Zeitschriften über die Bezirksnervenklinik zu beziehen.

Diese Leistungsbreite war auch Grundlage, die Stellung der Neurologie in der Bezirksnervenklinik und späteren Landesnervenklinik zu festigen und dem Trend, Neurologie im Wesentlichen an Allgemeinkrankenhäusern zu etablieren, zu entgegnen. Sie bildete damit die Basis für die heutige neuroradiologische Kompetenz in den HELIOS Fachkliniken Hildburghausen. Moderne neuro-radiologische Methoden, wie die Computertomographie und vor allem die Magnetresonanztomographie, machen heute die zum Teil invasiven neuroradiologischen Untersuchungen der Vergangenheit überflüssig. Mit der Weiterentwicklung bildgebender Verfahren ist aktuell auf einen eher gegenläufigen Trend hinzuweisen: Technische Möglichkeiten werden nicht immer ausreichend beherrscht und aufwendige Darstellungsmöglichkeiten werden aus Zeitgründen oft nicht ausreichend genutzt, auch einer der Gründe für Doppeluntersuchungen.

Psychiatrie und Neurologie haben sich im vergangenen Jahrzehnt stärker zueinander hin entwickelt. Gelegentlich wird schon von einem Kopf-Fach gesprochen. Eine Perspektive, die die Bedeutung der HELIOS Fachkliniken Hildburghausen stärkt und optimistisch in die nächsten Jahrzehnte blicken lässt.



Eckhard Banzhaf

HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik II
Oberarzt

Bedeutung der radiologischen Untersuchungen für Psychiatrie und Neurologie

Dr. Roland Hirschelmann

Die radiologische Bildgebung hat seit den 1970er Jahren des letzten Jahrhunderts erhebliche Fortschritte erfahren und ist aus dem Alltag der Menschen in Deutschland, insbesondere aus dem klinischen Alltag der Krankenhäuser, nicht mehr wegzudenken.

Nach dem Zweiten Weltkrieg verbreiteten sich Röntgenuntersuchungen mit Schirmbilduntersuchung oder Röntgenfilm zunehmend in Deutschland. Dabei wurde es immer besser möglich, Volkskrankheiten wie Tuberkulose zu diagnostizieren, aber auch Knochenbrüche und schwerere Darm- und Gefäßkrankungen darzustellen.

Im Laufe der Jahre wurden auch immer besser verträgliche Kontrastmittel erfunden, und es kam zu einer umfangreichen Ausbreitung des Untersuchungsspektrums, auch in der Chirurgie und der Inneren Medizin. In der Neurologie und Psychiatrie fanden Röntgenuntersuchungen mit Darstellung des Rückenmarkkanals und der Hohlräume des Gehirns Eingang in die diagnostische Praxis.

Wichtige Fortschritte in der Radiologie wurden dadurch erzielt, dass die theoretisch bekannten Grundlagen der Computertomographie und der Kernspintomographie, die seit vielen Jahren auf physikalischer und mathematischer Ebene erarbeitet worden waren, auch im industriellen Maßstab in Form von Geräten zur Computertomographie und Magnetresonanztomographie technisch realisiert werden konnten.

Diese sogenannten Großgeräte waren in den 1980er Jahren sehr kapitalintensiv und daher nur in Krankenhäusern größerer Standorte, meist mit mehr als über 100.000 Einwohnern, zugänglich.

Etwa zeitgleich mit dem Eintritt der Wiedervereinigung Deutschlands wurden Computertomographen und Magnetresonanztomographen technisch zuverlässiger und zugleich in der Finanzierung attraktiver, so dass diese Methoden zunehmend im gesamten Bundesgebiet einer breiteren Patientenschicht angeboten werden können.

Gleichzeitig kam es zu neuen gesellschaftlichen Ansprüchen an die Medizin. Krankheiten, die früher einfach als unheilbar oder schicksalhaft hingenommen wurden, werden nun zunehmend hinterfragt. Ursachensuche und vor allem Verlaufskontrolle von langwierigen chronischen Erkrankungen können mit der modernen radiologischen Bildgebung dokumentiert werden.

Die Ansprüche der Gesellschaft an den einzelnen Patienten stiegen ebenfalls. Zunehmende berufliche Spezialisierungen und Fertigkeiten bringen es mit sich, dass auch im Bereich von Arbeitsunfällen, orthopädischen Grundleiden und Berufserkrankungen höhere Ansprüche an eine mögliche Rehabilitation gestellt werden. Die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben erfordert zunehmend bessere diagnostische und therapeutische Behandlungen.

War in den früheren Jahren vor allem das Überleben schwerer Erkrankungen wichtiges Behandlungsziel, werden heutzutage hohe Erwartungen an die berufliche Wiedereingliederung, an die allgemeine Lebensqualität bis ins hohe Alter geknüpft. In Zukunft wird mit einem höherem Lebensalter des Bevölkerungsdurchschnitts auch die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, wie bei Demenz-Erkrankungen, eine zunehmende Rolle spielen.

Um diesen verschiedenen Herausforderungen gerecht zu werden, ist 2015 an den HELIOS Fachkliniken Hildburghausen eine Radiologische Praxis eingerichtet worden, nachdem bereits seit 2009 eine radiologische Abteilung des Hauses alle erforderlichen Untersuchungen gewährleisten konnte. Dies hat den Vorteil, dass die hier vorgehaltenen technischen und medizinischen Leistungen auch ambulanten Patienten aller Kostenträger angeboten werden können. Des Weiteren hat das Haus ein hohes Interesse daran, die frühzeitige Diagnostik von neurologischen und psychiatrischen Krankheiten zu verbessern.

Aus diesem Grunde arbeitet die Klinik auch über elektronische Bildübertragungssysteme mit anderen großen Standorten zusammen, damit im Anschluss an radiologische Untersuchungen schnell eine Entscheidung getroffen wird, an welchem Klinikstandort ein Patient am besten weiterzubehandeln ist, wenn dafür keine geeigneten Ressourcen zur Verfügung stehen.

Bei neurologischen Erkrankungen ist es oft möglich, mit Hilfe von neurologischen Spezialuntersuchungen, Funktionsuntersuchungen, aber auch anhand der Krankengeschichte, Verdachtsdiagnosen zu äußern, die zu einer gezielten radiologischen Fragestellung führen. Damit können relativ schnell Arbeitshypothesen für die weitere Behandlung der Patienten zu entwickelt werden.

Auch in der psychiatrischen Patientenversorgung spielt die Bildgebung eine immer wichtigere Rolle bei der Diagnostik. Psychiatrische Symptome können beispielsweise Ausdruck von noch nicht bekannten Grunderkrankungen oder Hirnveränderungen beim Patienten sein, wobei manchmal die organische Ursache gezielt behandelt und auch die psychiatrische Symptomatik gelindert werden kann.

Eine besondere Herausforderung für eine radiologische Abteilung ist die Sicherstellung einer Patientenversorgung auch außerhalb der Sprechstundenzeiten. In Kooperation mit der Klinikgeschäftsführung hat die Radiologische Praxis organisatorische Vorkehrungen getroffen, dass jederzeit auf plötzlich auftretende Notfälle oder Verschlechterungen von Krankheitsbildern reagiert werden kann. So konnte 2015 ein neuer Kernspintomograph in Betrieb genommen werden, der neben der Magnetfeldstärke an sich auch die notwendige Rechenleistung und Zubehörausstattung besitzt, um neurologische und psychiatrische Fragestellungen gezielt zu beantworten.



Abbildung 33: Magnetresonanztomograph

Der zur Verfügung stehende Computertomograph gewährleistet die Erfüllung der höheren Anforderungen an Bildqualität und Strahlenschutz.

Dieses Angebot wird bei Bedarf von umliegenden Krankenhäusern und ambulanten medizinischen Einrichtungen genutzt. Damit wird auch ein Beitrag zur

Sicherstellung der Patientenversorgung im Landkreis Hildburghausen und in der weiteren Umgebung geleistet.

Die Praxis für Radiologie an den HELIOS Fachkliniken Hildburghausen bietet zudem erhebliche wirtschaftliche Vorteile für den Landkreis Hildburghausen sowie das Einzugsgebiet der Klinik. Südthüringen hat leistungsfähige, spezialisierte Berufsschulen, die jungen Menschen die Ausbildung zur Medizin-technischen Assistenz ermöglicht. Dabei gibt es die Fachrichtungen Labormedizin, Funktionsbereiche und Röntgendiagnostik. In Kooperation mit der Staatlichen Fachschule für Gesundheit und Soziales in Meiningen können im Haus und insbesondere in der Radiologie die erforderlichen schulbegleitenden Praktika für die oben genannten Ausbildungsrichtungen abgeleistet werden.

Des Weiteren werden durch den Betrieb einer Radiologischen Praxis sowohl in der Praxis selbst, als auch durch die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus viele weitere technisch interessante sozialversicherte Arbeitsplätze geschaffen und erhalten.

Die Arbeit der Praxis wäre ohne die Mithilfe von technischen Mitarbeitern, die Unterstützung durch EDV, Klimatechnik und Energieversorgung, aber auch ohne die zahlreichen Dienstleistungen des Gebäudemanagements und der Reinigung nicht möglich. Eine leistungsfähige Radiologie setzt ein hohes Maß interdisziplinärer Zusammenarbeit mit allen medizinischen und technischen Partnern voraus.

Medizinische Arbeitsschwerpunkte der Praxis für Radiologie an den HELIOS Fachkliniken Hildburghausen sind zunächst die neurologischen Fragestellungen, wie die Diagnostik von Schlaganfällen, Gefäßerkrankungen, Hirntumoren und verschiedene entzündliche Veränderungen. Aber auch degenerative Veränderungen an Wirbelsäule, Bandscheiben und angrenzende orthopädische Fragestellung gehören zum Alltag der klinischen Versorgung. Für die psychiatrischen Patienten wird in Zukunft die Abklärung von Ursachen der Demenz-Erkrankungen sowie die Mitbehandlung von Begleiterkrankungen bei Langzeitaufenthalten eine größere Rolle spielen.

Im ambulanten Bereich stellen zurzeit die Untersuchungen von orthopädischen Veränderungen bei Berufserkrankungen sowie in Folge von Arbeitsunfällen ein großes Aufgabenfeld dar. Auch die Nachsorge bei Tumorerkrankungen nach Abschluss der Behandlung ist zukünftig möglich.

Um eine optimale Untersuchung zu gewährleisten, werden die stationären Patienten in klinischen Fallbesprechungen und über ein spezielles Anmeldesystem für radiologische Untersuchungen vorgemerkt. Im ambulanten Bereich ist es erforder-

lich, einen Überweisungsschein mit der genauen Fragestellung der überweisenden Arztpraxis vorzulegen, um aus der Vielzahl der heute möglichen Untersuchungen die medizinisch sinnvollste und schonendste Untersuchungsmethode festzulegen.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass wir die Radiologie im Jubiläumsjahr der HELIOS Fachkliniken gut auf die aktuellen und zukünftigen medizinischen Entwicklungen vorbereitet haben.



Dr. Roland Hirschelmann

Praxis für Radiologie
an den HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Facharzt für Diagnostische Radiologie

Spezialisten für den Schlaganfall – die Stroke Unit

Romy Grüber, Conny Höhn, Sebastian Karpf

„Wie ein Blitz aus heiterem Himmel!“ Wenn eine Person plötzlich Symptome wie Gefühlsstörungen bzw. Lähmungen in einer Körperhälfte bemerkt, auf einmal an Schwindel, Seh-, Schluck- oder Sprachstörungen leidet, besteht der hochgradige Verdacht, dass es sich um einen Schlaganfall handelt, dem Hauptkrankheitsbild der Stroke Unit (Schlaganfall-Akutstation) in der Klinik für Neurologie.

Schlaganfall stellt den Oberbegriff für Erkrankungen dar, die mit plötzlich auftretenden neurologischen Ausfällen einhergehen. Dabei handelt es sich in etwa 85% der Fälle um einen Hirninfarkt, der durch einen Gefäßverschluss mit nachfolgender Minderdurchblutung bedingt ist. In ca. 15% der Fälle liegt eine Hirnblutung vor.

Jedes Jahr sterben weltweit etwa 5,5 Millionen Menschen an den Folgen eines Schlaganfalls. Somit ist laut Weltgesundheitsorganisation (WHO 2009) der Schlaganfall weltweit die zweithäufigste Todesursache, in Deutschland nach Herz- und Krebserkrankungen immerhin die dritte.

Für die Überlebenden stellt diese neurologische Erkrankung die häufigste Ursache für eine bleibende Behinderung mit dauerhafter Pflegebedürftigkeit dar. Die Stroke Unit (SU) versteht sich als spezialisierte Schlaganfall-Einheit, bestehend aus einem multiprofessionellen Team aus Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten (Physio-, Ergotherapie, Logopädie) sowie Sozialarbeitern. Es ist speziell auf die Behandlung von Patienten mit Schlaganfall trainiert. Die SU bildet die Organisationszentrale für das Management von Schlaganfallpatienten, von der Aufnahme bis zur Entlassung. Die ersten Stroke Units entstanden in Deutschland Mitte der 1990er Jahre.

Da bei Auftreten eines Hirninfarktes pro Minute mehrere Millionen Hirnzellen zugrunde gehen, bildet die Devise „Time is brain“ („Zeit ist Gehirn“/„jede Minute zählt“) die Grundlage für das Behandlungskonzept, bestehend aus frühestmöglicher Akut- und Rehabilitationsbehandlung. Seit nunmehr über 20 Jahren hat sich dieses Konzept bereits bewährt, die große Effektivität der Stroke Unit-Behandlungen wurde seither in mehreren wissenschaftlichen Studien nachgewiesen.

Primäres Ziel ist es, soviel Hirngewebe wie möglich vor dem Absterben zu bewahren und damit eine möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit der betroffenen Patienten zu ermöglichen.

Die spezialisierte Schlaganfall-Station wurde im April 2004 in der Klinik für Neurologie des damaligen Fachkrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie Hildburghausen gegründet. 2012 wurde sie das erste Mal nach den Richtlinien der DSG (Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft) und der SDSH (Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe) als Regionale Stroke Unit zertifiziert. Durch die regelmäßige Überprüfung, Evaluierung und Umsetzung der medizinischen und pflegerischen Qualitätsstandards konnte im Jahr 2015 auch die Re-Zertifizierung gesichert werden.

Die Station verfügt über acht Monitorplätze, von denen einer als Intensivpflegebett mit der Möglichkeit einer invasiven oder nichtinvasiven Beatmung ausgestattet ist. Dies ermöglicht, neben Schlaganfällen weitere überwachungspflichtige akutneurologische Erkrankungen zu behandeln.

Zum Krankheitsbild des Schlaganfalls

Symptome eines Schlaganfalls, die „von einer Sekunde auf die andere“, also „schlagartig“ auftreten können, sind:

- Schwäche einer Körperhälfte, aber auch nur eines Armes oder Beines
- Gefühlsstörung einer Körperhälfte, aber auch nur eines Armes oder Beines
- hängender Mundwinkel
- Sprachstörung (verwaschene Sprache oder Wortfindungsstörung)
- Sehstörungen (Gesichtsfeldausfälle oder Doppelbilder)
- Schwindel und Gleichgewichtsstörungen
- Kopfschmerzen (selten)
- Bewusstseinsstörungen (selten).

Risikofaktoren, welche zu einem Schlaganfall führen können, sind:

- Bluthochdruck > 140/90 mmHg
- Diabetes mellitus und erhöhte Cholesterinwerte
- Herzrhythmusstörungen (Vorhofflimmern)
- Bewegungsmangel und Übergewicht
- Arteriosklerose

- Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum
- hormonelle orale Kontrazeptiva („Pille“)
- angeborene Ursachen (z.B. Gerinnungsstörungen)
- Migräne mit Aura
- Schlafapnoesyndrom
- männliches Geschlecht
- ansteigendes Lebensalter

Je mehr Risikofaktoren ein Patient aufweist, desto höher ist das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden. Die beste Prävention besteht darin, die Risikofaktoren zu beseitigen bzw. zu therapieren, denn die Ursachen für einen Schlaganfall entstehen häufig über viele Jahre hinweg langsam und unbemerkt. Erst dann kann es zu o. g. Symptomen kommen. Diese können auch nur kurzzeitig auftreten und nach wenigen Minuten bis maximal 24 Stunden wieder verschwinden. Ausgelöst werden sie durch eine vorübergehende Durchblutungsstörung des Gehirns, eine sog. TIA (transitorisch-ischämische Attacke). Die TIA schädigt das Gehirn noch nicht maßgeblich, sie ist jedoch ein ernstzunehmendes Warnzeichen, denn ein Drittel der TIA-Patienten werden in Folge einen Schlaganfall erleiden. Jeder Schlaganfall ist ein Notfall, und es muss schnellstmöglich gehandelt werden, denn durch eine Minderversorgung der Gehirnzellen mit Sauerstoff sterben mit jeder Minute diese Zellen unwiederbringlich ab. Je früher die Therapie beginnt, desto höher ist die Chance, betroffenes Hirngewebe vor dem Untergang zu „retten“.

Deshalb muss jegliche Symptomatik unbedingt ernst genommen werden und bei Verdacht der Notruf 112 abgesetzt werden.

In der Akutphase bei Einlieferung des Schlaganfallpatienten steht einerseits die Erfassung und Sicherung der Vitalparameter im Mittelpunkt der medizinischen Bemühungen, andererseits erfolgt die Erstuntersuchung durch den Arzt. Die ersten diagnostischen Maßnahmen umfassen folgende Untersuchungen:

- Anamnese und klinische Untersuchung
- Blutdruckmessung
- Herzfrequenz/Puls
- Erfassung der Atemfrequenz
- Messung der Sauerstoffsättigung
- Blutzuckermessung
- Labordiagnostik
- Körpertemperatur

Anschließend erfolgt eine Bildgebung des Kopfes mittels CT oder MRT. Kann hier eine Hirnblutung oder eine andere Erkrankung des Gehirns ausgeschlossen werden, erhärtet sich der Verdacht auf einen Hirninfarkt, und es muss schnell gehandelt werden. Zunächst ist es wichtig, das Gewicht des Patienten zu ermitteln. Dieses wird für die exakte Dosierung der Lyse-Therapie benötigt. Diese ist die wichtigste und bisher einzige zugelassene Akutbehandlung des ischämischen Insults. Sie kann nur bis 4,5 Stunden nach Symptombeginn verabreicht werden. Der Wirkstoff Alteplase, ein gentechnisch hergestellter Gerinnungshemmer, kann das verschlossene Blutgefäß im Gehirn wieder eröffnen, so den weiteren Untergang von Hirngewebe verhindern und damit das Behandlungsergebnis verbessern.

Während dieser Therapie wird der Patient kontinuierlich am Monitor überwacht, um die Vitalparameter zu kontrollieren. Außerdem sind der zuständige Arzt und eine Pflegekraft permanent anwesend, um den klinischen Zustand des Patienten zu beurteilen.



Abbildung 34: Stroke-Bett mit Monitoring

Bei bestimmten Verschlüssen von großen Hirngefäßen kann es notwendig werden, zusätzlich zur Lysetherapie das Gefäß mit Hilfe eines Katheters wieder zu eröffnen.

Auch nach Beendigung der Lysetherapie werden die Patienten über etwa drei Tage kontinuierlich überwacht und in regelmäßigen Abständen (mindestens viermal täglich) von den Ärzten und Schwestern neurologisch untersucht. Es erfolgt möglichst rasch die Abklärung der Ursachen für den Schlaganfall. Hierfür finden folgende Untersuchungen statt:

- Transösophageale/ transthorakale Echokardiographie (Ultraschalluntersuchung des Herzens)
- Doppler-/Duplexsonographie (Ultraschall der Hals-/Kopfgefäße)
- oraler Glukosetoleranztest
- Langzeit EKG-Erfassung
- SRA (Schlaganfallrisikoanalyse durch Screening der Herzfrequenz auf Arrhythmien)
- Monitoring mindestens 72 Stunden (Blutdruck, Herzfrequenz, Atemfrequenz, Puls, Sauerstoffsättigung, Temperatur)
- Labordiagnostik



Abbildung 35: Sonografie der Halsgefäße

Je nach Ergebnis dieser Untersuchungen wird die weitere medikamentöse und/oder operative Therapie festgelegt, die vor Komplikationen und neuerlichen Schlaganfällen schützen soll.

Bereits innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme beginnt die Behandlung durch die Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden. Diese wird während der gesamten Behandlung - auch am Wochenende - weitergeführt.

Durch unsere ebenfalls fest zum Team gehörende Sozialarbeiterin wird im Falle der Notwendigkeit einer Rehabilitationsbehandlung oder die häusliche Weiterversorgung nach Entlassung organisiert. Bei Defiziten im Hirnleistungsbereich wird ein Neuropsychologe zur Diagnostik und Therapie hinzugezogen. Nicht zuletzt ist auch die Rolle der speziell geschulten Pflegekräfte auf der Stroke Unit besonders hervorzuheben, von denen fünf Mitarbeiterinnen eine besondere Ausbildung zur „Stroke Nurse“ (Schlaganfall-Schwester) und eine Mitarbeiterin zusätzlich eine Ausbildung zur Fachschwester für Anästhesie und

Intensivpflege absolviert haben. Sie sind von allen nicht-ärztlichen Berufsgruppen am häufigsten bei den Patienten anwesend und vermitteln in täglichen Teamgesprächen zwischen Pflege, Medizinern, Therapeuten und Sozialarbeitern, um eine qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung zu gewährleisten.

Zusammenfassend besteht der große Vorteil einer Schlaganfallbehandlung auf einer Stroke Unit in der Möglichkeit, mit Hilfe eines multidisziplinären Teams sowie modernster Technik innerhalb kürzester Zeit eine umfassende Diagnostik und Therapie zum Nutzen der Patienten durchzuführen.



Romy Grüber
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Neurologie
Krankenschwester



Conny Höhn
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Neurologie
Krankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie



Dr. Sebastian Karpf
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Neurologie
Chefarzt

Die Behandlung der Multiplen Sklerose in der Klinik für Neurologie im Wandel der Zeit

Gabriele Gora, Sebastian Karpf

Im folgenden Artikel soll die Entwicklung der Klinik für Neurologie in Hildburghausen in Verbindung mit der Entwicklung der Behandlung von Multipler Sklerose (MS) in den letzten Jahrzehnten dargestellt werden. Bereits seit Ende der 1940er Jahre wurden neurologische Erkrankungen in der damaligen Nervenlinik behandelt.

1953 entwickelte sich eine noch der Psychiatrie zugeordnete neurologische Abteilung, zu der auch eine Röntgenabteilung, ein Labor mit der Möglichkeit der Liquordiagnostik und eine EEG-Abteilung gehörten.

1958 wurde im damaligen Hauptgebäude eine Station mit 20 Betten für neurologische Patienten eingerichtet. Die Kapazitätsgrenze war aber schnell erreicht, da die Anzahl von behandlungsbedürftigen Patienten, gerade auch mit dem Krankheitsbild der Multiplen Sklerose, rasch zunahm. Zur Standardtherapie gehörten damals unter anderem Quecksilber- und Eigenblutbehandlungen.

Mitte der 1960er Jahre wurde in der damaligen Landesnervenlinik eine eigenständige Klinik für Neurologie etabliert. Zum damaligen Zeitpunkt konnten auf zwei Stationen bis zu 30 Patienten behandelt werden. Die diagnostischen Möglichkeiten umfassten die konventionelle Röntgentechnik inklusive Kontrastmitteldarstellungen des Rückenmarkkanals und die Pneumenzephalographie, bei der das Nervenwassersystem mit Luft oder Gas gefüllt wurde, um dieses im Röntgenbild des Kopfes sichtbar zu machen.

Zur Diagnosestellung der Multiplen Sklerose wurde auf die Liquordiagnostik zurückgegriffen, die sich zum damaligen Zeitpunkt allerdings relativ eingeschränkt auf die Bestimmung der Zellzahl, des Gesamteiweißes und der Pandyprobe beschränkte. (Differentialdiagnostisch wurde hier häufig auf Syphilis untersucht.) Die elektrophysiologischen Untersuchungen beschränkten sich zum damaligen Zeitpunkt noch auf die Elektroenzephalographie und die Elektroneurographien. Die Diagnosestellung erfolgte nach klinischen Kriterien mit entsprechenden neurologischen Defiziten in Korrelation mit Liquorbefunden. Eine CT- bzw. MRT-Diagnostik war noch nicht möglich.

Die Behandlungsschemata umfassten in der Akuttherapie die hochdosierte intravenöse Kortisongabe gefolgt von einer Kortisongabe in Tablettenform mit absteigender Dosierung. Darüber hinaus standen Medikamente, die das Immunsystem unterdrücken als Infusionen und in Tablettenform zur Verfügung. Die stationäre Behandlungsdauer der Patienten umfasste zum Teil bis zu sechs Wochen, während derer dann vor allem auch eine physiotherapeutische Betreuung erfolgte. Die Klinik für Neurologie war zum damaligen Zeitpunkt in einem Flügel des Zentralgebäudes untergebracht. Nach Errichtung des neuen Bettenhauses Anfang bis Mitte der 1990er Jahre zog die Neurologische Klinik, mit jetzt 40 Betten, auf zwei komplett neue Stationen in das zentrale Bettenhaus.

Die diagnostischen Möglichkeiten hatten sich in diesem Zeitraum für alle neurologischen Erkrankungen, insbesondere aber für die Multiple Sklerose, erheblich erweitert. Seit dieser Zeit wurde auch immer öfter die neu zur Verfügung stehende MRT- Diagnostik durchgeführt. Dazu wurden die Patienten, teils über weite Distanzen, zunächst nach Würzburg, später nach Coburg, Kronach und zuletzt Meiningen transportiert. Die Erweiterung der Bildgebung durch die Kernspintomographie eröffnete zum damaligen Zeitpunkt differenti-aldiagnostisch einen neuen Horizont. Durch die teils typische radiologische Befundkonstellation waren die Krankheitsbilder deutlich besser differenzierbar. Gerade hinsichtlich der Diagnostik der Multiplen Sklerose lag hier ein diagnostischer Meilenstein.

Mitte der 1990er Jahre ist mit der Einführung mehrerer immunmodulatorischer Medikamente, die das Immunsystem beeinflussen ohne es zu unterdrücken (Interferonpräparate, Glatirameracetat), auch in der Therapie der Erkrankung eine enorme Spektrumerweiterung eingetreten. Gerade jungen Patienten war damit, auch bezüglich der Familienplanung, deutlich mehr Sicherheit gegeben. Darüber hinaus lag die Wirksamkeit der neuen Medikamente über denen der bis dato angewandten Substanzen. Die Individualisierung der Therapie der Multiplen Sklerose war somit eingeleitet. Im Verlauf der folgenden Jahre bis zur Jahrtausendwende folgten auch bezüglich der Liquordiagnostik weitere Verfeinerungen, die die Diagnosestellung vereinfachten. In ständiger Überarbeitung befanden sich auch die radiologischen Diagnosekriterien, die zum aktuellen Zeitpunkt eine größtmögliche Diagnosesicherheit gewährleisten.

Allein im Verlauf der letzten zehn Jahre wurden viele weitere neue Medikamente zur Behandlung der Multiplen Sklerose zugelassen. Mittlerweile stehen neben oralen, subkutanen und intramuskulären, auch in großen Zeitintervallen intravenös zu verabreichende Präparate zur Verfügung. Die moderne Therapie

der Multiplen Sklerose ist heute so individuell wie nie. Nach Alter, Geschlecht und individuellen Gegebenheiten kann für jeden Patienten ein passendes Präparat ausgewählt werden, welches neben einer hohen Schubratenreduktion auch eine Verhinderung der Behinderungsprogression und der Abnahme des Hirnvolumens gewährleistet. Die Freiheit von sowohl klinisch als auch radiologisch messbarer Krankheitsaktivität stellt heute das Behandlungsziel dar. Wenn unter einem eingesetzten Medikament noch Schübe oder neue MRT-Veränderungen auftreten, wird zeitnah auf wirksamere Präparate umgestellt, um eine weitere Krankheitsaktivität zu unterdrücken. Obwohl noch keine Heilung der Multiplen Sklerose möglich ist, kann so für viele Patienten ein normales Leben ohne Krankheitsaktivität erreicht werden.

In der Klinik für Neurologie wird heute das gesamte Spektrum der Diagnostik und Therapie der Multiplen Sklerose angeboten. Seit Dezember 2007 stand ein eigenes MRT zur Verfügung, das im Juli 2015 durch ein Gerät der neuesten Bauart ersetzt wurde.

Seit 2014 ist die Klinik zertifiziertes MS-Zentrum, welches sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich jährlich insgesamt ca. 800 MS-Patienten behandelt. In der Ambulanz werden regelmäßige Infusionsbehandlungen zur Behandlung der Multiplen Sklerose durchgeführt.

In unserer Klinik stehen drei zertifizierte MS-Schwester zur Verfügung, die allen Patienten sowohl stationär als auch ambulant als Ansprechpartner zur Seite stehen. Die MS-Schwester ist ein wichtiges Bindeglied zwischen Arzt und Patient. Sie übernimmt einen Teil der Aufklärungsarbeit, individuellen Betreuung und steht dem Patienten als Ansprechpartnerin zur Seite.

Durch kontinuierliche Fortbildungen sind die Ärzte, Schwestern und Therapeuten der Klinik jederzeit auf dem neuesten Wissensstand bezüglich der Diagnostik und Therapie der Multiplen Sklerose. In regelmäßiger Abfolge werden für Patienten und Angehörige Veranstaltungen organisiert, die über den aktuellen Stand der MS-Therapie informieren. Ein MS-Stammtisch gerade für junge, noch nicht schwer betroffene Patienten, wurde durch die MS-Schwester ins Leben gerufen und seit 2013 regelmäßig durchgeführt.

Zusammenfassend hat die Klinik für Neurologie in den HELIOS Fachkliniken Hildburghausen die Entwicklungen in der Diagnostik und Therapie der Multiplen Sklerose seit über 50 Jahren begleitet und für die Menschen in unserer Region bis in die Gegenwart aktiv mitgestaltet. Dies wollen wir auch in der Zukunft auf dem jeweils neuesten Stand der Wissenschaft fortsetzen.



Dr. Gabriele Gora
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Neurologie
Leitende Oberärztin



Dr. Sebastian Karpf
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Neurologie
Chefarzt

Parkinson-Komplexbehandlung in der Neurologie

Nicole Hartig, Sebastian Karpf, Jana Rönsch, Janine Thaler,
Heidi Zähle

*Hallo Parkinson,
Nicht eingeladen, trotzdem da
Etwas dreist bist Du ja
Hast dich einfach bei mir breit gemacht
Mir Schmerz und Kummer mitgebracht
Versuchst, meine Bewegungen zu lenken
Mein Leben ganz schön einzuschränken
In den Griff wirst du mich nicht bekommen,
Das hab ich mir fest vorgenommen
Manchmal gewinnst du Überhand
Das raubt mir dann fast den Verstand
Doch ich setz mich zur Wehr, ich lass es nicht zu
Und wer dann verliert, das bist meistens du
Meist beherrsche ich Dich , dann geht es mir gut
Und so soll es bleiben, ich hab ganz viel Mut
Noch genieße ich das Leben, auch mit dir im Nacken
Doch auch wenn's mal anders wird, ich werde es packen*

(www.parkinson-web.de)

So oder ähnlich ergeht es bestimmt vielen Menschen mit der Parkinson-Erkrankung.

Was ist Morbus Parkinson?

Morbus Parkinson ist eine neurologisch-degenerative Erkrankung des Gehirns, die in erster Linie durch die Störung der Bewegungsabläufe gekennzeichnet ist. Betroffen ist dabei der gesamte Organismus, nicht nur Arme und Beine, sondern auch Rumpf, Kopf, Sprechorgane, Darm und anderes mehr. Auslöser der Symptomatik von Morbus Parkinson ist das Ungleichgewicht bestimmter biochemischer Prozesse im Gehirn, wie Dopaminmangel.

Welche Symptome treten auf?

- Verlangsamung der Bewegungen (Akinese)
- Verbesserung der Körperhaltung (Rumpfstabilität)
- spezielle Muskelverspannung (Rigor)
- Zittern (Tremor)
- gebeugte Körperhaltung, oft noch zu einer Seite geneigt.

Weitere Symptome können parallel auftreten, wie:

- veränderte Mimik
- veränderte Sprache
- vegetative Symptome
- psychische Veränderungen

Neben der medikamentösen Therapie bieten wir in unserer Klinik ein ganzheitliches Behandlungskonzept an, bestehend aus Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie. Diese Therapien werden individuell auf den einzelnen Patienten, seine Symptome und sein soziales Umfeld abgestimmt.

Folgende Therapien können zur Anwendung kommen:

Physiotherapie

- Verbesserung der Körperhaltung (Rumpfstabilität)
- Gleichgewichtstraining
- Koordinationsverbesserung

Logopädie

- Training der Gesichts- und Zungenmuskulatur
- Üben der deutlichen Artikulation und Lautstärke
- Schlucktherapie

Ergotherapie

- Training alltäglicher Lebensaktivitäten, z.B. Körperpflege, Ankleiden
- Schulung der Körperwahrnehmung und Beweglichkeit der Arme und Hände
- Gedächtnistraining



Abbildung 36: Physiotherapie

Alle drei Berufsgruppen ergänzen sich gegenseitig. Anhand eines Fallbeispiels soll aufgezeigt werden, wie die therapeutische Zusammenarbeit erfolgen kann: Herr P., 71 Jahre alt, kam in die Klinik in einem immobilen und bettlägerigen Zustand. Alle Aktivitäten des täglichen Lebens mussten vollständig vom Personal übernommen werden. Er war sehr schläfrig, kaum ansprechbar, bewegungsarm und kraftlos. Seine Sprache war fast unverständlich. Durch tägliche, kontinuierliche Therapien im interdisziplinären Team der Parkinsonkomplexbehandlung, war es möglich, Herrn P. allmählich zu aktivieren. Nach ein paar Tagen verbesserte sich sein Gesundheitszustand, er wurde deutlich wacher und aktiver in Bewegungen, Handlungen und Sprache. Durch Transferübungen in den Sitz, alltagsnahe Bewegungsübungen der Arme und Hände sowie Übungen zum deutlichen und lauten Sprechen wurde er soweit mobilisiert, dass die Teilhabe an einem besonderen Alltagsgeschehen aktiv erfolgen konnte.

In der Adventszeit sollte auf der neurologischen Station der Weihnachtsbaum geschmückt werden. So kam uns die Idee, Herrn P. mit einzubeziehen. Auch zu Hause war das immer seine Aufgabe gewesen. Die Mitarbeiter der Station achteten dabei auf seine Schwerpunkte. Er sollte die Kugeln selbstständig und zielgerichtet greifen können sowie die Farben benennen und dabei laut und deutlich sprechen. Aufgrund seiner starken Körperneigung nach rechts wurde er angehalten, die Kugeln an die linke Baumhälfte zu hängen. Herr P. erinnerte sich an vergangene Weihnachten und erzählte davon. Die Freude war ihm deutlich anzusehen. Mit strahlendem Gesicht und leuchtenden Augen betrach-

tete er den schön geschmückten Weihnachtsbaum. Im Laufe des weiteren Aufenthaltes in unserer Klinik konnten wir eine deutlich positive Entwicklung verzeichnen. Allgemein wurde Herr P. mobiler in seiner Bewegung und konnte somit viele Aktivitäten im Alltag aktiv unterstützen. Das Ankleiden gelang ihm besser, ebenso die Körperpflege. Er war wach, zeitlich und räumlich orientiert, und es war eine deutliche Artikulation möglich. Nach fast drei Wochen Klinikaufenthalt und einem ganzheitlichen Behandlungskonzept, bestehend aus einem interdisziplinären Team, konnte Herr P. vollends zufrieden und glücklich entlassen werden.

Durch die Verbesserung der Rumpfstabilität und seiner Körperhaltung war Herr P. nun in der Lage, mit Hilfe eines Rollators aufzustehen und sich langsam, mit zielgerichteten Schritten, fortzubewegen. Spaziergänge mit der Familie waren wieder möglich. Aber auch dies sollte nicht stillschweigend erfolgen, denn durch die deutliche Verbesserung seiner Sprache waren jetzt auch unterhaltsame Gespräche möglich.

Um die wiedererlernten Aktivitäten beizubehalten bzw. eine Verschlechterung zu vermeiden, ist es für betroffene Patienten ratsam, auch zu Hause und im Alltag ein kontinuierliches Training durchzuführen. Hier ist besonders die Familie der Betroffenen anzusprechen. Sie sollte dem Angehörigen Zeit und die Möglichkeit geben, sich im Alltag zu integrieren. Es sollten nicht Aufgaben abgenommen beziehungsweise übernommen werden, sondern der Patient sollte aktiv am Alltagsgeschehen teilnehmen können im Rahmen seiner körperlichen Möglichkeiten. Jeder Mensch hat das Bedürfnis, gebraucht zu werden, und das ist auch Therapie! Und manchmal ist weniger einfach mehr....

Traumhaft

*Jetzt schreibe ich mal ein Gedicht
denn meine Füße „kleben“ nicht.
Die Türzargen, die lass ich steh'n,
kann mitten durch die Türen geh'n.
Das „Zittern“ heute Urlaub macht,
ich hab' schon dreimal heut' gelacht.*

*Mein linker Arm, der pendelt mit,
und ohne „eiern“ geht mein Schritt.
Die Zunge brennt nicht mehr, wie schön
und tu' auch nichts mehr doppelt seh'n.
Meine Schrift kann man nun lesen,
als wäre sie nie weg gewesen.*

*Ich springe morgens aus dem Bett,
mache mich schön, mach' mich adrett.
Die Frau'n schau'n wieder zu mir her,
das macht mich stolz, was will man mehr.*

*Da gibt es plötzlich einen Krach,
ich bin aus meinem Traum erwacht.*

Dennoch

*Mein Traum hat mir gezeigt was geht,
wenn man nur fest zur Krankheit steht...
Ich strenge mich jetzt viel mehr an,
bestimmt wird vieles besser dann,
so hat der Traum mir gutgetan,
jetzt fang ich mit dem Üben an.*

(www.parkinson-web.de)



Nicole Hartig
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Abteilung Physiotherapie
Physiotherapeutin



Dr. Sebastian Karpf
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Neurologie
Chefarzt



Jana Rönsch
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Abteilung Physiotherapie
Physiotherapeutin



Janine Thaler
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Abteilung Ergotherapie
Ergotherapeutin



Heidi Zähle
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Abteilung Ergotherapie
Logopädin



*Forensische Psychiatrie
und Psychotherapie
(Maßregelvollzug)*

Versorgungsstruktur im Maßregelvollzug

Karlheinz Berger

In der Thüringer Verordnung über den Vollstreckungsplan für den Maßregelvollzug ist für den Vollzug der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB die Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der HELIOS Fachkliniken Hildburghausen zuständig.

Eine Maßregel zur Besserung und Sicherung ist im deutschen Strafrecht eine vom Strafgericht angeordnete Rechtsfolge für eine rechtswidrige Tat. Die Maßregel ist von der Schuld unabhängig und wird zum Schutz vor Straftätern und zu deren Besserung angeordnet. Die strafrechtliche Unterbringung nach § 64 StGB war ursprünglich gedacht, Personen, die wegen ihrer Abhängigkeitsproblematik kriminell geworden sind, über den therapeutischen Weg von weiteren Straftaten abzubringen.

Historisch wurden am 24. November 1933 mit dem Gesetz gegen „gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung“ die Maßregeln der Sicherung und Besserung in das Strafgesetzbuch eingeführt. Unter anderem war die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (für "Trunkenbolde und Gewohnheitstrinker") vorgesehen. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden die Maßregeln ins Strafgesetzbuch übernommen und mit der bundesdeutschen Strafrechtsreform von 1969 in den Paragraphen 63 und 64 StGB formuliert.

In der DDR war seit 1969 der Maßregelvollzug nicht mehr im Strafgesetzbuch enthalten. 1975 wurde in einem Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland („Psychiatrie-Enquete“) die sogenannte Schlusslichtposition des Maßregelvollzugs (MRV) beklagt. Demnach war die personelle Ausstattung im MRV deutlich schlechter als in psychiatrischen Krankenhäusern. Lediglich die Hälfte des von der Psychiatrie-Enquete empfohlenen Personalschlüssels war für den MRV vorgesehen. Es gab für die Patienten nur eingeschränkte Möglichkeiten zur schulischen und beruflichen Weiterbildung. Die Arbeitstherapie war auf manuelle Tätigkeiten beschränkt und meist nicht in das Therapiekonzept eingebunden. Psychotherapie existierte nur am Rande. Im Zuge des 2. Strafrechtsreformgesetzes wurde im deutschen Strafrecht das System der „Zweispurigkeit“, also die Unterscheidung zwischen Strafen und Maßregeln, beibehalten. Therapie sollte in forensisch-psychiatrischen Spezialabteilungen effizienter werden, der Gedanke der Rehabilitation und Wiederein-

gliederung sollte im Vordergrund stehen. Nach 1990 verbesserte sich die Situation. Neubauten bzw. Umbauten und eine deutliche Aufstockung des Personals ermöglichten ein effizienteres Arbeiten. Aber nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ entwickelte sich der Maßregelvollzug weiter, die Bemühungen um Qualifizierung der forensischen Mitarbeiter nahmen stetig zu. Seit Beginn der 1970er Jahre ist ein sprunghafter Anstieg der Gesamtzahl von Maßregelvollzugspatienten sowie der jährlichen Anordnungen zu verzeichnen.

In den letzten Jahren ist besonders die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB davon betroffen. 1970 waren es lediglich 179 Personen, die nach § 64 StGB untergebracht waren, 2014 waren es 3.822 Untergebrachte. Hauptgründe dürften einerseits die Zunahme der richterlichen Zuweisungen sein, andererseits ein Anstieg der Verweildauern. 2013 betrug die durchschnittliche Verweildauer bundesweit 726 Tage. Die Folge ist, dass die meisten § 64 -Einrichtungen - wie auch Hildburghausen - Kapazitätsprobleme zu beklagen haben. Sicherheit und Therapie sind dadurch gefährdet. Nicht nur die stetige Zunahme der Patientenzahlen erschweren die therapeutische Arbeit im Maßregelvollzug gem. § 64 StGB sondern diagnostische Unsicherheiten und Fehleinweisungen gefährden seit jeher die Erreichung der Maßregelvollzugsziele, die sich aus dem Gesetzestext des § 64 StGB ergeben. Um diese Probleme lösen zu können, ist in den einzelnen Einrichtungen eine strukturelle und konzeptionelle Weiterentwicklung erforderlich.

Um einen nachhaltigen Schutz für die Bevölkerung vor Straftätern zu gewährleisten, ist nicht nur eine qualifizierte Therapie erforderlich. Ebenso sind umfangreiche strukturelle Sicherheitsmaßnahmen unabdingbar. Sicherheit und Therapie gehören in einer forensischen Einrichtung zusammen.

Im neuen Maßregelvollzugsgebäude in den HELIOS Fachkliniken Hildburghausen, das im Mai 2006 eröffnet wurde, wird Sicherheit folglich als sehr wichtig erachtet. Die Einrichtung verfügt über einen komplexen Sicherheitsstandard nach neuestem technischen Stand. Sicherheit ist ein zentraler Schwerpunkt insbesondere der geschlossenen Stationen. Die Sicherheitsbelange werden hier vornehmlich durch besondere bauliche Maßnahmen, aber auch durch die ständige Präsenz des Pflegepersonals und durch die speziell in Sicherheitsfragen geschulten Mitarbeiter des Behandlungsteams gewährleistet. Aus dem geschlossenen Bereich wurde bisher noch kein einziger Fluchtversuch verzeichnet.



Abbildung 37: Eingangsbereich Maßregelvollzug

In Hildburghausen werden hauptsächlich Untergebrachte im Alter zwischen 20 und 40 Jahren, überwiegend mit Drogenproblemen, behandelt. Alkoholranke Straftäter wurden in den letzten Jahren weniger von den Gerichten zugewiesen. Drogenkriminalität spielt die Hauptrolle im Deliktspektrum. Dabei handelt es sich oft um Straftaten, mit denen Geld (oder Drogen) für den Drogenkonsum beschafft werden soll (z.B. Diebstahl- und Raubdelikte). Aber auch Straftaten, die unter dem Einfluss psychoaktiver Substanzen infolge eines akuten oder chronischen Konsums begangen werden (z.B. Körperverletzungsdelikte im Rauschzustand), führen zur Unterbringung. Nicht zu vergessen sind Delikte, die im Rahmen illegaler Drogenmärkte begangen werden oder die mit dem Drogenhandel und dem Konsum von Drogen im Zusammenhang stehen (z.B. Besitz und Handelreiben mit Betäubungsmitteln).

Das Ziel der therapeutischen Arbeit im MRV Hildburghausen ist die optimale psychosoziale und berufliche Reintegration und Rehabilitation des Patienten. Ihm soll ein sucht- und straffreies Leben ermöglicht werden. Eine langfristige Suchtmittelfreiheit wird angestrebt. Das Ziel wird durch ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten, Sozialpädagogen und Sozialarbeitern, Juristen, Ergotherapeuten, Sporttherapeuten, Pflegekräften und Sicherheitsfachleuten umgesetzt.

Im geschlossenen Bereich findet auf sieben Therapiestationen die suchtspezifische Kriminaltherapie statt. Eine Station ist jeweils mit 13 bzw. 14 Plätzen ausgestattet, davon acht in Einzelzimmern. Aufgrund baulicher Gegebenheiten sind jeweils zwei Stationen zusammengefasst, die von einem festen therapeutischen Team betreut werden. Geleitet wird eine Station von einem Stationspsychologen.



Abbildung 38: Arbeitsbereich der Sozialarbeiter im MRV

Im offenen Bereich befinden sich drei Rehabilitationsstationen mit 28 Einzelzimmern. Hier steht die Integration in den geplanten sozialen Empfangsraum im Vordergrund. Die Stationen werden durch Sozialpädagogen sowie einen Psychologen geleitet. Das Behandlungskonzept umfasst nicht allein die Zeit während der Unterbringung, sondern auch die Phase danach. Die seit Jahren an die Klinik gebundene Forensische Fachambulanz soll die während der stationären Behandlung erzielten Fortschritte stabilisieren. Zudem besitzt sie eine kontrollierende und sehr wichtige präventive Funktion. Durch die 2007 gesetzlich geschaffene Möglichkeit der „befristeten Wiederinvolzugsetzung“ der Unterbringung während der Führungsaufsicht ist eine schnelle Reaktion auf eine Destabilisierung des an die Fachambulanz gebundenen Patienten, z.B. durch erneuten Suchtmittelkonsum, gegeben.

Die suchtspezifische Kriminaltherapie untergliedert sich in vier Therapiephasen. Die ersten drei Phasen im geschlossenen Bereich dauern im Regelfall ca. 15 Monate, im offenen Bereich ist von einer Zeitspanne von ca. sechs Monaten auszugehen.

Nach Aufnahme aus der Justizvollzugsanstalt oder aus Freiheit wird der Untergebrachte auf eine Therapiestation verlegt. Damit beginnt **Phase 1** der Therapie. Alle Untergebrachten erhalten zu Beginn ihrer Therapie einen Therapieplaner. Die Phase 1 sollte zeitlich auf die ersten sechs Wochen der Unterbringung bis zur ersten Behandlungsplanung begrenzt sein. Sie beinhaltet den ärztlichen, den pflegerischen und den sozialarbeiterischen Aufnahmeprozess,

die Erstellung der ausführlichen Anamnese, die testpsychologische Diagnostik, die Entscheidung, ob ein Untergebrachter einen Schulabschluss absolvieren möchte, und die Arbeitsprofilhebung. In den Informationsgruppen wird Grundsätzliches zur Maßregeltherapie vermittelt.

Phase 2 ist in erster Linie psychoedukativ ausgestaltet. Die Untergebrachten sollen hier zunächst ihr Wissen über die Therapie, die Suchterkrankung im Allgemeinen und über kriminaltherapeutische Methoden und Modelle erhalten. Aufgrund der noch ausbleibenden Lockerungen bieten sich diese Phasen am ehesten zur Beziehungsgestaltung und Gestaltung des therapeutischen Prozesses an. Insofern ist eine regelmäßige einzeltherapeutische Behandlung ebenso wichtig wie die regelmäßige Kontaktaufnahme zu den Untergebrachten von Seiten der Bezugspflege.

Die **dritte Phase** fokussiert die Erarbeitung individueller Zusammenhänge zwischen Biographie, Sucht und delinquenter Entwicklung. Die gruppentherapeutische Arbeit soll hier die regelmäßigen psychotherapeutischen Einzelgespräche sukzessive ablösen, so dass die Frequenz der Einzelkontakte herabgesetzt werden kann. Die Untergebrachten erhalten in der Regel erste Vollzugslockerungen, so dass die Außenorientierung langsam ansteigt. Mit Ende der dritten Therapiephase wird ein Untergebrachter in den offenen Bereich verlegt.

Die sich anschließende **vierte Therapiephase** sieht gruppentherapeutische Maßnahmen, insbesondere ein Rückfallpräventionstraining sowie Einzelgespräche auf Antrag, vor.

Verschiedene psychotherapeutische Behandlungsformen finden in Hildburghausen Anwendung. Zunächst erhalten alle Patienten in den ersten drei Therapiephasen psychotherapeutische Einzelgespräche. Die Beziehung zwischen den Einzeltherapeuten und den Patienten wird als intensive Arbeitsbeziehung auf Zeit verstanden. Die wesentliche Aufgabe der Einzeltherapeuten (Psychologen) besteht darin, die verschiedenen therapeutischen Maßnahmen ausgewogen zu koordinieren und dem jeweiligen Therapiestand der Untergebrachten anzupassen. Neben den zahlreichen Aufgaben im Rahmen der Kriminaltherapie besteht eine wichtige Funktion der Einzeltherapeuten auch darin, in einer wertschätzenden und respektvollen Grundhaltung die Untergebrachten dabei zu unterstützen, kriminelles und dysfunktionales Verhalten ab- sowie prosoziales und funktionales Verhalten aufzubauen.

Es gilt außerdem, neu erlernte Fertigkeiten der Untergebrachten in die Therapieplanung zu integrieren und Veränderungsprozesse voranzutreiben, ohne die Balance für die Akzeptanz des aktuellen Zustandes zu verlieren.

Neben der Einzeltherapie werden in den jeweiligen Phasen Gruppen mit verschiedenen thematischen Schwerpunkten angeboten. In den Suchtgruppen wird zunächst ein grundlegender Wissensstand über das Thema Suchterkrankung vermittelt. Anschließend werden individuelle Aspekte der Suchtentstehung und -entwicklung des Patienten aufgegriffen und in die psychotherapeutische Arbeit integriert. In den Basisgruppen setzen sich die Untergebrachten mit Gruppen- und Kommunikationsregeln auseinander. Die Auseinandersetzung mit eigener Kriminalität, Legitimationsstrategien und dissozialen Einstellungen sind Thema der Deliktgruppen. Die Untergebrachten sollen ihre Identifikation mit dem kriminellen Milieu hinterfragen und sich dessen bewusst werden. Ziel der Rückfallpräventionsgruppen ist die Wissensvermittlung zum allgemeinen Rückfallgeschehen, das Extrahieren individueller Rückfallrisikofaktoren sowie das Identifizieren von möglichen Schutzfaktoren gegen einen Rückfall.

Viele der Patienten sind auch wegen Körperverletzungsdelikten untergebracht. Deswegen stehen verschiedene Formen des Antiaggressionstrainings zur Verfügung. Ziel des Trainings ist es, ihnen zu ermöglichen, aggressive Impulse umfassend wahrzunehmen, diese zu kontrollieren und sich in Krisensituationen gewaltfrei zu verhalten. Zusätzlich werden Gruppen zur Förderung der sozialen Kompetenz angeboten. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Entspannungstechniken zu erlernen.

Viele der Patienten verfügen weder über einen Schulabschluss noch über eine berufliche Ausbildung. Neben der Psychotherapie kann in Hildburghausen ein Schulabschluss erworben werden. Für die Patienten besteht die Möglichkeit, innerhalb eines Jahres einen Hauptschulabschluss oder einen Realschulabschluss zu erwerben. Die Beschulung erfolgt durch externe Lehrkräfte. Die Prüfungen werden nach der Thüringer Schulordnung unter Leitung des Schulamtes Südthüringen an den Regelschulen in Hildburghausen durchgeführt. Ergo- und arbeitstherapeutische Maßnahmen stellen einen weiteren sehr wichtigen Aspekt der Patientenversorgung dar. Ziel ist es hier, die Patienten bis zur Entlassung so weit wie möglich in ein Arbeitsverhältnis, ein Praktikum oder eine Bildungsmaßnahme vermittelt zu haben.

Am Ende dieser Ausführungen sei noch angemerkt, dass das therapeutische Arbeiten mit suchtkranken Straftätern, die in den allermeisten Fällen neben der Suchtproblematik zusätzlich eine manifeste Dissozialität mit in die Therapie bringen, nicht immer einfach ist. Auch weil diese Menschen oftmals von uns einfach keine therapeutische Hilfe wollen.



Dr. Karlheinz Berger
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
Chefarzt

Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Maßregelvollzug

Karlheinz Berger

In § 61 des Strafgesetzbuches (StGB) werden die sog. Maßregeln der Besserung und Sicherung definiert. Hierzu zählen u.a. die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. Im Maßregelvollzug werden psychisch kranke bzw. suchtkranke Straftäter untergebracht, die für die Allgemeinheit gefährlich sind.

Seit dem 1. Januar 2002 ist in Thüringen der Maßregelvollzug infolge von Beleihungen auf private Träger übertragen worden. Die Forensischen Kliniken führen den Maßregelvollzug in neu gebauten, modernen Vollzugseinrichtungen durch und erfüllen beim Vollzug die von den Fachgesellschaften geforderten hohen Qualitätsstandards.

In der Thüringer Verordnung über den Vollstreckungsplan für den Maßregelvollzug ist für den Vollzug in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB die Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der HELIOS Fachkliniken Hildburghausen zuständig. Die Unterbringungszeit von suchtkranken Straftätern nach § 64 StGB ist auf zwei Jahre befristet.

Am 8. August 2014 trat das Thüringer Gesetz zur Neuregelung der als Maßregel angeordneten Unterbringung und ähnlicher Unterbringungsmaßnahmen in Kraft (ThürMRVG). Zuvor war der Maßregelvollzug in Thüringen im Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (ThürPsych-KG) geregelt.

In § 14 des ThürMRVG wurden die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung der Unterbrachten geregelt. In Absatz 3 wurde festgelegt, dass unter Berücksichtigung der Organisation der Vollzugseinrichtung und der besonderen Fähigkeiten des Unterbrachten die Erlangung eines Schulabschlusses, berufsfördernde Maßnahmen, eine Berufsaus- und Weiterbildung oder Umschulung oder eine Berufsausübung auch außerhalb der Vollzugseinrichtung ermöglicht werden können.

In bundesweiten Untersuchungen an Maßregelvollzugseinrichtungen wurde stets auf einen Mangel an schulischer Bildung und beruflichen Qualifikationen

hingewiesen. In einer Untersuchung von 2010, die von Mitarbeitern des Maßregelvollzugs in Hildburghausen durchgeführt wurde, zeigte sich, dass 31,4% der Untergebrachten keinen Schulabschluss hatten. Die meisten von dieser Gruppe hatten die Sonderschule besucht, ohne einen Schulabschluss erreicht zu haben. Nur etwas mehr als die Hälfte verfügte über einen Hauptschulabschluss, 10% der Probanden hatten einen Realschulabschluss bzw. die 10. Klasse der Polytechnischen Oberschule (vor 1990 in der DDR). Lediglich zwei Patienten konnten die Allgemeine Hochschulreife vorweisen. Im Vergleich mit allen Jugendlichen in Deutschland sind es beinahe viermal so viele Untergebrachte, die über keinen Schulabschluss verfügten. Ähnlich gestaltete sich das Niveau der Berufsausbildung. So verfügten nur 33% über eine abgeschlossene Berufsausbildung. 71,6% der Population waren länger als ein Jahr arbeitslos, 66,7% hatten zum Zeitpunkt des Anlassdelikts keine Beschäftigung.

Somit ist es kein Wunder, dass der Einstieg der Untergebrachten ohne Schulabschluss und ohne Berufsausbildung noch aussichtsloser erscheint als bei den anderen Arbeitssuchenden. Selbst mit Hauptschulabschluss wird es zunehmend schwieriger, eine Berufsausbildung oder einen Arbeitsplatz zu finden. Bis 2008 gab es in Hildburghausen für die Untergebrachten keine Möglichkeiten, Schulabschlüsse nachzuholen. Dies war im damaligen therapeutischen Konzept nicht vorgesehen. Im gleichen Jahr genehmigte das für den Maßregelvollzug zuständige Sozialministerium des Freistaats Thüringen eine Stelle für eine Pädagogische Fachkraft, die von der Klinikleitung beauftragt wurde, ein Konzept für schulische Maßnahmen im Maßregelvollzug zu erstellen. Da der Unterricht über externe Lehrkräfte laufen musste, wurde an den umliegenden öffentlichen Schulen nachgefragt, ob Lehrkräfte bereit wären, den Unterricht im Maßregelvollzug in Nebentätigkeit zu übernehmen. Gleichzeitig wurde mit dem zuständigen Schulamt Kontakt aufgenommen, ob Bedenken bestünden, schulische Qualifikationen im Maßregelvollzug durchzuführen. Es gelang der Einrichtung, sowohl geeignete Lehrkräfte zu finden, als auch das Schulamt für das Schulprojekt zu gewinnen.

Die Pilotphase im Schuljahr 2008/2009 konnte mit zwei Hauptschulabschlüssen erfolgreich beendet werden. Auf Grund der positiven Rückmeldungen aller an dieser ersten Phase Beteiligten (Schüler respektive Untergebrachte, Lehrkräfte, externe Schulen) war es möglich, das Projekt „Schule“ fortzuführen. Zudem konnte ein Curriculum für den Realschulabschluss konzipiert werden. Da fast alle Untergebrachten, die an diesen Schulabschlusskursen teilnehmen möchten, schon seit einigen oder sogar vielen Jahren keine Schule mehr besucht haben, wurden Vorkurse eingerichtet, in denen das Lernen geübt werden kann und

Vorkenntnisse aufgefrischt werden können. Insgesamt wurden seit 2009 ca. 70 Schüler unterrichtet (30 Hauptschüler, 40 Realschüler). 22 Schüler erreichten erfolgreich den Hauptschulabschluss, zwei Schüler davon den qualifizierenden Hauptschulabschluss. Den externen Realschulabschluss konnten bisher sogar 32 Schüler erwerben. Das sind 54 Patienten des Maßregelvollzugs, deren Chancen und Möglichkeiten auf eine Ausbildung bzw. einen Arbeitsplatz durch einen Schulabschluss und somit auf eine bessere Wiedereingliederung in die Gesellschaft verbessert wurden.

Fragt man heute die Patienten, die im Begriff sind, sich auf einen Schulabschluss im Maßregelvollzug vorzubereiten, geben sie zur Antwort, dass der Unterricht im Maßregelvollzug für sie bedeutet, den Hauptschul- oder Realschulabschluss nachholen zu können, um irgendwann die Chance zu bekommen, „draußen“ eine Lehre zu beginnen. Sie wissen, dass die Chancen einer Wiedereingliederung in die Gesellschaft auch von ihrem Ausbildungsstand abhängen. Neben dem Anspruch der schulischen Förderung und der Aufgabe der Resozialisierung hat die Schule eine therapeutische Bedeutung. In der Regel ist die Lerngeschichte der Patienten negativ vorbelastet. Schule ist für viele mit Schamgefühlen, Versagensängsten und Ängsten vor der Realität verbunden. Der Unterricht in der Klinik stößt daher auch persönliche Entwicklungen an. Durch den erfolgreichen Schulabschluss wird oft das Selbstwertgefühl des Untergebrachten gestärkt, endlich haben sie „was erfolgreich“ abgeschlossen.

Für eine erfolgreiche gesellschaftliche und berufliche Integration bringen die Untergebrachten des Maßregelvollzugs meist unzureichende berufliche Voraussetzungen mit. Im Rahmen von Resozialisierungsprogrammen, die auch Aus- und Fortbildung beinhalten, werden die Untergebrachten auf einen Neustart nach dem Aufenthalt im Maßregelvollzug vorbereitet. Für sie sind Maßnahmen und Bildungsziele konzipiert worden, die ein Arbeits- bzw. ein Ausbildungsverhältnis anstreben. Die erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Ergo-(Arbeits-)Therapie sollen bei der Berufsfindung und Ausbildung behilflich sein.

Durch das erlangte fachliche und soziale Wissen wird den Untergebrachten die Möglichkeit gegeben, sich eine gesicherte Zukunft in der neu gewonnenen Freiheit ohne Suchtmittel und Straftaten aufzubauen. Sie werden in Praktika sowie in Qualifizierungs- und Orientierungsmaßnahmen mit neuen Aufgaben und Arbeitsbereichen vertraut gemacht. Dort erhalten sie die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten, die zur Wiedereingliederung in die Gesellschaft sowie in den Arbeitsprozess erforderlich sind. Im Einzelfall können Personen,

die Interesse an einem Qualifikationsbaustein der IHK-Berufsfelder Holz, Metall, Elektro, Garten- und Landschaftsbau, Küche, Druckerei haben, diesen im Rahmen der Ergotherapie absolvieren und nach einer Prüfung mit einem IHK-Zertifikat abschließen.



Abbildung 39: Werkstatt der Arbeitstherapie im MRV

Die Chancen bei der Ausbildungsplatz- und Stellensuche werden dadurch wesentlich verbessert und die Zeit des Aufenthaltes gibt den Teilnehmern eine echte Möglichkeit, ihren Weg zurück in die Gesellschaft zu finden. Die oben erwähnten Qualifizierungsbausteine wurden im Rahmen der Thüringer Vereinbarung „Bildung und Berufseinstieg für Jugendliche und junge Erwachsene ohne Berufsabschluss“ durch die Arbeitsgemeinschaft der Thüringer Industrie- und Handelskammern und der Handwerkskammern entwickelt. Für fünf Qualifikationsbausteine (Montierer/in für Serienfertigung, Servicekraft Fertigung Metall/Elektro, Servicekraft Küchenbereich, Anlagenbediener/in Druck- und Druckweiterverarbeitung und Servicekraft Holzbearbeitung) hat sich die Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der HELIOS Fachkliniken Hildburghausen erfolgreich beworben und stellt somit gegenüber der IHK Südthüringen sowohl die räumlichen Voraussetzungen als auch die personellen Kompetenzen sicher, diese beruflichen Qualifikationen durchführen und abschließen zu können.



Abbildung 40: Druckerei im MRV

Schule, Ausbildung und Weiterbildung sind neben psychotherapeutischen Maßnahmen elementar für das Erreichen der Therapieziele des § 64 StGB. Es geht um Resozialisierung, um ein Wiedereingliedern der Untergebrachten in das soziale Gefüge der Gesellschaft. Ohne Schulabschluss und ohne Berufsausbildung ist dies in den meisten Fällen aussichtslos. Deswegen müssen schulische und berufsausbildungsfördernde Maßnahmen feste Bestandteile in der stationär-psychiatrischen und psychotherapeutischen Maßregelvollzugsbehandlung sein.



Dr. Karlheinz Berger
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
Chefarzt

Maßregelvollzug und Öffentlichkeit

Karlheinz Berger

Der Maßregelvollzug, in dem psychisch kranke oder suchtkranke Straftäter unter bestimmten Umständen entsprechend den Maßregeln der Besserung und Sicherung behandelt bzw. untergebracht sind, gerät nicht selten ins Fadenkreuz der Öffentlichkeit. Aber warum interessiert sich die Öffentlichkeit, insbesondere die Medien, immer wieder für den Maßregelvollzug?

Maßregelvollzugseinrichtungen haben etwas mit Verbrechen, mit psychisch kranken Straftätern, mit dem „Bösen“ schlechthin zu tun. Maßregelvollzugseinrichtungen sind keine Gefängnisse, aber auch keine gewöhnlichen Krankenhäuser. Was dann? Die Quadratur des Kreises? Sie sollen einerseits die Gesellschaft vor rückfallgefährdeten Straftätern schützen und andererseits diesen gleichzeitig die Chance geben, wieder als freie Mitglieder in der Gesellschaft Fuß zu fassen. Geht so etwas?

Spätestens, „wenn mal wieder einer“ aus dem Maßregelvollzug entweicht, ist das Medienecho groß. „Fliehen leicht gemacht“, hieß es 2015 im Aufmacher einer bekannten deutschen Zeitung, oder „Ministerin besucht Fluchtklinik“ konnte im vorigen Jahr in einer anderen Zeitschrift gelesen werden. „Hartes Durchgreifen“ gegenüber den Verantwortlichen wird gefordert, Profilierungsversuche Einzelner aus dem politischen Raum sind nahezu immer bei Entweichungen aus dem Maßregelvollzug festzustellen. Gerhard Schröder vertrat 2001 die Auffassung, dass erwachsene Männer, die sich an kleinen Mädchen vergangen hätten, nicht therapierbar seien. Deswegen könne es, so Schröder, nur eine Lösung geben: „Wegschließen - und zwar für immer!“

Der „Serienmörder“ wurde durch den „Jahrhundertfall Jürgen Bartsch“ in Deutschland zum einschlägigen Begriff. „Jack the Ripper“, dessen Gesicht nur jene Prostituierten kannten, die ihm nichtsahnend ins Messer liefen, wird gerne als „erster Serienkiller der Moderne“ bezeichnet. Während über Erscheinungsformen und Ursachen dieses Gewaltphänomens kontrovers diskutiert wird, herrscht in einem Punkt Einigkeit: Serienmörder sind für die Allgemeinheit interessant, ziehen an. Nicht wenige sprechen in Verkennung der Verbrechensrealität sogar von Faszination. Serienmörder sind in Deutschland zunehmend zu Medienstars geworden, zu „diabolischen Zeremonienmeistern der Gewalttätigkeit“. Serienmörder sind tatsächlich gelegentlich im Maßregelvollzug untergebracht, wenn auch nur sehr, sehr selten.

In der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der HELIOS Fachkliniken Hildburghausen gab es noch nie einen, wird es wohl auch nie einen geben, da sich der Maßregelvollzug Hildburghausen ausschließlich um suchtmittelabhängige Straftäter kümmert.

Neben dem „Serienmörder“ dürfte der „Sexualstraftäter“ hierzulande ähnliche Öffentlichkeitswirksamkeit haben. Obwohl Sexualdelikte weniger als 1% aller polizeilich registrierten Straftaten ausmachen, spielen sie in der öffentlichen Wahrnehmung sowie in der kriminalpolitischen Diskussion bekanntlich eine besondere Rolle. Der Grund dafür ist zum einen, dass diese Delikte als moralisch besonders verwerflich angesehen werden, weil sie intimste und somit höchst empfindliche Bereiche des menschlichen Lebens berühren. Andererseits erzeugt die Kombination von „Sex“ und „Crime“ bei vielen Menschen eine ungewöhnliche Faszination und Neugier. Je verborgener und verdorbener unser menschliches Handeln erscheint, desto größer wird das Verlangen, dieses Handeln verstehen zu wollen. Auch deswegen, weil wir das Bedürfnis haben, des „Bösen“ habhaft werden zu können.

Großes Medieninteresse hatte seinerzeit der Fall „Jürgen Bartsch“. Ein 20jähriger, der von 1962 bis 1966 vier Kinder sexuell missbraucht und anschließend getötet hatte. Am 27. November 1967 begann der Prozess vor dem Landgericht Wuppertal unter großer Beachtung der Medien und der Öffentlichkeit, national wie international. Das Gericht betrachtete Bartsch als einen voll zurechnungsfähigen Erwachsenen und verurteilte ihn am 15. Dezember 1967 zu lebenslanger „Zuchthausstrafe“. Im Jahr 1969 legte der bekannte Rechtsanwalt Bossi Revision beim Bundesgerichtshof ein, der daraufhin das erstinstanzliche Urteil aufhob. Am 6. April 1971 wurde Jürgen Bartsch zu einer Jugendstrafe von zehn Jahren verurteilt. Gleichzeitig wurde die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB angeordnet (Maßregelvollzug). Damit war dieser Fall aber noch nicht „ganz“ abgeschlossen. Um dem lebenslangen Aufenthalt in der Psychiatrie zu entgehen, beantragte Jürgen Bartsch 1974 seine Kastration. Er wurde im Landeskrankenhaus Eickelborn operiert. Die Narkose erfolgte, wie 1976 an kleinen Krankenhäusern oftmals noch üblich, ohne Anästhesist unter der Verantwortung des Operateurs. Bei der Narkose kam es zu einer Verwechslung zweier Chemikalien. Als Folge erlitt Bartsch nach der „erfolgreichen Operation“ einen tödlichen Kreislaufzusammenbruch.

Ein Journalist schrieb in seiner Rückblende zum „Jahrhundertfall eines Triebtäters“, dass man „heute in der Öffentlichkeit bei solchen Verbrechen nicht mehr nach dem Henker, sondern nach dem Arzt ruft.“ Dennoch hatte der seltsame

Todesfall damals kein sonderliches Medienecho, er wurde von der Öffentlichkeit allenfalls als Beweis für eine höhere Gerechtigkeit gewertet.

Während Gesetzgebungsinitiativen mit der Tendenz von Strafverschärfungen häufig mit dem Argument auf gestiegene Kriminalitätszahlen arbeiten, so war dies im Fall des „Gesetzes zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ nicht der Fall. Es waren Einzelfälle, die die Bevölkerung aufbrachten und die Strafverschärfungen nach sich zogen. Insbesondere waren Maßregelvollzugseinrichtungen davon betroffen.

1994 traf es die Einrichtung von Eickelborn. Ein Mädchen starb in einem Waldstück unweit seines Elternhauses. Es wurde auf dem Weg zum nahe gelegenen Tennisplatz abgefangen, ins Unterholz gezerrt, gefesselt, vergewaltigt und letztendlich mit einem Stilet erstochen. Verantwortlich war ein 24-jähriger, der seit sieben Jahren in der Maßregelvollzugseinrichtung in Eickelborn untergebracht war. Als Jugendlicher hatte er zwei Mädchen sexuell missbraucht, bei einem weiteren Übergriff brachte er ein drittes Opfer beinahe um. Im Rahmen eines unbegleiteten Einzelausgangs tötete er das Mädchen. Die Wut der Bevölkerung richtete sich vor allem gegen Ärzte und Psychologen, die den Patienten nach jahrelanger psychotherapeutischer Behandlung als gebessert einstufte, seine fortdauernde Gefährlichkeit nicht erkannten. Es war die zweite tragische Fehleinschätzung innerhalb von vier Jahren. Schon einmal, im Oktober 1990, wurde ein Mädchen aus der Umgebung von einem Klinikpatienten aus Eickelborn getötet. Nach dem Vorfall von 1994 waren erstmals zwischen Beschäftigten der Klinik in Eickelborn und den übrigen Dorfbewohnern Risse spürbar. Pfleger mussten sich fragen lassen, ob sie „wieder Schweine füttern würden“, als sie im Lebensmittelmarkt für ihre Patienten einkauften. Wie ein tückisches Virus hatte die Sorge um die Kinder das Klima im Dorf vergiftet. Das Krankenhaus wurde mit einer Fabrik verglichen, „die Schadstoffe ausstößt“. Die Patienten wurden nunmehr als „lebende Zeitbomben“ bezeichnet, die „entschärft werden müssen“. Die Todesstrafe wurde wieder zum Thema.

1998 wurde mit dem „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ ein ganzes Maßnahmenpaket verabschiedet, das rechtliche Verschärfungen beinhaltete, z.B. größere Hürden bei vorzeitiger Entlassung, Erweiterung der Anordnung von Sicherungsverwahrung etc.. Im Bereich des Maßregelvollzugs hat dieses Gesetz eine deutliche Verschärfung der Prognoseanforderungen mit sich gebracht.

In den letzten Jahren ist es in den Maßregelvollzugseinrichtungen etwas ruhiger

geworden. Derart tragische Vorfälle, wie 1994 in Eickelborn geschehen, traten nicht mehr auf. Die Öffentlichkeit interessiert sich in letzter Zeit dennoch wieder für den Maßregelvollzug, aber diesmal für „vermeintliche Täter“, die unberechtigt im Maßregelvollzug untergebracht sind bzw. waren. Schon lange hat kein Gerichtsfall die Menschen mehr empört als der Fall des Gustl Mollath. Gustl Mollath wurde 2006 wegen mehrerer ihm angelasteter Delikte und gleichzeitiger, durch Gutachter festgestellte Schuldunfähigkeit gerichtlich in den psychiatrischen Maßregelvollzug eingewiesen. Nachdem mehrere Instanzen über sechs Jahre diese Einweisung bestätigten, wurden 2011 zahlreiche Zweifel an den Vorwürfen gegen Mollath und an der Rechtsstaatlichkeit des Verfahrens laut. Nach einem erfolgreichen Wiederaufnahmeverfahren wurde im Jahr 2014 in einer neuen Hauptverhandlung Mollath wiederum freigesprochen. Es wurde zudem festgestellt, dass die Voraussetzungen für eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nicht vorlagen.

Dieser Fall gilt Kritikern als Exempel für Ignoranz und Arroganz der Justiz, als Beispiel für richterliche Willkür und schludrige Gleichgültigkeit von Gutachtern. Wikipedia räumt einem Gustl Mollath mehr Raum ein als etwa einem Helmut Schmidt, zumindest quantitativ. Die Öffentlichkeit hat sich vehement für Gustl Mollath eingesetzt. Es formierte sich ein sogenanntes „Menschenrechtsforum Gustl Mollath“. Viele Tausende bekundeten im Internet ihre Sympathie mit dem Betroffenen. Die Öffentlichkeit kennt ihn mittlerweile bestens. Gustl Mollath attackiert nicht nur Justiz und Gutachter, sondern auch die Einrichtungen des Maßregelvollzugs wurden von ihm wegen der „unmenschlichen Unterbringungssituation“ massiv angeprangert.

Gibt es in den Berichten der Medien auch einmal etwas Positives über den Maßregelvollzug? Wenig, bis hin zu nichts. Ausschließlich negative Meldungen. Es gibt aber auch Positives über den Maßregelvollzug zu melden. Wissenschaftliche Untersuchungen belegen die Wirksamkeit bestimmter Behandlungsformen im Maßregelvollzug. Derzeit gehen die Forscher von einer 40% geringeren Rückfallkriminalität nach einer erfolgreichen Kriminaltherapie aus. Die Maßregelvollzugsbehandlung senkt die Rückfallraten im Vergleich zur Inhaftierung um 33 bis 50%.

Schaut man sich den Maßregelvollzug in Hildburghausen an, so gab es seit 2005 keine derartigen Ereignisse. Lediglich 2014 hatte ein kurzzeitiger Hungerstreik von ein paar Unterbrachten des besonders gesicherten Bereiches für mediale Aufmerksamkeit gesorgt. Einige Unterbrachte wollten durch diese Aktion erreichen, dass ihnen Polstermöbel im Aufenthaltsraum sowie bessere Sitzgele-

genheiten im Hof zur Verfügung gestellt werden.

Der Hinweis der Klinik darauf, dass es nur ein „scheinbarer Hungerstreik“ war, da die Patienten während des Hungerstreiks weiterhin aßen, wurde von den Medien nicht berücksichtigt.



Abbildung 41: Blick auf die Stationsstützpunkte

Ein anderer Grund, warum die Öffentlichkeit so wenig über positive Wirkungen des Maßregelvollzugs weiß, könnte sein, dass die meisten Maßregelvollzugseinrichtungen den Kontakt mit den Medien scheuen. Man möchte einfach in Ruhe mit den Patienten arbeiten können und nicht Spielball der Medien werden. Möglicherweise wäre es aber für die Kliniken ratsamer, über eine aktiv-offensive Medienarbeit mehr Transparenz in den Maßregelvollzug zu bringen. Ängste und Vorbehalte seitens der Bevölkerung ließen sich reduzieren.

Wer weiß beispielsweise in der hiesigen Bevölkerung, dass in der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der HELIOS Fachkliniken Hildburghausen ausschließlich suchtkranke Personen behandelt werden, die wegen ihrer Abhängigkeitsproblematik kriminell geworden sind und die bei Therapiebereitschaft spätestens nach zwei Jahren gut vorbereitet in Freiheit zu entlassen sind?



Dr. Karlheinz Berger
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
Chefarzt



Heim der Behindertenhilfe

Die Entwicklung des Heimes der Behindertenhilfe

Stefan Schäl

Von der „Dauerstation“ zum Heim der Behindertenhilfe

Die Geschichte des Heimbereiches ist sehr eng mit der Entwicklung unserer Fachkliniken verbunden. In der DDR waren Heim- und Rehabilitationsangebote zumeist nicht für den besonderen Betreuungsbedarf einzelner Behindertengruppen ausgerichtet. Ein Teil der langzeitbetreuungsbedürftigen psychisch Kranken mit weiterhin schwerwiegenden geistigen und sozialen Beeinträchtigungen und Verhaltensstörungen wurden nicht in Heime entlassen, sondern in den Langzeitstationen der damaligen Bezirkskrankenhäuser untergebracht. Entlassungen von Langzeitkranken mit geringerer Anfälligkeit erfolgten überwiegend in Behinderten- oder Altenheime, die den Bedürfnissen psychisch Kranker nicht gerecht werden konnten.

Die Notwendigkeit, in der Heimversorgung zwischen Hilfen zur Wiedereingliederung und Hilfen zur Pflege zu unterscheiden, wurde erst mit der Übernahme des Bundessozialhilferechtes nach der Wende eingeführt.

Bis zur Wende 1990 gliederte sich die Psychiatrie unseres Hauses in einen Akut- und einen Langzeitbereich. Zu den Langzeitbereichen gehörten noch die Außenstellen in Keulrod, Schweickershausen und Friedrichanfang. In der Folgezeit der strukturellen Veränderungen in der Psychiatrie wurden diese Außenstellen bis etwa 2000 geschlossen.

Die Unterbringung der Heimbewohner erfolgte bis dahin im Bereich der Rehabilitation, teilweise in der psychiatrischen Aufnahmestation und in den damals noch vorhandenen Langzeitstationen des Krankenhauses. Dieser Zustand war für die Bewohner keinesfalls zufriedenstellend, da so kaum eine Überleitung in ein geregelteres häusliches Milieu gewährleistet werden konnte.

Für die Patienten der Langzeittherapie, die teilweise schon viele Jahre ihres Lebens in psychiatrischen Einrichtungen verbracht hatten, wurden nach 1990 neue Möglichkeiten der Versorgung, Unterbringung und Förderung gefunden. Damit wurde eine schrittweise Enthospitalisierung und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erreicht.

Es entstanden komplementäre Einrichtungen im Einzugsbereich des Hauses, die eine wohnortnahe Versorgung ermöglichten. Viele ehemalige Patienten konnten so gemeindenah untergebracht werden, jedoch bestand für einige nicht die Möglichkeit einer solchen Integration. Auf Grund besonderer Krankheitsbilder, der Schwere der geistigen und/oder körperlichen Behinderung, der Angst vor der neuen Umgebung oder auch der Eigen- bzw. Fremdgefährdung war es für diese Patienten/Bewohner nicht möglich, ein neues Betreuungsumfeld zu finden. Somit wurde der Heimbereich derart umgestaltet, dass auch für sie ein adäquates, aktives, und auf Förderung ausgerichtetes Lebensumfeld ermöglicht werden konnte. Der bloßen Unterbringung und der damit verbundenen Hospitalisierung konnte somit eine nachhaltige Alternative entgegengesetzt werden.

Der Heimbereich entstand Ende 1999 im Haus 5 (jetzt offener Heimbereich) und im Haus 23, einem Gebäude, das heute nicht mehr existiert. Hier gab es neben dem offenen Bereich auch einen geschlossenen für acht Bewohner.

Später wurden auch die Häuser 6 und 7 für die Bewohner des Heimbereichs bedarfsgerecht saniert. Die Kapazität beträgt heute 48 belegbare Plätze.



Abbildung 42: Heim der Behindertenhilfe Haus 7

Damit gehörte auch die Unterbringung in Mehrbettzimmern der Vergangenheit an. Durch die renovierten Häuser 5, 6 und 7 wurden adäquate Wohnmöglichkeit gem. Heimmindestbauverordnung geschaffen (Ein- bzw. Zweibettzimmer).



Abbildung 43: Aufenthaltsraum Haus 6

Vom Patienten zum Bewohner – was hat sich verändert?

Die psychiatrisch-pflegerische Betreuung der Patienten der vormaligen Dauerstationen bis zum Ende der 1980er Jahre war sehr klinisch geprägt. Es gab fast täglich Visiten. Die Patienten waren in die Arbeitstherapie/Ergotherapie des Hauses eingebunden (z.B. Holzwerkstatt, Gartenarbeit, Landwirtschaft). Ziel war die Beschäftigung.

Im Heim der Behindertenhilfe liegt der Fokus von Beginn an auf einer individuellen Förderung der Bewohner. Es wurden damit ganz neue Anforderungen an die Pflege- und Betreuungsmitarbeiter im Heimbereich im Hinblick auf die Arbeit mit den Bewohnern gestellt. Mit der schrittweisen Einstellung von Heilerziehungspflegern wandelte sich auch die Sicht auf die zu Betreuenden – vom Patienten zum Bewohner. Im Mittelpunkt stand und steht heute immer noch die individuelle Förderung der Bewohner anhand ihrer Möglichkeiten. Mit Einführung der Integrierten Teilhabeplanung (ITP) wurde diese bewohnerzentrierte Förderung noch konkretisiert.¹⁴

¹⁴ vgl. <http://www.thueringen.de/th7/tmasgff/soziales/itp/>

Für hospitalisierte Bewohner, die seit mehreren Jahrzehnten in unserer Klinik gelebt und auch die Erfahrungen als „Dauerpatienten“ hatten, war dieser Wandel zum Teil nicht immer problemlos. Hier bedurfte es langer intensiver Unterstützung und Begleitung im Heim der Behindertenhilfe.

Unsere Aufgabe besteht heute unter anderem in der Unterstützung bei der Strukturierung des Tagesablaufs unserer Bewohner. Dabei ist ein weiterer wichtiger Aspekt die kontinuierliche Förderung im Lebenspraktischen Bereich. Beispielsweise führen wir Einkaufstrainings durch und vermitteln so den Umgang mit Geld. Daneben werden regelmäßig Kochgruppen, Freizeitaktivitäten etc. durchgeführt. In den vergangenen Jahren waren das unter anderem Ausflüge zur Wartburg, in den Erfurter Zoo oder in die Stadt (Marktbummel). Zur Teilhabe gehört auch die gemeinsame Gestaltung des Wohnumfeldes. Hier basteln wir gemeinsam mit unseren Bewohner verschiedene Dinge, und sie gestalten damit ihren Wohnbereich aus.

Für die Arbeitstherapie gibt es im Haus 7 einen eigenen Raum, in dem die Bewohner leichte Montagetätigkeiten unter Anleitung einer Heilpädagogin durchführen können.

Zur Wahrnehmung unserer vielfältigen Aufgaben im Heimbereich wird in multiprofessionellen Teams gearbeitet. Hierzu gehören Krankenpflegekräfte und Heilerziehungspfleger/innen. Daneben verantwortet eine Heilpädagogin die Planung der Fördermaßnahmen und die Erstellung der Integrierten Teilhabepläne. Den ständigen Kontakt zu Kostenträgern und Betreuern hält eine Sozialarbeiterin. Psychiatrisch wird der Heimbereich über die Institutsambulanz unserer Klinik versorgt. Die somatische Versorgung wird durch Hausärzte wahrgenommen.

Aus heutiger Sicht ist festzustellen, dass sich das Heim der Behindertenhilfe sehr gut entwickelt hat. Hier stehen Individualität, Förderung, Beschäftigung und gemeinsames Leben im Vordergrund. Das findet hohe Akzeptanz auch bei den Betreuern unserer Bewohner und den Sozialämtern der Kommunen und Landkreise, die überwiegend die Finanzierung gem. §§ 53 ff. SGB XII sicherstellen.



Stefan Schäl
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Pflegedirektor

Förderkonzept im Heim der Behindertenhilfe – der Integrierte Teilhabeplan (ITP)

Stefan Schäl

Leitbild für das Heim der Behindertenhilfe

Im Heim der Behindertenhilfe der HELIOS Fachkliniken Hildburghausen werden Menschen mit psychischen Störungen und/oder geistiger Behinderung nach einem abgestimmten Konzept betreut.

Ganzheitliche Betreuung heißt demzufolge, den Menschen in seiner bio-sozialen Gesamtheit zu verstehen. Die aktivierende und individuelle Betreuung der Bewohner hat höchste Priorität. Ziel dieser differenzierten Förderung ist, dass die Bewohner eine größtmögliche Unabhängigkeit erreichen, um schrittweise im Rahmen ihrer Möglichkeiten ein selbstständiges und erfülltes Leben führen zu können.

Vielfältige Beschäftigungsangebote sollen die Fähigkeiten und Interessen der Bewohner anregen. Individuelle Freizeitaktivitäten werden angeboten, unterstützt und begleitet. Dabei wird die Würde des Einzelnen, sein Recht auf Selbstbestimmung und seine Einzigartigkeit geachtet. Die Wahrung der Privat- und Intimsphäre eines jeden Bewohners ist wesentlich.

Zugleich wird das tägliche Miteinander durch einen gleichberechtigten und partnerschaftlichen Umgang geprägt. Die Bewohner werden bei Entscheidungsprozessen beteiligt. Sie sollen in familiärer Atmosphäre Freude, Geborgenheit und Hilfe erfahren. Isolation und Ängsten begegnen wir, indem wir die Gemeinschaft fördern und unsere Häuser als Orte der Integration und der Begegnung verstehen. Angehörige und Freunde werden aktiv in das Leben der Heimbewohner einbezogen.

Die Freiheit und die Selbstverwirklichung des Einzelnen richten sich nach dem Grundsatz: „Tue nichts, was du nicht willst, dass es dir angetan werde“. Die Authentizität der Mitarbeiter ist Garant für ein vertrauensvolles Miteinander zwischen ihnen und den Bewohnern. Um die Bedürfnisse und Wünsche der Heimbewohner zu erkennen, bedarf es eines hohen Maßes an Sensibilität, Engagement und Sozialkompetenz der Betreuenden.

Das Förderkonzept

Das Förderkonzept bezieht sich auf alle Bereiche des täglichen Lebens. Das Angebot für die Heimbewohner ist vielfältig. Es reicht von Musiktherapien über Bewegungsübungen und Spaziergänge bis hin zum Sozial- und Lebenspraktischen Training. Die Teilnahme an Arbeits- und Beschäftigungsangeboten ist möglich, geschieht jedoch - wie bei allen anderen Aktivitäten - stets in Abstimmung mit dem Bewohner und seinem Betreuer. Eine motivierende und aktivierende Anleitung ist Voraussetzung.

Besondere Beachtung im Förderkonzept haben hierbei die Lebenspraktischen Tätigkeiten, wie beispielsweise:

- Körperpflege
- Ordnung und Sauberkeit der persönlichen Sachen
- Bewältigung täglicher Aufgaben
- Reinigungsaufgaben im Zimmer
- Wäschepflege
- Übernahme von gemeinschaftlichen Aufgaben
- Kennenlernen der Straßenverkehrsordnung (als Fußgänger)
- Umgangsformen beim Kontakt mit Mitbewohnern

Schrittweise wird das Training erweitert, beispielsweise durch:

- Fahren mit öffentlichen Verkehrsmitteln
- Einkaufstraining
- Telefontraining

Alle Bewohner erhalten hierfür individuelle Förderpläne. Die meisten der Bewohner brauchen bei vielen Tätigkeiten motivierende und strukturgebende Hilfe. Je nach individuellen Möglichkeiten müssen diese Fähigkeiten gefestigt oder weiterentwickelt werden. Dieser Prozess erstreckt sich in aller Regel über einen längeren Zeitraum.

Zur Motivation der Bewohner hierbei aktiv mitzuwirken, werden unterschiedliche Stimuli (z.B. Verfügung über das Taschengeld, Süßigkeiten, Tabakwaren) eingesetzt.

Das Betreuungskonzept

Zielsetzungen der pflegerischen Betreuung sind:

- keine Über- bzw. Unterversorgung der Heimbewohner
- Interessen und Bedürfnisse der Heimbewohner berücksichtigen und gezielt fördern – aktive Betreuung
- Förderung der Eigeninitiative und Selbstständigkeit
- Nutzen und Erhalten der Ressourcen der Bewohner
- Anleitung zum Leben mit krankheitsbedingten Einschränkungen
- Respekt und Achtung vor dem Menschen
- Mitgestaltung der Wohnatmosphäre (eigene Zimmer, Gemeinschaftsräume).

Großer Wert wird auf die Einbeziehung von wichtigen Bezugspersonen, wie Angehörige, Betreuer, Freunde, Ärzte, Seelsorger u. a. gelegt, um ein stabiles soziale Umfeld zu erhalten. Die Heimbewohner können ihre Zimmer mit persönlichen Gegenständen ausgestalten, so dass ein Gefühl von Vertrautheit und eigenem Zuhause entsteht. Es kann zu jeder Tageszeit Besuch empfangen werden.

Angehörige, die unsere Bewohner für einige Tage selbst betreuen möchten (z.B. Wochenendurlaub oder in den Ferien), erhalten bei Bedarf eine intensive Beratung. Selbstverständlich können sich darüber hinaus Angehörige jederzeit bei den Mitarbeitern des Heimes Rat oder Hilfe holen.



Abbildung 44: Freizeitgestaltung

Der integrierte Teilhabeplan (ITP)

Für Menschen mit Behinderungen, die einen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe gem. SGB XII haben, muss eine Ermittlung des Hilfebedarfs erfolgen. Ende 2010 einigten sich die Kostenträger (insbesondere Sozialämter der Kommunen und Landkreise) und die LIGA der freien Wohlfahrtsverbände darauf, den Integrierten Teilhabeplan (entwickelt durch das Institut Personenzentrierter Hilfen gGmbH – Fulda) in Thüringen zu adaptieren. Hierfür gab es verschiedene Modellregionen. Im Jahre 2012 entschloss sich ein Großteil der Landkreise Thüringens, den integrierten Teilhabeplan einzuführen.

Was ist ein ITP?

Es handelt sich hierbei um ein Verfahren der Förderung für alle erwachsenen Menschen mit Behinderungen, das unter Berücksichtigung der individuellen Planung alle leistungsrechtlichen Grundlagen einschließt. Ausgeschlossen sind hierbei die Planungen anderer Leistungsgrundlagen (z.B. Pflegeplanung). Die Integrierte Teilhabeplanung wird im gemeinsamen Gespräch zwischen dem Bewohner und der zuständigen Fachkraft erarbeitet. Um eine „einheitliche Sprache“ zu verwenden, basiert der ITP auf den von der WHO definierten Behinderungsbegriff gem. den International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beschreibt in derzeit 1.424 Items die Gesundheitsprobleme. Im Vordergrund der Gesundheitsprobleme/Beeinträchtigungen stehen aber nicht die somatischen Erkrankungen, sondern die Beeinträchtigungen, die der Betroffene selbst durch das Gesundheitsproblem hat. Hat ein Betroffener z.B. keine selbstempfundene Einschränkungen, wird im ITP das Problem auch nicht erfasst. Die Integrierte Teilhabeplanung stellt also eine völlige Veränderung der Sichtweise auf die Begriffe Behinderung/ Teilhabe dar. Weg vom bisherigen „externen Blick“ hin zu einem selbstbestimmten, individuellen Blick des Betroffenen.

Praktische Umsetzung des ITP

Relativ kurze Zeit nach dem Einzug eines neuen Bewohners in das Heim findet ein Gespräch zwischen dem Bewohner, der Bezugspflegekraft und der Pädagogischen Leitung statt. Hier wird durch Fremdeinschätzung erhoben, welche Einschränkungen und Fähigkeiten bei dem Bewohner vorliegen.

Gemeinsam mit dem Bewohner werden dann realisierbare Maßnahmen zur Zielerreichung abgestimmt. Diese werden u.a. im ITP festgehalten. Die abschlie-

ßend bearbeitete Integrierte Teilhabeplanung wird vom Bewohner und ggf. dem zuständigen Betreuer unterzeichnet. Der ITP wird somit zur verbindlichen Arbeitsgrundlage im Heimbereich.

Im Rahmen regelmäßig stattfindender pädagogischer Teamsitzungen werden alle Bewohner besprochen. Neben dem Informationsaustausch geht es hierbei vor allem um die Erhebung des aktuellen Standes, die Evaluation der mit dem Bewohner vereinbarten Maßnahmen und den weiteren Verlauf. Durch diese Arbeitsweise ist gesichert, dass die Bewohner genau die Hilfe und Unterstützung erhalten, die aus ihrer Sicht zielführend ist.

Die Integrierte Teilhabeplanung bildet nicht nur die Grundlage unserer Arbeit im Heim, sondern ist für die jeweiligen Kostenträger (i.d.R. Sozialamt) als Entscheidungsgrundlage für die Weitergewährung der Eingliederungshilfe notwendig. Aus diesem Grund fordert der Kostenträger in regelmäßigen Abständen eine aktualisierte Teilhabeplanung für die Bewohner an. In letzter Zeit finden vermehrt persönliche Vorort-Gespräche zwischen Vertretern eines Kostenträgers, dem Bewohner, der Bezugspflegekraft, der Pädagogischen Leitung und einem Vertreter der Heimleitung statt. Wir halten diesen persönlichen Kontakt für äußerst gewinnbringend, da sich der Kostenträger ein persönliches Bild des Leistungsempfängers machen kann.

Weblinks

- URL: <http://www.thueringen.de/th7/tmasgff/soziales/itp/> (Zugriff am 19.01.2016)
Schulungsunterlagen „Teilhabeplanung als Berücksichtigung von Wechselwirkungen eine Einführung in den TIP und die ICF“, Institut Personenzentrierte Hilfen FH Fulda, 2013



Stefan Schäl
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Pflegedirektor



Psychiatrie und Seelsorge

Ökumenische Klinikseelsorge in den HELIOS Fachkliniken Hildburghausen

Ines Stephanowsky, Alfred Trebes

Seit der Gründung von Hospitälern und Krankenhäusern dienen die drei Tätigkeiten und Kompetenzen des Heilens, Pflegens, Tröstens der Genesung von kranken Menschen. In der „Herzoglich-Sachsen-Meiningschen Landesirren-, Heil- und Pflegeanstalt“ betreute von Anbeginn ein Pfarrer die kranken Menschen.

In den vergangenen 45 Jahren professionalisierte sich die Klinikseelsorge. Theoretische und methodische Konzepte vornehmlich aus den USA und den Niederlanden, welche zum Teil der Gesprächspsychotherapie und Gestalttherapie entlehnt sind und zum Teil aber auch eigenständig in der Seelsorge entwickelt wurden, bilden die Grundlage für die Klinikseelsorge. Seelsorge ist aus dem christlichen Glauben motivierte und im Bewusstsein der Gegenwart Gottes vollzogene Zuwendung. Sie gilt dem einzelnen Menschen unabhängig von dessen Religions- bzw. Konfessionszugehörigkeit. Als Klinikseelsorger und Klinikseelsorgerin sind wir dazu von unseren Kirchen beauftragt, Menschen in der Situation des Klinikaufenthaltes zu unterstützen, zu begleiten, sie auf Lösungswege in seelischen Krisen hinzuweisen und ihnen Trost und Hoffnung zu vermitteln.

Im Unterschied zu anderen Formen der Beratung geschieht die Klinikseelsorge niedrigschwellig und nicht zielgebunden im Bewusstsein, den Heilungsauftrag der Klinik für den einzelnen Patienten zu unterstützen.

Was Patienten den kirchlichen Amtsträgern in der Klinikseelsorge anvertrauen, unterliegt dem Seelsorgegeheimnis und ist streng vertraulich. Die Zusammenarbeit mit den anderen Professionen erfordert eine aktive Präsenz und Kommunikation sowie die Aneignung von Feldkompetenz, d.h. das nötige Wissen um die Rahmenbedingungen, inneren Regeln und Abläufe, Verhaltensformen und Handlungsmöglichkeiten der HELIOS Fachkliniken Hildburghausen.

Dabei hat sich in den vergangenen Jahren eine wertschätzende Zusammenarbeit entwickelt. Mit dem Andachtsraum und dem Sprechzimmer werden für die Klinikseelsorge gute Rahmenbedingungen ermöglicht. Jeder Patient bzw. jede Patientin wird von den Mitarbeitern der Aufnahme nach dem Seelsorgewunsch gefragt. Zudem ermöglichen der Flyer, die Anfrage beim Pflegepersonal der

Station oder die direkte Anfrage bei den Klinikseelsorgern den Patienten, Seelsorgewünsche zu äußern. Die Klinikseelsorger vereinbaren in den therapiefreien Zeiten regelmäßige Gesprächstermine mit den Patienten oder sie besuchen direkt die Patienten. Im Seelsorgegespräch wird individuell auf das eingegangen, was jeweils im Einzelfall der aktuellen Lebenslage oder Notsituation aufbricht: gemeinsam wird erkundet, welche Erfahrungen, Vorstellungen und Gefühle hinter dem aktuellen Erleben des Patienten bzw. der Patientin stehen. Die Auseinandersetzung damit wird in einer offenen, unbewerteten Wahrnehmung begleitet. Der Patient bzw. die Patientin wird in seinen/ihren Gedanken und Erleben akzeptiert.



Abbildung 45: Raum der Stille

Im Seelsorgegespräch werden die Patienten zur Ergotherapie oder der meditativen Naturbetrachtung im Park ermutigt, die sie von krankheitsbedingten Gedanken ablenken, bis die Medikamente wirken. Zugleich arbeiten wir mit lebensbejahenden biblischen Bildern und Geschichten, Texten und Liedern. Manchmal thematisieren Patienten Erfahrungen eigener Schuld. Hier haben wir wahrzunehmen, sind dies Zwangsgedanken einer nicht realen Schuld oder belastet den Patienten bzw. die Patientin eine reale Schuldenerfahrung. Bei einer realen Schuldenerkenntnis können wir christlichen Patienten die Beichte anbieten und nichtkonfessionelle Patienten zu verändernden Verhaltensweisen und Neuanfängen vergebend ermutigen. Patienten, welche um den Tod eines nahen Menschen trauern, können im Seelsorgegespräch in besonderer Weise Trost und Hoffnung für sich erfahren. Hierfür nehmen auch viele konfessionslose

Patienten das Seelsorgegespräch an. Oft erfahren sie für sich im Seelsorgegespräch einen ermutigenden Perspektivwechsel bzw. eine Perspektiverweiterung.

Zum Abschluss eines Seelsorgegespräches wünschen sich viele Patienten ein persönliches Gebet und einen zugesprochenen Segen.

Gemeinsam mit dem Kantor der evangelischen Stadtkirchengemeinde gestalten die evangelische Klinikseelsorgerin oder der katholische Klinikseelsorger an jedem Montag einen Gottesdienst. Der Gottesdienst ist mit 10 bis 20 Patienten und Heimbewohnern gut besucht. Hier wird in gemeinschaftsbildender Form der Glaube als eine ermutigende - resilienzstärkende Kraft - erlebt. In der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie lädt die Klinikseelsorgerin und der Kantor monatlich zu einem Gottesdienst oder Bibelgespräch ein. Ebenso gibt es regelmäßige Gesprächsangebote.

Im geschlossenen Bereich des Heimes der Behindertenhilfe leben derzeit relativ viele christliche Bewohner. Sie erhalten monatlich die Möglichkeit für ein Seelsorgegespräch, und erstmals wurde hier eine Christvesper in guter Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern gestaltet.

Auf drei geschützten Stationen lädt die Klinikseelsorgerin wöchentlich sowie im offenen Wohnheimbereich monatlich zum gemeinsamen Singen von Volksliedern ein. Bei demenzerkrankten Patienten, beispielsweise in der Gerontopsychiatrie, fördert das gemeinsame Singen das Gedächtnisvermögen. Patienten berichten, dass sie beim Singen Sorgen loslassen können und die Gemeinschaft auf der Station im Hier und Jetzt erleben. Zugleich werden Patienten an eigene Chorerfahrungen erinnert.

Die wöchentliche Meditation im Andachtsraum fördert die Aufmerksamkeit und Achtsamkeit im Hier und Jetzt und ermöglicht eine resilienzunterstützende Übung.

Kulturell bereichernd wirken für die Patienten die Frühjahrs-, Sommer-, Herbst- und Adventsmusiken mit Instrumentalmusik, meditativen Texten und gemeinsam gesungenen Volksliedern. Hiermit wird deutlich, wie vielfältig das Wirkungsfeld der Ökumenischen Klinikseelsorge in den HELIOS Fachkliniken ist.



Ines Stephanowsky
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinikseelsorgerin



Alfred Trebes
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinikseelsorger

Die Unterbringung und Seelsorge psychisch Kranker - vom Hospital zur Nervenklinik

Karl Heinz Roß

Bis ins 18. Jahrhundert lag die Unterbringung und Pflege von Siechen, Irren und Aussätzigen ausschließlich in der Hand der Kirche. Für Sieche, Hospitalisten und Arme, auch Waisen, gab es das „Spital am Spitalbach (Spittelbach) bei der „Kapelle zu unserer lieben Frau“, geführt von einem Diakon und einem Spitalmeister. Der Abriss der Kapelle erfolgte 1557. Das ehemalige Siechenhaus wurde verkauft - sein Abriss erfolgte in den 1960er Jahren. Das Spital bei der St. Nicklas-Kapelle (vor dem Wallrabser Kreuz) diente neben den Spitalisten in einem besonderen Bau den Aussätzigen und Irren als Heimstadt. Im sogenannten „Leprosorium“ waren Feld-Sonderssiche und Leprakranke sowie Irre untergebracht, auch Blockhaus genannt. Der Vikar der Kapelle St. Nicolaus war Pfleger, Arzt und Seelsorger. Er durfte sein Areal nicht verlassen. Das Blockhaus gab es etwa bis 1720, danach kamen die Irren in das Spital. Die St. Nicklas-Kapelle wurde 1734 abgerissen, das Siechenhaus wurde 1860 verkauft. Die „Irren“ kamen 1831 in das 1721 errichtete „Waisen- und Zuchthaus“ unter der Leitung von Dr. Hohnbaum. Schon 1815 gab es von Dr. Chr. Philipp Fischer einen Entwurf zum Bau einer Irrenanstalt für das Herzogtum S. Hildburghausen. Nach dem Tod Fischers war der Hofrat Dr. Hohnbaum die treibende Kraft für die Errichtung einer Landesirrenanstalt. Dr. Hohnbaum war Amts- und Leibarzt des Herzoges und damit auch der Leiter der Landesirrenanstalt im Waisenhaus. Auch er fertigte einen Vorschlag für die Errichtung einer Landesnervenklinik, in dem er unter anderem bemerkte: „...die Pflicht sie als Menschen menschlicher zu behandeln, den Unheilbaren ihre traurige Existenz so erträglich wie möglich zu machen und die Trennung von akuten und chronischen Kranken“. Hier wurden die Hospitalisten und heilbaren Irren vom Pfarrer der Waisenhauskirche betreut. Nach längerem Planen und Überlegen wurde von 1862 bis 1866 die neue „Landesirrenanstalt“ mit Fest- und Betsaal erbaut. 1866 wurden die Irren vom Waisenhaus in die neue Klinik überführt. Das Waisenhaus wurde 1867 Garnisonslazarett. In der neuen „Landesirrenanstalt“ war eine humane Behandlung der Kranken angesagt. Die Behandlung war hervorragend persönlich und individualisiert geprägt.

Bis 1903 erfolgten die Gottesdienste mit Angehörigen im Fest- und Betsaal, der im Zentralgebäude lag. 1903 wurde auf Veranlassung des Herzoges Georg von S. Meininger ein neuer Bet- und Gesellschaftssaal errichtet, der Weihnachten

1904 eingeweiht wurde, die „Georghalle“. Die Betreuung und Gottesdienste dieser Klinik waren in den folgenden Jahren unterschiedlich geregelt. Die Unterlagen dazu sind spärlich.

Von 1904 bis 1921 kann davon ausgegangen werden, dass die Klinik zum Pfarrbezirk I Stadtkirche gehörte, wo die Pfarrer Schoenewolf, Michael und Pfarrer Thümer zuständig waren. 1939 gehörte die Klinik zum Pfarrbezirk von Heßberg. Unterlagen zum Dritten Reich fehlen. Von 1943 bis 1945 gehörte die Klinik wieder zum Pfarrbezirk I Stadtkirche.

Auch Unterlagen zwischen 1950 bis 1970 fehlen. Danach war von 1970 bis 1984 die Pastorin Elsa Ulricke Ross für die Klinik mit zuständig sowie die Katechetin Gudrun Roß. Von 1985 bis 1998 waren mit der Katechetin Gudrun Roß, Pastorin Christiane Eckert, Pastorin Christine Buchholz, Kantor Volker Koch für die Mitarbeiter und Patienten der Fachkliniken Ansprechpartner. 1998 wurden zwei halbe Pfarrstellen für Klinikseelsorge für Pfarrer Götz in Marisfeld und Pastorin Christiane Eckert in Häselrieth eingerichtet. Pastorin Christiane Eckert war hier bis 2005 im Dienst. Ihre Nachfolgerin war Pastorin Angelika Jordan-Schön von 2006 bis 2008. Pfarrer Ulrich Götz wechselte 2006 an die Fachkliniken in Mühlhausen.

Seit dem ein katholischer Pfarrer in Hildburghausen im Dienst war, war er für die katholischen Patienten der Fachkliniken ansprechbar. Diakon Alfred Trebes ist als katholischer Klinikseelsorger seit 2009 mit 25% DA im Dienst. 2010 wurde eine eigenständige evangelische Pfarrstelle für Klinikseelsorge mit 75% DA für Hildburghausen eingerichtet. Pastorin Ulrike Wolter-Victor war mit 50% DA für die Fachkliniken bis 2013 tätig. Kantor Torsten Sterzik nimmt einen Dienstauftrag für die Gottesdienste in den Fachkliniken seit 2013 wahr. Seit 2013 ist Pastorin Ines Stephanowsky Klinikseelsorgerin.



Karl Heinz Roß
Landeskirchenarchiv Eisenach
Archivpfleger



Patientenorientierung und Mitarbeiterentwicklung

Patientenorientierung in den Fachkliniken

Franka Köditz

Selbstverständnis I

Über viele Monate konnte in den HELIOS Fachkliniken Hildburghausen mit dem Betriebsrat die Frage des verbindlichen Tragens von Namensschildern durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht zu einem einvernehmlichen Ergebnis geführt werden. Warum war und ist eine Einigung in dieser Frage so wichtig und zugleich so schwierig?

Historischer Exkurs

Die letzten Zwangsjacken wurden im Haus Mitte der 1970er Jahre angefertigt¹⁵ und noch bis Anfang der 1990er Jahre verwendet.¹⁶ Seit dem Beginn der 1970er Jahre wurde auch die eher auf „Verwahrung“ ausgerichtete Psychiatrie, die bis dahin im Haus unter anderem durch Ärztemangel und eine fast ausschließlich medikamentöse Behandlung geprägt war, in eine stärker therapeutisch orientierte Psychiatrie umgewandelt.¹⁷

Die Gitter an den Fenstern der Pflegestationen wurden seit dem Beginn der 1980er Jahre abgebaut und das sogenannte „Offene-Tür-System“ mit dem Ziel der Wiedereingliederung der Patienten in ihr gewohntes soziales Umfeld eingeführt.¹⁸ In den Folgejahren konnten schrittweise die großen Wohnsäle mit bis zu 25 Betten durch kleinere Patientenzimmer mit fünf bis sieben Betten in erstmals fachspezialisierten Stationen und schließlich durch die Neubauten (Gebäude A, B und C) Mitte der 1990er Jahre mit überwiegend Zwei-Bett-Zimmern abgelöst werden.¹⁹

¹⁵ vgl. Flechsig, Ch. Erfahrungsbericht von Feodora Koch. Interne Aufzeichnungen. HELIOS Fachkliniken Hildburghausen. 2016

¹⁶ vgl. Flechsig, Ch. Erfahrungsbericht von Dieter Rabich. Interne Aufzeichnungen. HELIOS Fachkliniken Hildburghausen. 2016

¹⁷ vgl. Flechsig, Ch. Erfahrungsbericht von Karin Schmidt. Interne Aufzeichnungen. HELIOS Fachkliniken Hildburghausen. 2016

¹⁸ vgl. Flechsig, Ch. Erfahrungsbericht von Elisabeth Erben. Interne Aufzeichnungen. HELIOS Fachkliniken Hildburghausen. 2016

¹⁹ vgl. ebenda



Abbildung 46: Gebäude B und C der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Jedoch nicht nur die räumlichen Behandlungsbedingungen haben sich in dieser Zeit sehr verändert. Viel auffälliger noch sind die Veränderungen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller Berufsgruppen hinsichtlich ihrer Zusammenarbeit miteinander und vor allem im Umgang mit Patienten und Bewohnern. Streng hierarchische, fast militärische Organisationsregime, die in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts im Gesundheitswesen noch selbstverständlich waren, werden nun schon seit mehreren Jahren schrittweise reformiert, auch wenn die „Dienstgrade“ bis heute nicht gänzlich überwunden sind.

Pflegekräfte sind seitdem zunehmend nicht mehr (nur) „Erfüllungsgehilfe“ der Ärzte. Genau wie Psychologen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Sozialarbeiter bzw. -pädagogen bilden sie mit dem ärztlichen Personal im besten Falle multiprofessionelle Teams, in denen sie ihre ganz spezielle Expertise einbringen. Pflegekräfte können am umfassendsten die Patienten in allen Lebenssituationen des Tages begleiten und beobachten und diese damit besser kennenlernen, als die anderen Berufsgruppen. Gerade bei psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen ist dies von unschätzbarem, in der Vergangenheit oftmals unterschätztem Wert für die Diagnose und Therapie der Patienten. Diese Entwicklung ging einher mit der Einführung neuer Behandlungs- und Pflegekonzepte, die an die Vertreter aller Berufsgruppen hohe Anforderungen stellen. Dazu gehören Bezugspflegegespräche ebenso wie verschiedene Formen der Gruppenarbeit, die nicht nur Psychotherapeuten vorbehalten sind.



Abbildung 47: Multiprofessionelles Teamgespräch

Der Versorgungsauftrag des Hauses und damit einhergehend die Methoden der Diagnose und Behandlung der Patienten haben sich seit Beginn der 1990er Jahre ebenfalls grundlegend gewandelt. Zur Jahrtausendwende lag die durchschnittliche Verweildauer für psychiatrische Patienten bei 30 Tagen²⁰, nachdem zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung noch eine Reihe chronisch kranker Patienten teilweise monate- oder jahrelang, manchmal auch dauerhaft in der Klinik gelebt haben.

Heute beträgt die durchschnittliche Verweildauer in Hildburghausen für die Erwachsenenpsychiatrie 28 Tage (voll- und teilstationär), in der Kinder- und Jugendpsychiatrie rund 30 Tage und in der Neurologie etwas weniger als sechs Tage. 2015 wurden so mehr als 5.000 Patienten vollstationär und mehr als 800 teilstationär behandelt. Im Heim der Behindertenhilfe waren ständig 48 Plätze und im Maßregelvollzug gem. § 64 StGB mehr als 130 Plätze belegt.²¹

Die HELIOS Fachkliniken Hildburghausen beschäftigen heute mehr als 600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege und in kaufmännischen Berufen, Praktikanten aus Schulen, Fachschulen und Hochschuleinrichtungen.

²⁰ vgl. Bayerlein, R. Gedanken zum Jahreswechsel 1998. Laienhelfer im psychiatrischen Krankenhaus. Freies Wort. 1998, Dezember

²¹ vgl. HELIOS Fachkliniken Hildburghausen. Leistungs- und Personalentwicklung zum 31.12.2015. Internes Arbeitsmaterial. 2016, Januar

Selbstverständnis II

Fast 6.000 hilfeschuchende Menschen sind den HELIOS Fachkliniken Hildburghausen jährlich anvertraut. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind davon überzeugt, dass „sie das können“. Der Krankenhausplanungsausschuss des Freistaats Thüringen und Krankenkassen sind auch davon überzeugt, sonst gäbe es keinen Versorgungsauftrag im Thüringer Krankenhausplan²² und auch kein mit den Krankenkassen verhandeltes Budget. Alles gut? Reicht das aus? Nachhaltige Veränderungen der Therapieprozesse brauchen die Bereitschaft aller – Beschäftigte des Hauses, Patienten, Angehörige, Kooperationspartner – für entsprechende Entwicklungen bei sich und in der Interaktion mit den anderen. Bestimmung des eigenen Selbstwertes und Wertschätzung durch die anderen im Kontext veränderter Organisationsbedingungen werden zunehmend wichtigere Handlungsgrundlagen der Behandlungs-, Pflege- und Betreuungsaufgaben. Ihre Wahrnehmung erfolgt in jedem Fall über die Beziehung zu anderen und fördert somit die Kommunikation miteinander.²³

Das betrifft die Zusammenarbeit mit Kollegen und Kooperationspartnern ebenso wie die Gespräche mit Patienten und Angehörigen. Ihnen gegenüber Echtheit in der Kommunikation zu vermitteln, basiert neben Fach- und persönlicher Kompetenz auf der Schaffung von „Augenhöhe“ mit den Patienten.

„Augenhöhe“ aber setzt sehr konkrete organisatorische und methodische Rahmenbedingungen voraus:

- Patientenorientierung durch Abkehr von überlebten Stationsregimen bei Setzung klarer Regeln für ein soziales Miteinander
- ein professionelles Verständnis von Distanz und Nähe
- Schaffung einer vertrauensfördernden Atmosphäre (z.B. durch den Verzicht auf unnötige Hygienebekleidung) in Verbindung mit respektvollem Umgang mit den Patienten
- Gewährleistung einer unkomplizierten Ansprechbarkeit des Personals (unter anderem durch Namensschilder).

²² Siehe http://www.thueringen.de/mam/th7/tmsfg/gesundheits/krankenhauswesen/6._thueringer_krankenhausplan_-_stand_januar_2016.pdf. S. 46. 2016, Januar

²³ vgl. Stuckmann, W. Sozio-Milieutherapie. Vortrag anlässlich der 2. Hildburghäuser Fachtagung für Suchtforschung „Pflege in der Forensik“. 2016, April

Gegenwarts-Exkurs

Diese Rahmenbedingungen klingen plausibel, sind aber auch im 21. Jahrhundert keineswegs selbstverständlich für die ambulante, teil- oder vollstationäre Behandlung von Patienten in psychiatrischen Bereichen. Die „Krankenhaus- (oder Anstalts-)traditionen“ wirken nach. Ein nicht geringer Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Durchschnittsalter 2015 in den HELIOS Fachkliniken Hildburghausen: 42 Jahre) hat seine Ausbildung noch zu Zeiten absolviert, als Teamwork, kooperativer Führungsstil und Patientenorientierung, aber auch Ressourcen- und Mitarbeiterorientierung im Krankenhaus nicht die Regel waren.

Die in den vergangenen Jahrzehnten enorm gewachsene Wissensbreite und -tiefe in Medizin, Psychologie und Pflegewissenschaften, der Stand der Medizintechnik und die Werkzeuge der digitalen Informationsverarbeitung zwingen die Organisationen zu Spezialisierung und Kooperation. Gleichzeitig hat ein beachtlicher Erkenntniszuwachs in den Neurowissenschaften und den psychiatrischen Fächern dazu geführt, dass sich nicht zuletzt die Ansätze des Verständnisses und der Behandlung psychiatrischer Krankheiten stark verändert haben, was unter anderem neue Wege im Umgang mit den Patienten mit sich bringen sollte. So wird „die Gültigkeit des bio-psycho-sozialen Modells der Entstehung und Aufrechterhaltung von Erkrankungen“ in der Fachwelt nicht bestritten.²⁴ Die resultierende Anforderung, bei psychischen Erkrankungen „alle möglichen Einflussfaktoren im Blickfeld zu behalten, also multimodal/multifunktional vorzugehen“, erscheint jedoch noch immer schwierig in der Umsetzung.²⁵

Selbstverständnis Fazit

In den Gesundheitseinrichtungen unseres Landes ist hinsichtlich des Leitbildes ihrer Arbeit in den vergangenen Jahrzehnten ein wesentlicher Wandel erfolgt: Patienten sind nicht mehr Objekt. Vom Krankenhauspersonal erwarten selbstbestimmte, mit Rechten ausgestattete Patienten Gesundheitsdienstleistungen. Und dies nicht erst seit der Verabschiedung erweiterter Patientenrechte im Rahmen des Bürgerlichen Gesetzbuches (insbesondere des § 630 c - h BGB) im Jahr 2013.²⁶

²⁴ Melchinger, H. in: Kunze, H. (Hrsg.). Psychisch krank in Deutschland. Verlag W. Kohlhammer. 2015, S. 77

Genauso, wie die Patienten bei der Nutzung anderer Dienstleistungen erwarten, dass die handelnden Personen sich an deren Bedürfnissen orientieren, sollte dies auch eine Selbstverständlichkeit im Krankenhaus sein.



Abbildung 48: Bewohnerbild im Heim der Behindertenhilfe

Die Umsetzung dieser Anforderung in einem Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie wird noch immer bei einzelnen Mitarbeitergruppen von Ängsten begleitet, wie dereinst bei der Abschaffung der Gitter vor den Fenstern und der Einführung richtigen Bestecks für die Patienten der Psychiatrie. Es gibt nur einen Weg, diese Ängste abzubauen: die Vermittlung von Kompetenzen, d. h. durch Wissen über Erkrankungsursachen und –verlaufsformen, mit Techniken im allgemeinen und therapeutischen Umgang mit den Patienten, aber auch über die regelmäßige Spiegelung der Mitarbeiterwirkung auf Patienten, beispielsweise im Rahmen von Supervisionen. Das gibt Mitarbeitern Selbstvertrauen und Sicherheit für die anspruchsvolle Arbeit und den Umgang mit psychisch kranken Personen, so dass auch das Tragen eines Namensschildes für alle zur Selbstverständlichkeit werden kann.

²⁵ ebenda

²⁶ siehe Bundesgesetzblatt 2013 Teil I Nr. 9. Bonn. 2013, Februar, S. 277 ff.



Dr. Franka Köditz
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Klinikgeschäftsführerin

Ausbildung von Pflegekräften in den HELIOS Fachkliniken Hildburghausen

Kirsten Heier

Seit Inkrafttreten des Krankenpflegegesetzes im Jahre 2003 wurde die Begleitung der praktischen Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege durch Fachpraxislehrer/-innen abgelöst und von Praxisanleiter/-innen übernommen. Natürlich musste sich diese Übernahme erst entwickeln und manifestieren. So hatten die Fachkliniken im Jahr 2007 viele Mentorinnen bzw. Mentoren, die stationär die Schülerinnen und Schüler begleiteten, aber nur eine ausgebildete Praxisanleiterin, welche die Anleitung neben ihren anderen Dienstaufgaben übernehmen konnte. 2008 waren es dann fünf Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter, welche die Schüler/-innen anleiteten und auf die praktische Prüfung vorbereiteten. Gleichzeitig wurden mit Hilfe der Mentoren die Praktikanten/-innen der Altenpflege sowie der Gesundheits- und Krankenpflege aus anderen Einrichtungen in der praktischen Arbeit begleitet und unterstützt. Seit April 2010 wird eine wöchentliche fachspezifische Anleitung für Schüler/-innen angeboten, die im Haus ihr Pflichtpraktikum in der Psychiatrie/Neurologie und der Ergotherapie absolvieren.

Gleichzeitig wurde ein Lernzielkatalog erstellt, der für jede Station individuelle Lernaufträge enthält und dazu beitragen soll, dass die Schüler/-innen mit psychiatrischen und neurologischen Krankheitsbildern, speziellen Handlungsstrategien in der psychiatrischen Pflege sowie Behandlungsmöglichkeiten bekannt gemacht werden. Neben der Wissensvermittlung war es immer das Ziel der Praxisanleitung, den zukünftigen Gesundheits- und Krankenpflegern/-innen die Angst vor Pflegeaufgaben in der Psychiatrie zu nehmen und für die zukünftigen Einsatzbereiche anwendbar zu gestalten. Ebenso sollte stets auch die Empathie für psychiatrische Patientinnen und Patienten entwickelt werden. Dies ist kein leichter Weg, da es immer noch viele Vorurteile und viel zu wenig Wissen über dieses Fachgebiet gibt.

Seit Oktober 2009 sind im Haus eine Praxisanleiterin in Vollzeit und eine zweite zur Hälfte ihrer Dienstzeit für die Planung und Durchführung der Pflegepraktika freigestellt. Somit konnte die Ausbildung vielseitiger, umfangreicher, interessanter und ansprechender gestaltet werden. So wurde im Jahr 2016 zum vierten Mal das Projekt „Schüler/-innen leiten eine Station“ durchgeführt. Dabei übernehmen die Schüler/-innen des 3. Ausbildungsjahres selbstständig die

Organisation und Durchführung der Pflegeaufgaben einer Station und verrichten alle Tätigkeiten an und um die Patienten/-innen eigenverantwortlich. Begleitet werden sie dabei von Praxisanleitern/-innen, die hilfreich zur Seite stehen. Das ist eine der besten Vorbereitungen auf die praktische Prüfung und gibt einen umfassenden Einblick in die Anforderungen des bevorstehenden Berufslebens.



Abbildung 49: Gesundheits- und Krankenpflegeschüler

Auch wurden ab 2015 die Einführungswochen für das erste Ausbildungsjahr nach dem Schuleinführungsblock der Berufsschule mit vielen kleinen Schulungen intensiver gestaltet. Dies wurde von unseren Schülern/-innen sehr begrüßt und erleichterte ihnen den Umgang mit vielen neuen Anforderungen in der Ausbildung. Durch die Internats-WG sind wir bei der Planung von anreisenden Praktikanten/-innen sehr flexibel.

Da der Praxisanleitung ein eigener Schulungs-/Übungsraum zur Verfügung steht, können wir jederzeit Anleitungen, Schulungen und Foren durchführen. Für die theoretische Ausbildung kooperiert das Haus eng mit der Staatlichen Berufsbildenden Schule für Gesundheit und Soziales in Meiningen und bei den Pflichtpraktika (z.B. Innere Medizin, Chirurgie) mit dem HELIOS Klinikum Meiningen, dem Medical Park Bad Rodach und verschiedenen Sozialstationen. Insgesamt stellen wir an die Ausbildung in unserem Haus hohe Ansprüche und haben das Ziel, dass jeder Moment Anleitung und Lernen für eine hohe Pflegequalität ist.



Kirsten Heier
HELIOS Fachkliniken Hildburghausen
Praxisanleiterin

