



**Vivantes**

# Jahres- und Qualitätsbericht 2011

Klinik für Psychiatrie,  
Psychotherapie und Psychosomatik

Vivantes Klinikum Neukölln



# Jahres- und Qualitätsbericht 2011

Klinik für Psychiatrie,  
Psychotherapie und Psychosomatik

Vivantes Klinikum Neukölln



## Inhalt

	Seite	
1	Vorwort	5
2	Struktur und Selbstverständnis der Klinik	7
3	Patientendaten	9
3.1	Fall- und Patientenzahlen	9
3.2	Zuweisung, Zugangswege und Begleitung	11
3.3	Aufenthaltsdauer	12
3.4	Diagnosen	14
3.5	Alter und Geschlecht	14
3.6	Sozialdaten	15
	<b>SchwerpunkttHEMA: „Open Dialogue“ im KNK</b>	<b>17</b>
4	Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	23
5	Leistungen des psychiatrischen Not- und Bereitschaftsdienstes in der Rettungsstelle und auf den Stationen der Klinik	25
6	Leistungen des psychiatrischen Konsil- und Liaisondienstes für die somatischen Stationen	27
7	Besondere Vorkommnisse	29
7.1	Tätliche Angriffe und erhebliche Drohungen	29
7.2	Selbstverletzungen, Suizidversuche und Suizide	31
7.3	Brände	31
7.4	Medikamentenverwechslungen	32
8	Zwangsmaßnahmen	33
8.1	Unterbringungen	33
8.2	Fixierungen	34
8.3	Medikamentöse Zwangsbehandlungen	34
8.4	Türschließungen	35
8.5	Entweichungen	36

9	Besondere Tätigkeiten	37
9.1	Mutter-Kind-Behandlungen	37
9.2	Angehörigen-Visite und Angehörigen-Gruppe	37
9.3	Behandlungskonferenzen	39
9.4	Patientenbrief	39
9.5	Arbeitsgruppe Migration	40
9.6	Psychokardiologie	41
9.7	Therapiehund Jacco	41
9.8	Selbsthilfegruppen	42
9.9	Triolog in Neukölln	42
9.10	Patientenclub	43
9.11	Feste	44
9.12	Gäste 2011	44
9.13	Gremienarbeit 2011	46
10	Qualitätssicherung	49
10.1	Basisdokumentation	49
10.2	Ereignisbezogene Dokumentationen	49
10.3	Fort- und Weiterbildung	49
10.4	Externe Supervision	50
10.5	Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten	51
10.6	Arzneimittelüberwachung in der Psychiatrie (AMSP)	51
10.7	AG Deeskalation	52
10.8	Komplikationskonferenz	52
11	Veranstaltungen	53
12	Vorträge und Publikationen	55

Die Fotos auf den Seiten 22, 26, 48 u. 60 zeigen im Lauf des Jahres entstandene Einzel- und Gruppenarbeiten aus der Ergotherapie.

# 1 Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

im letzten Jahr spitzten sich die Themen zu, die grundlegend immer schon das Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft bestimmten: Stigmatisierung und Exklusion psychisch Kranker vs. Inklusion und Einbeziehung. Wir erinnern uns: Die Teilhabe psychisch Kranker am sozialen Leben war eines der wesentlichen Ziele der Psychiatriereform, die in den 80er und 90er Jahren des letzten Jahrhunderts in wesentlichen Teilen umgesetzt wurde. Jetzt droht ein Rollback: Was ist der Gesellschaft, der Öffentlichkeit, den Bürgern, der Politik die Versorgung psychisch Kranker wert? Die heute gängigen betriebswirtschaftlich/ökonomischen Sichtweisen auf den Patienten als autonomen Kunden, der sich unter konkurrierenden Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen den qualitativ besten herausucht, werden den Möglichkeiten eines seelisch Kranken nicht gerecht. Der Fürsorgegedanke, „die besondere Schutzwürdigkeit psychisch Kranker“ (Psychiatrie-Enquete), tritt beim Konzept des Patienten als Kunden völlig in den Hintergrund.

Diese Themen spiegeln sich indirekt im neuen Entgeltgesetz wider, das in seiner aktuellen, noch nicht endgültigen Fassung in weiten Teilen wie das Gesetz zur DRG-Einführung in der Somatik anmutet.

Die Psychiatriereform erlaubte nach einer Tradition der Verwahrung von psychisch Kranken endlich einen therapeutischen Aufbruch der Psychiatrie. Die wichtigste therapeutische Leistung ist die Arbeit am und mit dem therapeutischen Milieu, in dem ein/eine Mitarbeiter/Mitarbeiterin versucht, eine Brücke zum Patienten zu bauen, eine therapeutische Beziehung mit dem Patienten zu entwickeln und zu gestalten. Diese spezifische therapeutische Arbeit, die eine hohe Expertise der Mitarbeiter erfordert, ist bisher weder im Gesetzentwurf noch in den gültigen OPS-Kodes berücksichtigt.

Hingegen zu begrüßen ist die im Gesetzentwurf benannte Möglichkeit, Modellprojekte zu entwickeln, in denen Formen von ambulanter – stationäre Behandlung ersetzender – Komplexbehandlung erprobt werden können. Wir werden 2012 sehen, welche Möglichkeiten sich hierfür für Neukölln und/oder andere Vivantes Klinika ergeben.

Wir sind jedenfalls gut vorbereitet: Nach einer Einführungsveranstaltung im Jahr 2010 sind 40 Klinikmitarbeiter 2011 in vier 2-tägigen Workshops in „Open Dialogue – Netzwerkarbeit – bedürfnisangepasster Behandlung“ geschult worden. Dies baut auf dem sozialpsychiatrischen Selbstverständnis und Konzept der Klinik auf, das sich – seit 1986 etabliert – lebendig in der Klinik und im Versorgungsbezirk weiterentwickelt hat. Das soziale Lebensumfeld und die Familie des Patienten einzubeziehen, die Klinik nicht als Nabel der Welt zu verstehen, all das bestimmt die therapeutische Arbeit in den letzten 26 Jahren, in den letzten Jahren ergänzt um sogen. Recovery-Ansätze, die die Genesung des Patienten fördern und sein Selbstbewusstsein stärken wollen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus allen 11 Arbeitsteams der Klinik (Station 81–86 und 29, drei Tageskliniktemas, ein PIA-Team) sowie aus allen Berufsgruppen sind bei der Fortbildung vertreten.

Die Arbeit in den Workshops 2011 trug erstaunlich schnell Früchte: In unterschiedlicher Form und Häufigkeit wird die Technik des Reflecting-Team angewandt, werden Netzwerkgespräche und Behandlungskonferenzen durchgeführt sowie Krisenpläne entworfen. Es geht nicht allein um die Anwendung neuer Gesprächstechniken in veränderten Settings, sondern vielmehr um die (Weiter-) Entwicklung einer offenen, förderlichen, dem Patienten trauenden und etwas-zu-trauenden Haltung. Die gesamte Klinik ist von der Idee „angesteckt“. Dies könnte sich 2012 als solide Basis zur Gestaltung eines Modellprojektes mit ambulanter – stationäre Behandlung ersetzender – Komplexbehandlung erweisen.

2012 wird auf jeden Fall ein für die Klinik spannendes Jahr, in dem Weichen für die nächsten Jahrzehnte gestellt werden.

Ich bin froh und dankbar, dass ich mich auf so viele hoch motivierte und hervorragend qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verlassen kann. Das ist die wichtigste Basis, um den Herausforderungen des neuen Entgeltgesetzes und der Gesundheitspolitik begegnen zu können.

Ich wünsche Ihnen beim Blättern und Lesen unseres Jahresberichtes viel Freude und freue mich über Rückmeldungen.



Dr. Ingrid Munk

## 2 Struktur und Selbstverständnis der Klinik

In der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Vivantes Klinikum Neukölln stehen 6 Stationen und 3 Tageskliniken mit 158 stationären und 62 tagesklinischen Behandlungsplätzen sowie eine Institutsambulanz für die Versorgung der ca. 310 000 EW des Bezirks Neukölln zur Verfügung. Vom Senat des Landes Berlin ist die Klinik mit der Versorgungsverpflichtung beauftragt, d. h. kein Neuköllner Bürger mit einer seelischen Erkrankung, der auf Krankenhausbehandlung angewiesen ist, darf von uns abgewiesen werden. Daneben verfügt die Klinik über eine Kriseninterventionsstation mit 12 Betten, die aus allen Berliner Bezirken Patienten mit Belastungsreaktionen und suizidalen Krisen aufnimmt.

Die Klinik versorgt konsiliarisch alle somatischen Stationen des Klinikums (insgesamt 1081 Betten) und stellt 24h/Tag die psychiatrische Notfallversorgung in der Rettungsstelle sicher.

Die Klinik ist den Grundsätzen einer gemeindenahen Psychiatrie verpflichtet: Jede Behandlung wird so nah wie möglich am Alltag des Patienten angesiedelt und so gestaltet, dass die größtmögliche Integration des Patienten in sein normales Lebensumfeld erreicht wird. Patienten mit schweren seelischen Erkrankungen sind besonders auf verlässliche Rahmenbedingungen und vertraute Bezugspersonen angewiesen. Wir halten die therapeutische Beziehung in der Tat für das entscheidende Agens unserer Behandlung. Die Psycho- und Soziotherapie baut auf den Stärken, Fähigkeiten und Möglichkeiten (= Ressourcen) des Patienten auf und ist auf die Förderung von Hoffnung und Selbstvertrauen hin orientiert (Recovery-Orientierung).

Wir arbeiten:

- Mit intensiver Einbeziehung der Angehörigen (Angehörigensvisite, Angehörigengruppe, Informationsveranstaltungen für Angehörige)
- In enger Kooperation mit allen an der psychosozialen Versorgung im Bezirk beteiligten Einrichtungen (Gremienarbeit, Helferkonferenzen)
- Mit Normalität nach innen durch Offene Türen und nach Alter und Diagnosen gemischte Stationen

- In Beziehungskontinuität und mit dem Heimatstationsprinzip (jeder Patient bleibt für den gesamten Behandlungszeitraum auf „seiner“ Station und wird auch bei einem erneuten Aufenthalt wieder auf der gleichen Station behandelt)
- Mit integrierter ambulanter Behandlung (stationäre und ambulante Behandlung erfolgen durch dasselbe Team)

Mit jedem Patienten wird ein individueller, auf seine Person zugeschnittener Therapieplan erarbeitet. Medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Musiktherapie, Ergotherapie, Soziotherapie und psychiatrische Fachpflege werden auf die jeweils konkrete Situation des Patienten abgestimmt. Hierzu stehen verschiedene Therapieangebote für Patienten mit schizophrenen Psychosen, Depressionen, Angsterkrankungen, Borderline-Störungen, Demenzerkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen zur Verfügung. Die Qualität der Kooperation im multiprofessionellen Team bestimmt das therapeutische Milieu der Station und wird durch regelmäßige externe Supervision unterstützt.

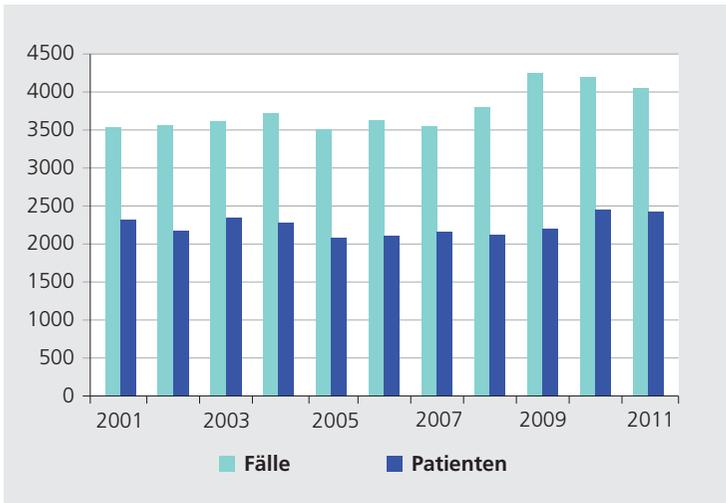
Innerhalb der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH ist die Klinik am fachlichen Austausch und der Konzeptentwicklung im Medical Board Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik beteiligt.

Die Klinik bietet die Voraussetzungen für die Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Psychodynamische (= tiefenpsychologische) Psychotherapie und Verhaltenstherapie können von den Weiterbildungsassistenten als Schwerpunkt gewählt werden.

### 3 Patientendaten

#### 3.1 Fall- und Patientenzahlen

Wir behandelten insgesamt 2.444 Patienten. Von diesen wurden 1.744 im Laufe des Jahres nur einmalig, 700, also etwas mehr als die Hälfte, wiederholt aufgenommen.



Fall- und Patientenzahlen im Verlauf der letzten Jahre

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	<b>2011</b>
Aufnahmen	3537	3583	3623	3736	3564	3691	3645	3814	4285	4250	<b>4083</b>
Patienten	2304	2236	2351	2311	2205	2239	2313	2266	2335	2481	<b>2444</b>

## Fallzahlen der verschiedenen Stationsbereiche

	Häufigkeit	Fälle %
<b>Kriseninterventionsstation (Station 29)</b>	469	11,5
<b>Allgemeinpsychiatrie (Stationen 81–86)</b>	3160	77,4
Station 81	347	8,5
Station 82	440	10,8
Station 83	518	12,7
Station 84	462	11,3
Station 85 (Schwerpunktst. Abhängigkeitserkr.)	854	20,9
Station 86	550	13,5
<b>Tageskliniken</b>	440	10,8
TK Emser Straße	151	3,7
TK Riesestraße	105	2,6
TK Rudower Straße	169	4,1
<b>Gesamt</b>	<b>4083</b>	<b>100,0</b>

### 3.2 Zuweisung, Zugangswege und Begleitung

Wie schon in den Vorjahren kam etwa die Hälfte der Patienten ohne Einweisung ins Krankenhaus und wurde als Notfall aufgenommen. Niedergelassene Ärzte veranlassten die Einweisung von ca. 25% der Patienten.

Zuweisung (Einweisung, Verlegung bzw. Weiterleitung)

	Häufigkeit	%
Ohne Einweisung	2161	52,9
Niedergelassener Arzt (nicht psychiatrisch/ psychotherapeutisch)	554	13,6
Niedergelassener Nervenarzt/Psychotherapeut	378	9,3
Eigene Institutsambulanz	193	4,7
Andere psychiatrische Kliniken	158	3,9
Weiterbehandlung nach Station in Tagesklinik und umgekehrt	150	3,7
Nichtpsychiatrische Klinik, nicht Klinikum Neukölln	120	2,9
Andere Klinik des Klinikums Neukölln	116	2,8

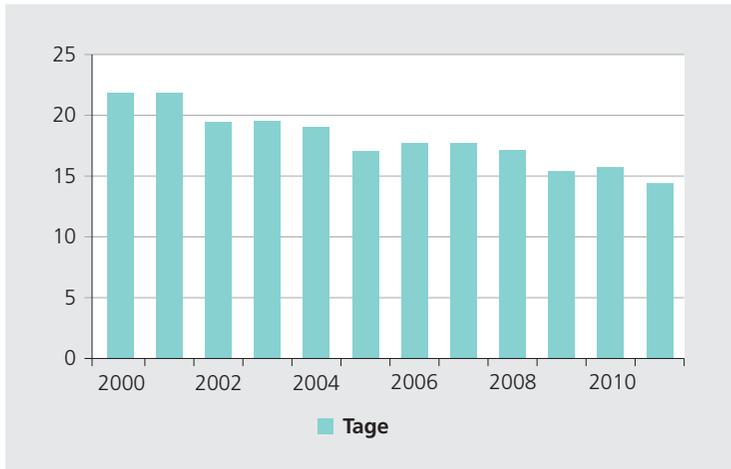
Allein und unbegleitet erschien nur knapp die Hälfte der Patienten zur stationären Aufnahme.

782 (19,2%) der Aufnahmen erfolgten, nachdem der Patient von Notarzt- oder Krankenwagen der Feuerwehr in die Klinik gebracht worden war.

272 der Patienten (6,7%) wurden bei Aufnahme von Polizeibeamten, 294 (7,2%) von professionellen Helfern wie Wohnbetreuern oder gesetzlichen Betreuern begleitet.

### 3.3 Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug im vollstationären Bereich 14,6 Tage. Damit kam es zu einer weiteren Verkürzung der Behandlungsdauer. Insgesamt reduzierte sich diese im Verlaufe der letzten 12 Jahre um ca. ein Drittel.



Durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Verlauf der letzten Jahre

Aufenthaltsdauer	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tage	21,8	21,8	19,4	19,5	18,9	17,1	17,8	17,8	17,2	15,8	16,1	14,6

Anteil der „Lang-“ bzw. „Kurzlieger“ im Verlauf der letzten Jahre

Aufenthaltsdauer	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
> 59 Tage (%)	8,2	6,9	6,1	5,0	4,8	6,8	7,6	7,5	5,4	4,9	4,3	4,0
< 8 Tage (%)	35,9	29,9	23,8	36,1	37,1	40,4	40,3	26,7	37,0	27,2	24,7	19,7
1 Tag (%)	5,2	5,2	16,9	5,0	5,2	13,7	15,3	13,6	11,4	13,9	10,8	10,5

Aufenthaltsdauer der verschiedenen Stationsbereiche

	Aufenthaltsdauer (Mittelwert) Tage
<b>Vollstationär</b>	14,6
<b>Kriseninterventionsstation (Station 29)</b>	7,6
<b>Allgemeinpsychiatrie (Stationen 81–86)</b>	15,9
Station 81	20,2
Station 82	19,9
Station 83	15,0
Station 84	17,2
Station 85 (Schwerpunktstation Abhängigkeitserkrankungen)	10,7
Station 86	15,9
<b>Tageskliniken</b>	39,2
TK Emser Straße	39,0
TK Riesestraße	59,9
TK Rudower Straße	26,6
<b>Gesamt (voll- und teilstationär)</b>	<b>16,6</b>

### 3.4 Diagnosen

Insgesamt blieb die Diagnosenverteilung im Verlauf der vorangegangenen Jahre relativ konstant.

Die Diagnose einer schizophrenen Psychose wurde – Erste und Zweitdiagnosen zusammengenommen – bei 18,4% der Patienten gestellt, was einem leichten Rückgang in dieser Diagnosengruppe entspricht. Gleichzeitig wurde in knapp 5% der Behandlungsfälle eine schizoaffektive Psychose diagnostiziert.

#### Psychiatrische Diagnosen

	Erste psychiatrische Diagnose		Zweite psychiatrische Diagnose	
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%
F0	176	4,3	58	1,4
F1	1175	28,8	1494	36,6
F2	992	24,3	72	1,8
F3	639	15,7	79	1,9
F4	654	16,0	221	5,4
F5	6	0,1	16	0,4
F6	188	4,6	235	5,8
F7	17	0,4	29	0,7

### 3.5 Alter und Geschlecht

Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 44,5 Jahre. 52 Patienten (11,1%) waren 65 Jahre und älter, davon 23 90 Jahre und älter. Der älteste Patient wurde im Alter von 102 Jahren stationär aufgenommen.

Bei einem Geschlechterverhältnis für die gesamte Gruppe der 2011 behandelten Patienten mit leichtem Männerüberhang (53,2% Männer, 46,8% Frauen) zeigten sich für diese Verteilung deutliche Unterschiede zwischen den Behandlungsbereichen. So überwogen auf der Schwerpunktstation Abhängigkeitserkrankungen die behandelten Männer mit 76,7%. Im Kriseninterventionszentrum und in den Tageskliniken dagegen stellten die Frauen mit 65% resp. 59% die Mehrheit.

### 3.6 Sozialdaten

Als sozialpsychiatrisch orientierte Klinik mit Versorgungsverpflichtung behandelten wir im zurückliegenden Jahr zu 86,7% Patienten mit Wohnsitz im Bezirk Neukölln.

#### Wohnort

	Häufigkeit	%
Versorgungsregion	3539	86,7
Berlin	399	9,8
Deutschland (außerhalb Berlins)	74	1,8
unbekannt	30	0,7
Nicht gemeldet	21	0,5
Ausland	20	0,5

8,9% der Behandlungsfälle kamen aus einer Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe. 3,1% hatten keinen festen Wohnsitz oder lebten in einer Obdachloseneinrichtung.

Die soziale Zusammensetzung in Teilen des Bezirks und auch die sozialen Bedingungen für Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen spiegelten sich darin wieder, dass nur knapp 15,7% der Patienten von einem eigenen Erwerbseinkommen lebten.

#### Einkünfte

	Häufigkeit	%
Arbeitslosengeld II	1506	36,9
Rente/Pension	850	20,8
eigenes Erwerbseinkommen	640	15,7
unbekannt	464	11,4
Sozialhilfe/GruS A	209	5,1
Arbeitslosengeld I	143	3,5
Anderes (z. B. Krankengeld)	143	3,5
Partner/Familie/Freunde	121	3,0

Praktisch in unverändertem Anteil zu den Vorjahren waren ca. 15% der Patienten nicht deutsche Staatsbürger.

#### Weitervermittlung

2011 wurden 42 PatientInnen in das Übergangswohnheim oder eine Therapeutische Wohngemeinschaft, 27 ins Betreute Einzelwohnen und 13 in eine Tagesstätte vermittelt. Bei 11 chronisch psychisch kranken PatientInnen war eine Heimunterbringung erforderlich. 3 PatientInnen wurden in Einrichtungen der Eingliederungshilfe außerhalb Berlins verlegt, in einem Fall geschah dies auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten, in einem Fall durch Entscheidung des Kostenträgers. Im dritten Fall wartete die Patienten bereits seit 1,5 Jahren auf einen Platz in einer speziellen Wohneinrichtung.

51 PatientInnen zogen nach dem Klinikaufenthalt in Pflege- oder Seniorenheime, 6 in Wohngemeinschaften für Demenzkranke. 76 PatientInnen mussten in eine Obdachloseneinrichtung vermittelt werden, da sie ihre Wohnung verloren hatten.

Schwerpunktthema:  
„Open Dialogue“ im KNK

Das aus Skandinavien stammende Konzept der „bedürfnisangepassten Behandlung“ wurde ursprünglich im Rahmen des finnischen Psychoseprojektes an der Psychiatrischen Universitätsklinik Turku durch Y. Alanen und seine Mitarbeiter über viele Jahre entwickelt. Im Kern zeichnet sich dieser Ansatz durch eine vorwiegend ambulant-aufsuchende, stark psychotherapeutisch geprägte, ganzheitlich und individuell angepasste Ausrichtung der Behandlung unter regelmäßiger Einbeziehung des sozialen Umfeldes aus.

In der Weiterentwicklung des Konzeptes durch J. Seikkula und Mitarbeiter wurden v. a. reflektierende Verfahren (nach T. Andersen) integriert und das dialogische Prinzip unter Hintanstellung von Veränderungserwartungen betont. In dieser erweiterten Form wurde der Behandlungsansatz als „offener Dialog“ (Open dialogue) bezeichnet. Beide Ansätze integrieren gemeindepsychiatrische und psychotherapeutische Aspekte. Hierbei sind Behandlungstreffen (= Therapieversammlungen) mit den Patienten, ihren Bezugspersonen und dem therapeutischen Team ein zentrales Instrument, um gemeinsam die therapeutischen Hilfestellungen zu gestalten (N. Greve: Offener Dialog und eigene Verantwortung, Soziale Psychiatrie, 2/2009; V. Aderhold, N. Greve: Was ist „nead adapted treatment“?, Soziale Psychiatrie, 1/2004).

Seit 2010 nehmen ca. 40 Mitarbeiter der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des KNK an einer klinikinternen Weiterbildung zum „Open Dialogue“ teil. Das Curriculum wird durch Dr. Volkmar Aderhold von der Universität Greifswald und verschiedene Mitarbeiterinnen geleitet und inhaltlich gestaltet. Herr Aderhold hat sich als Vermittler des Open dialogue-Ansatzes im deutschsprachigen Raum einen Namen gemacht. Neben Prinzipien des Open Dialogues, der bedürfnisangepassten Behandlung und der systemischen Psychotherapie geht es zentral um das Erlernen und Einüben praktischer Techniken im Rollenspiel.

Vor allem über die Behandlungskonferenzen haben wir seit 2011 wesentliche Prinzipien des Open dialogue-Ansatzes auf verschiedenen Stationen und in den Tageskliniken in unseren Klinikalltag integrieren können. Hervorzuheben sind u. a. ein regelmäßiges gemeinsames Nachdenken in verständlicher Alltagssprache über die Beschwerden im Lebenszusammenhang, weitgehende Anwesenheit des Patienten

bei allen ihn betreffenden Besprechungen, Transparenz durch offene Diskussion, Toleranz von Unsicherheit, Integration verschiedener Therapieformen und Sichtweisen, gemeinsames Entwerfen eines Behandlungsplans sowie das gemeinsame Treffen von Therapieentscheidungen.

Wir nutzen für die Behandlungskonferenzen – aber auch viele andere therapeutische Gespräche – die Gesprächsform des „reflecting team“: Ein Mitarbeiter führt mit dem Patienten ein Gespräch. Im Anschluss daran formulieren die Zuhörer, in der Regel drei bis vier Mitglieder des therapeutischen Teams, in wertschätzender und unterstützender Form ihre Gedanken zu dem zuvor Gehörten. Der Patient hört sich diese Rückmeldungen in Ruhe an und hat seinerseits dann noch einmal die Möglichkeit, hierzu etwas zu sagen. Diese Technik hat sich als echter Zugewinn, gerade in schwierigen Behandlungssituationen, erwiesen.

Erste Erfahrungen mit Netzwerkgesprächen motivieren, auch diese (relativ zeit- und personalaufwendige) Interventionsform nach Möglichkeit zukünftig häufiger einzusetzen. Insbesondere auch im Rahmen der ambulanten Behandlung durch unsere Psychiatrische Institutsambulanz. Wir hoffen, dass zukünftige Finanzierungsmodelle der psychiatrischen Behandlung die Möglichkeit, die genannten Behandlungsformen regelmäßig einzusetzen, verbessern werden.

## Interview von Oberarzt Dr. Olaf Hardt mit Christian Wiedekind, Facharzt für Psychiatrie und Psychiatrie, in der psychiatrischen Tagesklinik Emser Straße.

Herr Wiedekind, Sie nehmen seit zwei Jahren an der abteilungsinternen Fortbildung „Open dialogue“ teil. Was verbinden Sie mit dem Begriff des „Offenen Dialogs“?

Beim „Open dialogue“ geht es für mich einerseits um eine Haltung, andererseits um spezielle Techniken, wie reflektierendes Team oder Behandlungskonferenzen.

Eine offene Haltung den Behandelten gegenüber heißt für mich, noch genauer auf die Äußerungen des Patienten zu hören, ohne selbst gleich eine Lösung für Probleme parat zu haben, wertschätzend zu sein und den Patienten mehr in die Behandlung einzubeziehen. Wir Behandler sind Experten für die Krankheiten, die Patienten sind Experten für ihr Krank-Sein und ihr Gesunden. Dies im offenen Dialog zusammenzubringen ist eine große Herausforderung.

Das Team der Tagesklinik Emser Straße arbeitet seit einiger Zeit mit Behandlungskonferenzen. Was hat man sich darunter vorzustellen? Wie läuft so eine Behandlungskonferenz ab?

Behandlungskonferenzen finden für jeden Patienten 14-tägig statt. Sie haben einen festen Ablauf, dauern jeweils 20 Minuten, und es nehmen 3–4 Therapeuten teil. Es beginnt mit einem Gesprächsabschnitt, in dem der Patient über die ihn zu diesem Zeitpunkt bewegenden Themen spricht. Anschließend gibt es eine kurze Runde für Nachfragen, gefolgt von einem reflektierendem Team, bei dem die beteiligten Therapeuten ihre Gedanken zu dem zuvor Gesagten frei äußern. Sie tun dies in wertschätzender Weise, ohne den Patienten direkt anzusehen oder anzusprechen. Die Reflektionen von Behandlerseite sollten vielstimmig sein, dabei individuell und Mögliches zur Sprache bringend, einen „Angebotscharakter“ haben. Im Folgenden hat der Patient die Möglichkeit, darauf zu antworten. Danach werden Behandlungsziele für die nächsten 14 Tage verabredet.

Worin sehen Sie Vorteile der Behandlungskonferenzen gegenüber herkömmlichen Visitenformen?

Es ist viel Raum für Wertschätzung und die Ressourcen des Patienten geraten mehr in den Vordergrund als die Defizite. Durch die Beteiligung mehrerer Behandler entsteht eine größere Vielstimmigkeit, also verschiedene Meinungen zu Themen des Patienten, von denen der Patient profitieren kann.

Gibt es auch Ihrer Sicht auch Nachteile?

Behandlungskonferenzen sind zeitaufwendiger als Visiten, was den Druck auf die Therapeuten erhöht. Weiterhin merken wir, dass es wünschenswert wäre, Behandlungskonferenzen in wöchentlichen Abständen abzuhalten, damit die Patienten noch intensiver an ihrer Behandlungsplanung mitarbeiten können. Dies ist aber bei dem hohen Personalaufwand nicht zu leisten.

Wir mussten unsere wöchentliche Teambesprechung über die Patienten für die Etablierung der Behandlungskonferenzen einschränken. Da nur einige Therapeuten an den Behandlungskonferenzen teilnehmen, besteht ein Informationsdefizit für das restliche Team, was wiederum, insbesondere in Urlaubszeiten, ungünstig erscheint.

Auf welche Resonanz treffen die Behandlungskonferenzen?

Die Patienten erleben die erhöhte Wertschätzung und Aufmerksamkeit größtenteils positiv. Manche fühlen sich allerdings auch „wie in einer Prüfungssituation“ und erleben die Festlegung von Zielen als „erhöhten Druck“. Hier müssen die Therapeuten besonders sensibel agieren.

Gibt es andere Elemente des Open dialogues, die Sie in Ihrer Arbeit umgesetzt haben oder gerne noch umsetzen würden?

Ich würde mir wünschen, noch mehr Angehörige, Freunde, Bekannte oder Arbeitskollegen in die Behandlung mit einzubeziehen, Netzwerkgespräche wären aus meiner Sicht, ein geeignetes Instrument. Allerdings weiß ich nicht, wie dies mit der bestehenden Personaldecke zu bewerkstelligen sein soll. Man müsste schauen, welche Arbeit dafür reduziert werden könnte.



## 4 Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

Die Anzahl der in der PIA behandelten Patienten ist gegenüber dem Vorjahr (404 Patienten) mit durchschnittlich 440 Patienten pro Quartal deutlich gestiegen.

In der PIA werden überwiegend chronisch psychisch kranke Patienten behandelt, deren komplexer Behandlungs- und Betreuungsbedarf nicht von einem niedergelassenen Arzt gewährleistet werden kann (häufige Helferkonferenzen, Familiengespräche, Notwendigkeit aufsuchender Hilfen).

Viele unserer PatientInnen leiden an einer schizophrenen Erkrankung. Fast ein Drittel von ihnen weist zusätzlich die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung auf („Doppeldiagnose-Patienten“) oder leidet neben der psychiatrischen Störung an einer relevanten somatischen Erkrankung, deren therapeutische Berücksichtigung oft erstmals im Rahmen der PIA-Behandlung gelingt.

Eine ebenfalls große Gruppe stellen die (meist weiblichen) Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung dar, deren Behandlung hohe therapeutische Kompetenz erfordert.

Durch die Behandlung in der PIA können (teil-)stationäre Aufenthalte oft wesentlich verkürzt oder ganz vermieden werden. Die Behandlung umfasst je nach Indikation ärztliche und psychologische Leistungen (Einzel- und Gruppentherapie), Betreuung durch Pflegekräfte, sozialarbeiterische Beratungen und Hilfen, Ergotherapie, Musiktherapie und eine Qi Gong-Gruppe, Rückengruppe und Tanztherapie. Viele Patienten weisen schwere Kontakt- und Kommunikationsprobleme auf. Die alltagsnahen Kontakte zu den Pflegekräften, ein kurzes Gespräch, eine Mahlzeit oder die Gelegenheit, sich einige Zeit auf der Station aufzuhalten, sind von hoher Bedeutung für die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung und die dadurch begünstigte Behandlungskooperation.

In der seit Jahren etablierten stationsintegrierten PIA erfolgt die ambulante Behandlung durch diejenigen Mitarbeiter, die der Patient bereits von seinem stationären Aufenthalt her kennt: Dadurch wird dem hohen Bedürfnis der Patienten nach Beziehungskontinuität Rechnung getragen. Gleichzeitig wird gewährleistet, dass es in der

Phase des Wechsels von der stationären in die ambulante Behandlung keinen Informationsverlust gibt.

Als Ergänzung zur integrierten PIA steht inzwischen eine Kollegin als zentrale PIA-Ärztin nicht nur denjenigen PatientInnen zur Verfügung, deren bisherige Behandler die Station verlassen haben, sondern auch anderenfalls stationär aufzunehmenden Personen, die notfallmäßig Rat in der Rettungsstelle gesucht haben und keine niedergelassenen Psychiater haben (gelegentlich auch zur Überbrückung einer mehrwöchigen Wartezeit bis zum nächstmöglichen Termin in einer Facharzt-Praxis).

Das Behandlungsangebot in der PIA beinhaltet weiterhin ein DBT-Programm für Borderline-Patientinnen. Die wöchentliche Therapiegruppe wird von einem Diplompsychologen in Kooperation mit einer Krankenschwester bzw. im Berichtsjahr einer Psychologischen Psychotherapeutin im Praktikum geleitet. Auch im Jahr 2011 stieß dieses Angebot auf großes Interesse bei den NutzerInnen unserer Klinik.

Angesichts des steigenden Bedarfs an ambulanter Behandlung, wurde ein modifiziertes PIA-Konzept erarbeitet, das neben räumlichen Veränderungen auch eine personelle Erweiterung des PIA-Teams beinhaltet und im kommenden Jahr umgesetzt werden soll.

## 5 Leistungen des psychiatrischen Not- und Bereitschaftsdienstes in der Rettungsstelle und auf den Stationen der Klinik

Die Rettungsstelle des Vivantes Klinikum Neukölln ist mit jährlich ca. 60.000 Patientenkontakten ein zentraler Anlaufpunkt für die Notfallversorgung im Berliner Südosten. Sie ermöglicht auch allen Patienten in psychischen Krisen eine niedrigschwellige Kontaktaufnahme rund um die Uhr. Die Anzahl der Patienten, die primär zur psychiatrischen Notfallbehandlung kamen, hat gegenüber dem Vorjahr um 4% zugenommen.

Immer häufiger wird in der Rettungsstelle der Psychiater beratend hinzugezogen. Die Zahl der entsprechenden Konsilaufträge für Patienten anderer Fachrichtungen hat gegenüber dem Vorjahr erneut um 32% zugenommen, was allerdings auch einer besseren Erfassung der konsiliarischen Leistungen in der elektronischen Krankenakte geschuldet ist.

Allerdings ist die Zahl der Einsätze des Not- und Bereitschaftsdienstes auf den psychiatrischen Stationen mit 4.360 im Vergleich zum Vorjahr (5.111) erfreulicherweise um etwa 15% gesunken.

Die nachfolgend tabellarisch zusammengefassten Zahlen geben einen nachhaltigen Eindruck von der hohen Arbeitsbelastung im ärztlichen Not- und Bereitschaftsdienst wieder.

Leistungen des psychiatrischen Not- und Bereitschaftsdienstes 2011

	Anzahl
psychiatrische Patientenkontakte in der Rettungsstelle insgesamt	6210
Davon Konsile für Patienten anderer Fachrichtungen	845
Telefongespräche	1820
Einsätze auf den psychiatrischen Stationen	4360



## 6 Leistungen des psychiatrischen Konsil- und Liaisondienstes für die somatischen Stationen

Die Zahl der Konsile für andere Fachabteilungen des Klinikums lag in diesem Jahr mit 1.405 von uns erfassten Leistungen um 14% über denen des Vorjahres (1.235 Konsile).

Der psychiatrische Liaisondienst auf den internistischen Intensivstationen ( incl. Chest Pain Unit) konnte auch in 2011 durch einen erfahrenen Arzt der Abteilung aufrechterhalten werden. Hier lag mit 293 Anforderungen auch weiterhin ein Schwerpunkt der Konsiliar-tätigkeit der Abteilung, was durch die hohe Zahl von Patienten mit Suizidversuchen, Intoxikationen und schweren deliranten Syndromen zu erklären ist.

180 konsiliarische Leistungen auf den gastroenterologischen Stationen gehen vor allem auf den hohen Anteil an suchtkranken Patienten mit schweren somatischen Folgeerkrankungen im Bezirk Neukölln zurück.

Im Bereich der stationären onkologischen Versorgung gab es 73 Anforderungen mit dem Wunsch nach zeitnaher psychiatrisch/psychotherapeutischer Begleitung schwer krebserkrankter Patienten. Einem Teil dieser Klienten konnten über den stationär internistischen Aufenthalt hinaus umgehend Termine in der psychiatrischen Institutsambulanz angeboten werden. Für diese Patientengruppe sind schnelle Terminvergabe, Wohnortnähe, Einbeziehung der Angehörigen und eine enge Kooperation mit den Onkologen entscheidend.

## Leistungen des psychiatrischen Konsil- und Liaisondienstes 2011

Abteilung	Anzahl geleisteter Konsile
IST Innere/CPU	293
Kardiologie peripher	185
Hämatologie/Onkologie	73
Pneumologie/Infekt.	134
Gastroenterologie	180
IST Chir/Anästh.	56
Allg. Chirurgie, Unfallch.	127
Dermatologie	42
Neurologie	136
Neurochirurgie	52
HNO	10
Augenheilkunde	11
Urologie	16
Gynäkologie/Geburtshilfe	53
Strahlenheilkunde	17
Pädiatrie/päd.Chir./Neonatologie	5
<b>Summe</b>	<b>1405</b>

## 7 Besondere Vorkommnisse

Im Rahmen der Qualitätssicherung gilt unser besonderes Augenmerk der Dokumentation und Analyse besonderer Vorkommnisse.

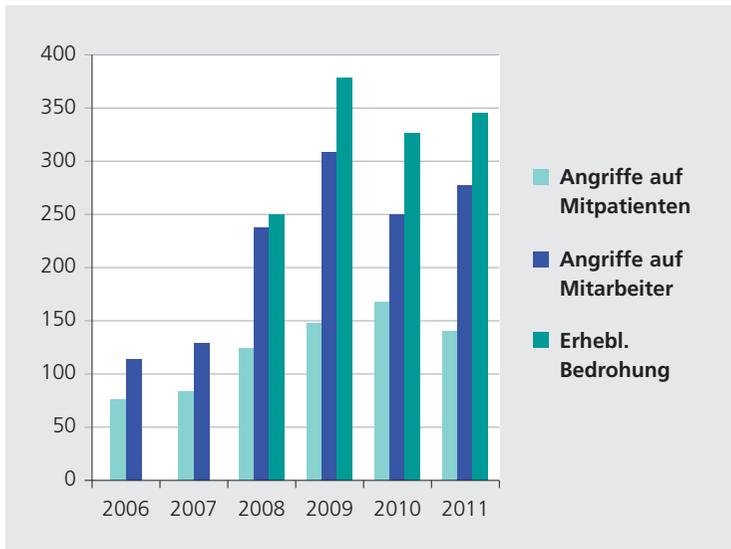
Im Folgenden wird hier speziell auf tätliche Angriffe auf Mitarbeiter und Mitpatienten sowie auf erhebliche Drohungen eingegangen (7.1). Zusätzlich werden Selbstverletzungen und Selbstmordversuche, Suizide (7.2), Sachbeschädigungen und Brände (7.3) sowie Medikamentenverwechslungen (7.4) dargestellt.

### 7.1 Tätliche Angriffe und erhebliche Drohungen

Da es uns sehr wichtig ist, Tötlichkeiten gegenüber Mitarbeitern und Mitpatienten aufmerksam zu verfolgen, dokumentieren wir inzwischen sehr genau alle Übergriffe, auch solche Situationen, die nicht zu nachhaltigen Beeinträchtigungen der Betroffenen führen.

Im Jahre 2011 kam es zu 276 Angriffen auf Mitarbeiter. Zusätzlich wurden in 141 Fällen Patienten von Mitpatienten körperlich attackiert. Insgesamt kam es damit zu 400 protokollierten tätlichen Angriffen. (In 17 Fällen wurden zeitgleich Mitarbeiter und Mitpatienten angegriffen).

Zusätzlich zu den tätlichen Übergriffen zeigten in 346 Fällen Patienten erhebliches bedrohliches verbales oder nonverbales Verhalten. Diese 2007 von uns neu eingeführte gesonderte Dokumentation von Bedrohungen schärfte erheblich die Aufmerksamkeit gegenüber einer solchen Form von Gewalt. Opfer und Täter wurden mehr als solche wahrgenommen und diese Gewalt offenes Thema für Mitarbeiter und Patienten.



Insgesamt konnten wir nach Jahren der massiven Steigerung von dokumentierten tätlichen Angriffen eine weitgehend stabile Zahl im Vergleich zum Vorjahr verbuchen.

Gewalt in psychiatrischen Kliniken bleibt eine ständige Herausforderung. Wir versuchen weiter durch unsere konsequenten Strategien in der Überwachung, Analyse und Strategieentwicklung gegen Gewalt diese so weit als möglich zu vermeiden.

#### Tätliche Angriffe im Verlauf der vergangenen Jahre

	2006	2007	2008	2009	2010	<b>2011</b>
Tätliche Angriffe	181	199	355	446	326	<b>400</b>
Angriffe auf Mitpatienten	74	80	128	147	167	<b>141</b>
Angriffe auf Mitarbeiter	117	132	238	313	247	<b>276</b>
Erhebl. Bedrohung			250	383	326	<b>346</b>

## 7.2 Selbstverletzungen, Suizidversuche und Suizide

### 7.2.1 Selbstverletzungen

Im Laufe des Jahres 2011 wurden 67 Fälle von selbstverletzendem Verhalten dokumentiert. Diese Selbstverletzungen gingen von 11 weiblichen und 14 männlichen Patienten aus. Eine Patientin verursachte dabei mit 29 Verletzungen allein über ein Drittel dieser Vorfälle. Das Phänomen, dass sich Patienten während der stationären Behandlung wiederholt verletzen, stellt unsere Behandlungsteams immer wieder vor hohe Herausforderungen.

Selbstverletzungen im Verlauf der vergangenen Jahre

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	<b>2011</b>
Selbstverletzungen	21	42	40	40	92	108	97	122	119	<b>67</b>

### 7.2.2 Suizidversuche und Suizide

Die Anzahl der dokumentierten Suizidversuche von stationär behandelten Patienten variierte in den letzten Jahren erheblich. 2011 kam es zu 21 solchen Versuchen.

Nachdem wir 2003 bis 2006 jeweils nur einen Suizid zu beklagen hatten, kam es im Behandlungsjahr 2008 zu 3 Suiziden. 2009 gab es keinen Suizidfall. 2011 nahmen sich, wie auch 2010, 3 Patienten während der stationären Behandlung das Leben. Alle drei Suizidhandlungen fanden auch auf den Stationen selbst statt.

## 7.3 Brände

17 Mal wurde 2011 die Entstehung eines Brandes gemeldet. Dabei handelte es sich glücklicherweise meist nur um kleine Herde, wie z. B. ein Mülleimerbrand. In sechs dieser Situationen rückte die Feuerwehr an.

## 7.4 Medikamentenverwechslungen

Ein wichtiger Teil unserer Qualitätssicherung besteht in der Dokumentation von Fehlern in der Medikamentengabe. Unsere offene Fehlerkultur soll die Gefahr solcher Fehler verringern. Eine fortlaufende Analyse der Arbeitsabläufe soll diese hinsichtlich ihrer Sicherheit optimieren, um so kontinuierlich die Anzahl solcher Zwischenfälle für die Zukunft minimieren zu können.

Im Jahr 2011 gab es 31 dokumentierte Ereignisse, was wir als Erfolg hinsichtlich einer größeren Offenheit im Umgang mit solchen Fehlern werten.

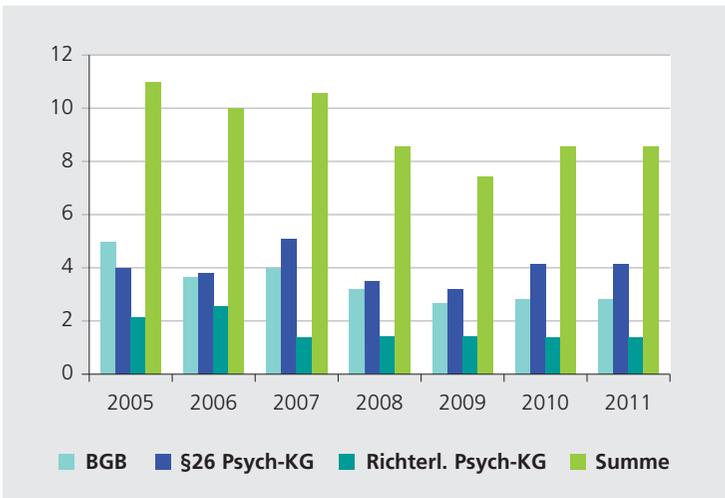
Es zeigte sich, dass in einigen Fällen eine Änderung der Ordination nicht umgesetzt, in anderen eine falsche Dosis verabreicht wurde und dass mehrfach Patienten aufgrund von Namensverwechslungen falsche Medikamente erhielten. In keinem Fall kam es zu bleibender Beeinträchtigung der Betroffenen.

## 8 Zwangsmaßnahmen

### 8.1 Unterbringungen

In 365 Fällen musste ein Patient gegen seinen Willen in der Klinik untergebracht werden. Bei 161 Patienten erfolgte dies nach dem Betreuungsrecht (BGB), bei 204 nach dem Gesetz für Psychisch Kranke (PsychKG). Zumeist (144) handelte es sich dabei um kurzzeitige vorläufige Unterbringungen bis zum Ablauf des folgenden Tages durch den Sozialpsychiatrischen Dienst (§ 26.1 PsychKG) oder den vertretenden diensthabenden Psychiater (§ 26.2 PsychKG).

Anteil der Unterbringungen an den behandelten Fällen im Verlauf der vergangenen Jahre



	2006		2007		2008		2009		2010		<b>2011</b>	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%*
Unterbringung nach BGB	139	3,8	146	4,0	124	3,2	117	2,7	121	2,8	<b>161</b>	<b>3,9</b>
Unterbringung nach § 26 Psych-KG	144	3,9	186	5,1	142	3,6	141	3,2	176	4,1	<b>144</b>	<b>3,5</b>
Richterliche Psych-KG Unterbringung	84	2,3	54	1,4	59	1,5	63	1,5	58	1,4	<b>60</b>	<b>1,5</b>
Summe	367	10,0	386	10,6	325	8,3	321	7,5	355	8,3	<b>365</b>	<b>8,9</b>

\* Anteil an Behandlungsfällen

## 8.2 Fixierungen

Eine leider auch im Jahre 2011 immer noch unvermeidbare Maßnahme zur Abwehr von akuten Gefährdungen war die Durchführung von Fixierungen. Diese wurde in unserer Klinik 542 Mal durchgeführt, betroffen davon waren 147 Patienten, von denen 53 Patienten wiederholt fixiert werden mussten.

Fixierungen im Verlauf der vergangenen Jahre

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	<b>2011</b>
Fixierungen	161	207	180	359	274	279	241	565	691	475	<b>542</b>
Betr. Pat.	105	91	92	154	143	163	134	138	122	140	<b>147</b>

## 8.3 Medikamentöse Zwangsbehandlungen

Bei insgesamt 117 Patienten wurden 2011 medikamentöse Zwangsbehandlungen durchgeführt.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	<b>2011</b>
Betroffene Pat.	90	139	130	112	120	118	<b>117</b>

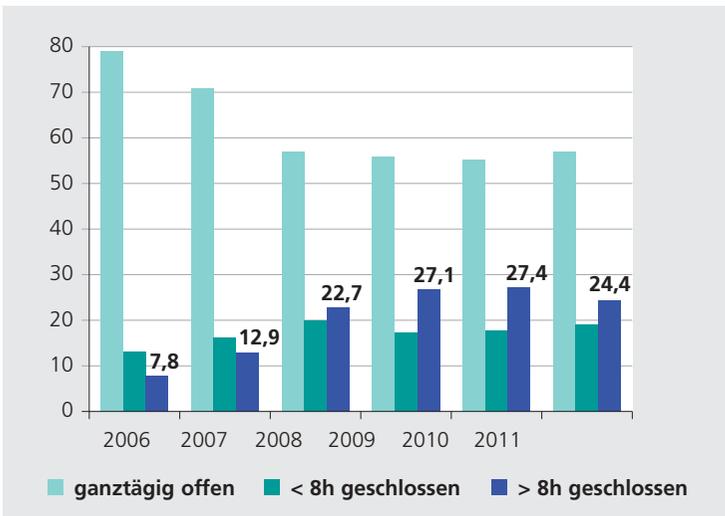
## 8.4 Türschließungen

Alle unsere Stationstüren sind grundsätzlich unverschlossen. Auf den Stationen 81 bis 86 können die Türen jedoch im Bedarfsfall verschlossen werden, um einzelne gesetzlich untergebrachte Patienten am unkontrollierten Verlassen der Station zu hindern. Natürlich wird die Tür für andere Patienten und Besucher jeweils vom Pflegepersonal geöffnet. Über die Zeiten der Türschließungen wird Protokoll geführt, um Trends zu erkennen und um ggf. nach kritischer Analyse unsere Abläufe und Strategien modifizieren zu können.

Wir werteten aus, inwiefern die Türen tagsüber (zwischen 7 und 23 Uhr) gänzlich offen blieben, ob sie bis zu 8 Stunden („zeitweise geschlossen“) oder über 8 Stunden geschlossen wurden („geschlossen“).

2011 konnten die Stationen in ganz unterschiedlichem Maße die Türen ganztägig offen halten. Im Mittel waren es 206 Tage (56%). An 19% der Tage mussten die Türen zeitweise geschlossen werden. Die Anzahl der Tage mit geschlossener Tür variierte zwischen den Stationen für das Gesamtjahr zwischen 7 und 188 Tagen. Dies entspricht einer mittleren Zahl für die einzelne Station von 89 Tagen oder 24,4%.

Türschließungen im Verlauf der vergangenen Jahre



Anteil der Tage mit > 8 Stunden geschlossener Tür im Verlauf der vergangenen Jahre

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	<b>2011</b>
Anteil der Tage mit > 8 Std. geschlossener Tür (%)	5,5	4,4	11,3	5,6	8,3	7,8	12,9	22,7	27,1	27,4	<b>24,4</b>

### 8.5 Entweichungen

Dokumentiert sind für 2011 126 Entweichungen, d. h. Fälle, in denen sich Patienten, die nach Psych-KG oder Betreuungsgesetz untergebracht waren, aus der Klinik entfernten.

Entweichungen im Verlauf der letzten Jahre

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	<b>2011</b>
Entweichungen	74	69	81	70	48	42	31	70	77	90	<b>126</b>

## 9 Besondere Tätigkeiten

### 9.1 Mutter-Kind-Behandlungen

Diese spezielle Form der Angehörigenarbeit (vgl. Psych. Prax. 2001, 28, 123-127), nämlich das „rooming in“ von Säuglingen und ihren psychisch kranken Müttern in den Fällen, in denen neben der stationären Behandlungsbedürftigkeit der Mütter die Aufrechterhaltung der Mutter-Kind-Beziehung gefördert werden soll bzw. deren unterstützende Modifikation von hoher Bedeutung ist, bieten wir in unserer Klinik seit 1995 an. Trotz personeller Engpässe und sehr hoher Belegung der allgemeinpsychiatrischen Stationen haben wir es auch im vergangenen Jahr fortgeführt.

Allein auf der Kriseninterventionsstation (Station 29), wurden im Berichtsjahr 7 Mutter-Kind-Behandlungen durchgeführt. Eine Mutter-Kind-Behandlung gab es auf der allgemeinpsychiatrischen Station 81, eine auf der ebenfalls allgemeinpsychiatrischen Stat. 86, sowie weitere teilstationäre Therapien in der Tagesklinik Riesestrasse. Das weiterhin steigende Interesse an einer solchen Behandlung wurde wiederum angesichts der 66 Anfragen an unsere Klinik – nicht nur aus Neukölln und anderen Berliner Bezirken, sondern auch bundesweit – überdeutlich. Leider mussten diese Anfragen größtenteils wegen beschränkter personeller Ressourcen abschlägig beschieden werden.

Begleitet wird die therapeutische und beratende Arbeit von einem 2007 gegründeten multiprofessionell zusammengesetzten Kompetenzteam, das im Berichtsjahr 4x getagt hat.

### 9.2 Angehörigen-Visite und Angehörigen-Gruppe

Um der belastenden Situation, in der die meisten Angehörigen psychisch Kranker leben, angemessen Rechnung zu tragen, die Familien konstruktiv in die Gesamtbehandlungspläne zu integrieren und ein regelmäßiges Kommunikationsforum zur Verfügung zu stellen, haben wir bereits 1999 die ersten Angehörigenvisiten auf zwei allgemeinpsychiatrischen Stationen etabliert (inzwischen gibt es sie auf 5 Stationen).

Vgl. dazu die ausführliche Beschreibung in Psychiatr. Prax. 28 (2001) 115-117.

An einem festen Wochentag werden in 14tägigem Rhythmus bis zu 10 jeweils ca. 15- bis 20minütige Termine durchgeführt, für die sich die Patienten mit ihren Angehörigen (ggf. auch Professionelle wie Wohnbetreuer, Amtsbetreuer, Bewährungshelfer) im Voraus eintragen. Dabei ist das Stationsteam stations- und oberärztlich, psychologisch sowie durch die Bezugspflegekraft und die Sozialarbeiterin vertreten. In der Mehrzahl der Fälle findet das Gespräch zum nächsten oder einem späteren Termin eine Fortsetzung bzw. Ergänzung. Im Berichtsjahr nahmen 668 Patienten (einschl. Wiederholer) mit ihren Angehörigen (insgesamt 951) das Angebot der Angehörigen-visitate wahr.

Zusätzlich erfolgte bei 199 Patienten eine intensive individuelle Beratung von Angehörigen durch die jeweilige Sozialarbeiterin. Diese umfasste in den meisten Fällen mehrere Gesprächstermine. Inhalte der Beratung waren Informationen zu Versorgungsmöglichkeiten, rechtlichen und finanziellen Angelegenheiten, zur sozialen Wiedereingliederung bis hin zu kontinuierlichen entlastenden Gesprächen für die Angehörigen.

Alle Angehörigen werden regelmäßig zur Angehörigengruppe eingeladen, die von 4 Mitarbeitern aus verschiedenen Berufsgruppen geleitet wird. Der Informations- und Gedankenaustausch mit anderen Betroffenen erweist sich oft als große Hilfe, um mit den Schwierigkeiten, denen sich Familien mit einem psychisch kranken Familienmitglied gegenübersehen, besser zurechtzukommen.

2011 fanden 17 Gruppensitzungen statt, an denen insgesamt 59 Besucher, überwiegend Mütter schizophrener Patienten (64%), teilnahmen. Interesse fanden auch wieder die Sonderveranstaltungen, die durch ein informatives Referat eingeleitet wurden.

### 9.3 Behandlungskonferenzen

In der Tagesklinik Rudower Straße fanden Behandlungskonferenzen im Jahr 2011 als fester Therapiebestandteil im 14-Tagesrhythmus mit allen Patienten statt. Auch die Tageskliniken Riesestraße und Emser Straße implementierten im Laufe des Jahres schrittweise 14-tägige Behandlungskonferenzen, zunächst für einen Teil, dann für alle Patienten. Die Station 81 nutzte die Gesprächsform des „reflecting teams“ in Einzelfällen bereits seit 2009 und ging in diesem Jahr zu regelmäßigen 14-tägigen Behandlungskonferenzen mit zwei Patienten plus teilweise fortlaufenden Behandlungskonferenzen im Zweiwochenturnus für weitere drei Patienten über. Auf der Station 84 werden einzelne Patientengespräche mithilfe des „reflecting team“ geführt.

(s. dazu auch das Schwerpunktthema in diesem Heft)

### 9.4 Patientenbrief

Seit März 2011 bekommen die entlassenen Patienten der Tageskliniken Emser Straße und Riesestraße regelhaft Patientenbriefe kurz nach der Entlassung nach Hause geschickt. Im Unterschied zu üblichen Arztbriefen ist hier der Patient der Adressat, was sich auch in der sprachlichen Form und der Wortwahl niederschlägt.

Die Idee zu mehr Offenheit in der Behandlung und mehr Verantwortung und Mitbestimmung in der Behandlung und Nachbehandlung für jeden Patienten brachte der damalige Oberarzt Herr Dr. Schulz ein. Sie stieß bei den Mitarbeitern der Tageskliniken auf großes Interesse.

Jeder Patient erhält in den ersten Behandlungstagen den von den Therapeuten formulierten schriftlichen Aufnahmebefund, der auch die für die Behandlung gemeinsam formulierten Ziele enthält. Dieser Aufnahmebefund wird zeitnah mit dem Patienten besprochen. In regelmäßige Behandlungskonferenzen werden die Ziele gemeinsam überprüft, diskutiert und verfeinert. Diese Schritte, in die die Patienten bereits aktiv einbezogen sind, dienen als Grundlage des Patientenbriefes.

Einige Tage vor der geplanten Entlassung schreibt der Therapeut eine Rohfassung des Patientenbriefes mit folgenden Inhalten: Aufnahme-modus, also wie kam der Patient in die Tagesklinik, den bereits besprochenen Aufnahmebefund, frühere psychiatrische Kontakte als Überblick, ggf. Besonderheiten aus der Anamnese, den psychopathologischen Befund, weitere erhobene Befunde, wie EKG, Labor, sowie Behandlung und Verlauf, sprich die Arbeit an den benannten Zielen, die erzielten Erfolge, Schwierigkeiten, weitere Therapieempfehlungen und am Schluss noch die Medikation, falls verordnet.

Der Entwurf wird mit dem Patienten durchgesprochen und gegebenenfalls überarbeitet. Das Original mit allen Unterschriften wird bei Entlassung ausgehändigt oder wenige Tage später per Post übersandt. Der behandelnde Arzt erhält eine Kopie, soweit der Patient das wünscht.

Der überwiegende Teil der Patienten äußert sich sehr zufrieden über die Patientenbriefe, Ablehnung gab es bislang keine. Für die Therapeuten bedeutet es eine ziemliche Herausforderung, nicht nur im Gespräch, sondern auch im geschriebenen Text Worte zu finden, die der Patient verstehen und in denen er sich wiederfinden kann.

## 9.5 Arbeitsgruppe Migration

Seit Januar 2008 besteht die Arbeitsgruppe Migration. Sie tagt regelmäßig in 6-wöchigem Abstand.

Ein Mitglied der AG nimmt regelmäßig an den Versammlungen der Bürgerstiftung Neukölln teil. Auftrag der Stiftung ist die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements insbesondere im Bereich der Integration von Menschen mit Migrationserfahrung.

Leider wurde das Angebot einer stationsübergreifenden türkischsprachigen Sprechstunde für Angehörige nur wenig genutzt. Es soll jetzt in ein entsprechendes Behandlungsangebot für türkischsprachige Patienten mit geringen Deutsch-Kenntnissen in der Ambulanz integriert werden.

Durch Vermittlung des Integrationsbeauftragten des Bezirks Neukölln konnte Kontakte zum türkisch-deutschen Zentrum gGmbH wie auch zur deutsch-arabischen unabhängigen Gemeinde hergestellt werden. Ziel des Treffens war die Information über die Behandlungsangebote der Psychiatrischen Klinik und den Abbau von Zugangshürden. Von beiden Seiten wurde der Wunsch nach weiteren Gesprächen formuliert.

## 9.6 Psychokardiologie

Als Krankenhaus der Maximalversorgung gibt es am Vivantes Klinikum Neukölln auch eine große Kardiologische Klinik. Seit Mai 2011 bieten wir im Rahmen der psychosomatischen Kooperation eine 14-tägig stattfindende ambulante interdisziplinäre Gruppentherapie zum Umgang mit der Herzerkrankung an. Diese Gruppe steht Patienten mit Erkrankungen wie z. n. Herzinfarkt, schweren Herzrhythmusstörungen oder Herzinsuffizienz offen, die unter Ängsten und depressiven Verstimmungen leiden. Sie wird von einer FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie sowie einer FÄ für Innere Medizin mit psychosomatischer Erfahrung geleitet und erfährt regen Zuspruch und viel positive Rückmeldungen seitens der Patienten.

## 9.7 Therapiehund Jacco

Seit Januar 2010 gehört der Groß-Elo Jacco zum Team der allgemein-psychiatrischen Station 82. Der Rüde kam als elf Wochen junges Tier ins Team und begleitet seither täglich die Sozialarbeiterin zur Arbeit. Er ist inzwischen eine feste und vertraute „Größe“ auf der Station.

Ein Hund kann Kontakt zu Patienten knüpfen und dies mit einer kaum zu übertreffenden Einfachheit, Klarheit, Bedingungslosigkeit und Wertfreiheit, völlig unabhängig von Alter, Sozialstatus, Krankheiten und Behinderungen des Gegenübers.

Eine weitere Chance bietet die Kommunikation ohne Worte. So kann es sehr zurückgezogenen Patienten schwer fallen, mit dem Behandlungsteam ins Gespräch zu kommen. Die nonverbale Kommunikation mit dem Hund ist dann eine erste Möglichkeit, doch in Kontakt zu treten.

Jacco sorgt durch seine Anwesenheit für Ruhe und Entspannung, ist aber auch immer Gesprächsstoff und Anlass für Aktivitäten. Er begrüßt jeden Tag die Patienten der Station freudig, so wie er immer freudig begrüßt wird, wenn er auf die Station kommt. Er vermittelt jedem Einzelnen Aufmerksamkeit und Wertschätzung. Neulich sagte ein Patient zu Jacco: „Wenn ich Dich sehe, kann ich wenigstens einmal am Tag lächeln“.

## 9.8 Selbsthilfegruppen

Die Schwerpunktstation für Abhängigkeitserkrankungen pflegt eine regelmäßige Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen. An fast jedem einzelnen Tag der Woche stellt sich abends eine Gruppe vor. Dabei sind insgesamt 9 verschiedene Organisationen vertreten (Lichtblick, Guttempler, Klärwerk, Alternative Freizeit, AA, AKB, WHU, CSO, Drogenstop). Sobald der körperliche Zustand es erlaubt, besuchen die Patienten Gruppen außerhalb des Krankenhauses. Sie haben dadurch die Möglichkeit, ein breites Spektrum unterschiedlicher Gruppen kennen zu lernen und die Chancen der Selbsthilfebewegung bei der Bewältigung ihrer Abhängigkeit für sich zu entdecken.

## 9.9 Trialog in Neukölln

Als Veranstaltung der Volkshochschule Neukölln erreicht der Trialog in Neukölln 2012 das fünfte Jahr seines Bestehens. Dank der Unterstützung des Bezirksamtes können die Treffen weiterhin im Puschkin-Zimmer des Rathauses Neukölln stattfinden (s. Flyer, Infotext und Trialogenerfahrung unter der Netzadresse [www.trialog-psychoseseminar.de](http://www.trialog-psychoseseminar.de)).

Der vereinbarte Erfahrungsaustausch zwischen Experten aus eigener Erfahrung und durch Ausbildung und Beruf sowie Angehörigen (Bürgerhelfern) erweckt eine tief berührende Atmosphäre. Die Gegenseitigkeit von Offenheit und Öffentlichkeit bewirkt, dass die Zuhörenden und Sprechenden die Wechselbeziehung zwischen Vielstimmigkeit und kritischer Identitätsfindung begreifen. Die Dialoge thematisieren die kreative Seite gegenüber traumatischer Betroffenheit. Von der Einfühlung und Beziehung her überschreiten Trialoge die Teilungen, Spaltungen und Spezialisierungen durch einen befreienden Wechsel

von Perspektiven, Auffassungen und Einstellungen. Einzelne begannen die Ausbildung zur ExpertIn durch Erfahrung (Ex-In). Eine Ex-In-Mitwirkung in der Klinik wurde auf den Weg gebracht. Ein Präventionsbeauftragter der Berliner Polizei bekundete die Bereitschaft, ein dialogisches Projekt-Angebot in die Ausbildungsgänge weiterzugeben. Die Bewerbung um den Förderpreis der Stiftung für Soziale Psychiatrie für Projekte guter Praxis in der Sozialpsychiatrie wurde beschlossen. Das gemeinsame Bemühen um eine offene und nicht vorgetäuschte Kommunikation muss weitergehen, um das Erfahrungswissen als Wissensform zu übersetzen und die Differenz zwischen Transparenz und Vertrauen zu verbessern.

## 9.10 Patientenclub

Der Patientenclub ist ein Freizeitangebot für Patienten mit häufigen oder langen Krankenhausbehandlungen, sowie Patienten der psychiatrischen Institutsambulanz. Hier geht es nicht um „Therapie“, sondern um Abwechslung, gemeinsamen Spaß, positive Erlebnisse. Patienten können ihre soziale Kompetenz ausbauen und Kontakte knüpfen. Der Patientenclub wird von 3 Sozialarbeiterinnen und einem Krankenpfleger geleitet und ist bei den Patienten sehr beliebt.

2011 gab es 15 Veranstaltungen. Dazu zählten Disco-Veranstaltungen, Filmabende, Tischtennisturniere, Kegeln, Bowling, Minigolf, Ausflüge, Gartenspiele und ein Raclette-Abend. Insgesamt variierte die Teilnehmerzahl zwischen 3 und 23 Personen.

Damit alle interessierten Patienten teilnehmen können, erhält der Patientenclub zur Unterstützung besonders bedürftiger Menschen eine finanzielle Förderung durch den Verein zur Förderung der Belange psychisch Kranker in Neukölln e.V.

## 9.11 Feste

Am 22.6.2011 fand wieder ein großes Sommerfest für alle ambulanten und stationären Patienten und ihre Angehörigen, für alle Ehemaligen und nicht zuletzt auch für die Mitarbeiterinnen des Hauses statt.

Die Dekorationen wurden dafür vorher von den Patienten in der Ergotherapie hergestellt. Die Ergotherapeutinnen zeichneten auch für die Organisation des Festes verantwortlich. Mehrere Mitarbeiter boten verschiedene Aktivitäten an; besonders beliebt waren wieder die Torwand und die Schokokusswurfmaschine. Zahlreiche musikalische Beiträge aus dem Kreis der Patienten sorgten für gute Unterhaltung.

Das Gegenstück zum Sommerfest bilden die Weihnachtsfeiern, die wie in jedem Jahr in den Häusern P1, P2 und P3 und in den beiden Tageskliniken stattfanden. Von den Patienten vorher selbst gebackene Plätzchen, gemeinsames Singen und verschiedene Darbietungen gehörten zum bewährten Programm.

Ein besonderer Dank geht an den Verein zur Förderung der Belange psychisch Kranker in Neukölln e.V., ohne dessen finanzielle Unterstützung diese Feste nicht durchzuführen gewesen wären.

## 9.12 Gäste 2011

Auch in diesem Jahr hatten wir wieder zahlreiche Gäste, die bei einem Besuch, einem Praktikum oder einer Hospitation unsere Klinik und das Arbeitsfeld Psychiatrie und Psychotherapie kennenlernen wollten.

- Mitarbeiter der Berliner Krisendienstes und aus verschiedenen Betreuungseinrichtungen des Trägers VIA gGmbH besuchten Informationsveranstaltungen der Akut-Tagesklinik.
- Auf Anregung des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit besuchten 10 Mitglieder einer chinesischen

Delegation unter der Leitung von Herrn Zhang Shicheng, Direktor der Abteilung Verwaltungsrecht der Gesetzgebungskommission des Ständigen Ausschusses des Nationalen Volkskongresses der Volksrepublik China im Rahmen des Projekts „Rechte der geistig Kranken“ unsere Klinik.

- Besuch einer dänischen Gewerkschaftsdelegation mit 25 im Gesundheitswesen und in der stationären und ambulanten Psychiatrie Tätigen unter Vermittlung von Herrn Stig Aagaard, Königlich Dänische Botschaft, Berlin
- Eine Gruppe von Mitarbeitern einer psychiatrischen Klinik und eines Trägervereins aus Lublin/Polen interessierten sich für den Aufbau gemeindepsychiatrischer Strukturen.
- 7 MedizinstudentInnen kamen für eine mehrwöchige Famulatur, 3 MedizinstudentInnen leisteten ein Tertial ihres Praktischen Jahres ab.
- 6 Dipl.-PsychologInnen machten ein klinisch-psychiatrisches Praktikum als Teil ihrer Weiterbildung zur psychologischen PsychotherapeutIn und 7 StudentInnen der Psychologie absolvierten hier ein mehrwöchiges klinisches Praktikum.
- 2 Medizinstudenten und 4 Mitarbeiter aus anderen Berufsgruppen machten in unserer Klinik ein Pflegepraktikum.
- 3 PraktikantInnen interessierten sich für das Arbeitsgebiet der Ergotherapie.
- 2 PraktikantInnen und 14 Hospitanten kamen in die Musiktherapie.
- 2 PraktikantInnen und 9 Hospitationen gab es bei den Sozialarbeiterinnen.

Wir freuen uns sehr über die zahlreichen Gäste, die neue Impulse und einen unbelasteten Blick auf die Institution mitbringen.

### 9.13 Gremienarbeit 2011

Unser Leitbild von der „gemeindenahen Psychiatrie“ bedeutet, dass sich die Klinik nach außen hin öffnen und die Zusammenarbeit mit allen anderen an der psychosozialen Versorgung des Bezirks beteiligten Einrichtungen suchen muss. Das Berliner Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG) sieht diese Mitarbeit in den Gremien der psychosozialen Versorgung (z. B. PSAG Neukölln) sogar ausdrücklich vor (§ 7 PsychKG).

Nachfolgend eine Liste der verschiedenen Tätigkeiten:

Frau Adamietz Sozialarbeiterin	AG Fallkonferenz der PSAG Steuerungsgremium Allgemeinpsychiatrie des Bezirks Neukölln
Frau Kiko Sozialarbeiterin	Geriatrisch-Gerontopsychiatrischer Verbund Neukölln
Frau Knapp Sozialarbeiterin	Vertreterin der Klinik in der PsAG Neukölln Steuerungsgremium Allgemeinpsychiatrie des Bezirks Neukölln FG Psychiatrie der PSAG AG Fallmanagement
Frau Dr. Mörchen Oberärztin	AK Drogen und Sucht der Ärztekammer Berlin Vorstand Suchtakademie Berlin-Brandenburg
Frau Dr. Munk Chefärztin	Psychiatriebeirat Neukölln Leiterin des bundesweiten „Kommende - Arbeitskreises“ pflichtversorgender psychiatrischer Abteilungen im Rahmen des Arbeitskreises psychiatrischer Chefärzte an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA)
Frau Schalow Sozialarbeiterin	FG Arbeit und Reha der PSAG
Frau Schaub Sozialarbeiterin	Steuerungsgremium Sucht des Bezirks Neukölln

Frau Dr. Schütze Oberärztin	Weiterbildungsausschuss VI der ÄK Berlin
Frau Spalding Sozialarbeiterin	AG Wohnungsbörse
Frau Stober-Wilcke Sozialarbeiterin	FG Sucht der PSAG Steuerungsgremium Sucht des Bezirks Neukölln Kooperationstreffen Jugendamt - Sucht
Frau Strothteicher Sozialarbeiterin	Vertreterin der Klinik in der PSAG Neukölln FG Psychiatrie der PSAG Projektbegleitender Beirat Zuverdienst Neukölln



## 10 Qualitätssicherung

### 10.1 Basisdokumentation

Zu jedem Behandlungsfall wird vom verantwortlichen Stationsarzt ein anonymisierter Dokumentationsbogen ausgefüllt. Dies geschieht inzwischen einheitlich in allen psychiatrischen Kliniken der Vivantes GmbH. Die Daten geben wertvolle Hinweise zu den psychiatrischen wie somatischen Diagnosen, wichtigen Behandlungsmodalitäten, (z. B. gesetzliche Unterbringungen), zur sozialen Lage sowie der vor- und nachgeschalteten Behandlung. Die Auswertung der Datensätze bildet eine der wichtigsten Grundlagen für den Jahresbericht der Klinik (s. vorherige Kapitel).

### 10.2 Ereignisbezogene Dokumentationen

Auf gesonderten Dokumentationsbögen werden besondere Vorkommnisse (z. B. Suizidversuche, Bedrohungen, Gewaltanwendungen, Entweichungen), Zwangsbehandlungen, Fixierungen und Türschließungen erfasst. Alle Mitarbeiter der Klinik sind hieran beteiligt und achten auf eine möglichst vollständige Erfassung und Beschreibung des Sachverhaltes. Einer der Oberärzte wertet die Bögen aus und stellt die Ergebnisse in der Leitungsrunde und in der monatlichen Abteilungskonferenz, an der alle Mitarbeiter teilnehmen, vor. Die detaillierten Ergebnisse aus 2011 finden sich in den entsprechenden Kapiteln des Jahresberichts.

### 10.3 Fort- und Weiterbildung

Die ärztlichen und psychologischen Mitarbeiter gestalten 3x/Monat eine eigene Weiterbildungsveranstaltung. Als Grundlage dient der Weiterbildungskatalog der Ärztekammer Berlin für die Weiterbildung zum Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aber auch andere wichtige und aktuelle Themen kommen auf die Tagesordnung. Die Veranstaltung ist für alle Mitarbeiter offen und wird von der Ärztekammer Berlin zertifiziert.

Ein Schwerpunkt der Fort- und Weiterbildung waren die berufsgruppenübergreifenden Schulungen zum „Open dialogue“ und netzwerkorientierten Behandlungen, die unter der Leitung von Dr. Volkmar Aderhold an 4 Wochenenden in der Klinik durchgeführt wurden (s. dazu auch das Schwerpunktthema in diesem Heft).

Zusätzlich erhielten zahlreiche Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen Dienstbefreiungen für die Teilnahme an inner- wie außerbetrieblichen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen oder besuchten Fortbildungsveranstaltungen außerhalb ihrer Arbeitszeit.

Bei der Vivantes-internen Umfrage zur Qualität der ärztlichen Weiterbildung hat die Klinik sehr gut abgeschnitten. Bei einer leicht unterdurchschnittlichen Rücklaufquote von 30,3% wurden in nahezu allen Einzelfragen durchweg bessere Ergebnisse als im Vivantes-Durchschnitt erzielt.

Insbesondere wurden die regelmäßigen Fallbesprechungen und internen Fortbildungen sowie die dem Ausbildungs- und Kenntnisstand entsprechende Integration in die jeweiligen Teams positiv bewertet. Schlechtere Noten gab's zum Thema Weiterbildungsgespräche. Trotzdem würden alle Teilnehmer die Klinik als Weiterbildungsstätte weiterempfehlen.

#### 10.4 Externe Supervision

Die gemeinsame Reflexion und der Austausch über die häufig emotional sehr belastenden Interaktionserfahrungen mit Patienten ist inzwischen ein anerkannter Qualitätsstandard in der Psychiatrie und Psychotherapie. Alle Stationsteams haben eine fortlaufende externe Supervision, an der alle Teammitglieder teilnehmen. Die Teilnahme ist für die Mitarbeiter kostenfrei.

### 10.5 Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten

Auch im Jahr 2011 fanden wieder auf Initiative eines niedergelassenen Kollegen die Begegnungen niedergelassener Psychiater und Nervenärzte mit Ärzten aus dem Krankenhaus und dem sozialpsychiatrischen Dienst statt. Die Termine trafen auch seitens unserer Klinik wieder auf regen Zuspruch, und die Diskussion gemeinsam interessierender Themen trug erheblich zu einer guten Zusammenarbeit bei.

Zusätzliche wurden gemeinsam mit dem Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit zwei psychiatrisch-psychotherapeutische Fallkonferenzen veranstaltet. Eingeladen waren im Bezirk Neukölln tätige Psychiater und Nervenärzte, sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, um mit uns als stationär arbeitenden Psychiatern und Psychotherapeuten konkrete Behandlungsfälle zu besprechen. Diese Treffen sind immer wieder eine wertvolle Möglichkeit die verschiedenen Perspektiven ambulanter und stationärer Behandler wahrzunehmen, die Arbeit anderer, an der Behandlung des gleichen Patienten beteiligter Professioneller, wertzuschätzen und die eigene Arbeit in einen langfristigen Zeithorizont einzuordnen.

### 10.6 Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie (AMSP)

Die Teilnahme an dem bundesweiten Projekt „Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie“ ist weiterhin ein wichtiges Instrument der Sicherung der Behandlungsqualität. Schwere unerwünschte Arzneimittelwirkungen von Psychopharmaka werden in einem standardisierten Verfahren von speziell als Monitoren geschulten Ärzten erfasst und auf Regionalkonferenzen und bundesweiten Fallkonferenzen zur Diskussion gestellt.

2011 konnten 12 Fälle gemeldet werden.

## 10.7 AG Deeskalation

Die klinikinterne berufsgruppenübergreifende AG Deeskalation trifft sich weiter einmal im Monat. Basisnah werden Themen und Probleme im Zusammenhang mit Gewalt, Zwang, Patienten- und Mitarbeitersicherheit besprochen und nach Verbesserungen und Lösungen gesucht.

Zweimal im Monat finden praktische Schulungen für MitarbeiterInnen statt. Die Deeskalationstrainer üben mit den MitarbeiterInnen Zugriffs-Halte und Abwehrtechniken. Eine Fixierung wird im Rollenspiel alltagsnah durchgeführt. Sicherheitsaspekte wie die Beachtung von Grundsicherheitsregeln und die Blickschulung für Gefahrenquellen spielen dabei eine große Rolle.

Zwei MitarbeiterInnen der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sind in dem überregionalen Arbeitskreis Gewalt und Zwang in der Psychiatrie. Auch hier geht es um die kritische Betrachtung sowie Qualitätssicherung und Dokumentation von Zwangsmaßnahmen.

## 10.8 Komplikationskonferenz

Im Jahr 2011 fanden 4 Komplikationskonferenzen unter reger Beteiligung der Mitarbeiter statt. An Komplikationen wurden behandelt: Zwei „Behandlungssackgassen“, davon eine mit einer gewalttätigen Borderline-Patientin, die zweite mit einem verhaltensgestörten minderbegabten Patienten; ein gefährlicher Angriff eines Patienten auf einen Mitarbeiter sowie zwei Medikamentenverwechslungen. Auch in diesem Jahr drückte sich der Wunsch der Mitarbeiter aus, nicht nur vereinzelte Komplikationen, sondern patientenbezogen über schwierige und ausweglos erscheinende Behandlungskonstellationen zu sprechen. Obwohl in der Komplikationskonferenz keine fertigen Lösungen präsentiert werden können, gaben die Teams, die patientenbezogen vorgestellt hatten, die Rückmeldung, dass sie die Komplikationskonferenz als eine große Entlastung und Hilfe erlebt hatten.

In der Zeitschrift „KU – Gesundheitsmanagement“ vom Januar 2012 wurde die Komplikationskonferenz den Leserinnen und Lesern aus dem deutschsprachigen Raum als neues, zukunftsweisendes Mittel der Qualitätssicherung in der Psychiatrie vorgestellt.

## 11 Veranstaltungen

- 03.02.2011 Dr. H. Schulz  
Wie kommt es zu Psychosen?  
Informationsveranstaltung für Angehörige
- 24.02.2011 Prof. J. Seikkula, Jyväskylä  
Theorie und Praxis des Open Dialogue
- 17.03.2011 Dr. O. Hardt  
Nebenwirkungen von Neuroleptika  
Informationsveranstaltung für Angehörige
- 09.04.2011 XII. Symposium der Tageskliniken  
Berlin-Brandenburg  
Akutbehandlung in der Tagesklinik
- Dr. M. Bühring, Bremen  
Differenzierung akut- und regeltagesklinischer  
Behandlung in der Pflichtversorgung
- Dr. U. Schötschel und Mitarbeiter der  
TK Rudower Straße, Berlin  
Die akuttagesklinische Behandlung als Alternative  
zur vollstationären Behandlung
- Prof. T.-W. Kallert, Leipzig  
Die Rolle der Tageskliniken in der psychiatrischen  
Versorgung. Wie viele und welche Patienten  
profitieren von einer Behandlung?
- 12.05.2011 Dr. U. Schötschel  
Depression als Störung der sozialen Interaktion  
Informationsveranstaltung für Angehörige
- 28.09.2011 Prof. H. Hoffmann, Bern  
Soteria Bern – Wo steht sie heute?  
Vortrag mit Workshop

- 06.10.2011 Dr. S. Schütze  
Früherkennung psychotischer Erkrankungen  
Informationsveranstaltung für Angehörige
- 07.11.2011 Dr. G. Mörchen  
Cannabis  
Informationsveranstaltung für Angehörige

## 12 Vorträge und Publikationen

- Bried, M. Einführung in die stationäre verhaltenstherapeutische Arbeit am Beispiel u. a. schizophrener Störungen  
Berliner Fortbildungsakademie  
16.1. und 11.12.2011
- Bried, M. Borderline-Störungen  
Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle  
17.8.2011
- Bried, M. Stationäre Verhaltenstherapie in Gruppen  
Berliner Fortbildungsakademie  
14.10.2011
- Bried, M. Umgang mit Angst- und Traumastörungen in der Beratungs- und Betreuungsarbeit mit Abhängigkeitskranken  
Mitarbeiterfortbildung für VISTA gGmbH  
20./21.10.2011
- Brockhaus, S. GemeindedolmetscherInnen in der stationären Versorgung  
Impulsvortrag und Workshop  
Fachtagung „Interkulturelle Kommunikation im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen“  
Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit  
Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg  
15.6.2011
- Hardt, O. Verhaltenstherapie von Angststörungen  
Curriculum Facharztweiterbildung  
Institut für Verhaltenstherapie Berlin,  
15.03.2011, 22.03.2011, 29.03.2011, 5.04.2011
- Hardt, O. Verhaltenstherapie affektiver Störungen  
Curriculum Facharztweiterbildung  
Institut für Verhaltenstherapie Berlin  
31.05.2011, 7.06.2011, 21.06.2011, 28.06.2011

- Hardt, O. Nebenwirkungen von Neuroleptika  
Informationsveranstaltung für Angehörige  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und  
Psychosomatik  
Vivantes Klinikum Neukölln  
17.03.2011
- Knapp, S. Tiergestützte Therapie – Erfahrungen mit einem  
Hund auf einer psychiatrischen Station  
Zentrum für Sozialpädiatrie und Neuropädiatrie  
(DBZ)  
22.11.11
- Mörchen, G. Aktuelles zu Diagnostik und Therapie der  
Depression  
Berlin-Brandenburgische Gesellschaft für  
Schlafmedizin und Schlafforschung e. V.  
29.06.2011
- Mörchen, G. Curriculum Suchtmedizinische Grundversorgung  
Teil D: Motivierende Gesprächsführung  
Vortrag und Seminarleitung  
Arbeitskreis Drogen und Sucht der Ärztekammer  
Berlin in Zusammenarbeit mit der Suchtakademie  
Berlin-Brandenburg  
Berlin, 11./12.03.2011
- Mörchen, G. Depressive Störungen in der Inneren Medizin  
Fortbildungsveranstaltung der Internistischen  
Kliniken  
Vivantes Klinikum Neukölln  
01.09.2011
- Munk, I. Grundrauschen im Prokrustesbett – Zur Einführung  
des neuen Entgeltgesetzes in der Psychiatrie  
Psychiatrische Praxis 2011; 38; 267–269

- Munk, I.                    Daten und Deutungen – Zur Diversifizierung psychiatrischer Wissenschaft  
Vortrag, 15. Treffen deutschsprachiger SozialpsychiaterInnen,  
04.03.2011, Palma de Mallorca
- Munk, I.                    Sachkundige Personen in Psychatrien – ehrenamtliches Engagement von Patientenführer/sprecher/innen stärken !  
Veranstaltung der Berliner Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie (BIP),  
03.05.2011, Berlin
- Munk, I.,  
Hümbs, N.                Kasuistisch-technisches Seminar  
Gründungskongress des Dachverbandes deutschsprachiger Psychosen - Psychotherapie (DDPP)  
7./8.05.2011, Berlin
- Munk, I.                    Die Komplikationskonferenz als Teil von Qualitätsmanagement in der Psychiatrie  
Posterpräsentation in der Qualitätsarena und Beitrag in der Speaker´s Corner,  
2. Forum Qualitätskliniken,  
25./26.05.2011, Berlin
- Munk, I.                    Die neue Patientenverfügung – Stärkung unserer Rechte?  
Beitrag zur Podiumsdiskussion im Rahmen der Veranstaltung „Unsere Rechte – Unser Wissen“ des Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. und des Paritätischen Landesverbandes Berlin,  
15.06.2011, Berlin
- Munk, I.,  
Schütze, S.                Mutter-Kind-Behandlung in einer versorgungs- verpflichteten Abteilung  
10. Kongress der interdisziplinären Gesellschaft für die psychische Gesundheit von Frauen und Genderfragen: „Geschlecht-Gender-Psyche“  
15.–17.09.2011, Frankfurt am Main

- Munk, I. Migration und psychische Gesundheit  
Festvortrag anlässlich des 40jährigen Jubiläums  
von Pro Familia  
21.09.2011, Offenbach am Main
- Munk, I. Analyse der Kliniksuzide 2000 – 2009 in einer  
großen Versorgungs-Klinik, Poster, DGPPN-Kongress,  
23.–26.11.2011, ICC Berlin
- Munk, I., Kieser, C. Indikatoren der Prozessqualität im Vergleich zweier  
psychiatrischer Kliniken: Potsdam /Berlin Neukölln,  
Vortrag im Rahmen des Symposiums: „Qualität in  
Psychiatrie und Psychotherapie – Anreize für ein  
zukunftsfähiges Versorgungssystem“,  
DGPPN-Kongress,  
23.–26.11.2011, ICC Berlin
- Munk, I. Wie lässt sich Qualität in der Psychiatrie messen?  
Vortrag, 5. Nationaler Qualitätskongress,  
24./25.11.2011, Berlin
- Schütze, S. Vom Umgang mit schwierigen Menschen  
Fort- und Weiterbildung, Klinik für Innere Medizin-  
Infektiologie-Zentrum für Infektiologie und HIV  
Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum  
23.03.2011
- Schütze, S. Früherkennung von Psychosen  
Angehörigen-Informationsveranstaltung  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und  
Psychosomatik  
Vivantes Klinikum Neukölln  
06.10.2011
- Schulz, H. Psychische Störung und ihr Bezug zur Arbeit  
Curriculum Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin der  
ÄK Berlin  
10.1.11

- Schulz, H.            Unterbringungen nach PsychKG und BGB  
Curriculum Grundlagen der medizinischen  
Begutachtung der ÄK Berlin  
17.6.11
- Schwedler, H.-J.    Dialog in Neukölln  
Fortbildungsveranstaltung der Psychotherapeuten-  
kammer in Zusammenarbeit mit der Volkshoch-  
schule Neukölln  
Moderation und wissenschaftliche Leitung,  
10 Termine
- Trendelenburg,  
M.                    Konsum illegaler Suchtmittel sowie Sedativa  
und Hypnotika – Auswirkungen auf die  
Leistungsfähigkeit  
Klinische Fortbildung für Ärzte aus den Agenturen  
für Arbeit  
Kaiserin Friedrich Akademie  
08.03.2011
- Trendelenburg,  
M.                    Diagnosestellung im Kerndatensatz nach ICD  
Weiterbildung für Mitarbeiter von Berliner  
Suchtberatungsstellen  
25.03.2011
- Trendelenburg,  
M.                    CRA – ein innovatives Behandlungskonzept für  
Menschen mit einer chronischen Alkoholabhän-  
gigkeit  
workshop beim Fachtag Neuköllner  
Suchtperspektiven e.V.  
26.05.2011





