

# Das Weddinger Modell

Resilienz- und Ressourcenorientierung  
im klinischen Kontext

Lieselotte Mahler  
Ina Jarchov-Jàdi  
Christiane Montag  
Jürgen Gallinat

inklusive  
Download-  
material



Lieselotte Mahler, Ina Jarchov-Jädi,  
Christiane Montag, Jürgen Gallinat  
**Das Weddinger Modell**  
Resilienz- und Ressourcenorientierung  
im klinischen Kontext

Psychiatrie  
Verlag 



**Dr. Lieselotte Mahler** und **Dr. med. Christiane Montag** (v.l.n.r.) sind Oberärztinnen an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin-Wedding. **Ina Jarchov-Jädi** ist dort Pflegedirektorin, **Prof. Dr. med. Jürgen Gallinat** Chefarzt.

Kontaktadresse:

Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus

Große Hamburger Straße 5–11, 10115 Berlin

E-Mail: [lieselotte.mahler@charite.de](mailto:lieselotte.mahler@charite.de)

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

# **Das Weddinger Modell**

Resilienz- und Ressourcenorientierung  
im klinischen Kontext

Psychiatrie  
Verlag 

Lieselotte Mahler, Ina Jarchov-Jädi, Christiane Montag, Jürgen Gallinat  
Das Weddinger Modell

Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext

1. Auflage 2014

ISBN-Print: 978-3-88414-555-5

ISBN-PDF: 978-3-88414-791-7

**Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische  
Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Weitere Bücher zum Umgang mit psychischen Störungen unter:  
[www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de)

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2014

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung  
des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Lektorat: Anne Katrin Bläser, Bonn

Umschlaggestaltung: GRAFIKSCHMITZ, Köln unter Verwendung  
eines Fotos von johny schorle / photocase.com

Typografiekonzeption: Iga Bielejec, Nierstein

Satz: Psychiatrie Verlag, Köln

Druck und Bindung: Himmer AG, Augsburg

Zum Schutz von Umwelt und Ressourcen wurde für dieses Buch  
FSC®-zertifiziertes Papier verwendet.



<b>Vorwort I</b>	<b>12</b>
<i>Michaela Amering</i>	
<b>Vorwort II</b>	<b>14</b>
<i>Gwen Schulz</i>	
<b>Weddinger Modell: Ein Perspektivwechsel</b>	<b>18</b>
<i>Lieselotte Mahler</i>	
Entstehung, Herangehensweise und Zielsetzung	<b>18</b>
Resilienz- und Ressourcenorientierung	<b>24</b>
Individualisierung von Therapie und Genesung	<b>32</b>
Multiprofessionelle therapeutische Haltung	<b>39</b>
<b>Theoretische Vernetzungen</b>	<b>46</b>
<i>Lieselotte Mahler</i>	
Recovery	<b>47</b>
Empowerment	<b>53</b>
Salutogenese	<b>55</b>
Bedürfnisangepasste Therapie	<b>58</b>
Trialog	<b>62</b>
<b>Veränderungen der klinischen Praxis und der Stationsstrukturen</b>	<b>66</b>
<i>Lieselotte Mahler</i>	
Chancen der multiprofessionellen Behandlung	<b>72</b>
Patientenzentrierte Therapiegestaltung	<b>77</b>
Multiprofessionelle Therapieüberprüfung und -anpassung	<b>93</b>
<b>Einbeziehung von Angehörigen oder Bezugspersonen</b>	<b>119</b>
<i>Lieselotte Mahler</i>	

<b>Offene Begegnungen – Haltung zu Aggressionen und Behandlungen gegen den Willen</b>	<b>127</b>
<i>Lieselotte Mabler</i>	
Der psychiatrische Raum: authentisch, kreativ und »normal«	129
Gemeinsam riskierte verantwortungsvolle Entscheidungen	132
Postvention ist Prävention	136
<b>Behandlungsvereinbarungen und Krisenpläne</b>	<b>140</b>
<i>Lieselotte Mabler</i>	
<b>Synergien</b>	<b>148</b>
Integrierte Versorgung und Weddinger Modell	148
<i>Jürgen Gallinat und Christiane Montag</i>	
Soteria und Weddinger Modell	154
<i>Jürgen Gallinat</i>	
<b>Haltungsempfehlungen</b>	<b>163</b>
Psychotherapie	163
<i>Christiane Montag</i>	
Medikation	168
<i>Jürgen Gallinat</i>	
<b>Implementierung des Weddinger Modells</b>	<b>178</b>
<i>Ina Jarchov-Jädi</i>	
Theoretische Grundlagen und praktische Hinweise	178
Gestaltung der Projektphasen	192
Prozessbegleitung nach der Implementierung	219
Veränderung ist möglich	222

---

**Evaluation** **224**

*Christiane Montag*

---

Methode **225**

---

Teilnehmende **227**

---

Erste Ergebnisse **230**

---

Diskussion und Zusammenfassung **243**

---

Erhebungsbögen **248**

---

**Danksagung** **255**

---

**Literatur** **256**

---

**Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen**

---

**Abbildungen**

**Abbildung 1:** Vernetzung des Weddinger Modells mit dem Kohärenzbegriff Antonovskys **59**

**Abbildung 2:** Stationsstrukturen des Weddinger Modells **68**

**Abbildung 3:** Positive Wechselwirkungen von Struktur und Haltung **71**

**Abbildung 4:** Gefahren und Probleme der Multiprofessionalität in tradierten Stationsstrukturen **73**

**Abbildung 5:** Chancen und Ressourcen der Multiprofessionalität **75**

**Abbildung 6:** Ziele der aufnahmenahen und der entlassungsnahen Therapieplanung **85**

**Abbildung 7:** Geteilte Risiko- und Verantwortungsübernahme **133**

**Abbildung 8:** Auszug aus dem Vordruck einer Behandlungsvereinbarung (Punkte 4 und 5) **142**

**Abbildung 9:** Vordruck für den stationären Krisenplan **146**

**Abbildung 10:** Das Weddinger Modell – Projekt und Prozess in einem **181**

**Abbildung 11:** Projektrelevante Merkmale des Weddinger Modells **182**

<b>Abbildung 12:</b> Vier Schritte von Changemanagement und Projektmanagement	<b>184</b>
<b>Abbildung 13:</b> Both-Directions-Ansatz	<b>188</b>
<b>Abbildung 14:</b> Phasenmodell: Projektmanagement- (weiß) und Changemanagement-Phasen (grau)	<b>194</b>
<b>Abbildung 15:</b> Zeitschiene Vorkonzept des Weddinger Modells	<b>197</b>
<b>Abbildung 16:</b> Problemlösungszyklus	<b>198</b>
<b>Abbildung 17:</b> Beispiele für entscheidungsrelevante Parameter der Entscheidungsträger	<b>201</b>
<b>Abbildung 18:</b> Vom Problem zur Projektvereinbarung – Entwicklungsstufen innerhalb der Initialisierungsphase	<b>203</b>
<b>Abbildung 19:</b> Vier-Stufen-Schema zur Planung der Teilprojekte	<b>204</b>
<b>Abbildung 20:</b> Die Mitarbeiterin von Anfang an einbeziehen – eine Prävention gegen passiven und aktiven Widerstand	<b>206</b>
<b>Abbildung 21:</b> Organigramm der Projektplanung des Weddinger Modells	<b>207</b>
<b>Abbildung 22:</b> Zeitschiene Projektplanung Weddinger Modell	<b>209</b>
<b>Abbildung 23:</b> Gestaltungsgrundsätze des Symposiums	<b>211</b>
<b>Abbildung 24:</b> Grundlagenseminar Weddinger Modell	<b>213</b>
<b>Abbildung 25:</b> Zeitplan Implementierung und Prozessbegleitung Weddinger Modell	<b>220</b>
<b>Abbildung 26:</b> Auswertung der Evaluationsrunden nach Einführung des Weddinger Modells	<b>221</b>
<b>Abbildung 27:</b> Ablaufschema der Evaluation des Weddinger Modells 2010–2013	<b>226</b>
<b>Abbildung 28:</b> Evaluation des Weddinger Modells 2010–2011: Fallzahlen nach Diagnosegruppen	<b>229</b>
<b>Abbildung 29:</b> Weddinger Patientenzufriedenheitsbogen: Vergleich der Erhebungen 2010 und 2011	<b>233</b>

<b>Abbildung 30:</b> Qualität der therapeutischen Beziehung im Vergleich der Erhebungen 2010 und 2011 aus Patienten- und Therapeutenperspektive	<b>235</b>
<b>Abbildung 31:</b> Diagnose und emotionale therapeutische Bindung aus Patientensicht im Vergleich der Befragungen 2010 und 2011	<b>236</b>
<b>Abbildung 32:</b> Resilienzfragebogen, Summenscore im Vergleich der Erhebungen 2010 und 2011	<b>237</b>
<b>Abbildung 33:</b> Resilienzfragebogen, Diagnosegruppen im Vergleich der Erhebungen 2010 und 2011	<b>238</b>
<b>Abbildung 34:</b> Resilienzfragebogen, Einzelfaktoren im Vergleich der Erhebungen 2010 und 2011	<b>239</b>
<b>Abbildung 35:</b> Fragebogen Mitarbeiterzufriedenheit, Summenscore	<b>242</b>
 <b>Tabellen</b>	
<b>Tabelle 1:</b> Gegenüberstellung von klassischer Psychiatrie, Recovery-Ansatz und Weddinger Modell	<b>50</b>
<b>Tabelle 2:</b> Unterschiede des ambulanten und stationären Trialogs: Psychoseseminar versus Weddinger Modell	<b>65</b>
<b>Tabelle 3:</b> Charakteristika von Therapieplanung und Therapiebesprechung	<b>77</b>
<b>Tabelle 4:</b> Beispiel multidisziplinärer Therapieplan	<b>90</b>
<b>Tabelle 5:</b> Exemplarischer Wochenplan mit allen Visiten	<b>100</b>
<b>Tabelle 6:</b> Charakteristika von Integrierter Versorgung mit ACT-Team und Weddinger Modell	<b>150</b>
<b>Tabelle 7:</b> Von der Idee bis zum Projektantrag – Beispiel Weddinger Modell	<b>196</b>
<b>Tabelle 8:</b> Grundlagenseminare: prozentuale Teilnahme der Mitarbeitenden	<b>212</b>
<b>Tabelle 9:</b> Auswertung der Evaluationsbögen zu den Grundlagenseminaren Weddinger Modell	<b>214</b>

<b>Tabelle 10:</b> Teilnahme von Patienten, Angehörigen und Personal an der Evaluation des Weddinger Modells 2010–2011	<b>227</b>
<b>Tabelle 11:</b> Diagnoseverteilung gemäß ICD-10 während der Evaluation des Weddinger Modells (in %)	<b>229</b>
<b>Tabelle 12:</b> Diagnoseverteilung nach relevanten Behandlungsgruppen während der Evaluation des Weddinger Modells (in %)	<b>230</b>
<b>Tabelle 13:</b> Vergleich demografischer Variablen und Erkrankungscharakteristika zwischen PUK SHK und Kontrollkrankenhäusern	<b>231</b>

### **Verzeichnis der Downloadmaterialien**

Alle Materialien sind zu finden unter: <http://www.psychiatrie-verlag.de/buecher/detail/book-detail/das-weddinger-modell.html>

Grundprinzipien des Weddinger Modells	<b>69</b>
Allgemeine Hinweise zur Therapieplanung	<b>83</b>
Beispielfragen für die aufnahmenahe Therapieplanung	<b>88</b>
Beispielfragen für die entlassungsnahen Therapieplanung	<b>89</b>
Gesprächsinterventionen bei Problemsituationen in der Therapieplanung	<b>92</b>
Merkmale der MBT-Visite und Bedarfssprechstunde	<b>95</b>
Partizipative und transparente Erstellung des Entlassungsbriefs	<b>118</b>
Allgemeine Hinweise zum trialogischen Behandlungsansatz	<b>123</b>
Postvention und Prävention von Aggressionen und Zwangsmaßnahmen	<b>138</b>
Auszug aus dem Vordruck einer Behandlungsvereinbarung (kompletter Vordruck zum Download)	<b>142</b>
Kurzer Krisenplan	<b>146</b>
Langer Krisenplan (nur zum Download)	
Beispielhaft ausgefüllter langer Krisenplan (nur zum Download)	
Grundsätze der Pharmakotherapie	<b>174</b>

Fragen zur Machbarkeit des Weddinger Modells	<b>198</b>
Hinweise zur Antragstellung von Projekten	<b>202</b>
Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit – Patient (WPAZ-P)	<b>248</b>
Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit – Angehörige (WPAZ-A)	<b>250</b>
Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit – Personal (WPAZ-Pers.)	<b>252</b>
Resilienzfragebogen	<b>254</b>

# Vorwort I

*Michaela Amering*

Wie soll sich die Psychiatrie den Herausforderungen unserer Zeit stellen?

Recovery ist seit einigen Jahren gesundheitspolitische Vorgabe in den englischsprachigen Ländern wie den USA und Großbritannien, Australien, Neuseeland, Kanada, Schottland und Irland. Am pointiertesten ausgedrückt hat es die Regierung der USA im Rahmen der New Freedom Commission on Mental Health: »Wir sehen eine Zukunft mit Recovery für jede/n mit einer psychischen Erkrankung, eine Zukunft, [...] in der jede Person mit einer psychiatrischen Erkrankung in jeder Phase des Lebens vollen Zugang zu effektiven Behandlungen und Unterstützungen hat – alle wesentlichen Elemente, um zu leben, zu arbeiten und voll am Leben in der Gemeinde teilzunehmen« (AMERING & SCHMOLKE 2012, S. 35).

Wesentliche Aspekte der aktuellen Bedeutung von Recovery, basierend auf Personenorientierung, Einbeziehung der Betroffenen und Angehörigen, Selbstbestimmung und Gesundheitsförderung, sind für Europa im Aktionsplan zur seelischen Gesundheit niederlegt. Der soeben beschlossene WHO Mental Health Act für 2013 bis 2020 setzt ebenfalls Schwerpunkte auf Empowerment und Partizipation von Betroffenen und Angehörigen.

Wie soll sich die Psychiatrie diesen Herausforderungen stellen? Wie umsetzen? Wie implementieren, neuorganisieren, transformieren?

»Einfach tun« ist die wunderbare Antwort, die dieses Buch uns gibt. Tun, was vielfältig erworbenes Wissen und die Weisheit und Erfahrung nahelegen, die sich aus multiprofessioneller und noch mehr aus trialogischer Zusammenarbeit ergibt. Was braucht es dazu? Mut, hohe professionelle Ethik, den Wunsch, sich an bestehende Gesetze zu halten. Dazu gehören Patientenrechte wie Information, Entscheidungsfreiheit, Wahlmöglichkeiten, Beschwerdemöglichkeiten, allen voran Transparenz und Einbeziehung auf allen Ebenen in alle Entscheidungen – unterstützt, wenn Unterstützung gebraucht wird –, und

Menschenrechte. Die Frage, wie diesen Vorgaben entsprochen werden kann, hat durch die Ratifizierung der UN-Konvention für die Rechte von Personen mit Behinderungen nochmals spezielle Brisanz erhalten. Diese Konvention zeichnet sich nicht nur dadurch aus, dass sie sich explizit auch auf Personen mit psychosozialen Behinderungen bezieht, sondern ebenso dadurch, dass Personen mit gelebter Erfahrung von psychiatrischen Störungen maßgeblich an ihrer Entstehung beteiligt waren.

Das Bestechende an diesem Buch ist das Zusammenführen des großen bestehenden Wissens- und Erfahrungsschatzes aller Berufsgruppen mit dem Erfahrungswissen der Betroffenen und ihrer Freunde und Angehörigen. Die reichen Traditionen werden klar dargestellt und mit der Neugierde und dem Mut zu tiefgreifenden Veränderungen kombiniert.

»Ganz normal und gleichzeitig ganz besonders« ist ein Konzept, das wir jüngst in einem Forschungsprojekt zur Stigmaresistenz in Wien fanden. Das scheint mir auch hierher zu passen. Ganz besonders ist die enorme Großzügigkeit und Offenheit, mit der die Autorinnen und Autoren uns erlauben, einen Prozess mit Hindernissen, Zaudern, Fehlern, unvermuteten Konsequenzen, immer neuen Überraschungen und steter Entschlossenheit zu beobachten, und wie sie uns ihre Erfahrungen in großer Ehrlichkeit und Genauigkeit zur Verfügung stellen. Damit sind wir bestens ausgerüstet, um Mut zu fassen und einfach zu tun, was getan werden muss.

Form und Inhalt dieses Buches tragen dazu bei, uns Leserinnen und Lesern zu erlauben, sofort und zuversichtlich zu beginnen, endlich das zu tun, was wir immer schon tun wollten. Das wird uns »die Freude zurück in die Arbeit bringen«. So würde es Courtney Harding, prominente Wissenschaftlerin im Bereich der Verlaufsforschung, im Sinne von Recovery wohl auf den Punkt bringen.

*Michaela Amering ist Professorin und Oberärztin an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Universität Wien.*

## Vorwort II

*Gwen Schulz*

Das erste Mal habe ich vom Weddinger Modell auf einer Tagung zu den UN-Menschenrechtskonventionen in Wien gehört. Ich war spontan überzeugt, beeindruckt von der Idee, von der Art, Menschen erst einmal in ihrem bisherigen Lebenszusammenhang ernst zu nehmen, bei sich und in sich zu lassen, obwohl sie im psychiatrischen System untergebracht sind. Ich habe das Weddinger Modell so verstanden, dass alles Leben, das ein Mensch bisher außerhalb der Klinik geführt hat, alle Interessen, Freundschaften, Lebenszusammenhänge weiterhin Bestand haben sollen, ausdrücklich erhalten werden sollen und sogar die Basis für die psychiatrische Behandlung sind. Es geht überhaupt weniger um Behandlung als um die Einbindung der Patientin oder des Patienten in Therapieentscheidungen, um Transparenz und Partnerschaftlichkeit. Das bedeutet eine grundsätzlich und radikal andere Haltung. Sie ist nicht mit besonders ausgefeilten Programmen und Kosten verbunden. Es beinhaltet eher eine andere, konsequente Sichtweise auf den Patienten als selbst entscheidendes Subjekt und eine Veränderung der automatischen Machtstrukturen in der Psychiatrie.

Es gibt Aufnahmesituationen, in denen Menschen so aufgeregt, so aufgelöst, so scheinbar unfähig erscheinen, ihr eigenes Leben zu führen, dass in dem Moment vielleicht Fremdenscheidungen unumgänglich sind. Aber auch in solchen zugespitzten Krisensituationen ist eine veränderte Begegnung zwischen Arzt und Patient hilfreich und trägt glaubhaft zu einer anderen Betrachtung des Auftrags von Professionellen einerseits und der Eigenverantwortung des Hilfesuchenden andererseits bei.

Wenn Recovery die »Entwicklung aus den Beschränkungen der Patientenrolle heraus hin zu einem selbstbestimmten, sinnerfüllten Leben« bedeutet, wenn sich dieser Prozess »an für die einzelnen betroffenen Menschen wesentlichen Werten und Zielen orientieren« soll (AMERING & SCHMOLKE 2007, S. 97), ist das Weddinger Modell ein folgerichtiges Angebot, eine notwendige Haltung. Wer, außer dem

Patienten selbst, lebt sein Leben und kennt seine Begrenzungen und Möglichkeiten? Und wer, außer den Bezugspersonen im engeren und weiteren Kreis, ist mit den Auswirkungen von Leiden und Beschränkung, aber auch mit den Fähigkeiten des Betroffenen konfrontiert?

Die Psychiatrie wird leicht zu einer Ersatzrealität, die Schutz bietet, aber auch selbstbestimmtes Handeln aufhebt. Bisher bedeutet die Aufnahme auf einer psychiatrischen Station immer noch sehr häufig den Verlust der Selbstbestimmung, des Rechts auf eine eigene Persönlichkeit, automatisches Reglement und Anpassung an einen Stationsalltag. Das Leben vorher mit eigenen Strukturen, Freunden, Angehörigen, Familie und eventuell Arbeit oder deutlich eigenen Interessen muss während eines Psychiatrieaufenthaltes aufgegeben werden. Es besteht die Gefahr, dass in diesem Rahmen eigene Techniken und Bewältigungsstrategien verlernt werden, dass die Anpassung an vorgegebene Behandlungsziele, Programme und eine Tagesstruktur schleichend zu einer Parallelexistenz wird. Vor allem für Menschen mit chronischen Störungen, die häufig nicht über stabile soziale Beziehungen verfügen, kann Psychiatrie zu einer Ersatzfamilie werden. Kontakte unter den Patientinnen und Patienten entstehen automatisch, weil sie den Alltag teilen und sich, wenn die Klinik es anbietet, in verschiedenen Gruppenangeboten näherkommen können. Es kann eine neue Identität entstehen. Viele Menschen sind dagegen außerhalb der Psychiatrie ein »Niemand«, sie sind nicht interessant, sind häufig durch ihre Verstörung isoliert, haben oft keine Arbeit, sind krankgeschrieben, fallen aus einem haltenden Netz.

In der Psychiatrie ist der Mensch »jemand«. Er ist es wert, dass über ihn gesprochen wird, dass man sich mit ihm beschäftigt, er bekommt sogar eine Diagnose, eine Identität. Die bisherige Psychiatrie entmündigt und schützt gleichzeitig. Das verführt. Beide Seiten. Die Patientin, die eigene Entscheidungen abgenommen bekommt, die nicht so viel falsch machen kann, weil sie keine autonomen Entscheidungen trifft, die versorgt wird mit menschlichen Kontakten, einem warmen Bett, Essen und Programm. Es verführt aber auch die Professionellen, die weniger das Individuum in seinem bisherigen Umfeld sehen als ihren Auftrag, die Störungen zu beseitigen, und dafür Compliance einfordern.

Menschen, die darauf bestehen, ihre Eigenheit zu behalten, die ihren Lebensentwurf verteidigen, die zwar Unterstützung in bestimmten

Bereichen wünschen, aber klare eigene Vorstellungen davon haben, was sie wollen und was nicht, haben es in der Psychiatrie immer noch schwer. Das Weddinger Modell verstehe ich als ein Konzept, das vorsieht, den Patienten zu fragen, nicht vorher schon alles zu wissen, nicht alles für ihn zu erledigen, ein Konzept, das an der Lebensrealität des Gegenübers ansetzt, das sein Umfeld miteinbezieht und schon deshalb nicht allmächtig ist. Es akzeptiert die Grenzen der psychiatrischen Interventionsmöglichkeiten und es achtet die Grenzen des Patienten.

Wenn Psychiatrie ein Ort der Stärkung, der Orientierung, des Zu-sich-Findens werden soll, ist es wichtig, das Individuum in seinem Zusammenhang, mit seinen bisherigen Lebensstrategien zu sehen, zu akzeptieren. Man muss genau dahin gehen, wo ein Mensch sich befindet, und von dort aus gemeinsam nach Möglichkeiten der Veränderung suchen, die ihm zur Verfügung stehen.

Das Weddinger Modell erscheint mir manchmal so leicht, so logisch, in seiner Haltung so realistisch. Es macht Menschen Mut und Hoffnung, wenn sie sich in ihrem bisherigen Leben, in ihrem Sein gesehen fühlen, wenn Angehörige miteinbezogen werden, wenn sie gefragt werden, was sie wollen, auch was sie verändern wollen. Im Ideal ist die Psychiatrie ein Ort, wo Menschen aufgenommen werden, die aus welchen Gründen auch immer ihr Leben nicht mehr eigenverantwortlich meistern können. Ein Ort der Beruhigung, der Möglichkeit, zu sortieren, zu sich zu kommen, den eigenen Lebensfaden wieder gestärkt aufzunehmen. Ich weiß, wovon ich schreibe. Ich war selbst fünf Jahre lang Patientin verschiedener psychiatrischer Einrichtungen. Ich kenne den inneren Protest, meinen Widerstand, wenn Professionelle so getan haben, als wüssten sie nach fünf Minuten besser über mich Bescheid als ich selbst, die ich mit mir, meinen Begrenzungen und Möglichkeiten lebe. Ich wurde nicht gefragt und wurde auf meine Verstörung (Krankheit) reduziert, diagnostiziert. Meine von mir gewollten (gesunden) Anteile wurden nicht oder unzureichend miteinbezogen. Ich vermeide die Begriffe gesund und krank, weil kein Mensch nur das eine oder das andere ist.

Ich kenne aber auch die Verführung, mich in unerträglichen Situationen geschützt zu fühlen, mich zu beruhigen, wenn ich gespürt habe, dass Behandelnde – durchaus freundlich – die Richtung angegeben haben, stärker waren als ich, mir die Verantwortung abgenommen haben und ich mich so in eine gewisse Hilflosigkeit zurückziehen konnte.

Kurzfristig kann das so sein, um wieder neuen Mut zu fassen, sich zu erholen. Die Haltung der Psychiatrie sollte aber sein, den Menschen Lust auf ihre Autonomie zu machen, sie in ihrem Lebenskonzept zu stärken, auch wenn es anders, nicht glatt ist.

Hauptsache, es ist eigen. Inzwischen habe ich die EX-IN-Ausbildung gemacht und arbeite selbst in einer großen Klinik als Peer-Begleiterin. Ich bin durchaus nicht krisenfest, hoffe aber sehr, nie mehr in eine Situation zu kommen, in der ich stationär aufgenommen werden muss. Wenn doch, hoffe ich, dass das Weddinger Modell bis dahin Verbreitung gefunden hat.

*Gwen Schulz arbeitet als Peer-Beraterin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.*

# Weddinger Modell: Ein Perspektivwechsel

*Lieselotte Mahler*

## Entstehung, Herangehensweise und Zielsetzung

Das Weddinger Modell beschreibt einen Perspektivwechsel in der gängigen stationären psychiatrischen Behandlung mit dem Ziel, die Individualisierung von Therapie und Genesung in der Psychiatrie zu fördern. Es setzt sich kritisch mit weitverbreiteten Grundannahmen in der psychiatrischen Behandlung auseinander, die für einen Genesungsprozess eher hinderlich erscheinen. Damit will das Weddinger Modell einen Prozess der Veränderung tradierter Strukturen im psychiatrischen Behandlungssystem in Gang setzen. Es handelt sich dabei nicht um ein eigenständiges therapeutisches Konzept, sondern um eine multiprofessionelle Grundhaltung, die unterschiedliche, bereits bestehende und etablierte psychotherapeutische und konzeptionelle Ansätze einbezieht und miteinander verknüpft. Es wird insbesondere auf Erfahrungswissen zurückgegriffen, also auf das Wissen, das aus handelnd-erlebender Erfahrung und daraus gewonnener Erkenntnis entsteht, und weniger auf »evidenzbasiertes« Wissen. Die Begründung liegt zum einen darin, dass das Weddinger Modell primär aus Erfahrungswissen und einhergehenden Ursachenerkenntnissen und Interpretationen aus der Praxis entstanden ist im Sinne einer »reflektierenden Praxis«. Zum anderen gibt es zu den wichtigsten Bestandteilen und Ansatzpunkten des Weddinger Modells wenig »evidenzbasierte« Ergebnisse, auf die in der Praxis zurückgegriffen werden könnte und die deren Erleben widerspiegeln.

Daher versteht sich das Weddinger Modell durchaus als Plädoyer, einerseits (wieder) mehr auf Erfahrungswissen zu vertrauen und auf die »reflektierende Praxis« zurückzugreifen und andererseits den Forschungsfokus vermehrt darauf auszurichten, und zwar unter Einbezug

verschiedener Perspektiven (»trialogisch« sowie multiprofessionell) und der Verknüpfung von Methoden (qualitativ wie quantitativ). Die Forschungsergebnisse der trialogischen Begleitstudie, die im Kapitel »Evaluation« vorgestellt werden, weisen deutlich darauf hin, dass erstens ein recoveryorientierter klinischer Ansatz wie das Weddinger Modell nach nur kurzer Zeit hinsichtlich Resilienz- und Ressourcenverstärkung wirkt und dass zweitens Forschung in diesem Bereich machbar ist. Im Weddinger Modell wurde dabei das Erfahrungswissen von Patienten und Angehörigen dem (Erfahrungs-)Wissen der »Professionellen« möglichst gleichgesetzt.

Selbstkritisch muss hier allerdings bemerkt werden, dass es keine direkte Teilhabe von Psychiatrieerfahrenen oder Bezugspersonen an der konzeptionellen Entwicklung des Weddinger Modells gab. Die Konzeption und Implementierung des Weddinger Modells beinhaltete aber von Beginn an explizit das Ziel, eine nachhaltige Grundlage zu schaffen für die aktive Teilhabe von beziehungsweise Zusammenarbeit mit Psychiatrieerfahrenen und Bezugspersonen im weiteren Prozess.

#### ZWISCHENRUF

Das Weddinger Modell erfindet die Psychiatrie nicht neu. Es bedeutet vielmehr einen multiprofessionellen Konsens über eine Haltung sowie über konsequente, umfassende und nachhaltige Veränderungen tradierter Strukturen; in dieser Komplexität sowie in der Integration und Verknüpfung von verschiedenen modernen Konzepten stellt es eine Neuerung dar.

Die Motivation für die Entwicklung und Durchsetzung des Weddinger Modells liegt in der Zurückdrängung eines historischen »paternalistisch-defizitären« Therapieansatzes zugunsten einer patientenzentrierten, ressourcenorientierten, trialogischen und multiprofessionellen Therapiearbeit. Ziel und Anspruch ist es, durch die konsequente Veränderung der inneren Haltung des behandelnden Personals sowie der etablierten Strukturen ein ganzheitliches Arbeiten zu erreichen, welches durch die Partizipation, Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortung von Patientinnen und Patienten eine höhere Effektivität der Therapie im Hinblick auf die gängigen klinischen Parameter verspricht wie auch eine Erleichterung der Integration der Erkrankung in die individuelle Lebenswirklichkeit und Sinnzusammenhänge. Die folgende Übersicht

fasst die Ziele des Weddinger Modells sowie seine Besonderheiten im Entwicklungsprozess und in der Umsetzung zusammen.

### **Die Hauptziele des Weddinger Modells**

- Konsequent trialogische und multiprofessionelle Therapieplanung und Therapiegestaltung
  - Ressourcen- und Resilienzausrichtung der Behandlung
  - Individualisierung von Krankheits- und Genesungsprozessen
  - Transparenz gegenüber Patienten und ihren Bezugspersonen wie auch zwischen den an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen
  - Maximale Partizipation der Betroffenen, ihre Einbeziehung in die Behandlung
  - Steigerung der Therapieeffizienz und Zufriedenheit von Patienten, Bezugspersonen und Behandelnden
  - Priorisierung des ambulanten vor dem stationären Bereich und Stärkung von Synergien zwischen beiden
- Besonderheiten im Entwicklungsprozess und in der Umsetzung
- Konsequent multiprofessionell von Basis und Leitung (»Bottom-up and Top-down«) entwickeltes und getragenes Konzept
  - Gelebte und praktische Umsetzung des Konzepts in der gesamten Klinik mit all ihren Stationen und Bereichen, inklusive Psychiatrischer Institutsambulanz (PIA), Tageskliniken, Soteria, Medizinischem Versorgungszentrum (MVZ), Ambulanter Psychiatrischer Pflege (APP) und Integrierter Versorgung (IV)
  - Fortlaufende multiprofessionell gehaltene und ausgerichtete Schulungen aller Mitarbeitenden
  - Kontinuierliche Weiterentwicklung und nachhaltige Prozessgestaltung

Das Weddinger Modell ist aus den praktischen Erfahrungen in der multiprofessionellen Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen und anderen Bezugspersonen im psychiatrischen Alltag der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus Berlin entstanden. Von diesen Erfahrungen ausgehend wurden Verbindungen zu bestehenden Theorieansätzen gezogen. Das Weddinger Modell ist der pragmatische Versuch, in der stationär-psychiatrischen Versorgung einen Raum zu schaffen, in dem Individualität, Subjektivität und Authentizität gewährleistet werden (s. Kapitel »Veränderungen der klinischen Praxis und der Stationsstrukturen«). Damit ebnet es überhaupt erst wichtigen Theorien den Boden zur Umsetzung.

Theoretisch vernetzt sich das Weddinger Modell vor allem mit Elementen des Recovery-Konzepts, des Empowerment, der Bedürfnisangepassten Therapie, der Salutogenese sowie mit systemischen, anthropologischen und psychodynamischen Sichtweisen, wobei die wichtigsten psychiatrischen Konzepte im Kapitel »Theoretische Vernetzungen« kurz vorgestellt werden. Das Weddinger Modell möchte Strukturen schaffen und stärken, die das Arbeiten mit einer psychotherapeutischen Haltung in der Psychiatrie fördern.

#### ZWISCHENRUF

Das Weddinger Modell ist kein starres Regelwerk, das rigide Umsetzung verlangt, sondern möchte dazu ermuntern, sich kritisch mit den vorhandenen Strukturen und Ansichten auseinanderzusetzen. Dabei ist es selbst offen für Erweiterungen, Veränderungen und Denkanstöße. Eine solche Offenheit und multiprofessionelle Flexibilität ist die Grundhaltung und Grundidee des Weddinger Modells.

Seinen Namen erhielt das Modell durch das Versorgungsgebiet Wedding, einen Berliner Stadtbezirk, der als urbaner Brennpunkt eines der schwierigsten Versorgungsgebiete deutschlandweit darstellt. Die Namensgebung impliziert keine Begrenzung der Anwendbarkeit auf dieses spezielle Gebiet oder dessen Klinik. Ganz im Gegenteil steht der Name dafür, dass eine moderne, progressive psychiatrische Versorgung auch bei minimalen Personalressourcen und begrenzten Möglichkeiten umgesetzt werden kann. Jedes Element des Weddinger Modells kann flexibel auf jeden Bereich der psychiatrischen Versorgung übertragen werden.

Diese Publikation soll die Hauptanliegen des Weddinger Modells darstellen, die theoretischen Grundlagen darlegen, bereits gemachte Erfahrungen vermitteln sowie die wissenschaftliche Begleitforschung vorstellen. Darüber hinaus werden aber auch konkrete Hinweise zur Implementierung und Umsetzung gegeben.

Es sollen Richtlinien und Empfehlungen für einen offeneren Umgang mit Patientinnen und Patienten sowie für eine effektivere medizinische Versorgung vermittelt werden, die im Verhältnis zum Ergebnis – nämlich einer größeren Effizienz sowie größeren Zufriedenheit bei Professionellen, Patienten und Bezugspersonen – einen relativ geringen Aufwand bedeuten.

Zur Umsetzung eines solchen Konzepts muss die »Machbarkeit« in mehrfacher Hinsicht die leitende Ausrichtung sein (s. Kapitel »Implementierung des Weddinger Modells«):

**Einfach machen:** Veränderungen einführen, die unter den gegebenen Umständen konsequent und nachhaltig machbar sind, ohne dass es eines Vorschusses an finanziellen oder personellen Ressourcen oder umfangreichen Fortbildungen bedarf.

**Trotzdem machen:** Die größten Widersacher, wie »Das machen wir doch eh schon!« oder »Das haben wir aber immer anders gemacht!« oder »Unsere Patienten sind dafür aber zu krank!« oder »Dafür ist keine Zeit!«, durch das Beginnen widerlegen.

**Weitermachen:** Wissen, dass es sich bei einem solchen Projekt um einen langjährigen dynamischen Prozess handelt.

**Größer machen:** Da sich die Ausgangssituation für Punkt 1 (Einfach machen) im Laufe dieses Prozesses immer wieder verändern wird, schafft dies die Möglichkeit, kontinuierlich an dem Ganzen zu wachsen und sich immer neuen Veränderungen, Inhalten, Qualifizierungen, Ergänzungen zu öffnen.

Mit dem Weddinger Modell wollen wir in erster Linie Mut machen, solche Veränderungen in der psychiatrischen Praxis einfach umzusetzen, da sie im Grunde keinen Aufwand bedeuten, dafür aber mit großer Effizienz verbunden sind und größere Zufriedenheit für Professionelle, Patienten und Bezugspersonen schaffen. Sowohl die konzeptionelle Entwicklung als auch die Umsetzung des Weddinger Modells erfolgten in konsequent multiprofessioneller Zusammenarbeit. Wir sehen dies als die einzige wirkliche Voraussetzung, um ein solches Konzept umzusetzen.

Grundlegend ist ein trialogischer Ansatz (s. Kapitel »Trialog«), in dem der Patient als Individuum und Experte in eigener Sache mit seinen Ressourcen, Problemen und Wünschen für den Therapieplan und die Entlassungsplanung ausschlaggebend ist. Ziel ist die bewusste Individualisierung der Therapieplanung, in der das therapeutische Team konsequent die Perspektive der Patientinnen und Patienten und ihrer Bezugspersonen als maßgeblich erachtet und respektiert. Dies erfordert einen Perspektivwechsel und zieht grundlegende Veränderungen der klinischen Praxis und Stationsstrukturen nach sich (s. Kapitel »Veränderungen der klinischen Praxis und der Stationsstrukturen«). Spätestens seit der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit

Behinderungen von 2006 (Ratifizierung in Deutschland 2009, s. [www.un-konvention.rlp.de/un-konvention/die-un-konvention](http://www.un-konvention.rlp.de/un-konvention/die-un-konvention)) sind psychiatrische Modelle gefordert, die grundlegende Rechte wie Selbstbestimmung, Barrierefreiheit, Partizipation, Inklusion und Chancengleichheit für Menschen mit psychischen Erkrankungen berücksichtigen (wobei betont sei, dass nicht jeder Mensch, der eine psychische Beeinträchtigung hat, ein Mensch mit Behinderung ist!).

Gerade im Begriff der »Inklusion«, der im Gegensatz zum Begriff »Integration« die Anpassung der Strukturen an die Bedürfnisse und nicht die Anpassung der betroffenen Personen an die Strukturen fordert, lässt sich der leitende Geist der konzeptionellen Entwicklung des Weddinger Modells am besten wiederfinden.

### ZWISCHENRUF

In der psychiatrischen Behandlungspraxis entstehen zahlreiche Spannungsfelder: Selbstbestimmung versus Zwang, Autonomie versus Betreuung, psychische Erkrankung versus seelische Gesundheit, Hoffnung versus Chronifizierung, Ziele versus Unmöglichkeiten. In der Praxis ist es wichtig, diese nicht zu negieren oder zu bagatellisieren, sondern Widersprüche zu benennen und bestehende Grenzen von Möglichkeiten aufzuzeigen.

Um eine konsequente personenzentrierte, dialogische Ressourcen- und Resilienzorientierung zu ermöglichen, ist der umfassende und nachhaltige Bruch mit den herkömmlichen Strukturen und Sichtweisen erforderlich. Traditionelle Stationsstrukturen ebenso wie die historisch bedingte Trennung stationärer und ambulanter Behandlungsräume sind mit der Gestaltung eines individuellen Genesungsprozesses nicht vereinbar. In den letzten Jahren wurde der Bedarf an grundlegenden Veränderungen der psychiatrischen Versorgung deutlich, wie es die zunehmende Anzahl an integrierten Versorgungsmodellen, Soteria-Einrichtungen, Home-Treatment-Angeboten u.a. zeigt. Auch wir sehen darin die Zukunft der Psychiatrie. Diese Modernisierungsvorgänge haben jedoch bisher zu sehr vor stationären Strukturen und einer konsequent multiprofessionellen Umsetzung haltgemacht. Eine moderne Psychiatrie benötigt aber die Aufhebung der Trennung zwischen ambulantem und stationärem Bereich mit dem Ziel einer Synergie (s. Kapitel »Synergien«) der einzelnen Elemente psychiatrischer

Behandlungsangebote. Nur so kann eine bedürfnisorientierte Versorgung gesichert werden.

## Resilienz- und Ressourcenorientierung

Der Fokus der Behandlung im Weddinger Modells liegt in der Resilienz- und Ressourcenorientierung und grenzt sich damit von der defizit- und pathologieorientierten Psychiatrie klar ab, um eine effektive und nachhaltige Behandlung gewährleisten zu können. Über das Erfahrungswissen hinaus konnte Ressourcenaktivierung als einer der entscheidenden Wirk- und Erfolgsfaktoren in Therapien umfangreich belegt werden (GASSMANN & GRAWE 2006; WAMPOLD 2010; GRAWE & GRAWE-GERBER 1999). Für eine effektive Behandlung ist es essenziell, den Patienten in seinen Fähigkeiten und Ressourcen zu stärken und positiv zu reflektieren, um Therapieziele erreichen zu können, sowie sein Grundbedürfnis nach Kontrolle und Selbstwirksamkeit zu stärken (GRAWE 2004). Dennoch gibt es Tendenzen in der Psychiatrie, Ressourcen und eigene Bewältigungsstrategien von Patientinnen und Patienten nicht nur nicht zu stärken, sondern sie in der Behandlung zu ignorieren und sich damit um einen effektiven Faktor zu bringen.

In der Resilienz-Fokussierung des Weddinger Modells wird versucht, eine Grundlage zu schaffen, die den Patienten erlaubt, nicht nur die aktuelle Krise zu bewältigen, sondern auch gestärkt und mit neuen Fähigkeiten aus ihr herauszugehen und mit möglichen neuen schwierigen Situationen umgehen zu können. Dies bezeichnet man auch als Resilienz (von lat. »zurückspringen«, »abprallen«), was etwa »Widerstandsfähigkeit« bedeutet, die Fähigkeit, Krisen im Lebenszyklus zu meistern, indem auf persönliche und soziale Ressourcen zurückgegriffen wird, und schwierige Situationen für die persönliche Entwicklung zu nutzen. Das Weddinger Modell orientiert sich daher an Konzepten von Recovery und Empowerment, in denen Resilienz und Ressourcenorientierung eine zentrale Bedeutung zukommen. (In den Kapiteln »Theoretische Vernetzungen« und »Evaluation« wird Resilienz ausführlicher erläutert.) Das bedeutet, dass der persönliche Prozess, Wachstum und Entwicklung der Patientin oder des Patienten im Vordergrund der psychiatrischen Behandlung stehen mit dem Ziel, ein

selbstbestimmtes Leben, die Übernahme von Verantwortung und ein positives Selbstbild zu ermöglichen (AMERING & SCHMOLKE 2012). Dabei spielen u. a. transparente Stationsstrukturen, die die Übernahme von Verantwortung und Mitbestimmung gewährleisten – im Sinne des Empowerments –, eine entscheidende Rolle. Das Weddinger Modell ist also der Versuch, in der psychiatrischen Praxis den Weg konsequent weg von einer symptomfokussierten und defizitorientierten Haltung hin zu einer konsequent personenzentrierten und ressourcenorientierten Perspektive zu beschreiten.

### ZWISCHENRUF

Ressourcen- und Resilienzorientierung bedeutet nicht, dass die Behandlung zu einem unverbindlichen »Wunschkonzert« wird, sondern sie erfährt eine Individualisierung und wird bezüglich der Wirkmechanismen präzisiert.

Erfahrungen aus psychiatrischen Kliniken zeigen, dass verschiedene therapeutische Elemente dazu beitragen, dass die Behandlung sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für ihre Bezugspersonen wie für das Personal gleichermaßen befriedigend verläuft. Die Ursache für diese positive Entwicklung kann in der zunehmenden Umsetzung von Konzepten wie Recovery, systemischen Ansätzen, Empowerment und Peer-Arbeit liegen, die in den letzten Jahren in psychiatrischen Kliniken ein größeres Interesse erfahren haben. Dies geht vor allem auch auf die weltweiten, unermüdlichen und weiter zunehmenden Forderungen nach Reformen und mehr Patientenrechten von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigenverbänden zurück (BROWN 1981; CHAMBERLIN 1984 u. 1990; EVERETT 1994; FRESE & DAVIS 1997). Aber auch innerhalb der in die Behandlung involvierten Berufsgruppen hat sich eine kritische Haltung gegenüber tradierten Strukturen und Sichtweisen entwickelt. Problematische Phänomene wie »Chronifizierung«, schwierige Behandlungsabläufe, Gewaltsituationen, Zwangsbehandlungen, Stigmatisierung, Therapieabbrüche, »mangelnde Adhärenz«, »Drehtüreffekte« sowie auch Insuffizienzgefühle der Behandelnden in der eigenen Arbeit werden zunehmend im Zusammenhang mit Differenzen zwischen den Krankheitskonzepten von Behandelnden und Betroffenen gesehen. Dabei spielen die unzureichende Einbindung von Patientinnen und Pati-

enten in Therapieentscheidungen sowie die mangelnde Transparenz und Partnerschaftlichkeit eine wichtige Rolle, welche ein subjektiv erlebtes »Machtgefälle« zwischen Behandelnden und Patienten zur Folge haben.

Die tägliche psychiatrische Praxis läuft immer wieder Gefahr, durch defizitäres Denken bestimmt zu werden, bei dem Diagnose und Psychopathologie die Sicht auf die Patienten dominiert. Behandlungsziele werden zu sehr an diagnostischen Kategorien ausgerichtet. Gerade in psychiatrischen Krankenhäusern finden sich besonders negative Grundannahmen bezüglich Diagnosen, Prognosen und Therapieoptionen und es hält sich der »Mythos der Unheilbarkeit« (FINZEN 2001, 2004). Dies ist zum einen dem Umstand geschuldet, dass Mitarbeitende die Institution nicht verlassen und »ihre Patienten« nicht als stabile(re) Menschen in ihrem normalen Lebensumfeld erleben können. Zum anderen sind es besonders die Menschen mit schweren und langen Krankheitsverläufen, die in die Krankenhäuser kommen. Vereinfachungen, Verallgemeinerungen und Kategorisierungen führen häufig zu fatalen Irrtümern bezüglich psychiatrischer Erkrankungen (HANSSON 2011).

Der subjektiv wahrgenommene Druck, sich dem medizinischen symptomorientierten Krankheitsmodell zu unterwerfen und innerhalb der »Patientenrolle« Verantwortung abzugeben, führt zu Widerständen, Passivität und Selbststigmatisierung bei Patientinnen und Patienten. Behandlungsziele und Therapieelemente werden üblicherweise in Therapiebesprechungen und Visiten festgelegt, in die die Patientin und ihre Bezugspersonen nur teilweise aktiv mit einbezogen werden. Dies kann sich im psychiatrischen Fachgebiet mehr noch als in anderen Disziplinen ungünstig auf den Behandlungsverlauf auswirken, da Intransparenz und der tradierte »paternalistische« Ansatz sowohl dem Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung als auch der Entwicklung von Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortung diametral entgegenstehen – Letztere sind hingegen untrennbar mit der Gesundung von seelisch Erkrankten verbunden.

Der Irrtum tradierter Stationsstrukturen und Ansichten lässt sich kaum besser als an der »Intransparenz« darstellen. Die Argumente gegen die direkte Teilhabe der Patientinnen und Patienten und deren Bezugspersonen sind häufig: Schutz des Patienten, Verhinderung von Überforderung der Patientin, Schonung der Patientin, Raum für Supervision,

Stärkung der Fachlichkeit, Zeitmangel u.a. Dabei sind es aber vor allem die Intransparenz und die damit einhergehende Entmündigung, die zum Verlust von Selbstwirksamkeitserfahrungen und zur (Selbst-) Stigmatisierung des Patienten führen. Dies gilt für alle medizinischen und therapeutischen Bereiche, aber es hat im psychiatrischen Kontext eine besondere Tragweite. Darüber hinaus sei hier bereits erwähnt, dass die Erfahrungen mit dem Weddinger Modell zeigen, dass Transparenz und aktive Teilhabe von Patientinnen und Patienten eine höhere Fachlichkeit und Sicherheit vom Personal fordern und dass der Raum für Supervision nicht weniger, sondern mehr gegeben ist. Auch kommt es zu deutlichen Zeit- und Kräfteinsparungen, wenn Verläufe, Absprachen und Entscheidungen transparent und gemeinsam (sprich: dialogisch und multiprofessionell) entwickelt werden.

Das Beispiel der Psychiatrieerfahrenen Dorothea Buck (BUCK 2000) entspricht nicht mehr den heutigen Gegebenheiten, aber es illustriert sehr deutlich die Gefahren tradierter Denkweisen: »Der Chefarzt kam jeden Morgen mit den Assistenzärzten und der Hausmutter. Er gab uns die Hand und sagte ›Guten Morgen‹, aber er sprach nicht mit uns. Als Schüler von Emil Kraepelin beobachtete er nur unsere Symptome. [...] Tiefer kann ein Mensch nicht entwertet werden, als ihn keines Gesprächs für wert oder fähig zu halten.«

Die alleinige Ausrichtung psychiatrischer Behandlungsziele an diagnostischen Kategorien und Symptomen steht oft konträr zum Selbst-erleben und -verständnis der Patientinnen und Patienten. Vielmehr gilt es, Krankheit und Gesundheit als ein fließendes Kontinuum zu verstehen und nicht als sich gegenseitig ausschließende Zustände. Mit schweren psychischen Symptomen zu leben, einen Umgang mit ihnen zu finden und sie vielleicht sogar überwinden und verarbeiten zu können, setzt gleichzeitig ein gewisses Maß an Gesundheit und Stärke voraus. Diese Gleichzeitigkeit gilt es während der psychiatrischen Behandlung herauszuarbeiten. Neben dem Verstehen und Erkennen von Mechanismen, die jemanden erkranken lassen, ist es also ebenso unsere Aufgabe, zu erfassen, was jemanden stabil oder gesund hält bzw. werden lässt. Es gilt, vorhandene Copingstrategien (von engl. »to cope with«: bewältigen, überwinden) und Selbstwirksamkeitserwartungen von Patientinnen und Patienten nicht nur in die professionellen Therapieverfahren zu integrieren, sondern sie in den Mittelpunkt der Behandlung zu stellen.

**ZWISCHENRUF**

Der Behandlungsfokus liegt auf den Zielen und Veränderungswünschen der Patientinnen und Patienten, die gemeinsam erarbeitet werden. Diese können eine Symptomreduktion oder -remission explizit oder implizit beinhalten. Aber eine »automatische« Ausrichtung und Beurteilung der Behandlung an Symptomen wird abgelehnt wie auch die generelle Bewertung von Symptomen als rein negative, sinnlose Funktionsverluste.

Ziel der trialogischen Therapieplanung und -ausrichtung im Weddinger Modell (s. Kapitel »Veränderungen der klinischen Praxis und der Stationsstrukturen«) ist es daher:

- den subjektiven Leidensdruck der Patientin zu lindern;
- das multiprofessionelle Behandlungskonzept an den Zielen und Erwartungen der Patientin und ihrer Bezugspersonen, auszurichten;
- eine sinnvolle Verknüpfung der individuellen inneren und äußeren Ressourcen mit dem Therapieangebot sowie die Ausarbeitung und Stärkung eigener Bewältigungsstrategien und Selbstwirksamkeitserwartungen zu erreichen.

Es ist nur folgerichtig, dass die trialogische Therapieplanung und -ausrichtung in Effektivität und Nachhaltigkeit den rein »vorgeschriebenen« Therapien auf der Station bei Weitem überlegen sind. Diese zu erarbeiten und Patientinnen und Patienten zu unterstützen, sie zu verstehen, zu internalisieren und umzusetzen, wird somit zum Hauptauftrag der Behandlung. Eine Erkrankung zu überwinden und vielleicht auch noch – im Sinne eines dynamischen Resilienzprozesses – gestärkt aus ihr hervorzugehen ist unmittelbar mit Hoffnung verbunden. Insbesondere hier sind Patientinnen und Patienten auf die Unterstützung der Behandelnden angewiesen. Wird von den Behandelnden suggeriert, ein hoffnungsloser Fall zu sein, muss – um es sehr vereinfacht auszudrücken – die Resilienz der Patientin extrem hoch sein, um dennoch eine positive Perspektive für sich zu entwickeln.

Dies bedeutet allerdings eine Gratwanderung und darf nicht wiederum zu falschen Versprechungen, unrealistischen Behandlungszielen oder Omnipotenzfantasien der Behandelnden führen. Unter Umständen hat das Erwecken falscher Erwartungen eine Spirale der Hoffnungslosigkeit mit Versagensgefühlen sowohl bei den Betroffenen und ihren

Bezugspersonen als auch bei den Behandelnden selbst zur Folge. Die Vermittlung von Zuversicht muss und kann unabhängig davon sein, ob ein Konsens zwischen Behandelnden und Patienten besteht, z. B. um welche Erkrankung es sich handelt oder sogar ob es sich überhaupt um eine psychische Erkrankung handelt. Fatal ist es, wenn die Hoffnungsvermittlung von Behandelnden zugunsten von Krankheitseinsicht und Compliance instrumentalisiert wird (beispielsweise: »Wenn Sie nicht einsehen, dass das, was wir sagen, Ihre einzige Chance ist, wieder gesund zu werden, dann ist Ihnen wirklich nicht zu helfen.«).

In der dramatischen Konsequenz können während einer schweren Krankheitsphase Hoffnung und Sinnhaftigkeit eine Frage auf Leben und Tod für den Betroffenen bedeuten, wie das Beispiel von Patricia Deegan zeigt (AMERING & SCHMOLKE 2012, S. 124). Bei der Behandlung von Menschen mit schweren und langwierigen Verläufen stellt das Herausarbeiten von Zuversicht aber gerade die größte Herausforderung für die Behandelnden dar: Wie Hoffnung vermitteln, wenn man für den entsprechenden Patienten keine Chance auf Heilung sieht, wie Sinnhaftigkeit erkennen, wenn man keine empfinden kann? Dies kann nur durch einen *Perspektivwechsel* gelingen, der ermöglicht:

- dass Verbesserung oder Heilung nicht primär in Bezug auf Symptomreduktion gesehen werden;
- dass der Prozess im Sinne eines dynamischen Lebensverlaufs und eine lebenslange Chance auf Veränderung im Fokus stehen;
- dass bei den Behandelnden die Akzeptanz entsteht, dass diese Sichtweisen eventuell bei dem betroffenen Menschen vorhanden sind, ohne dass sie von den Behandelnden gesehen oder beeinflusst werden können.

Häufig sind Verläufe und Diagnosen, insbesondere bei den Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und schweren affektiven Erkrankungen, für Behandelnde, Patientinnen und Patienten sowie Bezugspersonen mit einer Aneinanderreihung negativer Vorannahmen verbunden. Hier bietet das Konzept von Recovery und Resilienz Möglichkeiten der Neubewertung. Daher verbinden sowohl Professionelle als auch Patienten und Bezugspersonen mit dem Recovery-Konzept vor allem eine Haltung, die Hoffnung bedeutet und vermittelt.

**ZWISCHENRUF**

Die Recovery- und Resilienzkonzepte sollen nicht zu Schönfärberei, falschen Versprechungen und Vermittlung unrealistischer Erwartungen führen, sondern Hoffnungslosigkeit, Stagnation und Resignation entgegenwirken, was für den Genesungsprozess unverzichtbar ist.

Dass eine psychiatrische stationäre Behandlung häufig gleichbedeutend mit Stigmatisierung, Chronifizierung und Aufgabe der eigenen Persönlichkeit(srechte) erlebt wird, muss verhindert werden. Um dieser Erfahrung entgegenzuwirken, ist insbesondere die Haltung der stationär Behandelnden gefragt, damit eine Kohärenz im Erleben der Patientinnen und Patienten geschaffen werden kann. Kommt es in der ambulanten Behandlung (z. B. im Rahmen einer Integrierten Versorgung) zu einer Krisensituation, die eine stationäre Behandlung erforderlich macht, so wird dies von Patienten, Bezugspersonen und Behandelnden häufig als »Scheitern« oder »Rückschritt« erlebt. Das kann verheerende Auswirkungen auf den weiteren Behandlungsverlauf und den persönlichen Prozess der Patientinnen und Patienten haben. Das Weddinger Modell verfolgt konsequent das Anliegen, ein förderliches Zusammenwirken von stationärer und ambulanter Behandlung wie auch der Lebenswelt des Patienten voranzubringen.

Die historisch bedingte Trennung stationärer und ambulanten Behandlungsräume wird vom Personal sowie von Patientinnen und Patienten häufig als hinderlich erlebt, da sie der flächendeckenden Umsetzung trialogischer und patientenzentrierter Behandlungsansätze oft im Wege steht. Noch immer werden Bezugspersonen und -systeme nicht routinemäßig in den therapeutischen Prozess mit einbezogen, sodass weder deren Ressourcen für die Therapie genutzt noch etwaige Konflikte oder Differenzen in den gegenseitigen Erwartungen und Zielsetzungen bearbeitet werden können. Häufig werden Beziehungskonflikte oder -verluste (»Beziehung« ist hier weit gefasst und nicht dem Begriff Partnerschaft gleichgesetzt), die in einer psychischen Krise oder für die Verschlimmerung bzw. das Wiederaufleben einer psychischen Erkrankung eine entscheidende Rolle spielen, im psychiatrischen Kontext ignoriert.

Sind familiäre oder freundschaftliche Beziehungen nicht mehr oder nur ungenügend vorhanden, sind es oft Einsamkeitsgefühle oder eine fehlende Tagesstruktur, die Menschen (wieder) in die psychiatrische

Behandlung führen. Dies zu wissen und zu verstehen ist entscheidend, um realistische Therapieziele gemeinsam zu formulieren, eine wirksame Therapie zu ermöglichen und eine nachhaltige Lösungsstrategie zu erarbeiten. Bleibt dies aus, so kommt es bei vielen Patientinnen und Patienten kurz nach der Entlassung zu erneuten schweren Krisen, die zur unmittelbaren Wiedervorstellung führen können. Dies kann darin begründet sein, dass bei dem Versuch einer stationären Stabilisierung durch die überprotektive Haltung der Behandelnden ein umfassendes Verdrängen der alltäglichen Außenwelt der Patienten gefördert wird. In diesem Zusammenhang dominieren Sätze wie »Jetzt sind Sie erstmal bei uns, alles andere klärt sich irgendwann« den Aufenthalt. Damit geht nicht nur der Bezug zu den für die Patientinnen und Patienten vor der Aufnahme relevanten Konflikten verloren, die dann nach der Entlassung wieder auf sie warten, sondern ihnen wird auch die Chance genommen, bei deren Lösung professionelle Unterstützung zu erhalten und selbst Verantwortung zu übernehmen.

Das Weddinger Modell bietet eine ideale Verbindung zwischen dem stationären Bereich und der ambulanten psychiatrischen Behandlung (s. Kapitel »Integrierte Versorgung und Weddinger Modell«) und somit eine geeignete Grundlage für:

- die Implementierung eines Modells zur Integrierten Versorgung,
- Behandlerkontinuität: ein stationäres multiprofessionelles Bezugstherapeutenteam (MBT) = »Home-Treatment-Team«,
- eine sinnvolle Priorisierung des ambulanten Fokus vor dem stationären.

Die Öffnung der stationären Therapie nach außen und die Integration der Lebenswelt der Patientin bedeutet nicht, dass eine Station bei Bedarf therapeutisch nicht auch als »Schutz vor dem Außen« genutzt werden kann, im Sinne einer notwendigen Distanzierung von belastenden Lebensstrukturen und Beziehungen. Die Station muss weiterhin auch ein »sicherer Ort« sein können, an dem eine Klärung und Aufarbeitung der Konflikte überhaupt erst möglich wird. Oft stellt die stationäre Aufnahme eine notwendige Entlastung der Patientin dar, die nicht durch therapeutischen Aktionismus zu einer Überforderung werden darf. Die »Außenperspektive« und eine systemische Problemanalyse, in der die Beziehungen und das Umfeld der Patientin fokussiert werden, müssen den Behandlungsablauf konsequent mitbegleiten und -bestimmen. Es

kann nur dann eine nachhaltige Stabilisierung erreicht und eine zusätzliche Destabilisierung durch den stationären Aufenthalt in der Lebenswelt der Patientin vermieden werden, wenn der Behandlungsfokus auf dem gemeinsamen, *trialogischen Verstehen* der auslösenden Faktoren und auf dem Erarbeiten von Lösungen und Strategien in diesem komplexen Kontext liegt: Veränderung, Wandel, Dynamik und Komplexität zeichnen die Probleme und Ziele, das Leiden und die Herausforderungen menschlichen Lebens aus (DÖRNER 2001).

## Individualisierung von Therapie und Genesung

Viele unserer Patientinnen und Patienten leben seit vielen Jahren mit einer psychiatrischen Diagnose und sind in unserem psychiatrischen Hilfesystem verankert. Gerade bei ihnen gilt es, immer wieder Prozesse, Resilienz und Ressourcen im Blick zu behalten und herauszuarbeiten mit dem Ziel, ihnen einen Weg aus dem psychiatrischen System hin zur Selbstständigkeit zu ermöglichen. Das therapeutische Team darf sich nicht dazu verleiten lassen, Patienten als »chronisch«, »unverbesserlich« oder gar als »hoffnungslose Fälle« anzusehen und sie somit aufzugeben. Zahlreiche Erfahrungen mit langjährigen Verläufen zeigen, dass Patientinnen und Patienten immer wieder zu Veränderungen in der Lage sind, sich stabilisieren können, genesen oder Angebote annehmen oder umsetzen, die sie in den Jahren zuvor abgelehnt haben. Der Lebens- und Reifungsprozess eines Menschen findet natürlich statt, obwohl oder gerade weil er immer wieder in schwere Krisen gerät. Besonders im stationären Setting liegt die Gefahr darin, dass diese Prozesse und subjektiven Erfahrungen völlig negiert werden. Bezüglich Diagnosestellungen, Prognosen und Therapien sollte demnach Folgendes beachtet werden:

- Diagnosen werden aus der Kombination der Faktoren Symptome, Behinderung und Zeitkriterium gestellt. Sie sollten immer wieder neu nach diesen Kriterien kritisch überprüft werden.
- Bezüglich des betroffenen Menschen, der gestellten Diagnose und des Krankheitsverlaufs sollten apodiktische Begrifflichkeiten vermieden werden, beispielsweise: »Herr R. ist ein chronisch Schizophrener mit Negativsymptomen ohne Krankheitseinsicht und Compliance«.

- Sinnhaftigkeit, Subjektivität und Kohärenz stehen im Vordergrund der Betrachtung.
- Ziel ist die Aufrechterhaltung der krankheitsunabhängigen Identitätsansprüche wie auch die Integration der Krankheit(erfahrung).
- Es gibt Krisen und Ereignisse, die Menschen mit einer psychiatrischen Vordiagnose (z.B. einer Schizophrenie) psychiatrische Hilfe aufsuchen lassen oder in Situationen bringen, in der das psychiatrische System Kontakt zu ihnen aufnimmt, die nicht primär krankheitsbedingt sind.
- Ätiologie, Phänomenologie, Verlauf und Prognose psychiatrischer Erkrankungen sind mehr durch interpersonelle Vielfältigkeit als durch allgemeingültige Kategorien geprägt.
- Eine selektive und optionale medikamentöse Therapie nach genauen Indikationskriterien, nach Evidenz, Nutzen-, Kosten- und Nebenwirkungsprofil (WEIMANN & ADERHOLD 2010) ist sinnvoll.
- Psychotherapeutische Interventionen sind von Beginn an bereits stationär vorzusehen. Bei gegebener Indikation ist die Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Aufsuchen einer ambulanten Psychotherapie vordringlich.
- Empowerment, Stärkung von Selbsthilfe(strukturen).

### ZWISCHENRUF

In der psychiatrischen Praxis sollten Vereinfachungen und reduktionistische Erklärungsmodelle dringend vermieden werden, da sie in Patientinnen und Patienten Resignation und Hilflosigkeit verstärken. Sie führen zu nicht ausreichenden Behandlungsansätzen und können damit sogar schaden.

Die Gefahr reduktionistisch biologischer Krankheits- und Therapiekonzepte und des Konstrukts der »endogenen Erkrankungen« liegt in der Entsubjektivierung und damit dem Sinn- und Kontrollverlust für die Betroffenen, was zu tiefer Resignation und Selbstentfremdung führen kann. Manche empfinden es auch als Abgabe der »Deutungsmacht« hinsichtlich der eigenen Symptome, also eines Selbstanteils, an ein »fremdes medizinisches System«. Vereinfacht ausgedrückt wird in dem reduktionistisch-biologischen Ansatz vermittelt, dass es sich bei einer psychischen Erkrankung um eine Veranlagung (Vulnerabilität) handelt, die unter bestimmten Umständen (meist mit »Stress« generalisiert) zu Stoffwechselstörungen im Gehirn und so zu Symptomen

führt. Infolge dieses zugegebenermaßen sehr vereinfacht dargestellten »Vulnerabilitäts-Stress-Modells« ergeben sich eingeschränkte, aber anschauliche Therapieempfehlungen: Zur Symptomremission und -prophylaxe soll erstens die Vulnerabilität (»Verletzlichkeit«) des Gehirns durch Medikamente gesenkt werden (oft in Bildern dargestellt, wie die Medikamente einen »Schutzfilm« für überschießende Synapsen bilden) und zweitens Stress vermieden werden.

Für manche Patientinnen und Patienten kann dieses Krankheits- und Therapiekonzept entlastend und hilfreich sein, gerade bei leichten oder einmaligen psychotischen Episoden, weil sie dieses Konzept als weniger stigmatisierend erleben und die psychische Erkrankung mehr in Distanz zum eigenen Selbst werten können. Gerade aber bei Menschen mit schweren Krankheitsverläufen oder häufigen Rezidiven (ggf. trotz Medikamenteneinnahme) führt dieses Erklärungsmodell dazu, die psychiatrische Erkrankung als ein sinnloses und unüberwindbares Schicksal zu empfinden. Passivität (als Folge der »Stressvermeidung«), Resignation und Abgabe von Verantwortung sind die Folgen, und ein für einen positiven Verlauf notwendiges Kohärenzgefühl (Verstehbarkeit + Bewältigbarkeit + Sinnhaftigkeit) kann nicht entstehen. Eine Untersuchung der »klassischen« Psychoedukations-Module (SCHMIDT 2012), deren Kernstück eben dieses Vulnerabilitäts-Stress-Modell bildet, zeigt auf, dass die Medikamenten-Compliance durch gängige psychoedukative Interventionen zwar (zumindest kurzfristig) gesteigert wird, aber subjektive Lebensqualität und Selbstwert der Patientinnen und Patienten abnimmt.

In einer Studie zum subjektiven Sinn von Psychosen (BOCK u. a. 2010) brachten 91 % der Patientinnen und Patienten ihre Psychose in Zusammenhang mit Lebensereignissen. 52 % erlebten ihre Symptome auch als positiv und 70 % schrieben ihrer Psychose auch konstruktive Auswirkungen zu. Patientinnen und Patienten, die das psychotische Erleben mit Lebensereignissen in Zusammenhang brachten, erlebten ihre Symptomatik eher positiv und ihre Perspektive eher günstig. Inzwischen weiß man, dass der genetische Einfluss in der Ätiologie z. B. einer Schizophrenie viel geringer ist als bisher angenommen und dass er nur eine marginale Rolle spielt (VAN OS u. a. 2010). Bezüglich der These einer primären Neurotransmitterstörung psychischer Erkrankungen gibt es ein einfaches, aber eindruckliches Gegenargument: Jeder Zustand starker Emotionalität, und hier nennt Thomas Bock

gern das Beispiel des Verliebtseins, geht mit einer deutlichen Neurotransmitterveränderung einher. Würde man deshalb aber annehmen, dass diese verstärkte Neurotransmitterausschüttung die Ursache der Emotionen des Verliebtseins ist?

Was damit gesagt werden soll, ist, dass die Ätiologien psychischer Erkrankungen hochkomplex sind, dass psychische Erkrankungen also in ihrer Entstehung und ihren Verläufen den unterschiedlichsten bio-psycho-sozialen Einflüssen unterliegen. In der psychiatrischen Praxis sollten Vereinfachungen und reduktionistische Erklärungsmodelle daher vermieden werden. Sie verstärken in Patientinnen und Patienten Resignation und Hilflosigkeit und führen nicht zu ausreichenden Behandlungsansätzen, wodurch sie potenziell sogar schaden.

Erfahrungen, die »chronische Patienten« machen, sowie das subjektive Erleben dieser Menschen generell werden im Laufe der »psychiatrischen Zeit« zunehmend ausgeblendet. Das führt dazu, dass regelrechte »Psychiatriepersönlichkeiten« entstehen können, die über Jahre oder gar Jahrzehnte aufrechterhalten werden. Vereinfacht und überspitzt ausgedrückt bedeutet das: Im Erleben der Behandelnden bleibt »der Chroniker« immer gleich alt, hat immer dieselbe Vorgeschichte, hat gleichbleibende Persönlichkeitsattribute, bekommt immer die gleiche Behandlung und Medikation, hat immer den gleichen Verlauf mit gleichbleibender Prognose usw. Irgendwann ist die »nicht psychiatrische Persönlichkeit« und Biografie verloren gegangen und übergeben wird von Mal zu Mal die kreierte Psychiatriepersönlichkeit, unabhängig davon, wie viel Zeit vergangen ist und welche Prozesse und Lebensereignisse den Patienten geprägt haben.

Für den Patienten wiederum kann es irgendwann leichter sein, diese im Ursprung selbst-dystone »Psychiatriepersönlichkeit« anzunehmen als eine Korrektur zu versuchen. So werden scheinbar Konflikte und negative Gefühle, die in der Reflexion der eigenen Situation entstehen können, verhindert (»Während des stationären Aufenthalts bin ich eine andere Person«). Im Patienten selbst sind hoffnungslose Grundannahmen entstanden, die einen produktiven Behandlungsprozess unmöglich machen (»Die haben eh keine Ahnung von mir und daher ist es mir auch egal, was sie mir sagen« oder »Die haben ein so festes Bild von mir, es ist egal, was ich mache, das lässt sich nicht mehr ändern«). Gegenseitige Annahmen werden bedient und es entsteht ein Circulus vitiosus der Chronifizierung und Unheilbarkeit. Dies wird als »Code

der Chronifizierung« (LUDWIG & FARRELLY 1966) in psychiatrischen Institutionen bezeichnet, dem Patienten und Behandelnde unterliegen, mit einem vorherrschenden Wunsch nach Ordnung und Disziplin einhergehend und mit der Abwehr von Veränderungen. In der Folge droht das »Gleichgewicht einer chronischen Schizophrenie«: Ein Minimum an Beanspruchung, Verantwortung und Risiko gehen mit einem Minimum an Gefühlen und Gedanken einher.

Jeder Krankheitsverlauf ist als ein Prozess zu verstehen, in dem Bewegungen möglich sind. Wie Patienten ihre Erkrankung bewerten und verarbeiten, welche Grundannahmen sie entwickeln, hängt entscheidend davon ab, was vom therapeutischen Team suggeriert wird. Viele Patientinnen und Patienten mit psychiatrischer Erfahrung sind verunsichert, halten ihre Erkrankung für »unheilbar« und entwickeln eine tiefe Hoffnungslosigkeit. Der Umgang mit gängigen Begriffen zu Heilbarkeit und Prognose sollte neu durchdacht und verändert werden. Hier bieten Recovery-Ansätze eine Chance für einen Paradigmenwechsel hin zu Gesundheit und Genesung. So ist z. B. der Begriff »chronisch« nicht mit dem Begriff »unheilbar« gleichzusetzen. Heilungen sind auch nach langjährigen Erkrankungen möglich (AMERING & SCHMOLKE 2007, S. 15).

Symptome bedeuten nicht nur eine reine Beeinträchtigung der Funktion, sondern sind auch als Ausdruck der Funktionalität des psychischen Apparates zu begreifen. Der Versuch, Symptome und deren Entstehung durch »Entsubjektivierung« gänzlich objektivierbar zu machen, führt zu Entwertung und Sinnverlust psychischer Vorgänge. Hier lauert die Gefahr des »defizitären Denkens«, bei dem die psychiatrische Diagnose die Sicht auf die Patientin dominiert und alles andere ausgeblendet wird. Infolgedessen besteht die Gefahr, dass der betroffene Mensch sich als vollständig gescheitert erlebt.

Die Behandlung sollte ermöglichen, dass schicksalhafte Erschütterungen, wie sie schwere psychische Erkrankungen darstellen können, von Patientinnen und Patienten im Ganzen als kohärent (von lat. cohaerere: zusammenhängen) erlebt werden können (s. Kapitel »Salutogenese«). Um einen Genesungsprozess zu ermöglichen, ist es daher unabdingbar, individuelle Krankheits- und Genesungskonzepte psychisch erkrankter Menschen konsequenter und umfassender in die moderne evidenzbasierte Psychiatrie zu integrieren und zum festen Bestandteil werden zu lassen. Für die Behandelnden gilt es, psychische Erkrankungen und

Krisen als solche zu sehen und kompetent in Absprache mit den Patientinnen und Patienten mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu diagnostizieren und zu behandeln – dabei aber ein gemeinsames Verstehen des Erkrankens unter maximaler Berücksichtigung des Individuums und (in) seiner Umwelt zu erreichen und dessen eigene Bewältigungsstrategien, Ressourcen sowie dessen Autonomieerhalt als das höchste Gut des Behandlungsprozesses anzusehen (MAHLER 2011). Angestrebte Ziele und Ergebnisse psychiatrischer Behandlung werden so aus einer anderen Perspektive heraus formuliert und bewertet.

### ZWISCHENRUF

Diagnoseerstellung und Symptombeschreibung werden nicht aufgehoben, sondern ihrer Dominanz in der Beziehung zur Patientin enthoben. Verlangt wird eine ganzheitliche Sichtweise auf die Person und ihr Leiden, in der Subjektivität und Hermeneutik in der Diagnoseerstellung und Symptombeschreibung einer rein »objektiv«-biologistischen Herangehensweise überlegen sind.

#### → **Negativbeispiel** Chronifizierung negativer Grundannahmen

**Vorgeschichte:** »Frau P. ist eine gut bekannte schizophrene Patientin. Das letzte Mal war sie etwa vor zwei Jahren bei uns. Sie kommt wie immer, weil sie im Vorfeld ihre Medikation abgesetzt hat und bei den Nachbarn auffällig geworden ist, die erneut die Polizei verständigt haben.«

**Prozedere:** »Sie ist so, wie wir sie kennen. Fangen wir wieder mit der Gabe der Depot-Medikation an. Wir wissen ja, dass sie in den ersten Tagen immer sehr aggressiv und unkooperativ ist, daher sollten wir gleich oral die Medikamente x und y dazugeben, das hat bei ihr immer gut gewirkt. Eine Veränderung ihrer Wohnsituation müssen wir ihr nicht anbieten, das hat sie sowieso immer abgelehnt, genau wie alles andere sonst auch.«

**Prognose:** »Bleibt immer gleich schlecht. Hoffnungslos!«

Bemerkung: Die Behandlung ist geprägt von überlieferten Grundannahmen und Antizipationen und lässt keine Neuerungen zu. Über die auslösende Situation und Ursachen des Konflikts wird überhaupt nichts ausgesagt. Ebenfalls bleibt der zeitliche Zusammenhang zwischen dem Absetzen der Medikation und dem auffälligen Verhalten unklar, ein

kausaler Zusammenhang wird aber automatisch angenommen. Ob es sich überhaupt um eine »Exazerbation« der Psychose handelt, ist nicht gesagt. Die vielfältigen Ursachen der erneuten »Instabilität«, die sich nur in der Subjektivität und im individuellen Prozess der Patientin finden lassen, werden negiert, ebenso die Faktoren und Umstände, die sie zwei Jahre stabil gehalten haben. Eine »Stabilisierung« im stationären Kontext (was nicht einer generellen Stabilisierung der Patientin gleichzusetzen ist) durch eine erneute Medikamentengabe ist bestenfalls möglich. Ein Genesungsprozess ist allerdings quasi ausgeschlossen. ✕

#### ZWISCHENRUF

Vorkenntnisse und Antizipationen bezüglich Patientinnen und Patienten immer wieder kritisch neu zu betrachten bedeutet natürlich nicht, dass langjährige therapeutische Beziehungen und Kenntnisse per se kontraproduktiv sind. Eine Konstanz der therapeutischen Beziehung sollte aber nicht für konstante negative Erwartungen und Grundannahmen stehen, sondern flexibel, lebendig und offen bleiben.

Über die Zeit können durch die gewonnene Erfahrung Fähigkeiten entwickelt werden, um die Symptome und Behinderungen so zu kontrollieren, dass die Beeinträchtigung im Alltag nur gering ist. Versteht man Chronizität als Vulnerabilität (Verletzlichkeit), was heißt, dass die Neigung zur akuten Erkrankung bestehen bleibt, dann kann durch den geeigneten Umgang und durch vorbeugende Behandlungen eine erneute Akutphase vermieden bzw. deren Risiko verringert werden. Das bedeutet, dass das Leben durch Gesundheit und nicht durch die Erkrankung geprägt wird. Das Vorurteil der »Unheilbarkeit« (chronischer Verlauf, schlechte Prognose, schlechte Behandlung) ist neben der Vorstellung von der »Schuld« (des Patienten selbst oder seiner Familie an seiner Erkrankung) und der »Unberechenbarkeit/Gefährlichkeit« (oder dem »asozialen« Verhalten) eine der typischen stigmatisierenden Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen, die für ein professionelles Team inakzeptabel sein sollten.

#### ZWISCHENRUF

Positive Grundannahmen sind nicht mit der Verharmlosung schwerer psychischer Erkrankungen oder des Leidensdrucks der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen gleichzusetzen. Er bedeutet vielmehr, dass in

der psychiatrischen Behandlung Selbstwirksamkeitserwartung, Hoffnung und Resilienz vermittelt werden, die für eine nachhaltige Genesung unabdingbar sind.

Solche grundlegenden Veränderungen gehen häufig mit Problemen und Widerständen aufseiten der Mitarbeitenden einher; hier spielt insbesondere die Angst vor Machtverlust oder Deprofessionalisierung eine Rolle. Recovery-Orientierung kann für professionelle Betreuungspersonen mitunter auch bedeuten, die eigenen Werte und Einstellungen neu zu überdenken. Es gilt, sich von der Rolle als außenstehender Experte für Krankheiten hin zu einer Identität als Begleiter und Unterstützer auf individuellen Lebenswegen zu bewegen (vgl. SCHRANK & AMERING 2007, S. 259).

## Multiprofessionelle therapeutische Haltung

Eine tragende Bedeutung im Weddinger Modell hat die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit einer konsequenten Integration verschiedener, bereits vorhandener therapeutischer Elemente in das Gesamtbehandlungskonzept der Patientin, z. B. Bezugspflege und psychologische, sozialtherapeutische, ergotherapeutische sowie sporttherapeutische Arbeit. Eine »Arztkonzentrierung« etwa bezüglich Therapiegestaltung, Visitengesprächsführung und Ansprechbarkeit wird zugunsten einer personenzentrierten Multiprofessionalität verändert, was zum Abbau klassischer Stationshierarchien führt. Nur so können die einzelnen therapeutischen Beziehungen und ihre Wertigkeit und Priorisierung durch den Patienten geschützt und gewürdigt werden. Zudem wird im Weddinger Modell konsequent überprüft, »was Professionelle vielleicht auch lassen können, was andere besser können«. Hier wird neben der Stärkung der Patienten als Experten in eigener Sache insbesondere in der Selbsthilfe und in der Peer-Arbeit ein großes Potenzial gesehen.

Die öfter zitierte Feststellung »You can take the staff out of the institution, but you can't take the institution out of the staff« ist ein bedeutender Aspekt, der wahrscheinlich nicht gänzlich verändert, aber doch positiv beeinflusst werden könnte, wenn es gelänge, eine umfassende

Veränderung der »Institution« zu bewirken. Wenn es insbesondere möglich wäre, dass die »Institution« bzw. die ihr innewohnende Haltung viel mehr durch die subjektiven Lebenswelten der Patienten geprägt würde als umgekehrt. Somit würde »die Institution in den Mitarbeitenden« nicht mehr ein reduktionistisches und hinderliches Element in der Beziehung zu den Patientinnen und Patienten darstellen.

### ZWISCHENRUF

Professionalität wird nicht aufgegeben, sondern die Beschränkung des Begriffs auf eine rein berufliche Qualifizierung der Behandelnden aufgehoben. Gefordert ist eine Erweiterung der Professionalität um eine konsequent therapeutisch-empathische Haltung der Behandelnden und um das Expertentum der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen. Die berufsgruppenspezifische »Kernkompetenz« wie auch deren juristische Aspekte werden nicht aufgehoben, sondern in ihrer Wertigkeit angeglichen.

Befragt man Patientinnen und Patienten nach langen und schweren Verläufen, was ihnen geholfen hat, eine Krise zu überwinden oder zu genesen, dann nennen sie meist vor allem anderen (Medikamenten, konkreten Therapien u.a.) einzelne Momente im Kontakt, die von ihnen als authentisch und hoffnungsgebend erlebt wurden. Die Intersubjektivität der therapeutischen Beziehung ist – unabhängig von der Form der Therapie (psychiatrisch, verhaltenstherapeutisch, tiefenpsychologisch usw.) – das Entscheidende für deren Verlauf und Erfolg. Inzwischen zeigen Meta-Analysen (WAMPOLD 2001, 2010), dass Therapieerfolge vor allem auf sogenannte »Common Factors« (allgemeine Wirkfaktoren) zurückzuführen sind, also auf Faktoren, die alle etablierte Therapieformen teilen, u.a. eine tragfähige therapeutische Beziehung, die aktive Beteiligung der Patientin auch im Sinne einer Prozesssteuerung der Therapie und die Ressourcenaktivierung.

Für eine tragfähige psychiatrisch-therapeutische Beziehung (unabhängig von der Profession) sind folgende Aspekte, die das Weddinger Modell kennzeichnen, unabdingbar:

- Authentizität;
- Transparenz (»Nichts über uns ohne uns«);
- empathisches Verstehen;
- therapeutischer Halt (»Containing«);

- Kontinuität und Konsistenz;
- geteilte Verantwortung;
- Wahrnehmen und Signalisieren eigener Grenzen;
- Gemeinsamkeit und Gleichwertigkeit signalisieren wie aber auch Unterschiedlichkeiten in der Wahrnehmung und Bewertung von Dingen verdeutlichen;
- Widersprüchlichkeit und Machtgefälle in der psychiatrischen Beziehung benennen, falls diese im Kontakt entstehen;
- in den seltenen Fällen von gegen den Willen des Patienten vorgenommenen Maßnahmen und Entscheidungen sollte dies in jedem Falle vorab authentisch gegenüber dem Patienten benannt und ausführlich begründet werden.

Im psychiatrischen Kontext verstecken sich hinter Bezeichnungen wie »gleichwertige Partnerschaft« und »Partizipation« häufig auch Strategien, die bewirken sollen, dass die Patientinnen und Patienten am Ende mit dem Krankheitskonzept der Behandelnden doch übereinstimmen und sich an die ihnen vorgegebenen Behandlungsvorgaben halten (Stichwörter: »Einsicht«, »Compliance«). Unterschiedliches Erleben und Differenzen werden so manchmal auch in »Partizipationskonzepten« übergangen und zugunsten eines scheinbaren Konsenses verbogen.

→ **Praxisbeispiel** Manipulation versus Partizipation

Zu vermeiden sind Aussagen, die vereinnahmen und eine Übereinstimmung vorwegnehmen wie: »Wir beide sind uns ja im Grunde einig, dass es für Sie besser ist, ein Medikament zu nehmen, auch wenn Sie sich im Moment noch kritisch äußern.« Es gilt vielmehr, wirklich offene Entscheidungsräume für die Patientin zu schaffen, in denen man als Therapeut seine Expertise und Beratung anbietet und die Entscheidungen der Patientin konsequent respektiert. Wichtig ist, stets zu signalisieren, dass Unterstützung, Therapie, Hoffnung und Halt in gleichem Maße weiterhin gegeben werden, auch wenn die Patientin sich für andere Optionen entscheidet als für die, die man als Therapeut gerne für die Patientin gesehen hätte:

»Ob eine Medikation Ihnen helfen könnte, wissen wir alle im Moment nicht. Aufgrund Ihrer schlechten Vorerfahrungen verstehen wir, dass Sie kritisch sind. Aufgrund unserer Erfahrungen nehmen wir allerdings an, dass es Ihnen zum jetzigen Zeitpunkt wirklich helfen könnte, und

würden Sie ermutigen, es auszuprobieren. Wenn Sie sich dennoch dagegen entscheiden, dann gehen wir eben einen anderen Weg, auch diese Möglichkeit gibt es.« x

Wichtig ist, Partizipation (Teilhabe, Mitbestimmung) nicht mit Compliance (Therapietreue) und Partnerschaft nicht mit Adhärenz (Einhalten, Befolgen) gleichzusetzen. Selbstbestimmung und Autonomie sollten in der Therapie gefördert und nicht unterdrückt werden, ebenso wie das Recht des Patienten, die inhaltlichen Ziele der Therapie zu bestimmen, über geplante Maßnahmen zur therapeutischen Veränderung informiert zu werden und über deren Nutzung zu entscheiden (PREß & GMELCH 2012). Individualität und auch »Eigensinn« der Patientinnen und Patienten sollten respektiert und wertgeschätzt werden (BOCK 2006), solange sie nicht die eigenen Grenzen der Therapeuten oder die Grenzen sozialer Verantwortung überschreiten.

Es besteht häufig eine tiefe Verunsicherung und Angst bei psychiatrisch Tätigen, dass Konzepte, die Eigensinn und Individualität von Patienten zulassen, gleichbedeutend seien mit einem »Freifahrtschein«, alles tun zu dürfen, sowie mit der Aufgabe von Regeln. Im Zusammenhang mit der konzeptionellen Forderung nach konsequenter Transparenz gibt es dann auch die Angst mancher Mitarbeitenden, »keine Rückzugsräume« mehr zu haben, in denen man im Team »negative Gefühle Patienten gegenüber mal loswerden kann«. Diesen Ängsten liegen gravierende Missverständnisse und Irrtümer zugrunde. Dadurch, dass sich das Weddinger Modell für mehr Transparenz, gegenseitigen Respekt, Empathie und geteilte Verantwortung stark macht, kommt es zu einem geringeren Bedürfnis nach Abgabe von Verantwortung bei den Patientinnen und Patienten, zu weniger Angespanntheit, Aggressivität und »Grenzüberschreitungen«. Auf der anderen Seite werden mehr professionelle Räume für das Aufzeigen eigener Grenzen und Emotionen der Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne einer »gesunden Psychohygiene« ermöglicht. Mit anderen Worten: Die angestrebten Veränderungen der psychiatrischen Situation führen nicht zu mehr Chaos, »Freifahrtscheinen« und Anarchie, sondern Regeln und Interaktionen erfahren eine notwendige Normalisierung, die einen für alle sicheren und überschaubaren Aktionsraum des Miteinanders überhaupt erst herstellt. Die eigenen Grenzen sollten der Patientin gegenüber direkt, authentisch und wertschätzend vertreten werden. Dies zeigt, dass man das Gegenüber in seiner Person,

Wirkung und Verantwortlichkeit ernst nimmt, und führt in der Beziehung zu einem Mehr an notwendiger Normalität. Es kann zudem letztlich auch eine wertvolle »therapeutische Reflexion« bedeuten.

Unabdingbar ist, dass man sich in seinen Reaktionen konsistent verhält und so für den Patienten ein nachvollziehbares und stimmiges Gegenüber darstellt. Jede Therapeutin im individuellen Kontakt zum Patienten, aber auch das Team in seiner Gesamtheit, muss eine Konsistenz darstellen und die Therapiesituation in einem gewissen Ausmaß für die Patienten als »berechenbar« gestalten, um in der oft chaotischen und von Unsicherheit geprägten Ausgangssituation der Patientinnen und Patienten eine gewisse Stabilität, Orientierung und Sicherheit vermitteln zu können (PREß & GMELCH 2012).

Durch die Bildung von multiprofessionellen Bezugstherapeutenteams (MBTs), die eng zusammenarbeiten, kommt es weniger zur berufsgruppenspezifischen Wahrnehmung, sondern zu einer Konsistenz und Synchronizität in der Wahrnehmung, Haltung und Interaktion mit den Patienten. Die einzelnen Aspekte der Professionen bekommen so eher eine ergänzende als divergente Funktion. Insbesondere in der Kommunikation und Interaktion mit psychisch erkrankten Menschen gilt es, als Behandlerteam folgende Aspekte zu berücksichtigen (vgl. PREß & GMELCH 2012):

- Sogenannte Double-Binds (Doppelte Botschaften) gilt es zu vermeiden: Sowohl verbal wie non-verbal als auch multiprofessionell sollte die gleiche Botschaft gesendet werden. (Negativbeispiel: »Natürlich haben Sie das Recht, jederzeit zu gehen. Wir würden dann allerdings eine Unterbringung erwägen.«)
- Widersprüchliche Anforderungen sollen durch eine enge multiprofessionelle Zusammenarbeit und interne Korrektur verhindert werden, da diese eine starke Belastung bis hin zur Dekompensation der Patienten bedeuten können. (Negativbeispiel: Der Psychologe rät der Patientin, zum Überwinden ihrer Ängste mehr nach draußen zu gehen, während die Ärztin ihr gerade davon abgeraten hat.)
- Ein Wechsel zwischen einer inhaltlich non-direktiven Gesprächsführung, welche die Expertise der Patientin oder des Patienten in den Vordergrund stellt, und einer direktiven Gesprächsgestaltung ist nicht zielführend. (Negativbeispiel: »Was ist Ihnen wichtig für die Zeit nach der Behandlung? Sie müssen allerdings regelmäßig die Medikamente nehmen, sonst wird das nichts!«)

Bei allen Anforderungen an die Behandelnden in der Umsetzung eines partizipativen multiprofessionellen Behandlungskonzepts sollte es ebenso Verständnis für die Belastung der Mitarbeitenden geben. Auch neue Möglichkeiten des psychiatrischen Arbeitens bedeuten nicht, dass man nicht trotzdem an Grenzen stößt und in Situationen gerät, in denen man überfordert ist. Die Strukturen des Weddinger Modells betonen aber Supervisionen, multiprofessionelles Miteinander und schaffen Möglichkeiten, Schwierigkeiten direkt zu verbalisieren, zu analysieren und einen gemeinsamen Umgang damit zu finden mit Konsequenzen, die für alle (insbesondere auch für die Patientinnen und Patienten) nachvollziehbar sind. Es ist wichtig, zu verstehen, wodurch Belastung und Hilflosigkeit im Kontakt entstehen, ohne diese Phänomene automatisch der Erkrankung der Patientin zuzuschreiben. Auch das Ausdrücken von Gefühlen und der Ausbruch von Emotionen seitens der Patientinnen und Patienten sollten nicht nur der psychischen Erkrankung zugesprochen, sondern auch als gesunde Bestandteile eines funktionierenden psychischen Prozesses gesehen und geschätzt werden. »Therapeutische Reaktionen« erfolgen oft unmittelbar ohne Raum für eine abwartende und beobachtende Position, die ein gemeinsames Verstehen der Situation zulassen würde.

Häufig wird der emotionslose Patient als stabiler Patient angesehen. Dies kann für den Betroffenen fatale Folgen haben: Entweder er resigniert und versteckt seine Emotionalität immer mehr (»Es werden mir eh nur wieder Medikamente gegeben«), oder er selbst bewertet seine (vor allem als negativ erlebte) Emotionalität als Teil der Erkrankung, verliert so den gesunden Bezug zu ihr und gerät möglicherweise in Dependenz zu seinen Behandlern und/oder zu Medikamenten. Psychischen Krisen gehen oft Verluste voraus, und Verluste sind häufig die Folgen psychischer Krisen, ebenso wie Ängste. Diese Zusammenhänge zu verstehen, Realitäten zu klären und einer »gesunden Emotionalität« Raum zu geben, ist Teil der Resilienzorientierung in der Behandlung.

Behandelnde sollten auch in der Lage sein, die eigene Rat- und Hilflosigkeit in einer verfahrenen Situation einzugestehen, ohne dabei eine globale Hoffnungslosigkeit, Enttäuschung oder Aufgabe der Patientin zu vermitteln. Das Aushalten von Unsicherheit, das Einnehmen einer »Maybe-Position« oder abwartenden Haltung, das Ermöglichen von Begegnungsmomenten, die Schaffung von Raum für Unausgespro-

chenes sind wichtige Bestandteile der »Bedürfnisangepassten Behandlung« und des »offenen Dialogs« und bedeuten wirkungsvolle und Vertrauen schaffende Elemente in der therapeutischen Beziehung (vgl. ADERHOLD & GREVE 2009).

#### ZWISCHENRUF

Eine »abwartende und beobachtende Position« ist nicht mit Handlungsverweigerung und Gleichgültigkeit gleichzusetzen, sondern ein wichtiges Element einer aktiven therapeutischen Interaktion. Vor allem etwas »Schwierigem«, »Unklarem« oder »Unangenehmem« Raum zu geben, erfordert mehr Professionalität, als den Raum durch Aktionismus gar nicht erst entstehen zu lassen. Es bedeutet, dass es Konflikte gibt, die nicht schnell zu lösen sind und deren Klärung ggf. mit unangenehmen Emotionen verbunden ist, denen Raum gegeben werden muss.