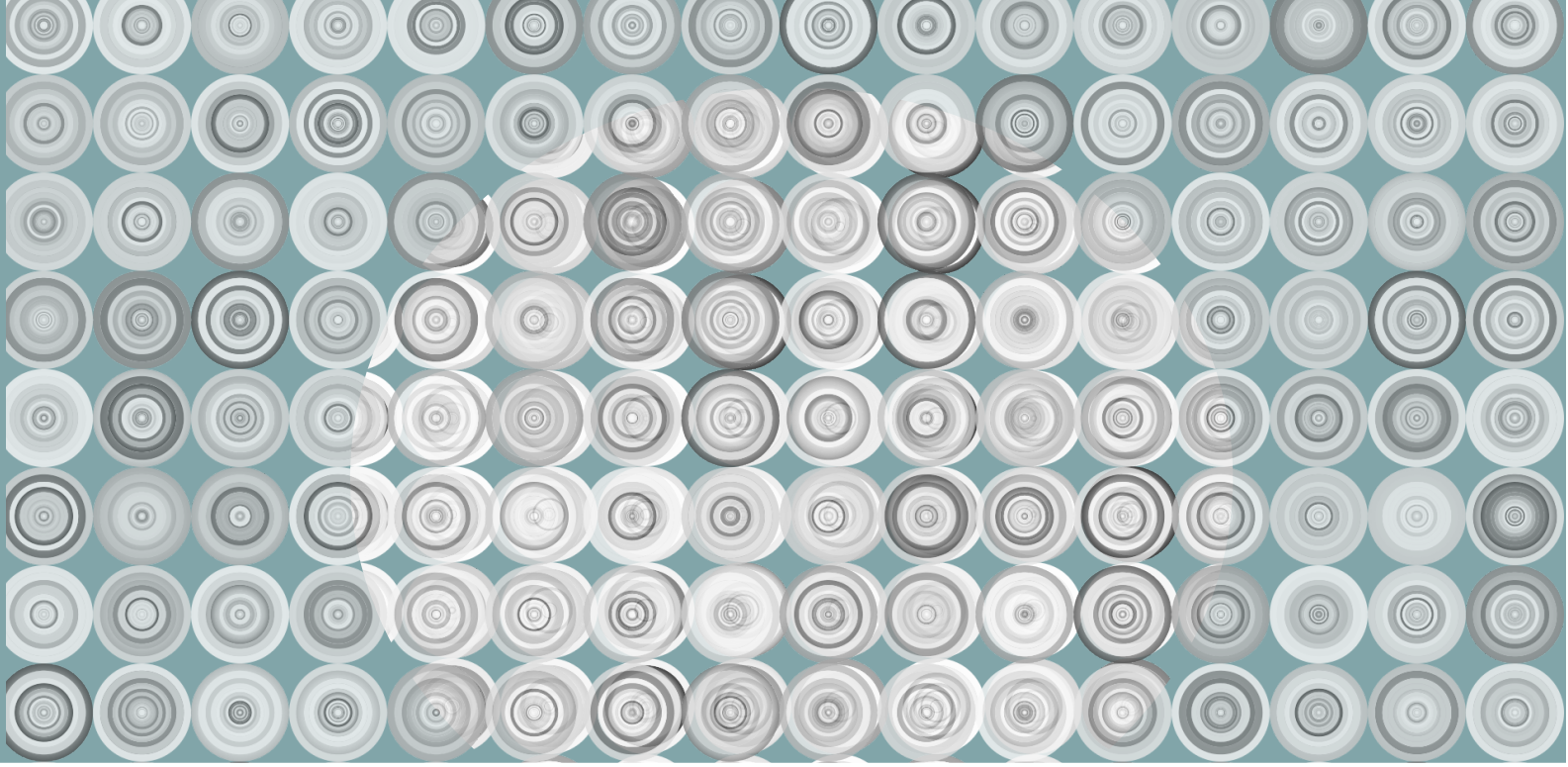

Integrierte Psychiatrie im Diskurs
16. März 2017

Clash of Cultures: Neue Versorgungsmodelle versus traditionelles Praxisfeld

ipw Integrierte Psychiatrie
Winterthur – Zürcher Unterland

Programm / Inhalt

		Seite
08.30 Uhr	Registration	
09.00 Uhr	**Begrüssung** Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad	
09.10 Uhr	**Einführung** **Intermediäre Psychiatrie und Balanced Care** Prof. Dr. med. Urs Hepp	4/5
10.00 Uhr	**Eritreische Flüchtlinge: Zwischen Integration und Resignation** **Sind die Grenzen der Resilienz erreicht?** Dr. med. Fana Asefaw	6/7
10.50 Uhr	Pause	
11.20 Uhr	**Klinische Psychologinnen/Psychologen: Annäherung an einen** **Beruf im Wandel — von der Absenz via Ambivalenz zur Akzeptanz** Dr. phil. Samuel Rom	8/9
12.10 Uhr	Mittagessen / Stehlunch	
13.30 Uhr	**Podium: Psychiatrie 2030 ... Gibt es den Psychiater noch?** **Braucht es ihn überhaupt?** Moderation: Cornelia Kazis, Fachredakteurin SRF Kultur Mit Prof. Dr. med. Urs Hepp, Dr. phil. Maribel Fischer, Dr. phil. Samuel Rom, lic. iur. Judith Naef, Regula Lüthi, MPH; Dr. med. Christian Schaub	
14.30 Uhr	**Schlusswort und Verabschiedung in die Workshops** Prof. Dr. med. Urs Hepp	
14.45 Uhr	Pause	
15.00 Uhr	**Workshops in Parallel-Gruppen**	
	1 **Generationenübergreifende Projekte der Psychiatrie** lic. phil. Sabrina Melone	11
	2 **Alterspsychiatrie im Wandel der Generationen: Die Babyboomer kommen** med. pract. Robert Koch	12
	3 **Persönlichkeits- und Datenschutz in der Psychiatrie:** **Rechtliche und andere Komplikationen** lic. iur. Judith Naef	13
	4 **Justiz und Psychiatrie: Gemeinsam und nicht Einsam!** Michael Dietzler und Matthias Wenger	14
	5 **Internetbasierte klinisch-psychologische Interventionen** Prof. Dr. phil. Thomas Berger	15
	6 **Kultursensible Psychotherapie für Flüchtlingskinder?** **Herausforderung und Chance** Dr. med. Fana Asefaw	16
	7 ***Ballade vo däm, wo vom Amt isch ufbotte gsi (M. Matter)*** **Über die Wichtigkeit von Verhandlungsstrategien für Individuations- und Sozialisationsprozesse in stationären pädagogischen Angeboten f. Kinder/Jugendliche** Carmelo Campanello, Reto Garbini	17
	8 **Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Psychiatrie — eine Win-Win-Situation für alle Involvierten** Dr. med. Toni Berthel	18
16.30 Uhr	Ende der Tagung	

Liebe Tagungsteilnehmerin
Lieber Tagungsteilnehmer

Ich freue mich, die 6. Fachtagung „Integrierte Psychiatrie im Diskurs“ zu einem etwas speziellen Thema durchführen zu dürfen. Wir widmen uns dem gesellschaftlichen und kulturellen Wandel, dem die institutionelle Psychiatrie ausgesetzt ist und der mit unterschiedlichen Kräften auf unsere Arbeit prallt. Wir fragen uns, ob und wie dieser „Clash“ (auf Deutsch die Kollision, der Konflikt oder die Auseinandersetzung) gezielt für Innovationen genutzt werden kann.

Als Spitaldirektor der ipw und als Präsident von Swiss Mental Healthcare hoffe ich, dass wir uns mutig dem Wandel stellen und die vielfältigen Herausforderungen aufgrund der demografischen Veränderung, weltweit zunehmender Migrationsströme und fundamentaler Veränderungen bei Berufsbildern, Kommunikationstechnologien und Finanzierungssystemen (TARPSY) erfolgreich bewältigen. Tauschen wir uns über die verschiedenen Handlungsmöglichkeiten im Gespräch zwischen allen Berufsgruppen aus, und suchen wir nach Lösungen im Interesse der Patientinnen und Patienten.

Mit einem gewissen Stolz schaue ich auf 15 erfolgreiche Jahre mit einer Integrierten Versorgung in der ipw zurück. Die konkreten Modalitäten einer Integrierten Versorgung müssen selbstverständlich auch ständig weiterentwickelt werden. Ich bin aber überzeugt, dass ein integriertes Versorgungsmodell eine sehr gute Voraussetzung dafür bietet, den sich ständig wandelnden Anforderungen an die institutionelle Psychiatrie rasch und innovativ zu begegnen.

Dr. rer. pol. Hanspeter Conrad
Spitaldirektor ipw
Präsident SMHC

Prof. Dr. med. Urs Hepp ist seit 1. Januar 2017 Ärztlicher Direktor bei der ipw. Als Chefarzt leitete er vorher den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie der Psychiatrischen Dienste Aargau. Die strategisch geforderte Integrierte Versorgung ist Urs Hepp des längeren ein grosses Anliegen. Ebenso ist die wissenschaftliche Forschung und Lehre ein wichtiger Bestandteil seiner Arbeit. Mit viel Engagement widmet er sich der ärztlichen Nachwuchsförderung und fachärztlichen Weiterbildung. Die Medizinische Fakultät der Universität Zürich ernannte ihn 2014 zum Titularprofessor.

„Neue Konzepte lösen häufig Verunsicherung aus“

Interview: Dr. med. Robert M McShine MHA, Chefarzt ipw

Was ist Ihre persönliche Ansicht zum Spannungsfeld neue Versorgungsmodelle versus traditionelle Praxisfelder?

Das Spannungsfeld entsteht dadurch, dass die Finanzierungssysteme eigentlich die traditionelle Psychiatrie mit stationärer und ambulanter Versorgung abbilden. Neue Entwicklungen werden dadurch behindert. Es sind jedoch nicht nur die Finanzierungssysteme schuld am Spannungsfeld, sondern auch der Umstand, dass sowohl innerhalb wie auch ausserhalb der Psychiatrie zum Teil die traditionellen Vorstellungen stark verankert sind. Innovative Ideen wären vorhanden, doch wenn etwas Neues kommt, sind die Professionellen gegenüber dem Neuen häufig zu wenig offen; sie neigen dazu, am Bekannten festzuhalten. Wenn neue Konzepte vorgestellt werden, löst dies häufig Verunsicherung aus: Ist das, was wir bis anhin gemacht haben, nicht gut genug gewesen? Braucht es denn wirklich etwas anderes? Wenn man aber in der Veränderung drin ist, kann man die Menschen auch begeistern, dann kippt die Verunsicherung meistens. Aus meiner Sicht sind interessanterweise die Patienten neuen Entwicklungen gegenüber offener als die Profis.

Die Finanzierung der intermediären Versorgungs- und Behandlungsstrukturen ist bekanntlich nicht ausreichend gesichert. Welche innovativen Finanzierungsmodelle könnten Ihrer Meinung nach hier eine Entlastung bieten?

Am einfachsten und schnellsten umsetzbar wäre eine identische Finanzierung im ambulanten und stationären Bereich. Ambulant wird die Behandlung durch die Krankenkasse übernommen, im stationären Bereich werden die Behandlungskosten zwischen Kanton und Krankenkasse aufgeteilt. Dies führt zu falschen Anreizen im System. Letztlich schwebt mir vor, dass ein generelles Budget für die Versorgung einer Region bestimmt wird und dass jede psychiatrische Institution selber dafür verantwortlich ist, wie sie die Ressourcen optimal für die Versorgung von psychisch kranken Menschen einsetzt. Dafür gibt es bereits interessante Modelle, und vielleicht gelingt es uns – zumindest in einer Modellregion –, sie auszuprobieren und umzusetzen. Es wäre mein Traum, dies in den nächsten Jahren umsetzen zu können.

Wie lassen sich die bereits bestehenden Strukturen der integrierten Versorgung der ipw mit dem Konzept des Balanced-Care-Modells noch weiter optimieren?

Das Balanced-Care-Modell ist jenes Konzept in der Psychiatrie, das mich in den letzten Jahren am meisten überzeugt hat, weil es ein einfaches Baukastensystem beinhaltet. Das Prinzip ist, dass eine solide Grundversorgung existiert, auf welcher zusätzliche spezialisierte Angebote aufgebaut werden. Wobei es zu beachten gilt, was im System bereits gut funktioniert und wie sich die Ressourcen optimal einsetzen lassen. Das Balanced-Care-Modell bietet die optimale Basis, um auch eine Institution wie die ipw in naher Zukunft weiterzuentwickeln. So könnten bei der psychiatrischen Notfallversorgung im Kriseninterventionszentrum neue Angebote geschaffen werden, zum Beispiel eine aufsuchende Krisenintervention mit dem erklärten Ziel, die Rate der Zwangseinweisungen zu reduzieren. Auch Themen wie Case-Management oder Arbeitsintegration sind für mich zentrale Anliegen, denen ich mich in den nächsten Jahren widmen will.

Welche Entwicklungen der intermediären Psychiatrie werden das zukünftige Berufsbild des Psychiaters beeinflussen?

Ich bin überzeugt, dass der zukünftige Psychiater zunehmend die Rolle eines Koordinators oder Case-Managers übernimmt, der den Patienten durch das System führt. Er koordiniert und überwacht die Behandlungen, er sorgt dafür, dass der Patient im psychiatrischen System die richtige, evidenzbasierte Behandlung zum richtigen Zeitpunkt erhält. Der Psychiater wird kaum mehr in der Lage sein, jeden Patienten selber zu behandeln. Andere Berufsgruppen werden wichtige Aufgaben in der Behandlung der psychisch Kranken übernehmen, wie es bereits die Psychologinnen und Psychologen und zunehmend auch die Pflegefachleute erfolgreich tun. Selbstverständlich braucht es jedoch weiterhin das medizinische Know-how in der Psychiatrie.

Prof. Dr. med. Urs Hepp
Ärztlicher Direktor ipw

Intermediäre Psychiatrie und Balanced Care

Die Psychiatrie bewegt sich wie kein anderes Fachgebiet der Medizin an der Schnittstelle zu Gesellschaft und Politik. Die Vernetzung und Kooperation mit anderen Institutionen und Akteuren im Bereich Gesundheit, Soziales, Bildung und Justiz sind deshalb für nachhaltigen Erfolg unerlässlich. Die WHO anerkennt die Bedeutung psychischer Gesundheit, indem sie deklariert: „No Health without Mental Health." Die integrierte psychiatrische Versorgung ist somit ein unverzichtbarer Bestandteil eines effizienten und hochentwickelten Gesundheitswesens.

Die Psychiatrie hat sich im letzten Jahrhundert von den grossen Asylen hin zur gemeindenahen Psychiatrie entwickelt, die stationäre psychiatrische Versorgung wurde zur Akutpsychiatrie, die ambulanten Angebote haben an Bedeutung gewonnen. Versuche, ganz auf die stationäre Versorgung zu verzichten, müssen als gescheitert gelten. Hingegen entwickelten sich immer differenziertere Versorgungs- und Behandlungsstrukturen zwischen der stationären Behandlung in der Klinik und der ambulanten Behandlung in der psychiatrischen und hausärztlichen Praxis. Multiprofessionelle Ambulatorien, Tageskliniken, Krisenintervention, Triage, Case-Management, Hometreatment, poststationäre Übergangsbehandlung, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie – die sogenannte Intermediäre Versorgung – haben sich etabliert. In der Psychiatrie – wie in der übrigen Medizin – hat die Spezialisierung mit entsprechenden Spezialangeboten Einzug gehalten, welche die Versorgung vor neue Herausforderungen stellt. Es entstehen auch neue Spannungsfelder: Die wohnortsnahe Psychiatrie und die Spezialisierung sind gegenläufige Entwicklungen.

So innovativ und überzeugend die Entwicklungen der letzten Jahre waren: Die Finanzierung einer modernen Psychiatrie hinkt der Versorgungsrealität hinterher und verunmöglicht da und dort weitere innovative Entwicklungen. Gerade die intermediären Angebote sind nicht nachhaltig finanziert, und die Anreize stehen neuen Modellen im Weg. Die Ressourcen im Gesundheitswesen werden knapper – nicht nur die finanziellen, sondern auch die personellen. Hier muss sich die Psychiatrie positionieren und die knappen Mittel optimal einsetzen.

Wo immer möglich, soll auch der Nachweis erbracht werden, dass die integrierte Versorgung eine hohe Qualität und einen messbaren Mehrwert für die Patienten und ihre Angehörigen erbringt.

Das Balanced-Care-Modell bietet hier einen hervorragenden Orientierungsrahmen: Wie kann eine optimale Versorgungsstruktur aufgebaut werden, unter Berücksichtigung und Einbezug der regionalen Strukturen und der zur Verfügung stehenden Ressourcen? Das Modell hilft, Prioritäten zu setzen.

Diese Entwicklungen werden aber auch Einfluss auf die Berufsbilder nehmen. Die Aufgaben und Kompetenzverteilung zum Beispiel zwischen Pflegefachpersonen und Psychiatern müssen neu definiert werden. Die interprofessionelle Zusammenarbeit muss so erfolgen, dass die Attraktivität aller Berufsgruppen hoch bleibt. Nur so kann dem Fachkräftemangel nachhaltig entgegengewirkt werden.

Am Beispiel Hometreatment für Menschen mit akuten psychiatrischen Störungen soll aufgezeigt werden, wie sich neue Behandlungskonzepte entwickeln und in die bestehenden Strukturen einbinden lassen. Es braucht aber auch den wissenschaftlichen Nachweis, dass sich diese neuen Behandlungselemente in der Gesamtversorgung klinisch und wirtschaftlich bewähren.

Dr. med. Fana Asefaw ist Leitende Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Ambulatorium der Clienia Littenheid AG in Winterthur. Sie setzt sich stark für die Rechte der Flüchtlinge und darunter insbesondere für die Kinder und Jugendlichen ein. In Winterthur bietet Fana Asefaw eine Migrations- und Traumasprechstunde an.

„Ich empfehle, vernetzt zu arbeiten“

Interview: Dr. phil. Kornelia Gillhoff, Angebotsleiterin und Therapeutische Leiterin der Psychotherapiestation für junge Erwachsene ipw

Frau Asefaw, Sie arbeiten als Kinder- und Jugendpsychiaterin mit Patienten, die unterschiedliche kulturellen Hintergründe haben. Wie sind Sie zum Fachgebiet der transkulturellen Psychiatrie gekommen?

Das hat sich einfach so ergeben. Ich bin selbst in verschiedenen Ländern aufgewachsen, hauptsächlich in Deutschland. Geboren bin ich in Eritrea, und ich habe auch in Äthiopien und im Sudan gelebt. Ich habe gelernt, flexibel zu sein. Mich hat es gewundert, wenn ich starren Denkmustern, egal in welcher Kultur, begegnet bin. Wenn eine Frau im Sudan verhüllt rumläuft und hier eine Europäerin gepierct, so ist weder das eine noch das andere besser oder schlechter, sondern anders. Hier begegnen mir solche Bewertungen aber oft – als ob man eine eingeschränkte Brille hätte.

Welche eingeschränkte Brille sehen Sie denn?

Wenn Sie eine Frau mit Kopftuch im Wartezimmer sehen, könnte dies Befremden auslösen. Verhüllt bedeutet für manche „weniger gebildet, weniger emanzipiert“. Es ist sofort eine Schablone da. Und das Gegenüber merkt das.

Wie gehen Sie in der Psychotherapie mit Menschen aus ganz anderen Kulturen um?

Zum Beispiel kommt ein Asiate rein und gibt mir nicht die Hand. Weil ich das weiss, strecke auch ich ihm meine Hand nicht entgegen, da dies missverstanden werden könnte. Ich bin immer achtsam, wenn ich Menschen begegne, warte erst ab und beobachte: Was könnte der- oder diejenige von mir wollen?

Was sind die häufigsten Fettnäpfchen, in welche Schweizer Therapeuten tappen?

Viele achten zu sehr auf Äusserlichkeiten der sogenannt Kulturfremden. Wenn Patienten beispielsweise mit der ganzen Familie in die Klinik kommen, interpretieren wir dies eher negativ. Und warum denken wir bei einer verhüllten Patientin automatisch, dass sie unterdrückt sein muss? Dabei überlegen wir nicht, was es mit uns zu tun hat, welche Schablone wir im Kopf haben und wie diese Menschen sich zu begegnen pflegen.

Wie fliesst das Kulturspezifische in die therapeutische Arbeit ein?

Die Hypothese, die Menschen aus gewissen Kulturkreisen mit ihrer Erkrankung und mit ihren Symptomen verbinden, hat sehr viele kulturelle und religiöse Aspekte. So muss man als Therapeutin zum Beispiel versuchen, zu verstehen, warum jemand denkt, er sei von einem bösen Geist besetzt. Religion spielt hier eine ganz wichtige Rolle.

In der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen bei jungen Erwachsenen sehen wir solche kulturellen Unterschiede häufig. Zum Beispiel werden schizotypische Merkmale in Fragebogen von Menschen mit asiatischem Hintergrund häufiger angegeben, ohne dass es eine Symptomatik geben würde ...

Ja, das meine ich, so ist es auch bei Afrikanern. Wenn Sie jetzt nur Ihre westliche Brille trügen, hätten die alle eine Diagnose.

In Ihrem Abstract schreiben Sie von typischen Resilienzfaktoren von Flüchtlingen. Welche sind das?

Beispielsweise die Anpassungsfähigkeit von Flüchtlingen, ihr grosser Überlebenswille: Sie werden gefoltert, vergewaltigt und gehen los, ohne sich das Schlimme, was ihnen bevorsteht, vorstellen zu können. Aber sie dekompensieren nicht — trotz Hunger, Durst und anderer körperlicher Gewalt. Sie überleben. Das stärkt die Selbstwirksamkeit. Doch hier, am Ziel, brechen dann viele zusammen. Sie haben noch keine Strategie, wie man hier überleben könnte — in den Warteschlangen der Bürokratie.

Was empfehlen Sie Fachpersonen?

Fachpersonen haben ganz viele Emotionen. Die Traumafolgestörungen oder Flüchtlingssituationen haben etwas Bedrohliches für viele Kollegen, auch mich bedroht es. Manche reflektieren das weniger, sind sehr abgegrenzt oder können nicht wirklich helfen, weil sie nicht verstehen, was es mit ihnen selber macht. Ich hatte gerade ein Coaching mit einem Kollegen, der einen Flüchtling betreut hat, der jetzt ausgewiesen wird mit seinen Eltern. Der Kollege war sehr emotional und merkte, dass ihn das total aus der Bahn wirft.

Was empfehlen Sie, um als Behandler nicht überfordert zu sein?

Ich empfehle, vernetzt mit Organisationen wie NCBI Schweiz oder Caritas Schweiz zu arbeiten. Es gibt sehr gute und aktive NGOs. Das können wir nicht alleine meistern, wir brauchen Vernetzung mit Beiständen, Sozialarbeitenden, mit den Heimen, wo die Flüchtlinge sind. Ich arbeite sehr im Hier und Jetzt und versuche, den Jugendlichen Perspektiven zu geben. Ich kann nicht alles selber lösen, dort grenze ich mich ab. Doch ich vernetze sie, schaffe Verbindungen zu Organisationen, die soziale Belastungen reduzieren können. Das ist anstrengend, aber nachhaltig. Es sind viele Helfer im Netz, doch keiner hat wirklich ein Fallverständnis, das finde ich tragisch. Es würde weniger kosten, wenn wir vernetzter wären.

Dr. med. Fana Asefaw
Leitende Ärztin

Eritreische Flüchtlinge: Zwischen Integration und Resignation.

Sind die Grenzen der Resilienz erreicht?

Der Anteil der Personen im Asyl- und Flüchtlingsbereich mit einer Traumatisierung oder psychischen Erkrankung ist derzeit in der Schweiz zahlenmässig noch nicht erfasst. Auf Ende des Jahres 2016 gedachte interface.ch Daten zur Situation der psychischen Gesundheit von Flüchtlingen zu publizieren. Diese Daten sind jedoch aktuell noch nicht in der Öffentlichkeit bekannt, obwohl die psychische Gesundheit von solchen Kindern und Jugendlichen in der Schweiz besorgniserregend ist. Wir beobachten eine steigende Anzahl von notfallmässig eingewiesenen, psychisch akut erkrankten jugendlichen Flüchtlingen in die Kliniken, die einen Suizidversuch unternommen haben und/oder an dissoziativen Symptomen leiden — oft als Traumafolgestörungen. Zudem nimmt die Zahl erfolgreicher Suizide von unbegleiteten Jugendlichen in den Durchgangsheimen zu.

Darüber hinaus kommen verschiedene Fachpersonen wegen der personellen und strukturellen Einschränkungen zunehmend an ihre Grenzen. Für Flüchtlinge bestehen nicht in allen Kantonen die gleichen Chancen auf den Zugang zu einer Behandlung oder Betreuung von psychischen Erkrankungen oder gar auf die Früherkennung von Traumafolgestörungen.

Ebenso ist die fachpersonelle Ausstattung mit Kulturvermittlern oder Dolmetschern mangelhaft oder fehlt ganz. Nicht unbedeutend ist auch das divergierende Verständnis der Betroffenen und der Fachpersonen von Krankheit und Therapie. Dies gilt ganz besonders für psychische Erkrankungen: Häufig bestehen mystische Vorstellungen oder religiös geprägte Hypothesen und damit verbunden eben auch andere Vorstellungen von Genesung oder Heilung. Das erklärt die oft äusserst skeptische Haltung gegenüber einer psychiatrischen Behandlung.

Zwischen den Kantonen schwankt der Anteil der Betroffenen, welcher ein psychiatrisches Behandlungs- oder Betreuungsangebot in Anspruch nimmt, beträchtlich: von weniger als einem Prozent bis rund vierzig Prozent!

Trotz hoher Belastungsfaktoren, denen die meisten Flüchtlinge in ihren Heimatländern und/oder auf der Flucht ausgesetzt waren, schaffen es viele, mit guter gesundheitlicher Verfassung das gelobte Land Schweiz zu erreichen. Die Betroffenen waren Wochen, Monate oder gar Jahre unterwegs und hatten sich nicht selten alleine durchgeschlagen. Das heisst, dass sie eigentlich über hohe Resilienzfaktoren verfügen.

Mit der Ankunft in der Schweiz aber scheinen viele flüchtige Jugendliche psychisch zu dekompensieren – trotz hiesiger Absicherungen mit Krankenkassen und Sozialämtern. Der oft sehr lange Asylprozess mit unsicherem Asylstatus sowie die anschliessenden Herausforderungen der Integration mit erschwertem Zugang zu Bildung und beruflichen Perspektiven sind gerade für junge Flüchtlinge ein grosses Hindernis für die notwendige neue Identitätsfindung. Sie haben meist gute Ressourcen und bräuchten weniger die hier übliche medizinische oder psychiatrische Behandlung als eher interkulturell vermittelnde Begleitung beim unumgänglichen Integrationsprozess.

Dr. phil. Samuel Rom ist Fachpsychologe für Psychotherapie FSP und diplomierter Managementcoach. Bis Ende 2016 war er CEO der Schützen Rheinfelden AG, welche neben drei Hotels eine Privatklinik für Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie mit 100 Betten betreibt. Samuel Rom hat sich immer stark für die Anliegen der Psychologinnen und Psychologen engagiert. Er ist Alt-Präsident der Schweizerischen Vereinigung Klinischer Psychologinnen und Psychologen (SVKP) und Gründungsmitglied des ZüPP, Kantonalverband der Zürcher Psychologen, in dessen Vorstand er bis vor Kurzem mitgearbeitet hat. Heute ist er Vorstandsmitglied der Föderation der Schweizer PsychologInnen.

On ne fait pas d‘omelette sans casser des oeufs

Interview: Benjamin Dubno, Chefarzt und stv. Ärztlicher Direktor ipw

Heute ist Ihr erster Tag als pensionierter CEO des Schützen, und schon ruft die GL an. Der Ruhestand lässt noch etwas auf sich warten …

Ja, ich bin ja gesund und in guter Verfassung. Es tut auch gut, wenn man gefragt ist. Zudem bin ich weiterhin im Schützen-Verwaltungsrat und in einer Stiftung tätig, bin engagierter Grossvater und betätige mich auch sozial.

Ein Projekt, das im Raum steht, ist die Erarbeitung einer Weiterbildung zum klinischen Psychologen. Was würden Sie sich dort wünschen?

Der Motor ist das Psychologengesetz, das unter anderem den Psychotherapeutenberuf regelt. Berufsverbände und Ausbildungsinstitutionen sind auf die Piste gegangen und haben gesagt, wir machen Curricula, lassen sie vom BAG anerkennen, und wir verfügen über einen eidgenössischen Fachtitel. Genau das Gleiche schwebt mir für den klinischen Psychologen vor. Das ist nicht ganz ohne, es gibt viel zu klären: Wo hebt sich der klinische Psychologe ab? Wie unterscheidet er sich vom Psychotherapeuten? Da bin ich mit den Berufsverbänden dran. Wir probieren, zusammen etwas auf die Beine zu stellen, und gelangen mit diesen Fragen auch an die Kliniken und an Ausbildungsinstitutionen. Ziel ist, ein Curriculum zu erstellen, das Hand und Fuss hat und vom BAG akzeptiert wird.

Dies ist ja auch ein Projekt, bei welchem die ipw gerne unterstützend dabei sein möchte.

Hier muss ich etwas ausholen: Bereits in den 20er-Jahren des letzten Jahrhunderts gab es grosse Diskussionen, ob die Psychoanalyse der Krankheitsbehandlung oder der Persönlichkeitsentwicklung dient. Als Krankheitsbehandlung sollten die Versicherungen die Kosten übernehmen. In der Schweiz war unter den tonangebenden Analytikern ganz klar der Trend, nein, wir wollen uns nicht den Bedingungen von Krankenkassen und Berufsorganisationen unterordnen oder uns gar vom Staat vereinnahmen lassen, wir wollen unsere Unabhängigkeit behalten.
Langsam kam dann aber eine Bewegung auf, die es anders sah: Psychotherapie ist nicht einzig Psychoanalyse, sie ist eine Krankenbehandlung und deshalb sollen auch diese Patienten Kassenleistungen erhalten. Es herrschte grosse Uneinigkeit. Mit der Zeit wurde klar: Ihr müsst euch einig werden, nur so versteht man euer Anliegen, und nur so kann eine gesetzliche Grundlage für die Psychologen – die noch immer ohne Titelschutz waren — erarbeitet werden. Ich selber habe mich sehr früh als Pragmatiker verstanden. Wenn die Psychologen die Akzeptanz erhalten wollen, die mir vorschwebt, und das heisst unter anderem auch Krankenbehandlung auf Kosten der Versicherung, dann muss man sich den Regeln des Gesundheitswesens unterordnen. Du kannst nicht — wie sagt der Franzose — „faire des omelettes sans casser des oeufs“, du musst Konzessionen machen. Man hat mich deswegen in gewissen Kreisen verurteilt und gemieden. Rückschauend kann ich sagen: Ich habe es ja immer gesagt … Es dauerte fast 30 Jahre, bis die Psychologen verstanden haben, dass sie einig auftreten und ihren Beruf klar definieren müssen. Jetzt sind wir weiter: Der Psychotherapeuten-Beruf ist geregelt, und wir sprechen aus einem Mund. Und nun folgen die Ausbildungsgänge auch für die Klinischen Psychologen. Toll, dass sich die ipw hier mitengagiert!

Ich sehe aber schon, dass die Bedeutung der Psychologen in der Klinik deutlich zugenommen hat.

Das ist richtig, die Zahlen sind überdeutlich! Eine Erfolgsgeschichte für unseren Beruf! Wir haben bewiesen, dass wir durch Qualität, gute Ausbildung und gute Arbeit etwas Wichtiges in den Kliniken beizutragen haben. Es ist ja schon auffallend, dass Sie dies als Arzt so klar feststellen. Ich glaube, die Psychologen haben das selber gar nicht so realisiert und noch nicht das Selbstbewusstsein dafür entwickelt, welch tolles „Produkt“ wir führen, und dies nicht nur in der Klinik. Wie viele Patienten gehen als Selbstzahler in die Praxis des Psychologen und nicht zum Psychiater? Das sind Tausende, und wir Psychologen sind nicht in der Lage, dies als das darzustellen, was es ist: ein Qualitätserlebnis des Konsumenten, der sagt, hier bekomme ich etwas Gutes, auch wenn ich es heute noch zu einem Teil selber bezahlen muss.

Wird es den Psychiater in 50 Jahren überhaupt noch geben?

Also, ich hoffe schon sehr! Die Ärzte vertreten das klare Analytische, das „Unemotionale“, das Naturwissenschaftliche der Situation eines Menschen – das ist ganz wesentlich. Auf der anderen Seite: Nur Zellmembranen-Durchlässigkeiten oder leuchtende Hirnströme in einem MRI zu messen, das erfasst den Menschen nicht als Ganzes. Der Psychologe betrachtet mehr das existenziell Philosophische und die soziale Bezogenheit und sein Erleben, aber das allein definiert den Menschen eben auch nicht. Eigentlich ist es doch ein Geschenk, dass wir mit unseren Berufen in der Klinik die beiden Welten und Erkenntnisräume vereinen können — und ein Gewinn für die Patientinnen und Patienten!

Dr. phil. Samuel Rom
Klinischer Psychologe FSP
Dipl. Managementcoach

Klinische Psychologinnen/Psychologen: Annäherung an einen Beruf im Wandel. Von der Absenz via Ambivalenz zur Akzeptanz

Bereits im Altertum und im Mittelalter kümmerten sich Ärzte sowie andere Gelehrte um psychisch Kranke. In diesem Zusammenhang seien vor allem Hippokrates, Platon und Galen genannt, denn manche ihrer Einsichten waren definitiv fortschrittlicher als das, was später Vertreter des finsteren – von religiösen (Wahn-?) Ideen beherrschten – Mittelalters zum psychiatrischen Fortschritt beizutragen hatten. Erst mit der Aufklärung und dem Durchbruch der wissenschaftlichen Methodik eines Friedrich Anton Mesmers, Philipp Pinels, Jean Martin Charcots, des grossen Ordnungsmachers Emil Kraepelin oder schliesslich auch eines Sigmund Freuds, des bahnbrechenden Neudenkers, kamen diejenigen Erkenntnisse auf, die den Weg zum Verständnis und zur Behandlung psychischer Krankheiten ebneten.

Die Wissenschaftliche Psychologie ist dagegen eine sehr junge Wissenschaft. Erst 1879, nach vielen Lehr- und Wanderjahren, die ihn auch kurz an die Universität Zürich brachten, gründete Wilhelm Wundt, Pastorensohn, Arzt und Professor für Philosophie, in Leipzig die Experimental-psychologische Versuchsanstalt. Diese Gründung gilt für viele als Geburtsstunde der Wissenschaftlichen Psychologie.

Als direkte Folge ist im Jahr 1896 die Gründung der ersten „Psychological Clinic“ im fernen Amerika zu sehen: Der Gründer dieser interdisziplinären Abklärungs- und Behandlungseinheit für Kinder war Lightner Witmer, ein Schüler von Wilhelm Wundt. Von da an galt die „Klinische Psychologie“ als ein sehr wichtiges Teilgebiet der Psychologie.

Die beiden so ungleich herangewachsenen wissenschaftlichen Fachrichtungen sind eng miteinander verbunden. Nimmt man das Lehrbuch der Psychiatrie von Eugen Bleuler von 1916 zur Hand, so stellt man bereits bei der Lektüre der ersten Seiten fest, dass dieses grundlegende Psychiatrielehrbuch nicht ohne einen Rekurs auf die Seele auskommt: „Unbewiesen wäre aber die Annahme, dass Anatomie und Physiologie des Grosshirns die Psyche je erschöpfend erklären könnten.“ Und umgekehrt rekurrieren Davison und Neale im Grundlagenwerk zur klinischen Psychologie aus dem Jahr 1979 ebenso im Einführungskapitel auf das „physiologische Paradigma abnormen Verhaltens“. Auch wenn später erste Kritik am „medizinischen Modell“ anklingt, greift das grundlegende Lehrbuch der Klinischen Psychologie auf Denkmodelle und Begriffe der Medizin zurück. Beide Grundlagenwerke kommen also nicht ohne Bezüge auf die Nachbardisziplin aus.

Im Vortrag werden die Konsequenzen dieser verschlungenen Geschichte auf das Gewinnen von Wissen, auf die Ausbildungsgänge und die beruflichen Identitäten von Ärzten und Psychologen, auf die Krankenversorgung und schliesslich auf die aktuelle Realität in den Berufsfeldern (Kliniken, Spitälern und Praxen) der beiden Berufsgruppen dargestellt. Die Vertreter der neuen Wissenschaft wurden in den etablierten medizinischen Institutionen nicht nur mit offenen Armen empfangen. Ebenso wenig liesse sich aber das Bild des Dauerkrieges bestätigen, das man beim Begriff „Clash of Cultures“ erwarten könnte. Mit dem zunehmenden Wissen über psychotherapeutische Wirkungsmechanismen einerseits und die pharmakologischen Fortschritte andererseits wuchs die gegenseitige Akzeptanz stark, mächtig befeuert vom schmerzlichen Fehlen des psychiatrischen Nachwuchses. Heute gehört es zum Alltag, dass Ärzte und Psychologen in multidisziplinären Teams eng zusammenarbeiten, übrigens meist auch mit Pflegenden und Vertretern anderer therapeutischer Berufe. Solche Behandlungsteams werden zunehmend von Psychologinnen und Psychologen mit immer mehr Aufgaben, Verantwortungen und Kompetenzen geführt; dafür werden sie gefördert und auch gezielt ausgebildet. Schliesslich soll auch ein Blick in die Berufszukunft der klinischen Psychologinnen und Psychologen gewagt werden.

workshops

lic. phil. Sabrina Melone, Leitende Psychologin ipw

Workshop 1
Generationenübergreifende Projekte in der Psychiatrie

Grundsätzlich muss das Thema der generationenübergreifenden Projekte in der Psychiatrie von zwei Seiten her angegangen werden. So geht es zum einen um die Diskussion der gemeinsamen Unterbringung von verschiedenen Generationen im stationären Bereich der Psychiatrie. Zum andern wird die Frage gestellt, wie die Generationen um den Patienten herum in die psychiatrische Behandlung miteinbezogen werden respektive auf welche Weise diese unterstützt werden sollen. Diese beiden Seiten werden im Workshop genauer betrachtet und mit den Teilnehmenden diskutiert.

Gemeinsame Abteilung für Alt und Jung?

In der Gesellschaft wird die Annäherung zwischen jüngeren und älteren Menschen immer wichtiger, doch oft stehen gegenseitige Vorurteile im Weg. Am Workshop werden kurze Videosequenzen präsentiert, in denen ältere sowie junge psychiatrisch hospitalisierte Patientinnen und Patienten ihre Meinung dazu äussern. Diese Videos dienen als Grundlage für den Workshop. Die zur Diskussion stehenden Fragen könnten lauten: Wie ist eine generationenübergreifende Behandlung auf einer akutpsychiatrischen Abteilung im stationären Rahmen in einer Klinik denkbar? Bestehen Möglichkeiten, wie sich die Patienten verschiedener Generationen hier gegenseitig unterstützen können, oder führt die gemeinsame Unterbringung auf einer Station in der Akutpsychiatrie zu neuen Schwierigkeiten und Problemen? Ziel ist auch die Beantwortung der beiden Schlüsselfragen: Gibt es generationenübergreifende Projekte in der Psychiatrie, die das gegenseitige Verständnis zwischen Jung und Alt fördern? Und welche Rahmenbedingungen und sonstigen Massnahmen müssten erfüllt sein, um eine altersunabhängige psychiatrische Versorgung anbieten zu können?

Alt und Jung Hand in Hand

Zum Zweiten sollen im Workshop mögliche Behandlungsansätze diskutiert werden, welche zur Entstigmatisierung der Betroffenen und Mitbetroffenen führen könnten und die den Einbezug verschiedener Familienmitglieder oder gar deren gemeinsame psychiatrische Behandlung beinhalten. Bei einem solchen Behandlungskonzept stehen in den aktuell durchgeführten Programmen in der Schweiz meist die Kinder und Jugendlichen im Vordergrund, die einen psychisch erkrankten Elternteil haben.

Denn gemäss einer Studie des Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern (WIKIP, unter der Leitung von Dr. Kurt Albermann) ist bei Kindern und Jugendlichen das Risiko, selbst psychiatrisch zu erkranken, gegenüber Erwachsenen um das Zwei- bis Dreifache höher. Beim familienfokussierten Ansatz werden Belastungen eruiert und Bedürfnisse erkannt, um so die Risiko- und Schutzfaktoren bestimmen zu können. Ebenso sollen für die Kinder und Jugendlichen altersspezifische Angebote präsentiert und der Rahmen für Handlungsmöglichkeiten definiert werden. Es wird also stetig nach generationenbergreifenden Präventivmassnahmen und Unterstützungsangeboten gesucht.

med. pract. Robert Koch, Leitender Arzt ipw

Workshop 2
Alterspsychiatrie im Wandel der Generationen: Die Babyboomers kommen

Es ist kein Geheimnis: Die Schweiz wird älter. Die Bevölkerungsgruppe der Schweizerinnen und Schweizer über 65 wächst immer schneller, weil Menschen aus den geburtenstarken Babyboomjahren ins Rentenalter kommen. Zudem ist die Lebenserwartung gestiegen.

Die Zahl pflegebedürftiger betagter Menschen werde bis 2030 um schätzungsweise 46 Prozent zunehmen, heisst es in einem Bericht des Bundesrates. Damit werden immer mehr Personen auf Betreuung und Pflege angewiesen sein, wodurch die Alterung der Bevölkerung zu einer Herausforderung für die Gesellschaft wird.

Mehr als die Hälfte der über 80-Jährigen ist heute auf Pflege und Unterstützung angewiesen. Im Jahr 2013 nahmen gemäss Bundesamt für Gesundheit 60 Prozent der über 80-Jährigen Leistungen von Alters- und Pflegeheimen oder von der Spitex in Anspruch.

Die demografische Entwicklung zu einer immer älteren Gesellschaft hat auch in finanzieller Hinsicht schwerwiegende Konsequenzen: In der Schweiz betragen die jährlichen Gesamtkosten bei den Alters- und Pflegeheimen derzeit rund 9 Milliarden Franken, bei der Spitex rund 2 Milliarden Franken. Diese Kosten werden durch die Alterung weiter wachsen: Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium prognostiziert, dass die Kosten der Langzeitpflege bis ins Jahr 2030 auf rund 18 Milliarden Franken pro Jahr ansteigen werden.

Parallel sei die Babyboomergeneration im Vergleich zu früheren Generationen mehr auf ihr Ich ausgerichtet und fordere auch im Alter Selbstbestimmung, während die familiäre Beziehung und somit auch die Betreuung durch Angehörige an Bedeutung verliere. Davon geht etwa das Gottlieb Duttweiler Institut (GDI) in Zürich aus. Die hiesigen Zukunftsforscher haben sich in ihrer aktuellen Studie „Fluid Care“ Gedanken gemacht zur Erwartungshaltung der Babyboomer bezüglich ihres Betreuungsalltags auf dem Weg zur „modularen Betreuung“. Das Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Gemeinschaft bleibe dennoch bestehen; es manifestierten sich – auch bei Seniorinnen und Senioren – neue Formen des privaten Zusammenlebens. Die Babyboomersenioren und -seniorinnen seien es gewohnt, so bequem wie möglich zu leben indem alles immer und überall verfügbar ist und indem technische Systeme als Helfer zur Verfügung stünden. Flexibilisierung und Convenience seien daher zwei Kerntrends des Pflegealltags von morgen.

Dabei wird klar: Die Gesellschaft steht vor der Herausforderung, die Betreuung und Pflege für immer mehr Senioren und Seniorinnen mit immer differenzierteren Ansprüchen trotz beschränkter finanzieller Mittel sicherzustellen.

Diese Generation wird zudem mehr als frühere Generationen ihre Bedürfnisse auch im hohen Alter ausleben wollen, was beispielsweise Fragen zum Umgang mit Sexualität im Alter in Institutionen vermehrt in den Mittelpunkt rücken dürfte. Die Bandbreite der Diskussionen reicht hier derzeit von „Streichler/innen“ über Sexualtherapie bis hin zur „Prostitution auf Krankenschein“, wie zurzeit plakativ in Deutschland diskutiert wird.

Dieser Workshop widmet sich den folgenden Fragen (und allenfalls auch Antworten darauf):

Was bedeutet die alternde Gesellschaft für die zukünftige alterspsychiatrische Behandlung und Betreuung, die ja häufig mit chronisch-progressiven Erkrankungen konfrontiert ist?

Gegenstand der Diskussion können auch die vor dem Hintergrund der Alterung möglichen Veränderungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie Aussichten auf die etwaige Etablierung neuer Berufe sein.

Welche Bedürfnisse von Patienten/Bewohnern wollen wir zukünftig in unseren Institutionen in welchem Umfang und auf welche Art billigen, tolerieren oder auch fördern?

Um beim oben genannten Beispiel zu bleiben: Ist „Sexualität statt Seroquel“ ein zukünftiges Motto? Oder ein anderes Beispiel: „Lieber Alkohol als Apathie im Altersheim?“

lic. iur. Judith Naef, Rechtsanwältin, Baar und Zürich

Workshop 3
Persönlichkeits- und Datenschutz in der Psychiatrie: Rechtliche und andere Komplikationen

Die Psychiatrie befasst sich in ganz besonderem Ausmass mit Personendaten, die das Potenzial haben, zu schwerwiegenden Verletzungen der Persönlichkeit zu führen. Die Persönlichkeit der Patientinnen und Patienten zu schützen, ist deshalb eine Selbstverständlichkeit geworden – dessen sind sich heute alle am Behandlungsprozess beteiligten Fachleute bewusst. In der Umsetzung dieses unbestrittenen Grundsatzes im Alltag gibt es allerdings viele Unsicherheiten und Unklarheiten. Im Zusammenhang mit eHealth und dem elektronischen Patientendossier stellen sich zudem neue Fragen.

Die Patientendokumentation dient in erster Linie der nachvollziehbaren Aufzeichnung der Eckwerte der Behandlung und untersteht insofern fachlichen Anforderungen der Medizin, der Therapie und der Pflege.

Die Basis der datenschutzrechtlichen Diskussion der Patientendaten ist hingegen der Schutz des Selbstbestimmungsrechtes der Patientinnen und Patienten: Dieses ist Teil der persönlichen Freiheit und hat in den letzten Jahrzehnten und insbesondere mit dem neuen Kinder- und Erwachsenenschutzrecht einen sehr hohen Stellenwert erhalten. Das gilt auch bei psychisch beeinträchtigten Patientinnen und Patienten, deren Urteilsfähigkeit infrage steht. Das aus fachlicher Sicht medizinisch-therapeutisch Wünschbare steht den Prinzipien des Selbstbestimmungsrechts immer wieder diametral gegenüber. Das gilt in besonderem Mass für den selbstbestimmten Umgang der Patientinnen und Patienten mit ihren Daten: Auch wenn dadurch der Heilungsverlauf negativ beeinflusst werden könnte, haben sie grundsätzlich das Recht, in alle sie betreffenden Daten Einsicht zu nehmen oder – beliebigen – Dritten Einsicht zu gewähren, bald auch in das elektronische Patientendossier.

Angehörige und Bezugspersonen werden regelmässig in den Behandlungsprozess involviert. Auch dies hat einen Einfluss auf den Umgang mit den Patientendaten. Es sind dabei Fragen zu beantworten wie: Welche Aussagen der Angehörigen dürfen oder müssen in der Patientendokumentation festgehalten werden? Wann dürfen involvierte Angehörige und Bezugspersonen Einsicht in die Patientendokumentation nehmen, zu Lebzeiten und/oder nach dem Tod der Patientinnen und Patienten? Was gilt für die nicht in den Behandlungsprozess einbezogenen Angehörigen?

Akzentuiert wird die Frage des Umfangs und der Art der Einsichtnahme ins Patientendossier im Zusammenhang mit der Vertretung oder Unterstützung von Patientinnen und Patienten durch Organisationen oder Einzelpersonen, die mit Methoden der Boulevard- und Sensationspresse vorgehen. Hier entsteht immer wieder der Eindruck, dass diese mit ihrem Vorgehen nicht im Interesse der Betroffenen handeln, sondern den Therapieprozess erschweren oder gar torpedieren. Was kann und soll dagegen unternommen werden?

Umgekehrt ist auch darüber nachzudenken, in welchem Umfang die Behandler die Daten für ihre Zwecke wie zum Beispiel für Qualitätssicherung oder Forschung, für das Inkasso oder zur Verteidigung in einem Haftpflichtverfahren benutzen dürfen und welchen Auskunftspflichten sie unterstehen.

Schliesslich stellen wir anstehende Änderungen in den Fokus: Was bedeutet eHealth in der Psychiatrie? Welche Auswirkungen wird das elektronische Patientendossier auf den Klinikalltag haben?

All diese Fragestellungen zeigen, dass bereits bei der Erstellung der Patientendokumentation über die spätere Verwendung der Daten, über Einsichts- und Auskunftsrechte verschiedenster Couleur nachgedacht werden muss. Was soll und muss schriftlich dokumentiert, was darf oder soll nicht festgehalten werden? Diese Überlegungen können zu Widersprüchen zu den fachlichen Bedürfnissen, zum Ziel einer sorgfältigen und sicheren Patientenbehandlung und zu einer vertretbaren Realität im Klinikalltag führen.

Im Rahmen des Workshops werden Fragen der Bearbeitung von Patientendaten im Spannungsfeld zwischen medizinisch-therapeutischen und datenschutzrechtlichen Anforderungen sowie dem Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten diskutiert und anhand verschiedener Beispiele aus der Praxis konkretisiert. Die Aufmerksamkeit wird ausserdem auf die Bedeutung des elektronischen Patientendossiers und anderer eHealth-Instrumente gelenkt.

Michael Dietzler, Pädagoge M.A. und Matthias Wenger, Dipl. Soziale Arbeit FH, Direktion der Justiz und des Inneren, Amt für Justizvollzug, Bewährungs- und Vollzugsdienste, Zürich

Workshop 4
Ambulante Massnahmen und Weisungen.
Justiz und Psychiatrie: Gemeinsam und nicht Einsam!

Kernthema dieses Workshops ist die Zusammenarbeit und der Dialog zwischen den Bewährungs- und Vollzugsdiensten (BVD) und den Fachleuten aus Psychiatrie und Psychotherapie bei psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen, die im Rahmen von ambulanten Massnahmen nach Artikel 63 StGB und von Weisungskontrollen nach Artikel 44 oder 87 StGB umgesetzt werden.

Die BVD vollziehen ambulante Massnahmen und Weisungskontrollen mit Therapieauflagen, die von den Gerichten und Staatsanwaltschaften angeordnet wurden. Übergeordnetes Ziel dieser Massnahmen ist die Verringerung des Rückfallrisikos für erneute Straftaten. Die Fallverantwortlichen der BVD arbeiten zu diesem Zweck mit einer Vielzahl von Psychiatern und Psychologen zusammen, welche die angeordneten Behandlungen umsetzen bzw. bei denen Klienten teilweise schon vor einem juristischen Entscheid auf freiwilliger Basis in Behandlung waren. Zentraler Punkt für das Gelingen der angeordneten Behandlungen ist die Zusammenarbeit zwischen den Behandlern und den BVD.

In den BVD wurde im Rahmen eines umfangreichen Projektes seit dem Jahr 2010 das Konzept des Risikoorientierten Sanktionenvollzugs (ROS) entwickelt. Seit 2013 befindet sich der ROS in der Betriebsphase und wird seit 2016 von allen Kantonen des Ostschweizer Strafvollzugskonkordats und vom Kanton Luzern angewendet. Sämtliche neu eingehenden Fälle werden seither dahingehend überprüft, ob ein Risiko für erneute Gewalt- oder Sexualstraftaten (C-Fälle) besteht. In Risikofällen erfolgt eine aufwendige aktengestützte Risikoabklärung durch die Abteilung für forensisch-psychologische Abklärungen (AFA) der BVD. Auf Grundlage der Risikoabklärung wird eine Fallübersicht erstellt, in welcher der jeweilige personenbezogene und umweltbezogene Veränderungsbedarf sowie der Kontrollbedarf festgehalten sind. Bei Fällen mit einem möglichen Risiko für erneute allgemeine Delinquenz (B-Fälle) wird durch die zuständigen Fallverantwortlichen jeweils ein Fallresümee erstellt, das ebenfalls eine Fallübersicht über die oben genannten Bereiche enthält.

Therapeutinnen und Therapeuten, welche die angeordneten Behandlungen übernehmen, erhalten vor Beginn der Therapie von den BVD jeweils die relevanten Aktenkopien zugestellt. Bevor im Rahmen einer gemeinsamen Besprechung mit dem Klienten, dem Behandler und der zuständigen fallverantwortlichen Person die Behandlungsvereinbarung erstellt wird, findet eine Vorbesprechung zwischen den BVD und dem Therapeuten statt, in welchem das Fallkonzept abgestimmt wird. Ziel und Vorgabe ist es, dass beide, Behandler und BVD, vom selben Fallkonzept ausgehen und Einigkeit über den personenbezogenen und umweltbezogenen Veränderungsbedarf sowie über den Kontrollbedarf besteht.

Nebst dem gemeinsamen Fallkonzept ist während des Behandlungsverlaufs ein zuverlässiger und kurzfristiger Informationsaustausch zwischen dem Behandler und den BVD von grosser Wichtigkeit. Der Klient muss wissen, dass bei Unregelmässigkeiten, Krisen oder beim Auftauchen neuer Risiken umgehend Informationen ausgetauscht und gegebenenfalls kurzfristig Krisensitzungen einberufen werden, um das weitere Vorgehen zu besprechen. Während die Behandler in ihrer Rolle die intensiven psychiatrisch-psychotherapeutischen sowie die deliktorientierten Themen mit dem Klienten bearbeiten, haben die Fallverantwortlichen der BVD verstärkt die pädagogische Rolle inne, zeigen dem Klienten auch mögliche Konsequenzen auf und übernehmen Kontrollaufgaben. Zentral ist die Rolle des Case-Managers bei den Fallverantwortlichen. Sie spannen das Netzwerk und sorgen für die jeweilige Vernetzung unter den relevanten Arbeitspartnern. Insbesondere in Zeiten, in denen der Sicherheitsanspruch in der Gesellschaft sehr hoch und das mediale Interesse gross ist, möchten die BVD durch intensiven Austausch und Koordination unterstützend hinter den Arbeitspartnern stehen, sodass proaktiv im Miteinander gehandelt werden kann.

Im Workshop werden die konkrete Fallarbeit sowie deren Umsetzung unter Berücksichtigung des Risikoorientierten Sanktionenvollzugs (ROS) erläutert und beispielhaft anhand eines Falles dargestellt. Gerne dürfen die Teilnehmenden Fragen zu eigenen Fällen einbringen

Prof. Dr. phil. Thomas Berger, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Bern

Workshop 5
Internetbasierte klinisch-psychologische Interventionen

Die Präsenz des Internets in der heutigen Gesellschaft hat auch der psychosozialen Versorgung neue Möglichkeiten eröffnet. Leichter als je zuvor können heute Menschen eine Fülle von Gesundheitsinformationen finden und sich mit anderen Betroffenen austauschen. Gesundheitsfachleute wiederum können ihre Hilfe auf Distanz mit zeitlicher Flexibilität anbieten und damit Betroffene erreichen, die zum Beispiel aufgrund geografischer Gegebenheiten, beschränkter Mobilität oder zeitlicher Einschränkungen keine psychologische Unterstützung finden.

Die Erforschung und Anwendung internetbasierter psychosozialer Interventionen haben in den letzten Jahren enormen Zuwachs erfahren. Es existiert bereits ein breites Spektrum an Online-Interventionen: Die Angebote reichen hier von webbasierten Selbsthilfeprogrammen und mobilen Apps bis hin zu E-Mail-, Chat- und Videotherapien, von Prävention über Beratung und Therapie bis hin zu Rückfallpräventions- und Nachsorgeprogrammen, aber auch von Interventionen, die internetvermittelte Teile in Face-to-Face durchgeführte Psychotherapien integrieren, bis hin zu vollständig via Internet durchgeführten Interventionen.

In diesem Workshop werden zunächst die heute häufigsten Formen von internetbasierten psychologischen Interventionen vorgestellt und Besonderheiten, Vor- und Nachteile sowie Möglichkeiten und Grenzen anhand von Beispielen diskutiert. Im Weiteren wird kurz auf den aktuellen Forschungsstand und die Implementierung solcher Interventionen in die Routineversorgung in der Schweiz und in anderen Ländern eingegangen. Nach der Diskussion von Qualitätskriterien und rechtlichen Aspekten bleibt auch Zeit für eine Diskussion der Erfahrungen der Teilnehmenden und die Zukunft solcher Interventionen.

Ziel des Workshops ist, dass die Teilnehmenden einen guten Überblick über den aktuellen Stand der Anwendung und Forschung zu internetbasierten Interventionen haben und die Möglichkeiten und Grenzen dieses neuen Beratungs- und Behandlungsformats kennen.

Vertiefende Literatur:

Berger, T. (2015). Internetbasierte Interventionen bei psychischen Störungen. Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 58. Göttingen: Hogrefe

Dr. med. Fana Asefaw, Leitende Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Ambulatorium der Clienia Littenheid AG in Winterthur

Workshop 6
Kultursensible Psychotherapie für Flüchtlingskinder? Herausforderung und Chance

Schlüsselworte: Indikation, Familiensysteme, Widerstände, Wertvorstellungen, Praxisberichte

Nicht jeder Flüchtling benötigt eine Therapie. Welche Indikatoren sprechen für eine notwendige therapeutische Intervention? Wie sind die Kulturunterschiede und die unterschiedlichen Familiensysteme zu gewichten? Psychotherapie löst oftmals grosse Widerstände und Ängste aus, die in einem Erstgespräch sorgfältig geklärt werden sollen. Erfahrungen aus der transkulturellen Sprechstunde zeigen die Fragen auf, die sowohl kultur- als auch migrationsspezifische Inhalte mitbringen. Dabei stehen unterschiedliche Wertvorstellungen und fehlende gesellschaftliche Integration in Zusammenhang mit psychischem Leiden im Vordergrund.

Im Workshop werden insbesondere folgende Fragen diskutiert:

Gibt es Unterschiede zwischen begleiteten und unbegleiteten Flüchtlingen in der Entwicklung von psychischen Krankheiten, und wie ist die Situation generationenübergreifend? Was stärkt oder schwächt diese Familien in ihren Integrationsprozessen und in der Erhaltung ihrer psychischen Gesundheit?

Reto Garbini, Gesamtleiter Dialogweg/Fennergut/Eichbühlstrasse
Carmelo Campanello, Gesamtleiter Pestalozzi Jugendstätte Burghof

Workshop 7
Ballade vo däm, wo vom Amt isch ufbotte gsi (M. Matter)

Über die Wichtigkeit von Verhandlungsstrategien für Individuations- und Sozialisationsprozesse in stationären pädagogischen Angeboten für Kinder und Jugendliche

In Anlehnung an das oben im Titel genannte Lied von Mani Matter reflektieren die Referenten in diesem Workshop zum Thema „Clash of Cultures" zwischen pädagogischen und psychiatrischen Versorgungsangeboten für Kinder und Jugendliche.

Die Referenten sind als Leitungspersonen in stationären pädagogischen Angeboten in der Kinder- und Jugendhilfe im Kanton Zürich tätig. Im Workshop werden die Herausforderungen bei der Leitung dieser Institutionen und bei der Förderung der Kinder und Jugendlichen beleuchtet, aber auch jene Herausforderungen, die sich an den Übergängen zwischen den pädagogischen und psychiatrischen Institutionen stellen.

Hierzu werden die Forschungserkenntnisse von Manuela du Bois-Reymond herbeigezogen. Ihre Arbeiten zum interkulturellen Vergleich von Familien respektive von Erziehungshaushalten sind von einer kultursoziologischen und zivilisationstheoretischen Optik geprägt. Und ihre Überlegungen zum Übergang von Befehls- zu Verhandlungsstrategien ermöglichen vielschichtige Auseinandersetzungen mit dem „Clash of Cultures". Insbesondere interessiert in diesem Workshop, wie sich der von Du Bois-Reymond beschriebene gesellschaftliche Prozess auch im Heimalltag sowie in der Zusammenarbeit zwischen den pädagogischen und den psychiatrischen Institutionen niederschlägt.

Im Rahmen dieser Auseinandersetzung werden die Referenten verschiedene Thesen formulieren und diese mit den Teilnehmenden diskutieren.

Literatur:

M. du Bois-Reymond, P. Büchner, H.-H. Krüger, J. Ecarius/B. Fuhs; 1994: Kindererleben, Modernisierung von Kindheit im interkulturellen Vergleich; Springer.
M. du Bois-Reymond, P. Büchner, H.-H. Krüger; 1993: Die moderne Familie als Verhandlungshaushalt. Zum Wandel des Generationenverhältnisses im interkulturellen Vergleich. In: Neue Praxis, Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik; Jahrgang 23/1993; Hermann Luchterhand Verlag, Neuwied.

Dr. med. Toni Berthel, Direktor Sucht und Begutachtungen ipw

Workshop 8
Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Psychiatrie (IPZ): Eine Win-Win-Situation für alle Involvierten

Das Gesundheitswesen befindet sich im Wandel: Paternalistische Denkmodelle wurden von partnerschaftlichen Ansätzen abgelöst, in der Versorgung gilt ambulant vor stationär, die Eminenz weicht der Evidenz, es wird in Netzwerken und mit interdisziplinären Ansätzen gearbeitet. Die neue Bildungssystematik hat zu einer Akademisierung der früheren „medizinischen Hilfsberufe“ geführt. Wir haben eine Vielzahl von gut ausgebildeten Fachleuten mit hervorragenden Fachkompetenzen, die eine Universität, Hochschule oder eine höhere Fachschule abgeschlossen haben. Gleichzeitig beobachten wir einen ausgeprägten Ärztemangel.

Für eine optimale Versorgung und die individuelle Betreuung der Patientinnen und Patienten werden im Gesundheitswesen interprofessionelle Ansätze immer wichtiger. Eine ausreichende Behandlung psychisch kranker Menschen ist nur in einer guten interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ) zielführend. Die IPZ ist denn auch ein zentrales Strategiekonzept der Integrierten Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (ipw). Im Kerngeschäft der ipw, der Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, wird die IPZ seit Jahren intensiv gepflegt und gefördert. Sie ist in der ipw fest institutionalisiert und in den Regelprozessen und -strukturen integriert (vgl. z. B. Reglement 003 «Führungs- und Organisationsstruktur», Konzept 039 «Versorgungs- und Behandlungskonzept», Richtlinie 008 «Rollen in der psychiatrischen Behandlung»), auch mit einer Matrix-Organisationsstruktur, welche die Umsetzung der IPZ fördert.

Im Zentrum unserer Arbeit in der ipw steht der Mensch mit einer psychischen Erkrankung. Die Arbeit mit Menschen mit psychischer Erkrankung findet in einem Zusammenwirken von Fachleuten mit einer Vielfalt von Fachkompetenzen und unterschiedlicher Berufssozialisation statt. Eine erfolgreiche Behandlung berücksichtigt deshalb diese verschiedenen Sichtweisen und Kompetenzen – wir sprechen hier von interdisziplinärer Zusammenarbeit. Die in der Behandlung zum Einsatz kommenden diagnostischen, edukativen, beratenden, präventiven, therapeutischen, pflegerischen, rehabilitativen und palliativen Ansätze werden individuell, zielführend und aufeinander abgestimmt eingesetzt. Damit diese Zusammenarbeit sinnvoll und zielgerichtet erfolgen kann, müssen Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen geregelt werden, die Zusammenarbeit zwischen diesen geklärt und die Abläufe im Behandlungsprozess verbindlich beschrieben sein. Je nach theoretischem Modell, an dem man sich orientiert, unterscheidet man zwischen Interdisziplinarität und Interprofessionalität. Unabhängig von der Begrifflichkeit geht es dabei immer um den Schulterschluss der verschiedenen Professionen mit dem Ziel, die Patienten und Patientinnen aus einer Hand versorgen zu können. Dabei soll die Zusammenarbeit der Berufsgruppen ohne hierarchische Hemmschwelle eine gute Gestaltung der Schnittstellen ermöglichen.

Damit eine gute Zusammenarbeit möglich ist, müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein:

- Erstens muss jede Berufsgruppe auf der Basis einer guten und starken eigenen Berufsidentität arbeiten. Dazu wird in einem je eigenen Rahmenkonzept definiert, worauf das berufliche Selbstverständnis gründet, welches die eigenen Aufgaben sind, mit welchen Instrumenten und Interventionstechniken gearbeitet werden soll und wie gemeinsam kommuniziert wird.
- Zweitens muss der Behandlungsprozess in den unterschiedlichen Settings beschrieben werden. Dabei unterscheiden wir zwischen patientenbezogenen und stationsbezogenen Prozessen. Diese Prozesse haben wir für die Akut- und Spezialstationen sowie für tagesklinische und ambulante Settings beschrieben.
- Drittens müssen in diesen unterschiedlichen Settings Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten beschrieben und in den jeweiligen Angebotskonzepten festgelegt werden.
- Viertens müssen dann die notwendigen Kommunikationsgefässe sowohl patienten- wie stationsbezogen festgelegt und in den Stations- und Angebotsalltag implementiert werden.

Im Workshop „Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Psychiatrie“ wird der Prozess der Entwicklung einer interprofessionellen Zusammenarbeit in der ipw dargestellt. Die erarbeiteten Papiere zum Thema werden vorgestellt und die mit der Implementierung einhergehenden Herausforderungen und Schwierigkeiten im gegenseitigen Austausch diskutiert. Gleichzeitig soll auch der Benefit sichtbar werden, der durch eine konsequente interprofessionelle Zusammenarbeit entsteht.

Die ipw sorgt für die stationäre Psychiatrieversorgung der Region Winterthur und Zürcher Unterland mit rund 440 000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Mit 820 Mitarbeitenden ist die ipw eine der grössten Arbeitgeberinnen in der Region Winterthur und Zürcher Unterland. Sie engagiert sich mit 120 Ausbildungsverhältnissen stark in der Nachwuchsförderung. Als Pionierin der Integrierten Versorgung betreibt die ipw seit vielen Jahren an aktuell 15 Standorten eine Vielzahl von gemeindenahen ambulanten, tagesklinischen und stationären Angeboten.

Impressum
Herausgeberin: Integrierte Psychiatrie Winterthur—Zürcher Unterland
Layout: Karin Wullschleger, ipw
Korrektorat: Sonja Brunschwiler, TEXTARBEIT
Druck: FO-Fotorotar AG

patientennah – engagiert – vernetzt

Integrierte Psychiatrie
Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur
Tel. 052 224 33 33
Fax 052 224 33 34
info@ipw.zh.ch
www.ipw.zh.ch