

# **Das Weddinger Modell**

## **Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext**

Materialien zum Download

Lieselotte Mahler, Ina Jarchov-Jädi,  
Christiane Montag, Jürgen Gallinat

# Inhaltsübersicht

**Grundprinzipien des Weddinger Modells**

**Allgemeine Hinweise zur Therapieplanung**

**Beispielfragen für die aufnahmenahe Therapieplanung**

**Beispielfragen für die entlassungsnahe Therapieplanung**

**Gesprächsinterventionen bei Problemsituationen in der Therapieplanung**

**Merkmale der MBT-Visite und Bedarfssprechstunde**

**Partizipative und transparente Erstellung des Entlassungsbriefs**

**Allgemeine Hinweise zum trialogischen Behandlungsansatz**

**Postvention und Prävention von Aggressionen und Zwangsmaßnahmen**

**Vordruck einer Behandlungsvereinbarung**

**Kurzer Krisenplan**

**Langer Krisenplan**

**Beispielhaft ausgefüllter langer Krisenplan**

**Grundsätze der Pharmakotherapie**

**Fragen zur Machbarkeit des Weddinger Modells**

**Hinweise zur Antragstellung von Projekten**

**Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit – Patient (WPAZ-P)**

**Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit – Angehörige (WPAZ-A)**

**Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit – Personal (WPAZ-Pers.)**

**Resilienzfragebogen**

# Grundprinzipien des Weddinger Modells

## **Transparenz und Partizipation in allen patientenbezogenen Stationselementen:**

- Es finden keine Vor- und Nachbesprechungen bezüglich des Patienten ohne sein Beisein statt.
- Mit Einwilligung des Patienten können Bezugspersonen an allem teilnehmen und werden aktiv dazu eingeladen.
- Durch Techniken wie »offener Dialog«, »reflektierendes Team« oder »partizipative Patientenvorstellung« sind Informationen, Einschätzungen, Entscheidungen und Handlungen der Behandelnden immer transparent und ermöglichen einen direkten therapeutischen Effekt.
- Bei Sprachbarrieren wird ein (Sprach- und Kultur-)Dolmetscher hinzugezogen.

## **Verbindlichkeit:**

- Termine, Absprachen, Behandlungsvereinbarungen, Krisenpläne u. a. werden verbindlich umgesetzt.

## **Behandlerkontinuität:**

- Durch ein multiprofessionelles Bezugstherapeutenteam werden mehrere Mitarbeitende intensiver in den therapeutischen Prozess involviert. So können auch Personalausfälle besser kompensiert werden.
- Einteilung in ein MBT bei Wiederaufnahme richtet sich nach dem engsten therapeutischen Bezug (z. B. zur Bezugspflege) und nicht nach einer Berufsgruppe (z. B. Arzt).

## **Prinzip der »Normalisierung« der psychiatrischen Situation:**

- Offene Türen, »normale« Einrichtung und Ausstattung der Station, Recht auf Rückzug, Ausgänge in »normales« Umfeld (kein »geschützter Hof«); Kontakte und Besuche werden ermöglicht, Straftaten angezeigt (z. B. Dealen, Diebstahl, Übergriffe).

## **Behandlungsgrundlage und Therapieplanung:**

- Ausrichtung an den Zielen und Veränderungswünschen der Patientin sowie an ihren eigenen Erfahrungen, Ressourcen und Strategien.
- Ambulanten Strukturen und Lebenswelten der Patientin sind gegenüber der stationären psychiatrischen Struktur Vorrang einzuräumen.

## **Recovery-Orientierung:**

- In Bezug auf Diagnosestellung, Symptombenennung, Einschätzung des therapeutischen Verlaufs und der Prognose u. a. wird mit der Patientin sowohl ein gemeinsames Verstehen als auch ein Weg der Bewältigung erarbeitet. Der Fokus liegt hierbei auf der Individualität und Subjektivität der Krankheits- wie auch Genesungskonzepte.
- Aufgabe der Mitarbeitenden: professionelle und kompetente Beratung und Begleitung der Patienten auf ihrem Weg; Empowerment und Recovery fördern (oder zumindest nicht behindern).

## **Therapeutische Beziehung:**

- Aufbau von kontinuierlichen, tragfähigen, vertrauensvollen therapeutischen Beziehungen (MBT).
- Konsequente Transparenz und Einbeziehung sowie Nachvollziehbarkeit und Klarheit von Entscheidungen und Handlungen (sich verantworten können).
- Divergente Wahrnehmungen, Meinungen, Einschätzungen, die im Dialog be-/entstehen können, werden ebenbürtig behandelt.

# Allgemeine Hinweise zur Therapieplanung

## **Frequenz:**

- mindestens zweimal pro Aufenthalt bei einer Aufenthaltsdauer von mehr als zehn Tagen
- mindestens einmal pro Aufenthalt bei einer Aufenthaltsdauer von weniger als zehn Tagen
- Aufnahmeplanung innerhalb einer Woche nach Aufnahme
- Entlassungsplanung je nach Verlauf
- nach Bedarf (bei längerem Aufenthalt, Veränderung der Ziele) weitere Therapieplanungen

## **Notwendige Voraussetzung:**

- Gesprächsbereitschaft
- Mögliche vorangegangene Zwangsmaßnahmen müssen zuvor mit der Patientin besprochen worden sein.

## **Organisation:**

- Die Patientin wird bei Aufnahme über die Existenz und Gestaltung der Therapieplanung informiert (Aufnahmegespräch).
- Spätestens bei der morgendlichen Teamübergabe des Vortags: Festlegung der Patientinnen und Patienten für die Therapieplanung und Informierung (direkte Ansprache und Anschreiben an Tafel).
- Optimalerweise wird die Therapieplanung in einem Bezugspflegegespräch mit der Patientin vorbereitet.
- Pro Patientin werden maximal 15 Minuten veranschlagt.
- Den Patientinnen wird immer angeboten, Bezugspersonen hinzuzuziehen, und sie werden darin unterstützt, die Bezugspersonen zu informieren.
- Die jeweiligen multiprofessionellen Bezugstherapeutenteams (MBTs) wechseln. Die übergreifenden Therapeuten (z. B. Sozialarbeit, Ergotherapie, Musiktherapie, Sporttherapie) bleiben.
- Es empfiehlt sich, pro MBT feste Zeitfenster mit Terminen zu haben, um diese geplant vergeben zu können und Dolmetscher, Bezugspersonen, ambulant Behandelnde gezielt hinzuziehen zu können.
- Gibt es kooperierende Institutionen und Behandelnde, wie Psychiatrische Institutsambulanz, Integrierte Versorgung oder komplementäre Einrichtungen, empfiehlt es sich, eine Vereinbarung zur Teilnahme zu treffen. Z. B. ist bei einem festen Telefontermin im Voraus eine Mitteilung zu machen, ob gemeinsame Patientinnen und Patienten besprochen werden.
- Eine gleichzeitige Dokumentation während der Planung, z. B. per Beamer, schafft Transparenz und gibt gleichzeitig die Möglichkeit zur Korrektur.

## **Gesprächsstruktur:**

- Die Moderation wechselt. Eine das Gespräch beginnende Mitarbeiterin wird zuvor festgelegt.
- Der Patient wird direkt zur Therapieplanung dazugeholt, ohne dass über ihn zuvor gesprochen wird.
- Der Patient wird zunächst gefragt, ob er alle in der Runde kennt oder ob er eine Vorstellung wünscht.
- Der Patient wird gezielt danach gefragt, bei welchen Problemen er vom Team Unterstützung benötigt (so werden die Schwerpunkte und Verantwortlichkeiten der unterschiedlichen Professionen klarer).
- Bei Unklarheit Rückversicherung, ob alle Teilnehmenden das Gleiche unter den Zielen verstanden haben.
- Gemeinsame Ziele werden formuliert und dokumentiert.

## **Beispielfragen für die aufnahmenahe Therapieplanung nach (Veränderungs-)Wünschen und Zielen in der Behandlung:**

- Was können wir für Sie tun? Was möchten Sie hier vor allem erreichen?
- Was sind Ihre Ziele oder Wünsche an uns bzw. an die Behandlung?
- Wenn Sie sich vorstellen, es wäre der Tag Ihrer Entlassung, was sollte sich im Vergleich zu jetzt verändert haben?
- Gibt es Sorgen oder Probleme, die wir vor allem im Blick haben sollten?
- Auch wenn Sie im Moment gar keine Ziele oder Wünsche benennen können, gibt es etwas, das wir dennoch für Sie tun können?
- Was sollten wir keinesfalls tun? Was sind für Sie Punkte, die wir nicht berühren sollten?
- Haben Sie selbst das Gefühl, hier richtig zu sein und eine psychiatrische Behandlung zu brauchen?

## **Beispielfragen für die aufnahmenahe Therapieplanung nach Ressourcen, Resilienz und eigenen Strategien:**

- Gibt es eigene Erfahrungen dazu, was Ihnen in solchen schwierigen Situationen hilft?
- Was tun Sie normalerweise, wenn es Ihnen schlecht geht, was hilft dann?
- Was hat Ihnen bei den letzten Aufenthalten schon mal geholfen, was geschadet?
- Was sind Dinge, die Sie gerne machen, was tut Ihnen gut?
- Was sind Gedanken oder Dinge, die Sie als stärkend erleben? Veränderungen der klinischen Praxis und der Stationsstrukturen weddinger
- Welche Kontakte sind Ihnen wichtig, die wir auch hier integrieren sollten?
- Wie sind Sie sonst? Was ist wichtig für Sie im Leben?
- Haben Sie besondere Interessen oder Hobbys?
- Arbeiten Sie oder lernen Sie etwas momentan?

## **Beispielfragen für die entlassungsnahe Therapieplanung nach Verlauf und Evaluation der Therapieziele:**

- Sie hatten als ein wichtiges Ziel angegeben, weniger Ängste zu haben und wieder allein nach draußen gehen zu können. Wie viel konnte schon erreicht werden und was fehlt noch?
- Wenn Sie an die Situation nach dem Aufenthalt hier in der Klinik denken, was fehlt da noch und wo brauchen Sie noch unsere Hilfe?
- Wie fühlen Sie sich in Ihrer Wohnung?
- Was oder wer hat Ihnen konkret geholfen?
- Wie würden Sie Ihren Verlauf/Prozess während des Aufenthalts selbst beschreiben?
- Was von dem, was Ihnen hier geholfen hat, würden Sie gerne zu Hause fortführen?
- Was sind innere Faktoren (z. B. Unsicherheit, Misstrauen), die sich vor der Entlassung noch ändern sollten?
- Was sind äußere Faktoren (z. B. Wohnung, Geld, Kontakte, ambulante Therapie), die noch nicht ausreichend geklärt sind, wo sie noch unsere Hilfe brauchen?
- Wurde ein Krisenplan oder eine Behandlungsvereinbarung mit Ihnen erstellt?
- Wer behandelt Sie weiter? Gibt es schon einen Termin?

## **Beispielfragen für die entlassungsnahe Therapieplanung nach Feedback:**

- Was haben Sie hier als hilfreich und was eher als hinderlich erlebt? (Hier möglichst detailliert nachfragen: Was, wer und warum?)
- Was könnten wir das nächste Mal besser machen?
- Worauf hätten wir vielleicht noch mehr achten sollen?
- Konnten Sie unser Handeln zum überwiegenden Teil verstehen oder gibt es Dinge, in denen Sie gerne von uns noch mehr Klärung hätten?
- Hatten Sie das Gefühl, in die Behandlung genug einbezogen worden zu sein?
- Haben Sie uns als hilfreich während der Behandlung erlebt?
- Würden Sie in einer erneuten Krise wieder zu uns kommen? Und wenn nicht, warum nicht?

## BEISPIEL MULTIDISZIPLINÄRER THERAPIEPLAN

### AUFNAHME- UND ENTLASSUNGSPLANUNG

Name: Frau Y.		Datum:	
Bereiche	Bei Aufnahme	Veränderungswünsche + Therapieziele	Angebotene Therapie
Ressourcen / eigene Strategien	Humor, kocht und backt gerne (v.a. mit anderen), kümmert sich viel um Nachbarn und Familie, gute Kontakte Spazieren gehen, Gespräche, Kochen, Musik und Tanz (türkisch)	1) keine Ängste mehr, wieder allein nach draußen gehen können 2) sich wieder lebensfroh und stark fühlen 3) schlafen können	Einzelgespräche (ärztlich) Expositionstraining (Pflege + Psychologie) Kontakt zu Nachbarn/Freunden herstellen (Sozialarbeit + Pflege) Depressionsgruppe (Psychologie)
Aktuelle psych. Problembereiche + Umgang damit	»Schwäche«, Ängste, Panikattacken, Antriebslosigkeit, keine Freude und Hoffnung mehr, Schlafstörungen Rückzug, Abgabe von Dingen an Familie, geht nicht mehr allein raus	4) selbstständig bzw. weniger auf Hilfe angewiesen sein 5) eventuell (räumliche) Trennung vom Ehemann	Schlafhygiene und evtl. antidepressive Medikation mit schlafanstoßender Wirkung (ärztlich) Ergotherapie mit Fokus auf eigene Ressourcen (Koch- und Backgruppe) Paargespräche mit Ehemann nach Vorbereitung in den Einzelgesprächen (ärztlich)
Kognitive + kommunikative Fähigkeiten	gut, keine Beeinträchtigung, ausreichende Verständigung in Deutsch möglich (Muttersprache ist Türkisch)		Netzwerkgespräche mit Familie und Nachbarin (Frau U. ist enge Freundin) sowie MBT Weitere Angebote: Bewegungsgruppe Entspannungsgruppe Musiktherapie (ggf. Einzeltherapie im Verlauf) (kann von der Tagesklinik aus bereits erfolgen)
Wohnsituation	mit Ehemann in 2-Zimmer-Mietwohnung, fühlt sich wohl in der Wohnung und Nachbarschaft		Evaluationsbogen ausgehändigt Bewertung der Behandlung durch Patient / Patientin: + : Ergotherapie, Einzelgespräche (möchte unbedingt Medikation, Bezugspflege durch Fr. W. - : Depressionsgruppe (große Scham vor anderen)
Arbeit	bis vor zwei Jahren in Glühbirnen-Fabrik am Fließband gearbeitet, wegen chronischer Rückenschmerzen jetzt EU-berentet		
Selbstversorgung	bisher völlig selbstständig; seit sechs Monaten übernehmen die Kinder vollständig den Haushalt		
Soziale Kontakte	Ehemann sei viel in der Türkei und unterstütze sie kaum, der Kontakt sei schwierig (auch Gewaltübergriffe). Sehr guter und stützender Kontakt zu Kindern und Nachbarn		

# Gesprächsinterventionen bei Problemsituationen in der Therapieplanung

- **Supportive Interventionen**

Empathische Interventionen in schwierigen Situationen: Verständnis für den Patienten bzw. für dessen Äußerungen zeigen, Betroffenheit zulassen.

**Beispiel:** »Es muss sehr irritierend und widersprüchlich für Sie sein, dass man Sie erst gegen Ihren Willen hierher bringt und wir Sie jetzt nach Ihren Zielen und Wünschen für die Behandlung fragen. Wir meinen unser Interesse an Ihnen und Ihrer Perspektive in dieser schwierigen Situation aber durchaus ernst und wollen gerne mit Ihnen versuchen, eine Lösung zu finden.«

- **Versachlichung des Konflikts**

Den sachlichen Hintergrund des Problems herausarbeiten.

**Beispiel:** »Dieser Widerspruch fußt unter anderem auf den unterschiedlichen Wahrnehmungen der Situation, die zur Unterbringung geführt hat. Die Klärung hier wäre schon allein deshalb wichtig, da Sie schnell in Ihre Wohnung zurückwollen, in der Sie sich aber zuletzt nicht mehr sicher fühlten.«

- **Funktionalisierung des Problems**

Nutzung des Konflikts für die Herausarbeitung von Zielen.

**Beispiel:** »Vielleicht könnte das erste Ziel sein, dass wir gemeinsam versuchen zu verstehen, was zu dieser eskalierten Situation geführt hat. Wir könnten versuchen zu klären, wo Sie sich missverstanden fühlen, aber auch, wo Sie vielleicht Dinge anders wahrgenommen haben, als sie z. B. von Ihren Nachbarn gemeint waren.«

- **Positives Ende**

Bei jedem Patienten muss das Gefühl vermittelt werden, dass Zweifel (Ärger, Enttäuschung, Kummer, Kritik u. a.) vom Team verstanden werden. Zudem sollte Zuversicht kommuniziert werden, dass Patientinnen und Patienten mit ihren Problemen nicht alleingelassen werden und auf die Therapie aktiv Einfluss nehmen können.

**Beispiel:** »Wir verstehen, dass für Sie die Situation der Zwangsunterbringung verstörend und beängstigend sein muss. Aber vielleicht merken Sie auch, wie sehr wir versuchen, Sie zu unterstützen. Wir können hier besprechen, was Sie dafür von uns brauchen.«

# Merkmale der MBT-Visite und Bedarfssprechstunde

## Personelle Zusammensetzung:

- MBT mit Patient (keine Vor- und Nachbesprechungen!)
- themenbezogenes Hinzuziehen der anderen Therapeutinnen aus Sozialarbeit, Ergotherapie
- mit Bezugspersonen

## Thematische Schwerpunkte:

- richten sich nach der Vorgabe des Patienten und dessen Bezugspersonen
- folgen dem aktuellen Therapieverlauf und anstehenden Entscheidungen

## Gesprächsführung:

- Die Moderation wechselt und kann durch alle Beteiligten erfolgen (keine Arzt-Fokussierung!).
- Die Themen werden von den verschiedenen Perspektiven aus betrachtet und reflektiert unter der Beteiligung aller (»offener Dialog«).
- Je nach Bedarf wechselnde Gesprächsformen: nachfragendes Interviewen, vertiefendes therapeutisches Miteinander-im-Gespräch-Sein, primär motivierender, informierender, reflektierender oder deeskalierender Gesprächsmodus u. a.

## Ziele der Visite:

- therapeutischer Effekt
- Klärung und Informationsaustausch
- Überprüfung des Therapieverlaufs
- (Neu-)Formulierung von Therapiezielen und -Vereinbarungen und deren Evaluation
- Einbezug der Lebenswelt und Bezugspersonen der Patientin
- aktive Beteiligung der Patientin und Verantwortungsübernahme in der Behandlung stärken
- Demonstration der Unterstützung und nicht der Macht!

## Partizipative und transparente Erstellung des Entlassungsbriefs

- Unter der Diagnosenliste erfolgt die Auflistung der vereinbarten Behandlungsziele und Ressourcen der Patientin (Aufnahme-Therapieplanung).
- Der »psychopathologische Befund« wird durch den »psychischen Befund« ersetzt, um einer automatischen Pathologisierung psychischer Phänomene entgegenzuwirken. Dies stellt zudem eine logische Angleichung an den »somatischen Befund« dar, der nie als »somatopathologischer Befund« bezeichnet wird.
- Alle Aspekte der multiprofessionellen und multimodalen Gesamtbehandlung werden gemäß ihrer Bedeutung für die Patientin und deren Genesung und nicht gemäß einer automatischen Hierarchisierung in den Entlassungsbrief aufgenommen.
- Neben einer großen fachlichen Expertise in den Befundbeschreibungen, den differentialdiagnostischen Abwägungen und Therapieempfehlungen fließen gleichermaßen die individuellen Krankheits- und Genesungskonzepte der Patientin sowie subjektive und biografische Aspekte mit ein.
- Die gemeinsame Auswertung der Zielerreichung (Entlassungs-Therapieplanung) wird in die Verlaufsbeschreibung mitaufgenommen, und Bewertungen und Prognosen werden gemäß der Recovery-Orientierung vor allem danach und nicht aufgrund einer reinen Symptom-Fokussierung (also -Remission) gestellt.
- Die Entlassungsbriefe werden mit den Patientinnen und Patienten gelesen und ggf. danach um relevante Punkte ergänzt bzw. korrigiert.
- Die Entlassungsbriefe werden den Patientinnen und Patienten direkt ausgehändigt oder per Post zugestellt.

# Allgemeine Hinweise zum trialogischen Behandlungsansatz

## **Trialog-Aufbau:**

- Bereits bei Behandlungsbeginn werden Fragen nach Quantität und Qualität von sozialen Kontakten gestellt sowie Unterstützung bei Kontaktaufnahmen durch die Behandelnden angeboten.
- Systemisch-kontextuelle wie auch psychodynamische Beziehungsaspekte werden von Anfang an in das multiprofessionelle Gesamtbehandlungskonzept integriert.
- Es gilt anzuerkennen, dass auch Beziehungen, die von außen betrachtet kompliziert, instabil und widersprüchlich wirken, für die Patientin eine Stabilität darstellen können.
- Mit hoher Sensibilisierung für mögliche Überforderungen bzw. dysfunktionale / destabilisierende Konstellationen und in enger Absprache mit der Patientin erfolgt eine aktive und konsequente Einbeziehung der Bezugspersonen in die Behandlung.
- Es gilt anzuerkennen, dass die psychiatrische Situation eine besondere ist, in der Patientinnen und Patienten wie auch ihre Bezugspersonen Zeit und Beratung benötigen, um Vertrauen aufzubauen und sich darin zurechtzufinden.

## **Grundhaltung im Trialog:**

- Die Trialog-Beteiligten sollten eine sich respektierende, offene, wertschätzende Grundhaltung einnehmen; diese kann in vorbereitenden Einzelgesprächen erarbeitet werden.
- Die Behandelnden führen das Gespräch moderierend und empathisch mit dem Ziel, ein Verstehen der jeweiligen Positionen möglich zu machen.

## **Ziele des Trialogs:**

- Förderung und Stabilisierung konstanter Beziehungen sowie Verhinderung (zusätzlicher) Verlusterfahrungen und von Isolierung
- Benennung der gegenseitigen Erwartungen, Enttäuschungen, Verletzungen, Überforderungen, aber auch Stärkung, Vermittlung von Sicherheit und Unterstützung sowie die Klärung von potenziellen Konfliktquellen
- therapeutische Begleitung bei schwierigen Erlebnissen wie Verlusterfahrungen, Trauer- und Trennungsprozessen
- Entwicklung von Handlungs- und Problemlösungsstrategien
- Entlastung der Bezugspersonen und Einbezug ihrer Wünsche an die Behandlung in Abstimmung mit den Erwartungen und Bedürfnissen der Patienten
- empathische und ausführliche Beratung, Information und Aufklärung bezüglich Erkrankung(sprozessen) und Therapien
- Erstellung eines trialogischen Krisenplans

# Postvention und Prävention von Aggressionen und Zwangsmaßnahmen

- Verbindliche und komplexe Aufarbeitung (Postvention) und Prävention unter Einbezug aller und über den Behandlungsrahmen hinaus (Nachbesprechungen des Behandlerteams mit Patienten und Bezugspersonen)
- Verfassen von verbindlichen Krisenplänen und Behandlungsvereinbarungen
- Empathisches Einnehmen und Verstehen der unterschiedlichen Perspektiven («Alle können voneinander lernen«)
- Achtsamkeit gegenüber den eigenen Grenzen
- Keine Versprechen, die nicht gehalten werden können (Kontakt, weiteres Vorgehen, Behandlungsziele, Prognose)
- Teambesprechungen, Supervision
- Deeskalationstrainings, Fortbildungen

# Vordruck einer Behandlungsvereinbarung

## **ERGÄNZENDE VEREINBARUNG ZUR DURCHFÜHRUNG DER BEHANDLUNG**

(für den Fall einer stationären Behandlung)

zwischen

Frau / Herrn

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

und der

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus

Große Hamburger Str. 5–11, 10115 Berlin, telefon 030 2311-2960, -2961

zwischen

Frau / Herrn

Name: ..... Vorname: .....

Funktion: ..... Station: .....

### Präambel

Die Klinik will mit diesen Absprachen die Erfahrung des Patienten / der Patientin nutzen, um in Krisensituationen adäquater zu helfen. Diese Erfahrungen sollen in der Klinik beachtet und im Rahmen einer zukünftigen Behandlung genutzt und umgesetzt werden.

Diese Behandlungsabsprachen dienen der gegenseitigen Vertrauensbildung. Sie enthalten wichtige Hinweise für eine individuell angemessene Behandlung. (Die getroffenen Absprachen können jedoch keinen rechtlich einklagbaren Vertrag bilden.) Diese Absprachen und Erklärungen haben außerdem für Patientinnen und Patienten den Vorteil, sich im Vorfeld mit ihrer Situation (soziales Umfeld, Freundeskreis, Gründe für die Entstehung von Krisen usw.) auseinanderzusetzen, um Krisen zu verhindern oder wirksamer bewältigen zu können.

Die Klinik verpflichtet sich:

- für die Einhaltung der Absprachen konkret Sorge zu tragen, auch bei einer Unterbringung im Rahmen des PsychKG oder des Betreuungsgesetzes;
- auf der Grundlage der Dokumentation über ihr Vorgehen Rechenschaft abzulegen – insbesondere für den Fall, in dem die Klinik sich nicht an die Absprachen halten kann.

Von den Absprachen darf nur dann abgewichen werden, wenn zuvor die / der zuständige bzw. diensthabende Oberärztin / Oberarzt eingeschaltet wurde und zugestimmt hat. Wenn im Einzelfall von den Behandlungsabsprachen abgewichen wird, ist dies vonseiten der Klinik ausführlich zu begründen, zu dokumentieren und mit der / dem Patientin / Patienten zu besprechen.

Die Präambel ist Bestandteil dieser Absprachen.

---

### 1. Vertrauenspersonen

Als Vertrauensperson benenne ich folgende Person(en):

Name, Vorname	Telefon	Anschrift
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Die Vertrauensperson(en) ist / sind bevollmächtigt, Auskünfte an die Klinik zu erteilen und auch Auskünfte von der Klinik zu erfragen.

---

### 2. Kontakte

Die oben genannten Vertrauenspersonen sollten nach Möglichkeit viel Zeit mit mir verbringen. Weitere Kontaktabsprachen (z.B. Angehörige, gewünschter Besuch durch Selbsthilfegruppen oder Besuch eines Vertreters einer Religionsgemeinschaft):

Funktion / Status	Name
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

• Mit folgenden Personen möchte ich *keinen* Kontakt haben, auch wenn diese es ausdrücklich wünschen:

• Folgenden Personen darf keine Auskunft gegeben werden:

Name, Vorname

.....

.....

---

### 3. Gesetzliche Regelungen

Ich verfüge über diese Vereinbarung hinaus über

• eine Vorsorgevollmacht. Bevollmächtigter ist:

Name, Vorname	Telefon	Anschrift
.....	.....	.....

• eine Patientenverfügung.

• Ich habe eine(n) gesetzliche(n) Betreuer(in):

Name, Vorname	Telefon	Anschrift
.....	.....	.....

Wirkungskreis:..... Amtsgericht:.....



In der Behandlung ist für mich Folgendes besonders hilfreich (z.B. Ergotherapie, Gespräche, Entspannung, Bewegung):

- .....
- .....
- .....
- .....

Weitere Hinweise für die Behandlung (z. B. Umgang mit Suizidalität, Umgang mit »Gereiztheit«, »Entweichungen«, Umgang mit Suchtmitteln):

.....  
.....  
.....

---

### 5. Medikamente

Ich nehme zum Zeitpunkt der Vereinbarung folgende Medikamente:

Bitte alle Medikamente (nicht nur Psychopharmaka) angeben, die verordnet und regelmäßig eingenommen werden!

Medikament	Dosierung	Bemerkung
------------	-----------	-----------

.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

In früheren Krisen waren bisher folgende Medikamente hilfreich:

1. ....
2. ....
3. ....

Nicht geholfen haben:

- .....
- .....
- .....

Ich lehne die Einnahme folgender Medikamente ab:

- .....
- .....
- .....

Bei der Medikamenteneinnahme bevorzuge ich Folgendes:

- Tabletten / Dragees
- Tropfen
- Spritzen
- Depot

Gründe: .....

Besondere Vereinbarungen für die medikamentöse Behandlung:

.....

- Ich möchte die Therapie in der Klinik nutzen, jedoch möglichst keine Psychopharmaka einnehmen. Mir ist bekannt, dass weder die Aufnahme in eine Klinik noch die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung eine Zwangsmedikation rechtfertigt.
- Sofern nach .... Tag(en) keine Besserung eingetreten ist, bin ich bereit, folgende Medikamente einzunehmen, weil sie in Krisensituationen bisher hilfreich waren: .....

---

### 6. Maßnahmen gegen den Willen des Patienten

Falls während der Behandlung psychiatrische Zwangsmaßnahmen notwendig erscheinen, soll vorher unbedingt Folgendes versucht werden:

- Vertrauensperson hinzuziehen
- Spaziergang mit Bezugspfleger, Seelsorger
- Bad
- Gespräch
- Musik hören / Musik machen
- Rückzug in reizarme Umgebung
- Einzelbetreuung durch Sitzwachen
- Bewegung (z.B. Laufen, Sandsack)
- Essen anbieten
- Rauchen
- .....
- .....

Bei aufgehobener Einsichts- und Steuerungsfähigkeit, eigen- oder fremdgefährdenden Handlungen und Verweigerung der oralen Medikation ist eine Therapie anzustreben mit (z. B. Abilify, Zyprexa i.m., Haldol i.m., Tavor / Diazepam i.v. – i. m. = intramuskuläre Injektion; i.v. = intravenöse Injektion):

.....

Falls Zwangsmaßnahmen aus Sicht der Klinik unumgänglich sind, soll Folgendes aufgrund meiner Erfahrungen beachtet werden (z.B. Erklärungen zur Ausgangsbeschränkung, Zwangsmedikation, Fixierung, Isolierung, Verlegung ins Beobachtungszimmer, ggf. Festlegung der Reihenfolge):

.....  
.....  
.....

Folgende Personen bitte ich um Beteiligung an der Sitzwache:

Name, Vorname	Telefon
.....	.....
.....	.....

Folgende Personen sollen auch im Fall einer Fixierung Zugang zu mir haben:

Name, Vorname

Telefon

.....  
.....

Die Überprüfung der Fixierung erfolgt routinemäßig nach ..... Minuten, spätestens jedoch nach zwei Stunden. Die Fixierung sollte abgeschirmt stattfinden, der Aufenthalt in der Fixierung in einem separaten Raum. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit eine Überprüfung der Fixierung verlangen kann. Während der gesamten Dauer der Fixierung ist eine Sitzwache anwesend.

Dies ist keine Zustimmung von mir im Voraus zu diesen Maßnahmen. Eine Zustimmung im Voraus ist auch rechtlich nicht zulässig.

Bei Zwangsmaßnahmen sollen benachrichtigt werden:

Name, Vorname

Telefon

.....  
.....

Zwangsmaßnahmen einschließlich der vorhandenen Dokumentation sollen im Rahmen einer Nachbesprechung gemeinsam mit Klinikmitarbeitenden besprochen werden.

#### **PsychKG und BtG (Betreuungsgesetz)**

Zur Abwendung einer Unterbringung gemäß PsychKG soll aufgrund meiner Erfahrungen Folgendes berücksichtigt werden:

.....  
.....

Falls ich infolge eines Beschlusses nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten in Berlin (PsychKG) oder nach Betreuungsgesetz (BtG) in die Klinik eingewiesen werde, soll mir schnellstmöglich eine Freiwilligkeitserklärung vorgelegt werden.

Sollte ich entgegen einer Absprache die Klinik verlassen, bitte ich, dass zunächst die Vertrauensperson und / oder Mitarbeiter der Klinik die Wohnung allein aufsuchen.

Die Klinik behält sich vor, im Notfall (z.B. bei unmittelbar drohender Suizidgefahr bzw. Fremdgefährdung) die Polizei, die Feuerwehreinheit oder das Gesundheitsamt (Sozialpsychiatrischer Dienst) einzuschalten.

---

#### **7. Soziale Situation**

Kinder

Ich habe folgende Kinder:

Name, Vorname

Geburtsdatum

.....  
.....  
.....  
.....

Ich möchte, dass sich Frau / Herr um die Kinder kümmert:

Name, Vorname

Funktion / Status

Tel.

.....  
.....

und / oder weitere Hilfen abgeklärt werden:

- mit der Krankenkasse ..... gemäß § 38 SGB V eine Haushaltshilfe,  
 mit dem Jugendamt (falls keine Lösung gefunden werden kann).

Ich habe für folgende Personen Verpflichtungen übernommen:

.....

Wichtige Termine und Ereignisse, die beachtet werden müssen (z.B. Prüfungen für Ausbildung und Studium): .....

Die Klinik bemüht sich im Rahmen der Möglichkeiten des eigenen Sozialdienstes, sich um die nachfolgenden sozialen Angelegenheiten zu kümmern (ggf. in Zusammenarbeit mit der Vertrauensperson / dem Betreuer). Sollte der Sozialdienst feststellen, dass bestimmte Angelegenheiten geregelt werden müssen und er selbst dies nicht leisten kann, hat er dafür Sorge zu tragen, dass andere Personen oder Dienste diese Aufgaben übernehmen.

**Bei mir ist Folgendes zu klären:**

**Wohnung**

- Situation im Haus mit Vermietern / drohende Kündigung / Nachbarn / Hausfrieden  
 Ist die Wohnung abgeschlossen / aufgebrochen?  
 Hausdienste  
 Licht  
 Tiere  
 .....  
 .....

Ein Wohnungsschlüssel ist bei Wohnbetreuerin ..... (Name, Tel.) aufbewahrt.

Die Klinik behält sich vor, im Notfall (z. B. bei Nichtöffnen der Wohnung, Suizidgefahr) die Polizei oder das Gesundheitsamt einzuschalten.

**Finanzen**

- Anstehende Ratenzahlungen  
 Rückgängigmachen von Kaufverträgen  
 Überziehung des Bankkontos, Absprachen mit der Bank  
 .....

**Fahrzeuge**

Absichern, und zwar  PKW  Motorrad  Mofa

**Arbeitgeber / Schule**

Name, Vorname

Telefon

Anschrift

.....  
.....

- Krankmeldung ohne Kennzeichnung »Psychiatrische Klinik«  
 Der Kontakt mit dem Arbeitgeber soll wie folgt aufgenommen werden: .....



# Krisenplan kurze Version

Name: .....

Vereinbarende Personen: .....

.....

---

## 1. Was gibt es für Erfahrungen aus den vergangenen Krisen?

- Was hat zur Entstehung von Krisen beigetragen?
- Welche Frühwarnzeichen gab es?
- Wie hat sich die Krise geäußert?

---

## 2. Was ist zu tun, wenn die Krise einmal begonnen hat?

- Was war in Krisen hilfreich?
- Mit wem will ich Kontakt während der Krise?
- Was sollte vermieden werden?
- Welche Medikamente waren hilfreich?
  - Dosierung?
  - Bedarfsmedikation?
- Welche Medikamente sollen auf keinen Fall gegeben werden?
- Was ist noch zu beachten im Falle einer Krise (Angehörige, insbesondere Kinder, Haustiere und sonstige äußere Umstände)?

---

## 3. Was kann vorbeugend vor der Krise getan werden?

- Was hilft generell, Krisen zu vermeiden?
- Wie kann ich Stress vermeiden oder reduzieren?
- Was tut mir gut? Was macht mir Spaß?

Der Krisenplan soll der gegenseitigen Vertrauensbildung dienen. Er enthält Hinweise für eine bedürfnisangepasste Behandlungsweise. Von den Absprachen sollte nicht abgewichen werden; wenn doch, müssen die Abweichungen im Nachhinein besprochen werden. Der Plan sollte regelmäßig aktualisiert werden.

Unterschriften: ..... Datum: .....

.....

.....

# Krisenplan lange Version

Name: .....

Vereinbarende Personen: .....

.....

---

## 1. Was gibt es für Erfahrungen aus den vergangenen Krisen?

Was hat zu der Entstehung von Krisen beigetragen?

.....  
.....  
.....

Krisenverlauf:

.....  
.....  
.....

Wie kann ich den Krisenverlauf aufhalten?

.....  
.....  
.....

---

## 2. Was ist zu tun, wenn die Krise einmal begonnen hat?

Welche Person war womit hilfreich?

.....  
.....  
.....

Welche Personen sind nicht hilfreich nach begonnener Krise?

.....  
.....  
.....

Welche Medikamente waren hilfreich?

.....  
.....  
.....

Welche Vertrauenspersonen/Kontaktpersonen sollen einbezogen werden?

.....  
.....  
.....

Wer kann meine Interessen vertreten, wenn ich nicht mehr entscheidungsfähig bin?

.....  
.....  
.....

---

3. Was kann vorbeugend vor der Krise getan werden? Was sollte unterlassen werden?

Was kann vorbeugend getan werden?

.....

.....

.....

Was sollte vorbeugend unterlassen werden?

.....

.....

.....

Der Krisenplan soll der gegenseitigen Vertrauensbildung dienen. Er enthält Hinweise für eine bedürfnisangepasste Behandlungsweise. Von den Absprachen sollte nicht abgewichen werden; wenn doch, müssen die Abweichungen im Nachhinein besprochen werden. Der Plan sollte regelmäßig aktualisiert werden.

Unterschriften: ..... Datum: .....

# Krisenplan lange Version mit Beispiel

Name: Fr. X

Vereinbarende Personen: Fr. X

Lebensgefährtin: Fr. Y

behandelnder Arzt: Dr. Z

---

## 1. Was gibt es für Erfahrungen aus den vergangenen Krisen?

Was hat zu der Entstehung von Krisen beigetragen?

- Handeln gegen den eigentlichen Wunsch, gegen das eigene Bedürfnis, weil äußere Umstände es gebieten. Fr. X merkt dann den Widerspruch/-willen »im Körper«; Träumen oder Beobachten, um aus der Situation herauszutreten; Aufmerksamkeitsverschiebung erleichtert Situation.
- Menschen kommen physisch zu nahe, auf Treppen, auf Gängen etc. Manchmal geht Nähe aber auch, wenn Fr. X in der Lage ist, ihren Wahrnehmungsbereich »zusammenzuhalten«.
- Wenn Fr. X sich von Menschen zu etwas gedrängt fühlt, auch argumentativ, dann fühlt sie sich dem Gegenüber ausgeliefert.
- Starke Veränderungen in ihrem Leben (Umzug, Beginn Ausbildung etc.).
- Potenziell kann jeder Kontakt mit Mitgliedern ihrer Familie eine Krise auslösen.

Krisenverlauf:

Merkt die Tendenz, zu verallgemeinern, in Schwarz-Weiß zu denken. Dann folgt das Gefühl, gefangen und machtlos zu sein. Es kommt zu einem Kontrollverlust über »Phänomene«: Beziehungsgedanken in Bezug auf Menschen und Objekte; »Einheitsgefühl« mit der Menschheit oder »höheren Systemen«; Geräuschempfindlichkeit und Verbindung von Gedanken und Geräuschen; intensive Körpergefühle; das Außen bewegt sich. Wenn Fr. X diesen Phänomenen zu sehr nachgeht, verselbstständigen sie sich. Kontrollverlust kann Gefühl der Machtlosigkeit noch verstärken. Danach oder zeitgleich treten »luzide Träume« auf, deren Inhalte dann in den Tag schwappen; Fr. X. ist verwirrt wegen Vielfalt an Interpretationsmöglichkeiten. Dann kippt das Schwarz-Weiß-Denken um in eine unüberschaubare Vielfalt der Wahrnehmung und Bewertung der Welt.

Das fühlt sich für Fr. X oft »leicht« an, aber auch wie harte Arbeit. Sie fühlt sich dann stärker, vitaler, mutiger; riskiert mehr im Kontakt mit Menschen. Fr. X schläft wenig bis gar nicht oder Rhythmus verschiebt sich in den Tag hinein. Der Kontakt zu Menschen wird problematischer, der zur Umwelt kann bedeutungsgeladen oder auch zu intensiv sein. Fr. X fühlt sich selbstbewusst, relativ klar in sich und ihren Gedanken, fühlt sich souveräner, ist stolz auf sich. Trifft dann auch Entscheidungen, die für ihr Leben auch im Nachhinein richtig und wichtig waren. Von »außen« sind die gedanklichen Zusammenhänge manchmal zu großformatig und abstrakt, Tempo des Sprechens ist zu schnell, zu viele Themen, Denken kann sich verselbstständigen. Von »innen« fühlt es sich ähnlich an: Es gibt Kommunikationsschwierigkeiten. Fr. X spinnt sich innere Bilder, was das Außen aber nicht mitbekommen hat; wenn sie dann anfängt, zu kommunizieren, reagieren die anderen manchmal mit Unverständnis.

Es gibt »schwarze« und »weiße« Psychosen: Bei den »schwarzen« Phasen steht die Angst stark im Vordergrund; sie konnte damit dann manchmal nicht mehr umgehen. In den »weißen« Phasen war die Angst noch handhabbar, sie konnte mit dieser noch umgehen, war neugierig, was dahintersteckt, hielt sie noch aus.

Es gab bislang noch nie eine Selbst- oder Fremdgefährdung in Krisen. Fr. X hat noch nie einen Suizidversuch durchgeführt. Sie hat auch in Krisen noch nie jemandem Schaden zugefügt.

#### Wie kann ich den Krisenverlauf aufhalten?

- Reingehen in die Phänomene, Wahnerleben überprüfen dürfen, darüber sprechen und sich im eigenen Erleben »outen«; Sprechen mit anderen funktioniert besser, wenn Fr. X in einfachen Sätzen spricht, um sich zu vermitteln.
- Im Gespräch kann dann jeweils angepasst an die Situation gemeinsam überlegt werden, was guttut und helfen kann (siehe auch Punkt 3).
- Ignorieren der Phänomene verstärkt diese eher, macht unnahbar und produziert Angst.
- Reizabschirmung (vor allem gegen akustische Reize, aber auch Dunkelheit als Abschirmung visueller Reize), vielleicht auch Hausarrest.
- Achtsamkeit auf Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Körperpflege.

---

### 2. Was ist zu tun, wenn die Krise einmal begonnen hat?

#### Welche Person war womit hilfreich?

In der akuten Krise kann derzeit keine weitere Person helfen. Eher bedeuten andere Personen Gefahr, weil Fr. X diesen nicht vertrauen kann. Wenn die Krise etwas abgeklungen ist, hilft es, wenn Fr. X ihre Bedürfnisse äußern kann. Dann kann in einem Gespräch z. B. mit Fr. Y gemeinsam überlegt werden, was nun helfen kann.

#### Welche Personen sind nicht hilfreich nach begonnener Krise?

Fast alle Mitglieder der Familie von Fr. X sind potenzielle Trigger für erneute Krisen. Ihre Schwester T. bildet eine Ausnahme. Zu Beginn der Krise kann jeder Mensch als potenziell gefährlich erlebt werden, worauf Fr. X dann mit sozialer Isolation reagiert.

#### Welche Medikamente waren hilfreich?

Die Krise ändert sich oft in ihrem Erscheinungsbild. Deshalb ist es schwer, sich von vornherein auf eine Notfallmedikation festzulegen. Es gibt kein Medikament, was Fr. X als besonders hilfreich oder schädlich erinnerlich ist.

#### Welche Vertrauenspersonen/Kontaktpersonen sollen einbezogen werden?

Fr. Y (Lebensgefährtin), Tel.: .....

Dr. Z (Arzt), Tel.: .....

#### Wer kann meine Interessen vertreten, wenn ich nicht mehr entscheidungsfähig bin?

Fr. X hat sich rückblickend als immer entscheidungsfähig in der Krise empfunden. Zur Überprüfung der Entscheidungsfähigkeit wird vorgeschlagen, dass Fr. X eine Pro-und-Kontra-Liste zur Einschätzung der entsprechenden Situation anfertigt.

---

### 3. Was kann vorbeugend vor der Krise getan werden? Was sollte unterlassen werden?

#### Was kann vorbeugend getan werden?

Phänomene und Erscheinungen können auch hilfreich sein und stabilisieren. Zum Beispiel die Deutung von Symbolen und Zeichen. Manchmal kann auch eine starke Wahrnehmung gefallen und zum Genuss führen. Starke Empfindungen und Bedeutungsschwere können Halt geben und guttun.

Malen und Zeichnen macht manchmal Angst. Kann aber auch zur Konzentration und Meditation führen. Und der Rhythmus der Bewegung kann Ruhe verschaffen. Manchmal kann die Auseinandersetzung mit sich selbst durch das Malen aber auch »zu nah« kommen; die Farben können »wehtun«.

Filme können Welt erklären, das »Gute« und »Böse« sortieren helfen; danach kann Fr. X wieder mehr Möglichkeiten für sich sehen. Außerdem lenken Filme ab. Und sie führen manchmal wieder zu Neugier und Wissbegier. Dadurch schafft sie es wieder, die »Ebenen« zu wechseln.

Begegnungen mit Menschen können guttun: Dazu gehört z. B. der Kontakt zu ihrer Freundin Fr. Y und Dr. Z. Echtheit und Natürlichkeit im Kontakt sind wichtig.

Ein angstfreies und selbstsicheres Gegenüber tut gut. Personen, die um ihre eigenen Grenzen wissen. Und Personen, die sie in ihrem eigenen Erleben akzeptieren und wahrnehmen.

Formen von Fürsorge können gut tun: z.B. einen Tee zugereicht bekommen oder zugedeckt werden, Geschenke und Süßigkeiten bekommen. Essen tut gut. Sprechen tut gut.

Zutrauen tut gut; Vertrauen in sie und ihre Wahrnehmungen. Raum geben für ihre Empfindungen und eigenen Vorstellungen. Und manchmal ihr auch Raum lassen für das Alleinsein.

Playstation, Computerspiele, Bauen und Basteln können ablenken und Sicherheit verleihen.

Die Lebendigkeit und Unmittelbarkeit von Kindern und Tieren können ablenken und erden.

Ein Ortswechsel kann hilfreich sein, aus der Situation herauszutreten. Dafür ist ein bestimmtes Zeitfenster wichtig. Und ein Ziel, dem Fr. X folgen kann. Das Ziel sollte etwas Schönes sein (z.B. ein schöner Ort oder eine schöne Handlung). Ein Ortswechsel aus eigener Kraft ist eigentlich nur dann möglich, wenn Fr. X nicht in Panik ist. Wenn sie in Panik sein sollte, braucht sie manchmal dabei Hilfe. In diesen Situationen kann ihr geholfen werden, indem man Fr. X körperlich abschirmt: mit dem Rücken zu ihr und dem Gesicht zur bedrohlichen Situation; nicht andersherum, das nimmt ihr Raum und sie kann sich nicht mehr auf sich selbst beziehen, um sich zu sortieren.

Die Freundin und Dr. Z wünschen sich konkrete Anweisungen, was zu tun und was zu unterlassen ist. Eine klare Handlungsanweisung kann die Situation für die anderen klären und entspannen. Das kann manchmal schwierig sein mit Menschen, die Fr. X nicht so gut kennen, wird aber mit wachsendem Selbstverständnis besser werden.

Was sollte vorbeugend unterlassen werden?

Druck-Ausüben ignoriert die Bedürfnisse von Fr. X und sollte deshalb vermieden werden.

Es tut auch nicht gut, wenn das Gegenüber ganz genau weiß, was für sie gut ist. Es soll Raum gelassen werden für das, was Fr. X empfindet. Sie möchte traurig sein dürfen, wenn sie traurig ist. Man sollte also nicht versuchen, ihre Gefühle »wegzureden«.

Druck-Ausüben ignoriert die Bedürfnisse von Fr. X und sollte deshalb vermieden werden.

Es tut auch nicht gut, wenn das Gegenüber ganz genau weiß, was für sie gut ist.

Es soll Raum gelassen werden für das, was Fr. X empfindet. Sie möchte traurig sein dürfen, wenn sie traurig ist. Man sollte also nicht versuchen, ihre Gefühle »wegzureden«.

Unterschriften: ..... Datum: .....

# Grundsätze der Pharmakotherapie

- Medikamente sind nicht obligatorisch in einer stationären Behandlung.
- Medikamente sollten nur spezifisch eingesetzt und über den Einsatz sollte partizipativ entschieden werden.
- Medikation kann die eigenen Ressourcen wieder zugänglicher machen und Hilfe zur Selbsthilfe sein. Medikation kann die Autonomie erhalten.
- Der Behandler ist der kompetente Berater, der für die Entscheidung des Patienten die nötigen Informationen und die Expertise liefert. Er tut dies uneigennützig und auf einer partnerschaftlichen Ebene mit dem Patienten.
- Der Patient übernimmt auch bezüglich der Pharmakotherapie eigene Verantwortung, indem er die möglichen Nebenwirkungen weitergibt, sich zur Medikation informiert und Wissen zu Besonderheiten erwirbt (Umgang mit vergessener Einnahme, mögliche Spiegelkontrollen, EKG-Kontrollen, Diät u. a.).
- Die Behandlung ist individualisiert. Dies schließt subjektive Annahmen der Patientin ein. Das bekannte pharmakologische Wissen (wirksame Dosis u. a.) wird in jedem Fall vermittelt.
- Das soziale Umfeld sollte in die Entscheidung einbezogen werden.
- Grundsätzlich werden subjektive Gründe anerkannt. So ist die Klage über eine bestimmte Nebenwirkung des Medikaments, die nach pharmakologischem Ermessen unmöglich erscheint, zu akzeptieren. Es mag eine gemeinsame Diskussion darüber geben, ob diese Nebenwirkung Ausdruck einer gewissen Ablehnung der Pharmakotherapie ist.
- Die Medikation ist nicht der Ersatz für das eigene Engagement der Patientin!
- Die Medikation ist nicht der Ersatz für das weitere Engagement von Ärztin, Psychologinnen und Team!
- Die Medikation ist nicht das Ziel der (stationären) Behandlung. Die Medikation soll helfen, die gesteckten Ziele zu erreichen.

# Fragen zur Machbarkeit des Weddinger Modells

## Fragen zu den Rahmenbedingungen:

- Ist im Blick auf die Tradition und auf die Unternehmenskultur die Implementierung des Modells generell denkbar?
- Ist das aktuelle Leitbild mit dem Modell kompatibel, oder besteht die Chance zu einer Leitbildanpassung?
- Besteht eine Chance, die Führungsverantwortlichen für das Modell zu gewinnen, und ist mit ihrer nachhaltigen Unterstützung und Verantwortungsübernahme zu rechnen?
- Ist der Umfang des Bedürfnisses nach Veränderung oder Neuerung ausreichend, um das Konzept zu tragen?
- Lassen die strukturellen Rahmenbedingungen den Vernetzungsgedanken des Modells ansatzweise zu?
- Stehen Aufwand und Benefit in einem annehmbaren Verhältnis?
- Wie groß ist die Risikobereitschaft bei den Verantwortungsträgern, wo liegen deren Verantwortlichkeiten und mit welchen Vorbehalten ist zu rechnen?

## Fragen zur inhaltlichen Umsetzung:

- Gibt es ausreichend Mitarbeitende, die inhaltlich das Modell tragen können, und sind sie sowohl von ihrer Grundhaltung als auch ihrer Expertise in der Lage, dieses Konzept langfristig als »Multiplikatoren« zu begleiten?
- Ist eine konsequente multiprofessionelle Zusammenarbeit perspektivisch denkbar?
- Ist eine Abflachung der Hierarchien generell vorstellbar?
- Wie sind die Erfahrungen mit innovativen Prozessen? Gibt es eine realistische Chance, ein so komplexes Modell umzusetzen und zu begleiten?
- Ist es der richtige Zeitpunkt, oder bedarf es noch eines längeren Vorlaufs?

## Fragen zu Ressourcen und Aufwand:

- Sind die notwendigen Ressourcen vorhanden oder mobilisierbar sowie nutzbar?
- In welchem Zeitraum ist das Projekt umsetzbar?
- Wie hoch ist der Kostenaufwand?

# Hinweise zur Antragstellung von Projekten

1. Angaben zum Antragsteller
2. Angaben zum beantragten Projekt
  - Projekttitel
  - Projektort
  - Projektbeginn und Projektlaufzeit
  - Zielgruppe
  - Konzeptbeschreibung, Projektidee und -inhalt
    - a. Darstellung mit aussagekräftigen inhaltlichen Schwerpunkten
    - b. Rahmenbedingungen und Ziel des Projekts
    - c. Verdeutlichung der innovativen Aspekte
    - d. Beteiligung der Zielgruppe an der Projektentwicklung?
    - e. angestrebte Veränderungen bei der Zielgruppe
  - Durchführung (Zeitplan, Methode und Aktivitäten)
  - konkret beschriebene Projektziele
  - notwendige Qualifizierungsmaßnahmen
  - innovative Aspekte, die Außenwirkung haben könnten
  - Kooperationspartner/-innen, Anbindung an bestehende Strukturen
3. Kosten und Finanzierungsplanung

# Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit – Patient (WPAZ-P)

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen.

ID: .....

Datum: .....

Alter: .....

männlich / weiblich: .....

	Stimme absolut zu	Stimme überwiegend zu	Unsicher – stimme eher zu	Unsicher – stimme eher nicht zu	Stimme überwiegend nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Frage unzutreffend
1. Meine Behandlung war erfolgreich.							
2. Ich bin mit dem Ergebnis der Behandlung zufrieden.							
3. Mit dem derzeitigen therapeutischen Vorgehen bin ich zufrieden.							
4. Ich fühle mich mit meinen Beschwerden ernst genommen.							
5. Ich fühle mich ganzheitlich wahrgenommen.							
6. Ich fühle mich in meinen Eigenheiten akzeptiert.							
7. Die Behandlung hat meine Stärken gefördert und meine Schwächen ausgeglichen.							
8. Ich bin in verständlicher Weise über meine Erkrankung aufgeklärt worden.							
9. Meine Angehörigen wurden über meine Erkrankung aufgeklärt.							
10. Ich konnte meine eigenen Vorstellungen über meine Beschwerden in die Gespräche einbringen.							
11. Ich habe das Gefühl, dass ich und meine Behandelnden das Gleiche meinen, wenn wir über meine Beschwerden sprechen.							
12. Auf die Therapie meiner Erkrankung konnte ich Einfluss nehmen.							
13. Ich konnte mit meinen Bezugstherapeuten gemeinsame Ziele für den stationären Aufenthalt setzen.							
14. Anstehende Aufgaben und Schritte zur Erreichung meiner Ziele wurden gemeinsam vereinbart.							
15. Meine Therapeutinnen und Therapeuten haben in wichtigen Situationen ihre Meinung klar geäußert und Verantwortung für mich übernommen.							
16. Die Stationsatmosphäre war angenehm.							
17. Das Stationsteam war respektvoll und vermittelte menschliche Wärme.							
18. Die Kommunikation mit dem Stationsteam war wertschätzend, offen und klar.							
19. Wenn ich Fragen hatte, konnte ich meine Behandelnden erreichen.							
20. Bei den Therapien konnte ich meine positiven Fähigkeiten erleben und zeigen.							
21. Meine Alltagssituation wurde in der Behandlung berücksichtigt.							
22. Ich habe Hilfestellung erhalten, meine alltäglichen Probleme zu lösen.							
23. Meine Angehörigen wurden in die Behandlung miteinbezogen.							
24. Probleme im Umfeld (Beruf, Familie, Freunde) haben abgenommen.							
25. Ich hatte die Wahl.							

---

Was hat Ihnen am meisten geholfen?

- Gespräche im Bezugsteam
- Gespräche mit Einzeltherapeuten (Arzt / Ärztin, Psychologe / Psychologin, Bezugspflege)
- Gespräche mit Mitpatienten
- Gespräche mit .....
  
- Medikamente
- Psychotherapie
- Musiktherapie
- Kunsttherapie
- Ergotherapie
- Physiotherapie / Sport / Körpertherapie
- Gruppentherapien – wenn ja, welche: .....
  
- Unterstützung durch Sozialarbeiter / -in
- Unterstützung durch Mitpatienten
- Stationsaufenthalt im Allgemeinen
- Ausgänge
  
- Sonstiges: .....

# Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit – Angehörige (WPAZ-A)

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen.

ID: .....

Datum: .....

Alter: .....

männlich / weiblich: .....

Verwandschaftliche Beziehung zum Patienten / zur Patientin: .....

Sonstige Bezugsperson: .....

	Stimme absolut zu	Stimme überwiegend zu	Unsicher – stimme eher zu	Unsicher – stimme eher nicht zu	Stimme überwiegend nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Frage unzutreffend
1. Die Behandlung von ..... war erfolgreich.							
2. Ich bin mit dem Ergebnis der Behandlung von ..... zufrieden.							
3. Mit dem derzeitigen therapeutischen Vorgehen bin ich zufrieden.							
4. .... fühlte sich mit seinen / ihren Beschwerden ernst genommen.							
5. .... fühlte sich ganzheitlich wahrgenommen.							
6. .... fühlte sich in seinen / ihren Eigenheiten akzeptiert.							
7. Die Behandlung hat ..... Stärken gefördert und seine / ihre Schwächen ausgeglichen.							
8. .... ist in verständlicher Weise über die Erkrankung aufgeklärt worden.							
9. Wir wurden über die Erkrankung aufgeklärt.							
10. .... konnte auf die Therapie der Erkrankung Einfluss nehmen.							
11. Anstehende Aufgaben und Schritte zur Erreichung von Zielen wurden gemeinsam mit uns vereinbart.							
12. Die Therapeutinnen und Therapeuten haben in wichtigen Situationen ihre Meinung klar geäußert und Verantwortung für ..... übernommen.							
13. Die Stationsatmosphäre war angenehm.							
14. Das Stationsteam war respektvoll und vermittelte menschliche Wärme.							
15. Die Kommunikation mit dem Stationsteam war wertschätzend, offen und klar.							
16. Wenn ich Fragen hatte, konnte ich die Behandelnden erreichen.							
17. .... Alltagssituation wurde in der Behandlung berücksichtigt.							
18. .... hat Hilfestellung erhalten, seine / ihre alltäglichen Probleme zu lösen.							
19. Ich wurde in die Behandlung miteinbezogen.							
20. Probleme im Umfeld (Beruf, Familie, Freunde) haben abgenommen.							

---

Was hat ..... Ihrer Einschätzung nach am meisten geholfen?

- Gespräche im Bezugsteam
- Gespräche mit Einzeltherapeuten (Arzt / Ärztin, Psychologe / Psychologin, Bezugspflege)
- Gespräche mit Mitpatienten
- Gespräche mit .....
  
- Medikamente
- Psychotherapie
- Musiktherapie
- Kunsttherapie
- Ergotherapie
- Physiotherapie / Sport / Körpertherapie
- Gruppentherapien – wenn ja, welche: .....
  
- Unterstützung durch Sozialarbeiter / -in
- Unterstützung durch Mitpatienten
- Stationsaufenthalt im Allgemeinen
- Ausgänge
  
- Sonstiges: .....

# Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit – Personal (WPAZ-Pers.)

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen.

ID: .....

Datum: .....

Alter: .....

männlich / weiblich: .....

Berufsgruppe: .....

	Stimme absolut zu	Stimme überwiegend zu	Unsicher – stimme eher zu	Unsicher – stimme eher nicht zu	Stimme überwiegend nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Frage unzutreffend
1. Die Behandlung des Patienten / der Patientin war erfolgreich.							
2. Ich bin mit dem Ergebnis der Behandlung zufrieden.							
3. Mit dem derzeitigen therapeutischen Vorgehen bin ich zufrieden.							
4. Der Patient fühlte sich mit seinen Beschwerden ernst genommen.							
5. Der Patient fühlte sich ganzheitlich wahrgenommen.							
6. Der Patient fühlte sich in seinen Eigenheiten akzeptiert.							
7. Die Behandlung hat die Stärken des Patienten gefördert und seine Schwächen ausgeglichen.							
8. Der Patient fühlte sich in verständlicher Weise über seine Erkrankung aufgeklärt.							
9. Die Angehörigen wurden über die Erkrankung aufgeklärt.							
10. Der Patient konnte seine eigenen Vorstellungen über seine Beschwerden in die Gespräche einbringen.							
11. Ich habe das Gefühl, dass Patient und Behandelnde das Gleiche meinen, wenn sie über die Beschwerden des Patienten sprechen.							
12. Der Patient konnte auf die Therapie seiner Erkrankung Einfluss nehmen.							
13. Der Patient hatte die Möglichkeit, mit seinen Bezugstherapeuten gemeinsame Ziele für den stationären Aufenthalt zu setzen.							
14. Anstehende Aufgaben und Schritte zur Erreichung von Zielen wurden gemeinsam vereinbart.							
15. Wir Therapeutinnen und Therapeuten haben in wichtigen Situationen unsere Meinung klar geäußert und Verantwortung für den Patienten übernommen.							
16. Die Stationsatmosphäre war angenehm.							
17. Das Stationsteam war respektvoll und vermittelte menschliche Wärme.							
18. Die Kommunikation mit dem Stationsteam war wertschätzend, offen und klar.							
19. Wenn der Patient Fragen hatte, konnte er seine Behandelnden erreichen.							
20. Der Patient konnte bei den Therapien seine positiven Fähigkeiten erleben und zeigen.							
21. Die Alltagssituation des Patienten wurde in der Behandlung berücksichtigt.							
22. Der Patient hat Hilfestellung erhalten, seine alltäglichen Probleme zu lösen.							
23. Die Angehörigen wurden in die Behandlung miteinbezogen.							
24. Probleme im Umfeld des Patienten (Beruf, Familie, Freunde) haben abgenommen.							
25. Der Patient hatte das Gefühl, eine Wahl zu haben.							

---

Was hat dem Patienten / der Patientin Ihrer Einschätzung nach am meisten geholfen?

- Gespräche im Bezugsteam
- Gespräche mit Einzeltherapeuten (Arzt / Ärztin, Psychologe / Psychologin, Bezugspflege)
- Gespräche mit Mitpatienten
- Gespräche mit .....
  
- Medikamente
- Psychotherapie
- Musiktherapie
- Kunsttherapie
- Ergotherapie
- Physiotherapie / Sport / Körpertherapie
- Gruppentherapien – wenn ja, welche: .....
  
- Unterstützung durch Sozialarbeiter / -in
- Unterstützung durch Mitpatienten
- Stationsaufenthalt im Allgemeinen
- Ausgänge
  
- Sonstiges: .....

# Resilienzfragebogen

ID: .....

Datum: .....

Alter: .....

männlich / weiblich: .....

	Stimme absolut zu	Stimme überwiegend zu	Unsicher – stimme eher zu	Unsicher – stimme eher nicht zu	Stimme überwiegend nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Frage unzutreffend
1. Ich glaube, dass ich meine momentanen persönlichen Ziele erreichen kann.							
2. Ich weiß, wie ich mit unerwünschten Symptomen meiner psychischen Erkrankung umgehen kann.							
3. Ich erkenne keine persönlichen Auslöser für meine psychischen Probleme.							
4. Ich kann mit den Ereignissen in meinem Leben umgehen.							
5. Ich weiß, dass es psychiatrische Hilfsangebote gibt, die mir nützen können.							
6. Ich bin wenig zuversichtlich, wenn ich an meine Zukunft denke.							
7. Ich trage die größte Verantwortung für meine Genesung.							
8. Ich empfinde das hier vermittelte Krankheitsverständnis als hilfreich.							
9. Mit der psychischen Erkrankung zurechtzukommen, ist nicht das Hauptthema meines Lebens.							
10. Ich habe keine Selbstachtung.							
11. Ich habe keine sinnvolle Beschäftigung / Interessen / Hobbys.							
12. Kontakte zu Angehörigen und Freunden sind mir nicht wichtig.							
13. Ich habe mehr Klarheit bekommen über meine Ziele und anstehenden Lebensaufgaben.							
14. Spiritualität / Glaube hilft mir in der Krise.							
15. Ich sehe den Umgang mit meiner Erkrankung auch als Reifungsprozess.							
16. Ich schäme mich für meine psychische Erkrankung.							
17. Das Leiden hat mich zu einer stärkeren Person gemacht.							
18. Auch wenn ich selbst nicht an mich glauben kann – andere Menschen tun es.							
19. Es gibt keine Menschen, auf die ich mich verlassen kann.							
20. Humor ist für mich hilfreich.							
21. Ich bin neugierig auf die Dinge, die da kommen.							
22. Sexualität spielt für mich keine Rolle.							