

ENGELTHALER

Rundschau

Nachrichten aus der Frankenalb-Klinik Engelthal

2013 / Ausgabe 27



Krise – Bewältigung

- ▼ Krisenhilfen
- ▼ Krise – verschiedene Aspekte
- ▼ Fallgeschichten
- ▼ Trauerkrisen
- ▼ Krisendienst





Titelbild:
Notfallkoffer

Foto: Ursula Bierschenk

Inhalt

- ▼ Krisenbewältigung in der Institutsambulanz –
ein multiprofessioneller Akt 4–5
- ▼ Erste Hilfe in psychischen Krisen 6–7
- ▼ Krisenbewältigung im Unternehmen 8–9
- ▼ Trauerkrisen – Bewältigung von Verlusten 10–11
- ▼ Krisenintervention auf der Akutstation I-West 12–13
- ▼ Angst essen Seele auf 14–15
- ▼ Was mir geholfen hat 16–17
- ▼ Krisendienst Mittelfranken –
eine Anlaufstelle für Menschen
in seelischen Notlagen 18–19
- ▼ Gespräch mit dem Seelsorger der Klinik 20–21
- ▼ Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) 22
- ▼ Nach dem Spiel ist vor dem Spiel –
Betrachtungen über Fußball 23
- ▼ Veranstaltungshinweise/Impressum 24

Bilder aus der Ausstellung „Bewegung sucht Begegnung“
Künstlerin Karin Grimm
Kontakt für Kaufinteressenten: Mobil: 01781402246, E-Mail: grimm.ka@gmx.de

Hinweis: Der Begriff Patient, Mitarbeiter, Arzt und sonstige Funktionsbezeichnungen
in dieser Broschüre stehen für beide Geschlechter gleichermaßen.



Liebe Leserinnen und Leser,

ein Blick in die Medien zeigt uns, dass wir eigentlich immer Krisenzeit haben, auf allen Ebenen und in allen Bereichen, von der Finanzkrise bis zur aktuellen Lebensmittelkrise. Von den Bezirkskliniken Mittelfranken können wir derzeit von hohen Verlusten, harten Zeiten, von hohem Investitionsbedarf und vielem mehr lesen. Ohne Vorwarnung wurden die politisch Verantwortlichen im Frühjahr 2012 damit konfrontiert, dass statt des prognostizierten Überschusses ein massives Defizit im Jahr 2011 aufgelaufen war.

Die Zahlen sind inzwischen aufgearbeitet. Wir wissen, dass die Kliniken vor hohen Verlusten stehen, die auch im Lauf des Jahres 2012 trotz aller Bemühungen nicht zu stoppen waren. Sie summieren sich auf rund 9,5 Mio. Euro im Jahr 2012.

Dass mittlerweile jede zweite Klinik in Deutschland von einem Defizit bedroht ist, hilft uns nicht weiter, es zeigt aber, dass die Probleme unserer Kliniken nicht allein hausgemacht sind.

Trotzdem müssen wir jetzt handeln. Die Kliniken stehen im Fokus der Öffentlichkeit. Die Bevölkerung erwartet zu Recht von den Bezirkspolitikern, dass sie auf eine hochwertige und leistungsfähige Krankenhausbehandlung in den Bezirkskliniken vertrauen kann. Von den Landräten und Bürgermeistern wird das für die Landkreiskrankenhäuser und die städtischen Krankenhäuser auch erwartet. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Bezirkskliniken erwarten zu Recht einen sicheren Arbeitsplatz und geordnete Arbeitsbedingungen, einen Normalzustand ohne Sorge vor unabschätzbaren Risiken.

Von der Politik sind weitreichende Entscheidungen zu treffen, weil die aufgelaufenen Verluste zeigen, dass die Bezirkskliniken auf einen Ausgleich angewiesen sind und so das Unternehmen am Tropf des Bezirks Mittelfranken und seiner Umlagezahler hängt, denen selber jeder Euro für die kommunalen Aufgaben fehlt. In so einer Lage hat ein großes Klinikunternehmen nicht genug Handlungsmöglichkeiten, um die Versorgung für seine Patienten zu optimieren. Auch die vielen Schulen und die Einrichtungen des Bezirks für Menschen mit Behinderung machen einen hohen Investitionsbedarf geltend.

Die Krise zu nutzen, um die Möglichkeiten und Potenziale, die in den Bezirkskliniken stecken, zu wecken und umzu-setzen, ist eine Aufgabe, die nicht allein die Politik erfüllen kann.

Es erfordert viel Energie von allen unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und den Mut von allen, die notwendigen Entscheidungen zu treffen und die Veränderungen anzugehen.

Richard Bartsch

Richard Bartsch
Bezirkstagspräsident
Vorsitzender des Verwaltungsrates

KRISENBEWÄLTIGUNG IN DER INSTITUTSAMBULANZ –

EIN MULTIPROFESSIONELLER AKT

Die Krise

Krisenmanagement
bezeichnet das bewusste,
aktive Sichkümmern um
Menschen in Krisen.

- Krisen sind dramatische, von Bedrohungsgefühlen begleitete Spitzen bei Konfliktverläufen.
- Die emotionale Betroffenheit zeigt sich häufig als Handlungs lähmung.
- Krisen entwickeln sich als Folge gravierender interner oder externer Veränderungen, die eine Anpassung an neue Gegebenheiten erfordern.
- Während einer Krise befinden sich Menschen in sehr labilem Zustand.
- Bisher erfolgreiche Handlungen erweisen sich zunehmend als unzulänglich, die Identität muss neu bestimmt und gefunden werden.
- Krisen sind immer mit heftigen Gefühlen der Angst, Unsicherheit und Selbstzweifeln verbunden.
- Menschen in Krisensituationen haben ein sehr viel größeres Bedürfnis nach Hilfe als sonst, sie sind folglich während der Krise auch viel leichter beeinflussbar.
- Krisensymptome:
 - Hilflosigkeit
 - Handlungs lähmung

- tiefgreifende Labilität
- Angst
- Desorganisation bis Chaos
- Stress
- umfassende Selbstzweifel
- massive Bedrohungsgefühle

Die Psychiatrische Institutsambulanz

Die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) wurden vom Gesetzgeber eingerichtet um eine angemessene ambulante Behandlungsversorgung anbieten zu können (siehe Grafik Seite 5 unten).

Behandlungsspektrum

- Menschen mit hoher Comorbidität (mehrere psychiatrische Diagnosen gleichzeitig)
- Menschen mit vielen Vorbehandlungen und stationären Aufenthalten
- Menschen mit Suizidalität und selbstschädigendem Verhalten
- Menschen mit hoher psychischer Instabilität und daraus folgend häufiger Notwendigkeit stationärer Kriseninterventionen oder Intervallbehandlungen
- Menschen mit Chronifizierung der Erkrankungen, die eine Ein-

bindung in psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungsstruktur außerhalb der Klinik erschwert oder verhindert, z.B. Menschen die keine Wartezeiten einhalten können, die nur eingeschränkt krankheitseinsichtig und compliant (mit der Behandlung kooperierend) sind.

Unsere Klienten,
das sind in aller Regel
Menschen, die
die Unterstützung eines
multiprofessionellen
Teams benötigen.

Unter Wahrung der Würde
unserer Patienten, ihrer
Bedürfnisse nach Autonomie
und selbstständigem Handeln
formulieren wir folgende
Ziele der PIA-Behandlung:

- Suizidprophylaxe
- Stabilisierung
- Psychosoziale Funktionserhaltung
- Vermeidung von Hospitalisierung
- Stärkung von Autonomie und Selbstständigkeit der Patienten
- Vorbereitung auf und Nachsorge von einem stationären Aufenthalt
- Die Ambulanz soll helfen, stationäre Aufenthalte zu verhindern oder zu verkürzen

Individueller Krisenplan unter Einbeziehung des Hilfenetzes der Institutsambulanz

Ein wichtiges Instrument der präventiven Krisenbewältigung ist die Erstellung eines individuellen Krisenplans unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen. Er besteht aus einem Blatt mit den wichtigsten Notizen mit aktuellen und vollständigen Telefonnummern zur Überwindung der Handlungs lähmung im Krisenfall:

An wen kann ich mich im Krisenfall wenden?

Wohin kann ich mich wenden, wenn ich professionelle Hilfe brauche?

Wann ist wer erreichbar?

- Tagsüber meine Fachpflegerin in Engelthal oder Therapeutin, nach 18.00 Uhr bis 24.00 Uhr der Krisendienst Mittelfranken
- Meine Telefonnummern für den Krisenfall sind folgende: ...

Ein präventiver Krisenplan wird entweder in Einzel- oder Gruppenbehandlung den PIA-Patienten vorgestellt und individuell schriftlich abgefasst:

- in ambulanter fachpflegerischer Betreuung
- im Einzelgespräch mit Arzt, Psychologe oder Sozialpädagoge
- in den psychoedukativen Gruppen
- in der Angstbewältigungsgruppe
- in der Depressionsnachsorgegruppe
- in den Skillsgruppen und der Burn-out-Gruppe
- in der Traumastabilisierungsgruppe
- in der die Arbeits- und Gartentherapie begleitenden Gesprächsgruppe
- in der themenzentrierten Gesprächsgruppe für Psychose kranke



Grafik: Uschi Reichert

ERSTE HILFE IN PSYCHISCHEN KRISEN

Schritt eins

Wahrnehmen, dass Sie gerade in einer Krise stecken oder auf eine zusteuern. Für verschiedene psychische Krankheiten, z.B. im Bereich der Psychosen, der Suchterkrankungen, der Psychosomatik oder des Burn-out gibt es Warnsignale und riskante Verhaltensweisen, die eine Krise ankündigen. Es ist ratsam, solche Anzeichen bei sich selbst zu kennen. Oft schläft man schlechter, hat keinen Appetit. Man sorgt weniger gut für sich selbst, vernachlässigt Interessen und Kontakte. Man kann nicht mehr abschalten ... Der Erkenntnis steht häufig eine unbewusste Tendenz entgegen, Krankheitssymptome wegzuschieben oder zu verharmlosen.

Schritt zwei – „O.k., mir geht es nicht gut!“

Aktivieren Sie Ihr Bindungssystem. Mit wem können Sie sprechen? Wem können Sie sagen, was Sie belastet?

Manchmal kann schon ein ganz normales Gespräch „über das Wetter“ guttun. Hilfreich ist es, eine Adress- bzw. Telefonliste vorzubereiten mit privaten und „professionellen“ Ansprechpartnern. Es kann helfen, in den Arm genommen zu werden, an die Menschen zu denken, die Sie lieben, deren Fotos anzuschauen. Erfahrungsgemäß finden Menschen wieder Zugang zu ihren eigenen Kompetenzen, indem sie etwas für andere tun.

Sorgen Sie für sich selbst. Soforthilfe durch Ablenkung, Konzentrations- und Entspannungsübungen. Was hat bisher schon einmal geholfen? Was hat bei Menschen aus Ihrem Umfeld geholfen? Vielleicht benötigen Sie dazu Hilfsmittel: „ein Erste-Hilfe-Set“.

„Notfallkoffer“, die mit Patienten erarbeitet wurden:

- Abstand gewinnen durch Tagebuchschieben – den inneren Zustand ausdrücken in Worten oder Bildern
- Gefühlsneutrale Ablenkung durch Rätsel, Puzzle, Kopfrechnen, Handarbeiten
- Ablenkung durch Sinneserfahrungen:
 - Hören** (sich auf Geräusche konzentrieren, Musik ...)
 - Schmecken** (etwas Saures, ein Eukalyptusbombon, Schokolade ...)
 - Riechen** (Blumen, Holz, Haut ...)
 - Sehen** (Fotos von Urlauben, lieben Menschen oder Tieren ...)
 - Fühlen** (Wasser, Tonkugeln, Fell ...)

Schritt drei – „Ich schaffe es nicht alleine ...“

Wenn die „Hausmittel“ nicht helfen, zögern Sie nicht einen Profi aufzusuchen. Wie bei körperlichen Krankheiten ist es gut, frühzeitig einzugreifen. Entwickeln Sie für sich einen Notfallplan.

Verhindern Sie den Notfall dadurch, dass Sie gut für sich sorgen und einen ausgeglichenen, gesunden Lebensstil führen.

Fotos:
Ursula Bierschenk



„zeichnen“



„beruhigende Klänge“



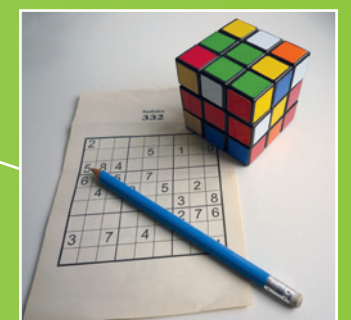
„Stressball“



„etwas Frisches“



„etwas Scharfes“



„etwas Kniffliges“



KRISENBEWÄLTIGUNG IM UNTERNEHMEN

Dabei zu helfen, eine Krise zu bewältigen ist mein Job. Wenn sich ein Krankenhaus in einer finanziellen Schieflage befindet, dann fängt meine Arbeit an. Ich werde als Vorstand für einen gewissen Zeitraum bestellt und bekomme den Auftrag, einen Plan zur Bewältigung dieser Krise zu erstellen und umzusetzen. Das bedeutet, dass sich die finanzielle Lage des Unternehmens innerhalb einer bestimmten Zeit stabilisiert, dass das Defizit kontinuierlich verringert wird und dass am Ende das Unternehmen wieder auf sicheren, eigenen Füßen stehen kann.

Ein unangenehmer Job? Das kommt auf die Sichtweise an. **Mir hat die Erfahrung gezeigt, dass eine Krise immer auch eine Chance beinhaltet.** Das klingt vielleicht nach einer Binsenweisheit und bei einer persönlichen, existenziellen Krise erscheint diese Aussage vermutlich erst einmal wenig hilfreich. Doch im Falle eines Unternehmens in der Krise habe ich jedes Mal die Erfahrung gemacht, dass dies stimmt – und **es freut mich, wenn ich derjenige sein kann, der Chancen und Wege aus der Krise aufzeigen und mitbegleiten kann.**

Die größte Chance einer ausweglos scheinenden Krise besteht darin, dass man sich endlich mit der Situation im Detail und ohne Scheu auseinandersetzen muss. Denn man hat keine andere Wahl: Jeder Bereich muss ganz genau angeschaut werden, jeder Stein muss umgedreht werden, die Ursachen dürfen nicht länger verleugnet werden, es müssen unangenehme Fragen ge-

stellt und beantwortet werden und: Es müssen möglichst schnell Entscheidungen getroffen werden. Das bedeutet ganz klar: **Es gibt Wege aus der Krise, man muss aber den Mut haben, nach ihnen zu suchen und sie zu beschreiten.** Es bedeutet gleichzeitig: **abwarten verschlimmert die Krise.**

Da komme ich also im Moment der Krise von außen hinzu, analysiere die Lage und nehme bei der Darstellung der Situation „kein Blatt vor den Mund“. **Ich zeige ganz klar, dass einschneidende Veränderungen notwendig sind und wie diese aussehen.** Krise analysiert, Weg aus der Krise gezeigt, Auftrag ausgeführt? Nein, denn jetzt geht die Arbeit zur Umsetzung mit dem Unternehmen erst richtig los. Aber: **Für die Mitarbeiter des Unternehmens bedeutet dies zwangsläufig, dass sie eine Reihe unterschiedlicher, unangenehmer oder widersprüchlicher Gefühle und Erfahrungen durchmachen.** Nach wissenschaftlichen Untersuchungen zur Unternehmenskommunikation sind es **sechs Phasen**, die Mitarbeiter bei einem Veränderungsprozess durchlaufen müssen. **Da stehen am Anfang Unverständnis und Sprachlosigkeit**, wenn das Ausmaß der Krise bekannt wird. **Darauf folgen Wut und Widerstand.** Die dritte



„Dehnberg“

Phase ist von **Resignation, Hilflosigkeit und Trauer** gekennzeichnet. **Danach kommt die Phase der Ausein-**

andersetzung: es wird diskutiert, skeptisch nachgefragt. Dies führt im besten Fall dann dazu, dass in

der fünften Phase die **Einsicht über die Notwendigkeit der Veränderung** erfolgt und man **in der sechsten**

und letzten Phase den Veränderungsprozess unterstützt und ihn aktiv mitgestaltet. So weit die Theorie. Klar ist, dass sich die Menschen in einem Unternehmen zu unterschiedlichen Zeiten in den verschiedenen Phasen befinden können. Im schlechtesten Fall kann es auch passieren, dass ein Mitarbeiter wieder einen Schritt zurück in die Phase davor macht. **Klar ist auch, dass jede Phase durchlaufen werden muss** und keine einfach übersprungen werden kann.

Was das für mich bedeutet, der dabei helfen soll, eine Krise zu managen und überwinden? Es macht mir deutlich, dass ich neben all dem Datenmaterial, das ich gemeinsam mit den Beteiligten im Haus zusammentrage, analysiere und auswerte, bei einer Unternehmenskrise immer auch die Menschen in ihrer jeweiligen Situation im Auge behalten muss. **Ich weiß und bin mir sicher, dass wir aus der schwierigen Lage herauskommen können, dass die Chance besteht, dass nach der Phase der Unsicherheit und Angst etwas Besseres entstehen kann und muss. Und diese Perspektive, diese Zuversicht zu vermitteln, das Vertrauen der Mitarbeiter in diese Zukunft zu gewinnen, das sind mit die größten Aufgaben bei der Bewältigung von Unternehmenskrisen.**

TRAUERKRISEN – BEWÄLTIGUNG VON VERLUSTEN

Als Psychologische Psychotherapeutin auf einer Station für ältere depressive Menschen ist das Thema Trauer und Verlust ein bekanntes Thema. Der Tod eines geliebten Menschen ist in jeder Lebensphase eine einschneidende Veränderung und schwer zu bewältigen. Die Häufung solcher Erlebnisse nimmt mit zunehmendem Lebensalter zu. Prinzipiell ist kein Unterschied in der Trauerarbeit je nach Lebensalter zu erwarten. Je älter jemand jedoch zum Zeitpunkt des Verlustes ist, desto schwieriger wird es für ihn diese Lücke zu füllen, z.B. einen neuen Partner zu finden oder körperliche Defizite durch Training zu kompensieren. Verluste können das Leben komplett erschüttern und alle eingeübten Verhaltensweisen infrage stellen. Es ist ein zeitlich stark unterschiedlicher Prozess der Bewältigung notwendig.

Modell der Trauerarbeit nach Verena Kast

Das Modell von V. Kast ist m. E. der beste Zugang zum Verständnis zum Umgang mit Trauer. In ihrem Buch „Trauern“ beschreibt sie vier Phasen der Trauerverarbeitung, dieses Modell halte ich für sehr hilfreich, um Trauerprozesse besser zu verstehen. Ich beschreibe dieses Modell auch Patienten in Trauer, die sich meist sofort darin wiederfinden und angeben können, wo sie im Moment stehen. Dabei bezieht sich mein Verständnis von Trauer nicht nur auf den Tod eines nahen Menschen, sondern auch auf Verluste durch Trennung oder auf Verlust körperlicher Funktionen.

TRAUERPHASEN

- 1. Phase des Nicht-Wahrhaben-Wollens**
 - Empfindungslosigkeit, Starre
 - Man muss weiterleben, als hätte es diesen Tod nicht gegeben
- 2. Phase der aufbrechenden chaotischen Emotionen**
 - Schmerz, Wut, Angst, Zorn, Freude, Schuldgefühle
 - Evtl. Suche nach einem Schuldigen
 - Das Emotionschaos muss ausgehalten werden
- 3. Phase des Suchens, Findens und Sich-Trennens**
 - Der Verstorbene wird gesucht in Träumen, Phantasien, auf Fotografien und an bevorzugten Plätzen
 - Wiederhergestellte, oft idealisierte Beziehung
 - Der Verstorbene wird zu einem inneren Begleiter
- 4. Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs**
 - Der Verlust ist akzeptiert
 - Der Schmerz und die Trauer können aufgegeben werden

Es handelt sich hier nicht um ein starres Modell, sondern um eine Orientierung. Einzelne Phasen können ganz verschieden lang sein. Aus der therapeutischen Erfahrung können

Schritte von einer Stufe zur nächsten im Prozess durchaus schnell geschehen. Wichtig ist aber auch wenn der Prozess an einer Stelle stockt, zu klären, in welcher Stufe die Energie eingefroren ist.

Arbeit mit Symbolen, Bildern und Ritualen

Träume

In der Trauerarbeit haben Träume immer eine besondere Bedeutung, sie können den Übergang von einer Trauerphase zur nächsten anzeigen. Meist sprechen Trauernde auch gern über die Träume, weil sich eine Nähe, die verloren ist, wiederherstellen lässt. Die Übergänge von einer Trauerphase zur nächsten geschehen oft in einem Traum. Es gibt Träume aus denen die Trauernden heraus verstehen können, welche nächsten Schritte für sie notwendig sind. Eine Patientin träumt, der verstorbene Mann schenkt ihr einen saftigen Pfirsich, den sie mit Genuss verzehrt, was sie im Gespräch darüber als seinen Wunsch versteht, sie soll das Leben wieder mehr genießen.

Abschiedsritual

Rituale helfen bei der Trauerbewältigung, in unserer Gesellschaft werden diese jedoch immer mehr verdrängt. Früher übliche Totenwachen oder gemeinsames Klagen, das eine stützende Funktion hatte, gibt es kaum mehr. Auch die zeitlichen Vorgaben, die mit dem Trauerjahr früher mit dem Tragen schwarzer Kleidung verbunden waren, haben sich aufgelöst. Aber bestimmte Verhaltensregeln, wie es sie in anderen Kulturkreisen,

Literatur:

Kast, Verena: Der schöpferische Sprung – Vom therapeutischen Umgang mit Krisen, München 1991

Kast, Verena: Trauern, Phasen und Chancen des psychischen Prozesses, Stuttgart 1993

z.B. mit gemeinsamem Klagen in bestimmten Abständen gibt, können eine stützende Funktion haben. Meist wird heute die Trauerzeit viel zu kurz angesetzt – in einem Trauerjahr ist der Verlust eines langjährigen Partners oft schwer zu bewältigen.

Rituale in der Therapie

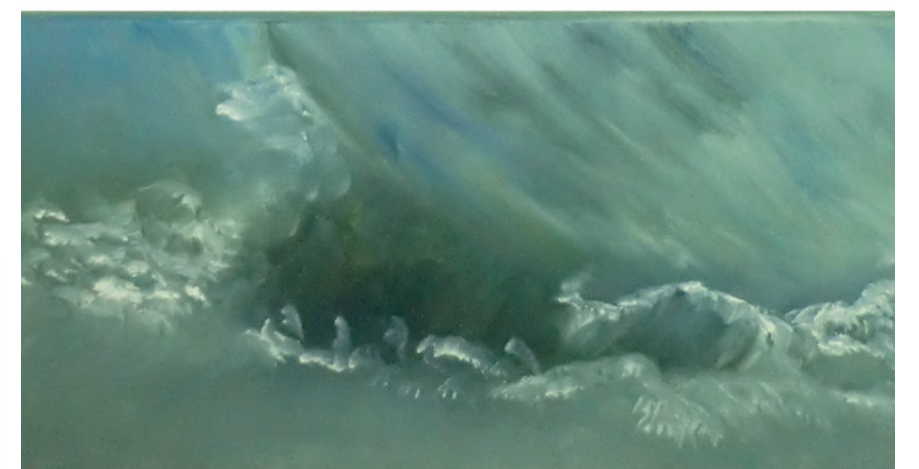
Wenn noch Dinge mit dem Verstorbenen ungeklärt sind, hat sich in der therapeutischen Arbeit das Schreiben eines Briefes bewährt. Wichtig ist es dem Trauernden freizustellen, ob er das Angebot annehmen will, ihn nicht dazu zu drängen und den Prozess dem individuellen Problem anzupassen. Ziel ist es, dem Verstorbenen alles mitzuteilen was nicht mehr ausgesprochen werden konnte. Dann wird der weitere Umgang mit dem Brief und den damit verbundenen Gefühlen besprochen. Es ist sehr wichtig zum Ende des Prozesses den Brief zu vernichten. Hier hat sich das gemeinsame Verbrennen als Abschlussritual bewährt. Die Erfahrungen zeigen, dass Patientinnen dadurch frei für einen neuen Anfang wurden. Oder Alpträume hörten auf, wenn schlimme belastende Gefühle ausgedrückt wurden, und ein Abschlusspunkt gesetzt wurde. Idealerweise können in diesem Abschiedsritual die guten und schlechten Seiten nochmals thematisiert und hinter sich gelassen werden.

In meiner Erfahrung hat sich gezeigt, dass ein sorgsamer Umgang mit Trauer nicht zu Traurigkeit, sondern zur Gewinnung neuer Kraft und Energie führt.

Künstlerin: Karin Grimm

Foto: Radka Nickel

„Welle“



KRISENINTERVENTION AUF DER AKUTSTATION I-WEST

Das Wort „Krise“ kommt aus dem Griechischen und bezeichnet „(Ent-)Scheidung, entscheidende Wendung und bedeutet: eine schwierige Situation, Zeit, die Höhe- und Wendepunkt einer gefährlichen Entwicklung darstellt.“

Eine psychische Krise ist ein durch ein überraschendes Ereignis oder akutes Geschehen hervorgerufener Zustand oder Konflikt innerhalb einer Person (innerpsychische Krise) oder zwischen mehreren beteiligten Personen.

Wichtig zu wissen: Eine Krise hat oft für die Person einen bedrohlichen Charakter.

Wir, das Team der Station I-West, arbeiten mit Menschen in Krisensituationen verschiedener Arten. Zunächst bieten wir der betreffenden Person einen geschützten Rahmen dadurch, dass die Station geschlossen ist. Dies wird zu Anfang oft beängstigend empfunden, ist aber bei im Raum stehender Selbstmordgefahr zunächst notwendig. Ist die Gefahr einer Selbstgefährdung ausgeschlossen, kann der Patient die Station in Absprache zu Therapien, zum Essen, zu Spaziergängen etc. verlassen.

Bei der Aufnahme des Patienten durch das Pflegepersonal wird ver-

sucht, diesen zu beruhigen und die Angst vor dem Aufenthalt in der Psychiatrie zu nehmen. Dies geschieht durch intensiven Kontakt und durch die Erhebung einer Pflegeanamnese, sofern der Patient sich dazu in der Lage sieht.

Neben einigen organisatorischen Dingen, erklärt der Aufnehmende die Abläufe auf der Station und zeigt dem Patienten die Station und das Zimmer. Wichtig ist uns hierbei, den Menschen in der Krise nicht zu überfordern. Reicht ihm zunächst ein Gespräch und er will dann am liebsten seine Ruhe haben, wird dies von uns akzeptiert. Es folgt dann meist die Aufnahme durch den Stationsarzt. Eventuell wird der Arzt Medikamente ansetzen, die den Patienten unterstützen können, mit der Krise fertigzuwerden.

Eine Krisenintervention auf unserer Station dauert in der Regel nicht länger als zwölf Tage. Sie beinhaltet Krisengespräche mit Ärzten, Psychologen und dem Pflegepersonal. Eine Sozialarbeiterin hilft in eventuell ungeklärten sozialen Fällen und informiert über Kontaktadressen im Hinblick auf die Nachsorge.

Folgende Therapien werden bei uns angeboten: Ergo- und Sporttherapie, verschiedene Gesprächsgruppen und Gedächtnistraining. Die Psychologin bietet außerdem eine Gruppe an, die den Umgang mit der Krankheit behandelt.

Bei einer Krise im Rahmen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kommt unser Borderlinekonzept zur Anwendung.

Krisenintervention bei Borderline-Patienten

Diese umfasst 2 Stufen, wobei Stufe 1 die eigentliche Krisenintervention ist.

Stufe ①:
Das Team der I-West trifft mit dem Patienten eine Behandlungsvereinbarung.

Diese beinhaltet den Hinweis auf das Pflichttherapieprogramm und Möglichkeiten zum Spannungsabbau. Außerdem werden ein Arzt- und ein Psychologengespräch pro Woche angeboten. Der Patient verpflichtet sich, ein Befindlichkeitsprotokoll zu führen. In der Regel wird der Entlassungstermin schon in der Vereinbarung festgelegt.

Stufe ②:
Vorbereitung zur weiterführenden spezifischen Therapie.

Das heißt, dass das Pflichttherapieprogramm umfangreicher sein wird und neue Ziele festgelegt werden (zum Beispiel Klärung der stationären Nachsorge, Anmeldung auf der Psychotherapiestation ...). Auch bei dieser Stufe ist die Aufenthaltsdauer begrenzt.

Abschließend ist zu sagen, dass bereits eine kurze Auszeit einen Menschen in der Krise entlasten kann, da er für diese Zeit Verantwortung abgeben kann und Raum hat sich zu orientieren.



ANGST ESSEN SEELE AUF

Frau T. hat mithilfe einer eineinhalb-jährigen Therapie auf der Psychosomatischen Station und in der Klinikambulanz aus ihrer Angststörung herausgefunden.

Ich treffe Frau T. zwei Jahre nach Abschluss der Psychotherapie. Die 30-Jährige zeigt stolz ein Foto ihres kleinen Sohnes auf dem Arm ihres Mannes. Sie sei sehr aufgeregt gewesen, noch einmal in die Klinik zu kommen. Erschreckend die Fenster im ersten Stock des Hauptgebäudes, wo sie vor vier Jahren „gelandet“ war, vollgepumpt mit Tabletten. Zu Hause habe sie eine so üble Panikattacke gehabt, dass die Mutter sie ins Städtische Krankenhaus brachte, von wo aus sie hierher geschickt worden war. Rotz und Wasser habe die Mutter geheult, weil sie hier eingesperrt war, sie selbst habe das aber gut gefunden. Sie habe einen eigenen Pfleger gehabt, der gefühlte 100 Stunden an ihrem Bett saß und auf sie aufpasste.

Wie alles anfang

Frau T.: Nach außen waren wir die „Familie Sonnenschein“, Papa, Mama, mein Bruder und ich. Meine Eltern haben viel gestritten, sind fremdgegangen. Ich war in der Pubertät, hatte genug mit mir selbst zu tun. Darauf konnte ich mich aber nicht konzentrieren, hatte Angst, dass zu Hause was passiert. Musste mir die Stories meiner Eltern anhören, gleichzeitig Richter und Beichtschwester sein. Nach der Scheidung kam der Rosenkrieg: ich zuerst zum Papa, dann zur Mama, dann sehr früh, mit 17, in eine eigene Wohnung. Zu der Zeit bemerkte ich, dass manchmal beim Einkaufen

mein Herz stark klopfte, dass ich Angst bekam, umzufallen. Ich habe das verdrängt. Als ich es dem Hausarzt erzählte, schickte er mich zu einem Therapeuten. Was sollte ich da? Ich meinte, es wäre etwas Körperliches, was der Hausarzt nicht versteht. Bin nur ein paar Mal hingegangen.

Bergab ...

Frau T.: Nachdem meine Oma gestorben ist, wurde es schlimmer. Da hatte ich endgültig keine Familie mehr. Immer öfter war es mir schwindelig. Ich konnte nicht mehr schlafen, hatte schreckliche Kopfschmerzen und Angst, an einer tödlichen Krankheit zu leiden, die niemand entdecken konnte. Ich bin von einem Facharzt zum Nächsten gepilgert. Habe allerhand Medikamente ausprobiert ohne große Besserung. Manchmal habe ich meinen Körper nicht mehr gespürt, hatte Angst zu sterben.

Ich hatte dann eine extreme Partyphase, habe auch viel Blödsinn gemacht, getrunken, gefeiert, hatte einen Schlangeneißwahn und viel Geld für Klamotten ausgegeben. Manchmal kam ich mit fünf Paar Schuhen nach Hause ...

Dazu kam der Streit mit meinem Freund. Damals habe ich noch gedacht, alles sei perfekt – in Wirklichkeit haben wir null zusammengepasst. Er hatte sein Studium, seine Kumpel und seinen Fußball – ich habe geputzt, geshoppt und jeden Tag Überstunden gemacht. Je mehr wir uns stritten, desto krasser waren die Panikattacken. Da musste schon manchmal der Notarzt kommen.

Aus der Krankenakte:

Frau T. kommt wegen starker Unruhezustände, Schlafstörungen, phobischer Ängste und somatischer Beschwerden, hinter denen sie eine tödliche Erkrankung vermutet, auf die Krisenstation. Von dort wird sie kurzfristig auf die Psychosomatische Station verlegt. Die Behandlung dauert etwa drei Monate: in der beschützenden und fördernden Umgebung kommt sie allmählich zur Ruhe. Die haltgebende therapeutische Gemeinschaft und das strukturierte Wochenprogramm mit Bewegung sowie Kreativ- und Gruppentherapie geben Impulse zur Entspannung, Ressourcenförderung und Krankheitsbewältigung. Frau T. übt ihre Ängste auszuhalten und sich zu beruhigen, weniger zu vermeiden, ihren Bewegungsraum zu vergrößern. In der tiefenpsychologischen Therapie arbeitet sie an Verlusten und Enttäuschungen; an ihrer (zu) frühen Verantwortung, an ihrem verdrängten Zorn und den noch tiefer sitzenden Bedürfnissen nach Beschützt- und Versorgt-Werden. An die stationäre Behandlung schließt sich eine circa einjährige ambulante Therapie in der Psychiatrischen Institutsambulanz an.

Hilfe!

Frau T.: Ich habe eine Engelthal-Kiste, da drin sind Fotos von Ausflügen mit Mitpatienten, Bilder die ich im Atelier gemalt habe, Arbeitsblätter, mein kleiner Notfallkoffer. Nach den Einzelsitzungen hab ich mir Sachen aufgeschrieben ... Vorher hatte ich immer geduscht und mich zurechtgemacht, man will ja gut aussehen – hinterher war ich meistens verheult und verschwitzt, da ging gar nichts mehr.

Ich habe Sachen geschafft, weil ich den Rückhalt der Therapeuten hatte: im Speisesaal mit 100 Leuten zu essen, über ein riesiges Feld zu laufen. Gehätschelt werden tut zwar gut, hilft aber wenig. Ich glaube man muss einen Therapeuten finden, der zu einem passt. Manchmal hat es wehgetan, Sachen zu erkennen. Ich habe mich zum Beispiel von meinem Freund getrennt. Wir hatten eine Familienaufstellung gemacht – mein Freund kam darin nicht mal vor. Das hat mich so geschockt, dass ich drei Tage mit Tavor (starkes Beruhigungsmittel) im Bett lag. Nach einem Jahr sind wir doch wieder zusammengekommen. Wir hatten beide zu uns selbst gefunden und gemerkt, was wir brauchen. Wir haben jetzt viel mehr Mut miteinander, lachen viel. Und dann ist da unser Sohn ... Wenn ich sehe, wie er mit ihm umgeht, dann merke ich, wie sehr ich mir selbst so einen Papa gewünscht hätte. Optimal. Mein eigener Vater existiert gar nicht mehr für mich – um Unterhalt zu sparen hat er behauptet, ich sei nicht seine Tochter. Der Test bewies das Gegenteil, aber für mich ist er nur noch der Erzeuger.

Liste von Frau T. – „Vor was ich mich fürchte“:

- dass jeder Hautfleck einen Tumor, jeder schnelle Herzschlag einen Herzinfarkt ankündigt
- vor dem Umfallen
- vor Streit mit meiner Mutter oder meinem Freund
- dass meine Restfamilie zerbricht
- dass meine Katze stirbt
- dass ich meinen Arbeitsplatz verliere

- dass ich meine Angstgefühle nicht mehr losbekomme und mir dadurch mein ganzes Leben kaputt mache

Was bleibt?!

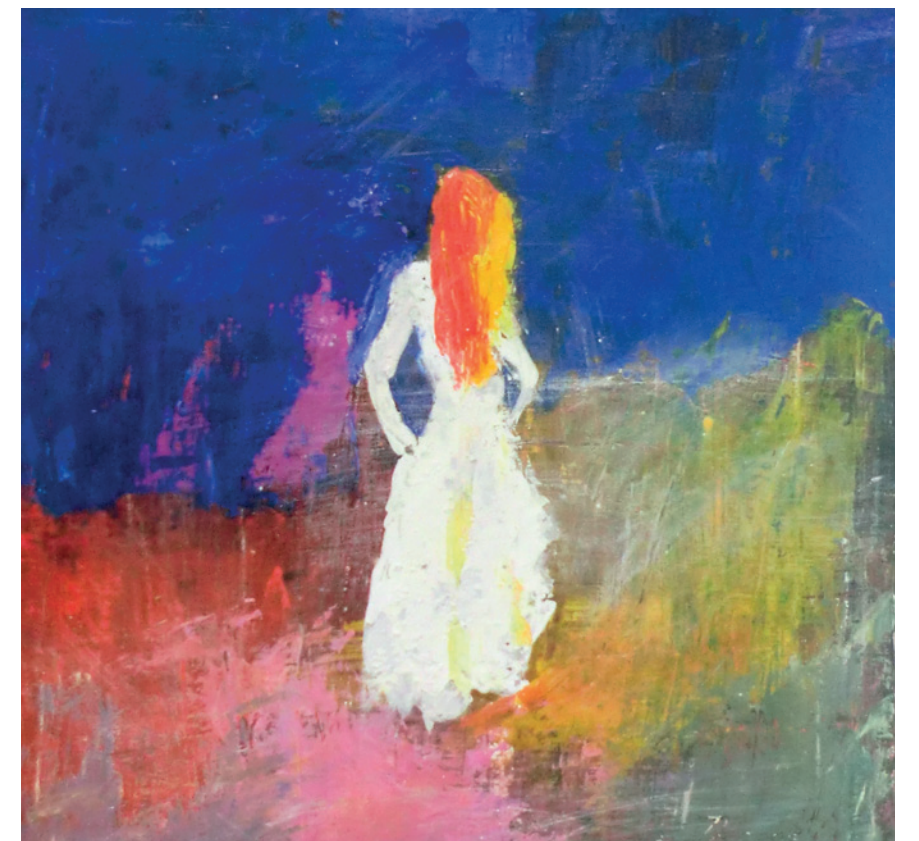
Frau T.: Mit meinem Sohn komme ich manchmal in Situationen, in denen ich ängstlich bin. Wenn ich z.B. daran denke, dass er in den Kindergarten kommt, ich ihn loslassen muss. Wenn mir beim Fasching 1000 Kinder ins Ohr schreien. Dann gehe ich innerlich eine Checkliste durch: Hab ich genug getrunken und gegessen, kann ich hier raus? Es gibt manchmal Alltagssituationen, die unangenehm sind, in denen ich unruhig werde. Das dauert zwei

Sekunden. Ich atme durch, denke „es ist gar nicht so schlimm“. Ich kann meine Grenzen besser einhalten, kann mit meinen Sorgen um meine Mutter, die eine Depression hat, umgehen.

Es klingt wahrscheinlich komisch, aber ich bin froh, dass ich das alles durchgemacht habe. Ich bin empfindsamer, merke mehr was mir mein Unterbewusstsein sagt. Ich habe vieles über mich gelernt, habe vieles verarbeiten können. Ich habe mich sehr verändert, sehe die Welt positiver, achte mehr auf die schönen Dinge.

Künstlerin: Karin Grimm
Foto: Radka Nickel

„Mädchen“



WAS MIR GEHOLFEN HAT

Frau S. (70 Jahre, seit Jahren wiederkehrende Depressionen) ...

Ich laufe, ohne mich zu überfordern, zügig mindestens 1,5 Stunden in der Natur. Dabei versuche ich die Umgebung wahrzunehmen. Dann konzentriere ich mich auf meinen Atem. Ich atme tief ein und aus im Rhythmus meines Gehens. Beim Einatmen stelle ich mir vor, wie Gesundes in mich hineinströmt. Beim Ausatmen, dass mich mit jedem Atemstoß ein Teil des mich Quälenden verlässt ... Generell geht es mir besser, wenn ich mich aus der Lethargie lösen und tätig werden kann. Leider gelingt das oft nur durch mühsame Kämpfe.

Ich male auf einem großen Blatt Zeichenpapier mit Pastellkreide. Dabei habe ich keine konkrete Vorstellung über das Bild. Ich spiele mit den Farben, indem ich sie beliebig auf das Blatt verteile und mit den Fingern verreise. Dieses langsame Verreiben hat für mich eine beruhigende Wirkung. Ich konzentriere mich ganz auf das Malen, lasse die Farben ineinanderfließen. Meistens entdecke ich etwas von meinem inneren Zustand, was ich durch diesen Prozess ausgedrückt habe.

Frau G. (40 Jahre, Trauma) ...

Der Notfallkoffer, so banal es klingt. Übers Riechen und Schmecken, wenn meine Sinne ins Spiel kommen,

eigentlich über meinen Körper. Wenn mich jemand streicheln und sagen würde „nicht so schlimm“, das wäre kontraproduktiv.

Frau T. (60 Jahre, Burn-out – arbeitet mit Behinderten) ...

Gespräche und Rollenspiele haben mir einen Rückhalt gegeben. Ich habe daraus mitgenommen, dass ich mehr an mich denken darf und muss. Immer wieder

gab es bedrohliche Situationen mit Gewalt durch meine Betreuten – vom Arbeitgeber kam keine Hilfe. Jetzt weiß ich, das ist nicht normal. Ich will nicht mehr Prellbock sein – wenn das noch mal passiert, bin ich draußen.

Herr L. (66 Jahre, Depression) ...

Die Klinik, die Therapeuten, die mir sagten, ich müsste mich von einigen Dingen trennen, mit de-

nen ich überfordert bin. Spazieren im Wald, da menscht es nicht. Ich lasse die Natur auf mich wirken, wenn ich zu viel denke.

Frau H. (75 Jahre, bipolare Erkrankung) ...

Krank sein zu dürfen (zulassen dürfen, dass ich nicht kann) ... Gespräche mit den Mitpatienten (zu sehen: mir geht es nicht alleine so) ... Mir Zeit lassen zu dürfen (den Druck

ablegen zu dürfen: Ich muss so bald wie möglich wieder funktionieren) ... Dass mir von verschiedenen Therapeuten Mut zugesprochen wurde: Wir schaffen das (ich muss es nicht alleine schaffen).

Frau B. (75 Jahre, Altersdepression) ...
Mir alles von der Seele

schreiben, es ist ja nicht immer jemand da, mit dem ich sprechen kann.

Herr M. L. (61 Jahre, Schmerzpatient) ...

Die Kunsttherapie hat mir zweierlei gebracht: Zum einen lernte ich bei der Arbeit mit Specksteinen verschiedener Härte Grenzerfahrungen und zum anderen fand ich hier den Weg zum Malen. Etwas, was mir zwischenzeitlich solche Freude bereitet, dass ich es nicht mehr missen möchte. Und dabei hätte ich fast nach dem ersten Versuch Farbkasten und Malpinsel wieder in die Ecke gestellt, weil mich das Ergebnis alles andere als befriedigt hat. Im Nachhinein betrachtet hat dieser Prozess bei der Arbeit mit den Specksteinen begonnen. Mit den Schichten, die ich abtrug öffnete sich mein Inneres mehr und mehr, mein imaginärer

Panzer brach auf und ich fing wieder an, Gefühle zuzulassen. Einfach verblüffend. Und je länger ich mich mit der Materie beschäftigte, umso freier fühlte ich mich. Eine weitere Erfahrung: Die Stunden in der Kunsttherapie trugen dazu bei, dass ich mich von meinem Schmerz distanzieren konnte.

In der Zwischenzeit macht das Malen von Mal zu Mal mehr Spaß und wird mich bei der Fortsetzung immer daran erinnern, dass die Einlassung auf die Kunsttherapie für mich persönlich der wichtigste Baustein war, meine bisher größte Lebenskrise zu meistern. Ich habe in der Kunsttherapie meinen inneren Frieden gefunden ...



„Beim Malen inneren Frieden gefunden“

Künstler/Foto: M. L.

Frau K. (56 Jahre, Lebenskrise nach Tod der Mutter) ...

Mein Mut, mir Hilfe und Therapie zu holen, obwohl so etwas – besonders die Psychiatrie – in meinem Umfeld noch einen schlech-

ten Ruf hat. Ich würde allen raten, in eine Gruppentherapie zu gehen, da kriegst du einen Spiegel vorgehalten. Ich bin jedes Mal erstaunt, was die alles bei mir auslöst.

Herr V. (34 Jahre, Zwangsstörung) ...

Zwei bis dreiwöchentliche Gespräche mit meiner Psychologin und meiner Ärztin hier in der Ambulanz. Sicher auch die

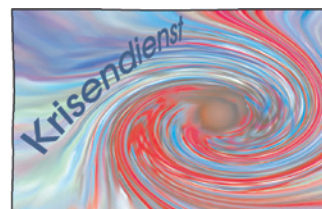
Medikamente, Ablenkung durch meine Hobbys und meine Arbeit. Die ist ganz wichtig, gibt mir Struktur. Ohne die Arbeit hätte ich ein ernstes Problem.

Herr E. (50 Jahre, schwerer Unfall mit Koma) ...

Kollegen und Freunde – sie

haben mir Zuversicht gegeben. Das war der entscheidende Punkt.

KRISENDIENST MITTELFRANKEN – EINE ANLAUFSTELLE FÜR MENSCHEN IN SEELISCHEN NOTLAGEN



Krisen über Krisen

Krisen sind allgegenwärtig. Kaum eine Nachrichtensendung ohne Krise und selten eine Tageszeitung ohne Krisenschlagzeilen. Krisen sind vielfältig. Die Eurokrise ist vielleicht schon chronisch und Krisen in den politischen Parteien sind austauschbar. Die Vertreter der Finanzwirtschaft scheinen erneut zu vergessen, dass Krisen auch Chancen bedeuten können und der Tiefpunkt auch zum Wendepunkt werden kann – wenn man es will.

Und dann gibt es natürlich noch die sportlichen Krisen mit einer fast schon inflationären Verwendung des Krisenbegriffs. Eine kleine Niederlagenserie im Max-Morlock-Stadion reicht aus und der Krisennotstand wird ausgerufen. Etwas weiter westlich erleben nun auch aktuell die „Unaufsteigbaren“ im Ronhof typische Krisensymptome: Ratlosigkeit, Anspannung und Überforderung. Die lang erprobten Lösungsmöglichkeiten funktionieren nicht mehr.

Klar, es gibt Schlimmeres! Die „richtigen“ Krisen erleben u.a. Mitarbeiter in Sozialpsychiatrischen Diensten, Kliniken, therapeutischen Praxen und im Krisendienst tagtäglich. Alltägliche Belastungen und schwierige Lebenslagen, seelische Ausnahmesituationen und existenzielle Notlagen, psychische Erkrankungen und traumatische Lebensereignisse können, müssen aber nicht in Krisen münden.

Jeder Dritte gerät einmal im Leben in eine existenzielle Krisensituation!

Krisen können jeden treffen, unabhängig von Auslöser, Geschlecht, Al-

ter oder sozialem Status. Wenn die eigenen Kräfte nicht mehr ausreichen, die bisherigen Bewältigungsmechanismen nicht mehr greifen, wenn Gefühle von Angst, Hoffnungs- und Ausweglosigkeit überhandnehmen, brauchen Menschen professionelle Unterstützung. **Sofort. Verbindlich. Zuverlässig.** Bevor es zu spät ist.

Krisen halten sich an keine Sprechzeiten

Der Krisendienst Mittelfranken mit Standort in Nürnberg wurde im Januar 1998 als zentrale Anlaufstelle für Menschen in seelischen Notlagen eröffnet und ist für alle Bürgerinnen und Bürger im gesamten Bezirk Mittelfranken zuständig. Die Einrichtung ist eine wesentliche Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Hilfe. Sie stellt eine spezifische Ergänzung zum sonstigen Regelversorgungsangebot dar und ist zugleich die so wichtige „Eingangstür“ ins Hilfsystem.

Erfahrungsgemäß treten psychische Ausnahmesituationen nicht nur zu den üblichen Büro- und Praxiszeiten auf, sondern ereignen sich zu jeder Tages- und Nachtzeit. Ziel ist es deshalb, den Betroffenen schnelle und unbürokratische Hilfe außerhalb der üblichen Sprechzeiten anzubieten.

Menschen in Krisen

„Ich habe keine Kraft mehr“ und „Mir wird alles zu viel“. So oder so ähnlich beginnen manchmal die Beratungsgespräche im Krisendienst. Die Hintergründe sind sehr unterschiedlich, wie die folgenden Fallbeispiele zeigen:

Sonntag, 19.30 Uhr, Anruf. Nur sehr zögerlich und leise meldet sich ein junger Mann, spricht davon psychische Probleme zu haben. Er wisse nicht mehr weiter und äußert Gedanken, sich etwas anzutun.

Dienstag, 23.00 Uhr, verzweifelter Anruf einer Frau. Sie habe ihre weinende und hilflose Nachbarin bei sich aufgenommen. Deren familiären Probleme drohen zu eskalieren, sie möchte nicht mehr in die eigene Wohnung zurück.

Freitag, 18.00 Uhr, Besuch einer psychisch kranken Frau. Sie gibt an, depressiv zu sein. Unruhig berichtet sie über zunehmende Angstgefühle. Sie weiss nicht, wie sie das anstehende Wochenende überstehen soll.

Samstag, 11.00 Uhr, anonymen Anruf eines alkoholkranken Mannes. Er habe gestern seinen Arbeitsplatz verloren, spricht über seine finanziellen Probleme und befürchtet rückfällig zu werden.

Immer noch Samstag, 21.00 Uhr, es erscheint ein älteres Ehepaar. Sie sind in Sorge um ihren an Schizophrenie erkrankten Sohn. Er möchte nicht mehr in die Wohnung zurück und fühlt sich bedroht.

Jede Krise ist anders

Es ist normal, verschieden zu sein. Krisen sind unterschiedlich, dementsprechend sind auch die Umgangsmöglichkeiten und Interventionen verschiedenartig. Der Krisendienst orientiert sich am subjektiven Krisenverständnis.

Jede/-r Hilfesuchende, direkt Betroffene aber auch deren Bezugspersonen, definiert seine Notsituation selbst und kann sich zunächst unabhängig vom Problemhintergrund an die Einrichtung wenden. Beim Erst-

gespräch werden dann Dringlichkeit, Zuständigkeit und Hilfsmöglichkeiten abgeklärt.

Die Mitarbeiter leisten also „Erste Hilfe“ und in den meisten Beratungen kann eine deutliche Deeskalation erzielt werden. Die Menschen werden entlastet und stabilisiert, die Situation wird versteh- und überschaubar, Selbsthilfsmöglichkeiten werden aktiviert und erste Lösungsansätze entwickelt.

Der Dienst sieht seine Aufgabe primär in der akuten Intervention. Danach wird der Klient nach Möglichkeit in bestehende Beratungs- oder Nachsorgestrukturen vermittelt. Der Krisendienst ist öffentlich und unmittelbar zugänglich. Die Hilfeleistungen sind kostenfrei, auf Wunsch anonym und unterliegen der Schweigepflicht.

Neben der telefonischen Beratung und dem persönlichen Gespräch in den Büroräumen verfügt der Krisendienst über einen mobilen Dienst, um im Notfall auch Hausbesuche anbieten zu können.

Krisenhelfer

In der Einrichtung sind Fachkräfte verschiedener Berufsgruppen (u.a. Sozialpädagogen, Psychologen, Krankenpfleger) tätig. Die Zentrale in Nürnberg ist zu den Öffnungszeiten mit vier Personen besetzt, dort finden auch die persönlichen Gespräche statt. Außerdem gibt es noch acht weitere Mitarbeiter in Rufbereitschaft, die außerhalb von Nürnberg und Fürth die Hausbesuche durchführen und damit eine flächendeckende Krisenintervention ermöglichen.

Insgesamt arbeiten im Krisendienst circa 60 Mitarbeiter. Die fünf Hauptamtlichen (vier Vollzeitstellen) übernehmen die zentrale Steuerung in Nürnberg und werden von circa 55 fachlich gut qualifizierten Honorarkräften unterstützt.

Kein Krisendienst kann alleine existieren. Zuverlässige, möglichst verbindliche Kooperationen mit den wich-

tigsten Akteuren im Versorgungsnetz sind zwingend erforderlich. Dazu gehören neben den psychiatrischen Kliniken und Ambulanzen insbesondere die Sozialpsychiatrischen Dienste, aber auch die Zusammenarbeit mit der Polizei, den Rettungsdiensten, therapeutischen und ärztlichen Praxen sowie vielen anderen Einrichtungen im psychosozialen Hilfsystem.

Alle Menschen können in seelische Ausnahmesituationen geraten – auch Menschen ausländischer Herkunft, die seit einiger Zeit in Deutschland leben. Deutschsprachige Fachkräfte kommen insbesondere im Bereich der Krisenintervention an ihre sprachlichen und kulturellen Grenzen. Deshalb wird seit einigen Jahren auch Krisenhilfe in russischer und türkischer Sprache angeboten.

Wunschlos glücklich? Nein, nicht ganz.

Wir sind natürlich sehr froh über die Finanzierung durch den Bezirk Mittelfranken und die Stadt Nürnberg. Auch oder besonders in Krisenzeiten sehen die Kostenträger die Notwendigkeit den Krisendienst Mittelfranken finanziell zu unterstützen.

Wir haben aber weitere Ideen, um die ambulante Krisenversorgung zu verbessern. Krisenbetten für Menschen in seelischen Notlagen wären sinnvoll und auch die Ausweitung der Öffnungszeiten wird sowohl von Klienten als auch Kooperationspartnern immer wieder angesprochen. In Verbindung damit hoffen wir auf ein bayerisches Psychiatriehilfegesetz, welches das bestehende Unterbringungsgesetz ablöst.

Zudem wird seit einigen Monaten das bundesweit nicht unumstrittene Modell der Integrierten Versorgung für psychisch kranke Menschen diskutiert. Der Trägerverein des Krisendienstes Mittelfranken hat sich entschlossen in Kooperation mit der Frankenalb-Klinik Engelthal an einer Ausschreibung der AOK Bayern teilzunehmen.

Und dann gibt es noch ein schon traditionelles, aber sehr einfaches Anliegen, welches sogar ohne zusätzliche finanzielle Hilfen umsetzbar ist.

Jeder Patient sollte bei der Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik – egal ob in Ansbach, Engelthal, Erlangen oder Nürnberg – über den Krisendienst Mittelfranken informiert werden.

Nur wer diesen Dienst kennt, kann ihn im Notfall auch nutzen. Im Idealfall braucht man diese Notrufnummer nie. **Im Krisenfall ist jeder Mensch froh, kurzfristig eine professionelle, gut erreichbare Einrichtung kontaktieren zu können. Telefonisch, persönlich im Krisendienst und durch Hausbesuche – kostenfrei und unbürokratisch – abends und an Wochenenden – 365 Tage im Jahr. 2012 haben dies circa 3200 Menschen in ungefähr 8200 Gesprächen getan.**

KONTAKT:

Krisendienst Mittelfranken
Hessestraße 10, 90443 Nürnberg
Tel.: 0911 424855-0
Fax.: 0911 424855-8

Tel.: 0911 424855-20
(Krisenhilfe in Russisch)

Tel.: 0911 424855-60
(Krisenhilfe in Türkisch)

info@krisendienst-mittelfranken.de
www.krisendienst-mittelfranken.de

ÖFFNUNGSZEITEN:

Montag–Donnerstag: 18.00–24.00 Uhr
Freitag: 16.00–24.00 Uhr
Samstag, Sonntag und an Feiertagen: 10.00–24.00 Uhr

GESPRÄCH MIT DEM SEELSORGER DER KLINIK

Pfarrer Matthias Binder freut sich: Von seinem evangelischen Dekanat wurde ab 2013 seine Zeit für die Frankenalb-Klinik aufgestockt. Denn er hält Seelsorge für eine gute und wichtige Möglichkeit, Menschen in Krisenzeiten zu begleiten. Zwei Geistliche gehen in der Frankenalb-Klinik ein und aus: Pfarrer Matthias Binder und sein katholischer Kollege Hermann Plank aus Leinburg, der jeden Freitag um 18.00 Uhr zur Messe in der Kapelle der Klinik einlädt. Die Seelsorge leistet in erster Linie Pfarrer Binder.

Seit sechs Jahren teilt sich Matthias Binder mit seiner Ehefrau Elke die Pfarrstelle in Engelthal. Als gelernter Klinik-Seelsorger hat er dabei den Part übernommen, sich um die Patienten der Bezirksklinik zu kümmern. Unterstützung erhält der Pfarrer bei seiner seelsorgerischen Arbeit in der Klinik vom Besuchsdienstkreis. Gebildet wird dieser derzeit von einer hauptamtlichen Psychologin der Klinik, Frau Kindl, und vier ehrenamtlich tätigen Frauen: darunter sind beispielsweise eine Praktikantin sowie eine Servicekraft im Ruhestand. Sie sind auf drei der Stationen unterwegs und kümmern sich um die Patienten. Diese Mitarbeiterinnen sind vor allem in der Gerontopsychiatrie tätig. „Ältere Menschen zu besuchen ist meistens das Dankbarste. Die Leute wissen das anders zu schätzen“, sagt Binder. Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen nehmen den Dienst seltener in Anspruch. Diese stünden schon untereinander mehr im Gespräch. Somit nutzt der Besuchsdienst einen der natürlichsten Wege, mit Krisen umzugehen: mit

anderen, möglichst verständnisvoll, über die neue schwierige Situation zu reden.

Die Mitglieder des Besuchsdienstes und Pfarrer Binder treffen sich einmal im Monat. Dann werden Erfahrungen ausgetauscht, die Laienhelfer berichten anonymisiert, was sie erlebt haben und tragen offene Fragen in die Runde weiter. Manchmal habe man sich gefragt: Ist überhaupt ein Bedarf da? In jüngster Zeit allerdings ist die Nachfrage nach Seelsorge gestiegen, berichtet der Pfarrer.



Wie finden Patienten und der hauptamtliche Seelsorger Binder zueinander? Häufig wird er vor oder nach dem Gottesdienst angesprochen. „Im Idealfall empfiehlt es das Personal dem Patienten und der nimmt es von sich aus in die Hand“, beschreibt der Seelsorger die einfachste und verlässlichste Form der Kontaktaufnahme. Er freut sich aber auch, dass oft die Pflegekräfte sich um die Vermittlung kümmern.

Bei seinen Gottesdiensten, die Matthias Binder immer donnerstags um 18 Uhr hält, hat er ebenfalls Unterstützung aus dem Haus. Aus „Ehemaligen“ hat sich ein kleines Gottesdienst-Team gebildet. Aber auch aktuelle Patienten machen mit, indem sie Mesneraufgaben mit übernehmen.

10 bis 16 Patienten kommen jedes Mal, wobei die Klientel seit Binders Amtsantritt im Durchschnitt jünger geworden ist.

Schauplatz der Gottesdienste, die im Wechsel als Abendmahls- oder Segnungsgottesdienste gehalten werden, ist die Kapelle. Mit ihrer schneckenförmigen Möblierung ist sie „ein Rückzugsort, an dem man sich verkriechen kann“, sagt Binder. Manche würden die Schneckenform auch als Symbol für Unendlichkeit betrachten. Ein Ort, an dem Pfarrer Binder in vertrauter Atmosphäre mit Patienten arbeiten kann, ist die Sakristei. „Es kann schon mal vorkommen, dass hier eine Beichte stattfindet“ – oder nicht bewältigte Trauer aufgearbeitet wird. Manchmal gehe es auch um die Frage, wo Gott jetzt ist. Gerade für gläubige Menschen kann es eine große Belastung sein, dass ihnen Gott sehr fern vorkommt. Aber nicht immer geht es um Glaubensdinge. Oft geht es einfach darum, in der Krise mit einem Menschen unter vier Augen sprechen zu können, der dem Seelsorgegeheimnis verpflichtet ist.

Seit sein zeitliches Stundenkontingent für die Frankenalb-Klinik aufgestockt wurde, kann Binder drei neue Angebote im Haus machen. Eine Meditationsgruppe findet sich an den Dienstagabenden in der Kapelle zusammen. Manche nutzen den Schutz der Gemeinschaft, in der Stille das Erlebte loszulassen und in der Gegenwart Gottes nur da zu sein. Andere betrachten in dieser Zeit gezielt einen Bibelvers, wieder andere meditieren über einen Satz eines Weisheitslehrers der Menschheit.

... dass wir aus der Flut
dass wir aus der Löwengrube und dem feurigen Ofen
immer versehrter und immer heiler
stets von neuem
zu uns selbst
entlassen werden

aus dem Gedicht „Bitte“ von Hilde Domin

Auf einer Station entwickelt sich ein Gesprächskreis; die hier teilnehmen, machen sich Gedanken zu Lebensfragen aus philosophisch-theologischer Sicht. Die beschützte gerontopsychiatrische Station besucht der Pfarrer dagegen wöchentlich mit seinem Akkordeon und einem Rucksack voller Gesangbücher. Weil die altvertrauten Lieder oft tief in die Seele eines Men-

schen wirken, wird das Angebot immer gern angenommen. Hier können demente und nichtdemente Menschen gemeinsam teilnehmen.

Neben viel Zeit für die Patienten wünscht sich Pfarrer Matthias Binder aktuell noch etwas: „Ich würde mich freuen über neue Leute im Besuchskreis.“

Seelsorge an der
Frankenalb-Klinik Engelthal:

Evangelisch: Pfarrer Matthias
Binder, Telefon 09158 254

Katholisch: Pfarrer Hermann
Plank, Telefon 09120 271

Künstlerin: Karin Grimm, Foto: Radka Nickel

„Ostsee“



PSYCHOSOZIALE NOTFALLVERSORGUNG (PSNV)

Die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) bietet eine kompetente, kurzfristige Begleitung und Betreuung von Menschen in akuten Krisensituationen an. Die Alarmierung erfolgt durch die Integrierte Leitstelle in Nürnberg.

Einsatzanlässe können sein:

Not- oder Unglücksfälle (z.B. erfolglose Reanimation, plötzlicher Säuglingstod, Betreuung von Angehörigen nach einer Selbsttötung etc.), schwere Verkehrsunfälle oder Gewalttaten.

Die Aufgabe der PSNV besteht in der Begleitung und Betreuung im geschützten Rahmen (für den Betroffenen da sein) sowie in der Aktivierung des sozialen Netzes und der Vermittlung an weiterführende Hilfen im Bedarfsfall.

Die Kriseninterventionshelfer werden über einen Grundlagen-Lehrgang mit 16 Unterrichtseinheiten sowie einem darauf aufbauenden Aufbau-Lehrgang mit 80 Unterrichtseinheiten qualifiziert. Anschließend erfolgt eine Hospitation bei einem erfahrenen Kriseninterventionshelfer.

Das Bayerische Rote Kreuz (BRK), das derzeit gemeinsam mit der evangelischen und der katholischen Notfallseelsorge ein landkreisweites System in der Psychosozialen Notfallversorgung aufbaut und unterhält, plant für den Spätherbst 2013 die Durchführung eines Aufbau-Lehrganges, um weitere Helfer für diesen Dienst qualifizieren zu können.

Der Chefarzt der Frankenalb-Klinik Engelthal, PD Dr. med. Thomas Kraus sowie der Oberarzt Otmar Reichenbach haben im Jahr 2012 die fachliche Leitung der Psychosozialen Notfallversorgung für die Bereitschaften

des BRK im Landkreis Nürnberger Land übernommen und unterstützen tatkräftig die Ausbildung der ehrenamtlich tätigen Kriseninterventionshelfer sowie den Aufbau der PSNV im Nürnberger Land.

Auch in logistischen Angelegenheiten erfährt die Psychosoziale Notfallversorgung im BRK große Unterstützung durch die Frankenalb-Klinik Engelthal – sei es durch die Nutzungsmöglichkeit von Schulungsräumen für die Ausbildung durch die fachliche Unterstützung und Anleitung der fachlichen Leiter wie auch durch die Durchführung von regelmäßigen Supervisionen, um die Psychohygiene für die Kriseninterventionshelfer sicherzustellen.

Kurze Falldarstellung:

An einem meiner freien Tage, es war ein Donnerstag morgens um 7.30 Uhr, wurde ich von der Leitstelle zu einem Einsatz gerufen. Ein Mann in den Mittvierzigern, wurde von seiner Lebensgefährtin, die hochschwanger war, tot im Bett aufgefunden. Vermutlich war die Ursache ein schwerer Herzinfarkt.

Als ich vor Ort eintraf, fand ich eine völlig aufgelöste Lebensgefährtin vor, die laut schluchzend und weinend nur „Warum, warum“ stammelte. Später trafen dann auch noch die Eltern des Verstorbenen ein – auch sie natürlich völlig ratlos, traurig und verzweifelt.

Es gelang mir, die Angehörigen durch Zuhören, da sein und Beistand in einer schweren Krise so weit zu stabilisieren, dass sie sich der Realität stellen konnten und wieder besser in der Lage waren, die nun notwendigen Angelegenheiten und Formalitäten gemeinsam zu meistern.



NACH DEM SPIEL IST VOR DEM SPIEL – BETRACHTUNGEN ÜBER FUSSBALL



Während der Mittagspausen der Mitarbeiter unserer Klinik ist einer netten Kollegin vom Psychologischen Dienst aufgefallen, dass sehr häufig Fußball ein Thema ist, das für Aufregung, aber auch für Heiterkeit sorgt. Bedingt durch die Verknüpfungen dieser Sportart mit dem Alltag, mit dem sonstigen Zeitgeschehen oder einfach nur als Ablenkung vom Arbeitsstress. Aus dieser Beobachtung ist die Idee entstanden, eigene oder ausgeliehene (aber nicht gestohlene) Gedanken über Fußball, unter besonderer Berücksichtigung der Entwicklung der prominentesten fränkischen Mannschaften, nämlich des 1. FC Nürnberg und der SpVgg Greuther Fürth zu Papier zu bringen.

Wie schnelllebig Fußball sein kann, erkennt man bereits daran, dass vor drei Monaten, als ich über diesen Artikel erstmals nachdachte, sowohl der Club als auch die Fürther noch jeweils einen anderen Trainer hatten als jetzt. Der Weggang Dieter Heckings von Nürnberg und seine nahtlose Verpflichtung beim VfL Wolfsburg schockierte für einen kurzen Moment die Fußballwelt. Es erinnerte uns daran, was wir gerne verdrängen, wenn wir Fußballspiele ansehen, nämlich, dass es sich um ein knallhartes Geschäft handelt, wobei Geld die wichtigste Rolle spielt.

Dennoch bin ich der Meinung, dass in der Historie des 1. FC Nürnberg der freiwillige Wechsel eines Trainers sich eher gut macht und im Nachhinein eine positive Entwicklung darstellt. Die meisten Trainer (in den letzten 20 Jahren) wurden wegen Erfolglosigkeit vom Hof gejagt. Viel erstaunlicher ist es, dass bereits nach wenigen, eher vielversprechenden

Spiele unter dem neuen Trainer, sein Nachfolger im Gespräch ist und dieser ist kein geringerer als der große Huub Stevens. Wenn sich der Club einen so prominenten Trainer leisten kann, dann müssen auf alle Clubfans sonnige Tage warten, weil Stevens wahrscheinlich noch ein Dutzend mindestens so prominente Spieler mitbringen wird, um aus dem Club eine Spitzenmannschaft zu zaubern. Ich bin allerdings gespannt, ob sich diese Aussichten auf den jetzigen Trainer und auf den jetzigen Spielerkader (die dann wohl allesamt gehen müssen) motivierend auswirken. Wenn das so kommen sollte, wäre dies ein Paradebeispiel für eine paradoxe Intervention und das Management des Clubs hätte einen Preis verdient.

Die vorzeitige Entlassung des Trainers der Fürther, Mike Büskens, kam auch überraschend. Es sah bereits danach aus, dass sich die Spielvereinigung mit dem Abstieg aus der Bundesliga abgefunden hatte, was sehr schade gewesen wäre. Außerdem war Büskens der Trainer, der den Fürthern den lang ersehnten Aufstieg in die Erste Liga ermöglichte. Sodass er schwer denkmalverdächtig und unantastbar erschien, aber da sieht man, dass die Halbwertszeit der Denkmäler heutzutage deutlich geschrumpft ist.

Der neue Trainer muss allerdings ein Experte im Abstiegskampf sein. Angesichts der jetzigen Tabellensituation von Greuther Fürth, könnte nur eine Siegesserie der Mannschaft und ihren Fans wieder Hoffnung für den Klassenerhalt vermitteln.

Was mir allerdings große Sorgen bereitet, ist eine furchtbare Unsitte der

Trainer der Bundesliga (aber auch im internationalen Fußball). Sie toben während des Spiels immer wieder wie von der Tarantel gestochene Kolbende am Spielfeldrand. Schiedsrichter, gegnerische Trainer, Spieler, ja Gott und die ganze Welt werden beschimpft. Dabei entstehen Entgleisungen der Gesichtszüge, die kein Computerprogramm oder App schaffen würde. Die Trainer-Sportsfreunde vergessen leider, dass sie eine nicht unerhebliche Vorbildfunktion haben und ihr Verhalten auch auf die Stimmung der Spieler und auf die der Zuschauer abfärbt.

Was kann man von einem Fan aus der Ultra-Fraktion erwarten, wenn bereits der Trainer die Kontrolle über seine Emotionen verliert? Aber wer Kritik übt, soll auch Vorschläge parat haben, und die habe ich durchaus. Ich schlage vor, dass das Verhalten am Spielfeldrand Gegenstand der Trainerausbildung sein muss. Wenn ein Trainer sich danebenbenimmt, wird er mit Stadionverbot für mehrere Spiele bestraft und nicht nur höflich auf die Tribüne geschickt. Darüber hinaus sollte der Umgang der Berichterstattung über solches Benehmen der Trainer geändert werden. Ähnlich wie bisher erfolgreich bei der Berichterstattung über „Flitzer“ in den Stadien, sollen die Kameras die ausflippenden Trainer einfach ignorieren, sodass die Wohnzimmer der Fernsehzuschauer nicht mit solchen Bildern belästigt werden. Außerdem lenkt es die Spieler nur von ihrer Tätigkeit ab, wenn der eigene Trainer brüllend, gestikulierend und Grimassen ziehend durch die Gegend rennt.

Das waren meine Themen für heute. Auf Wunsch – Fortsetzung folgt.

Veranstaltungshinweise

➤ Vernissage im Klinikfoyer

28. Juni 2013, 19.00 Uhr

„Mixtum Compositum“ – Zweidimensionales in Acryl,
Mischtechnik, Metalloxidation & Edelmetall
von Wilhelm G. Hadam

Musikalisches Rahmenprogramm: Musikschule Lauf a. d. P.
Die Ausstellung dauert bis zum 19.08.2013.

➤ Engelthaler Symposium

10. Juli 2013, 17.00 Uhr

Sporthalle

Stress und Gene – Relevanz für psychische Erkrankungen
PhD Dr. med. Elisabeth Binder
Max-Planck-Institut für Psychiatrie München

Neurobiologische Grundlagen der Schizophrenie
Prof. Dr. rer. nat. Sibylle G. Schwab
Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik,
Universitätsklinikum Erlangen

➤ Angehörigengruppe der gerontopsychiatrischen Stationen

19. Oktober 2013, 14.30 Uhr

Raum 35 im Hauptgebäude

In Kooperation mit dem Bündnis gegen Depression
im Nürnberger Land. Pflegende Angehörige
werden über Depressionen informiert, mit dem
Schwerpunkt Prävention bei Pflegenden.

Weitere Termine nennt Ihnen gerne:
Irmgard Sauerland-Entorf, Telefon 09158 926-0

➤ Engelthaler Gespräche

6. November 2013, 18.00–19.30 Uhr
Sporthalle

„Danach ist nichts mehr, wie es war“
Traumaerlebnisse und ihre Folgen

In diesem Vortrag werden die Verarbeitung
traumatischer Ereignisse, mögliche daraus
resultierende Folgeerkrankungen sowie
deren spezifische Behandlungsmöglichkeiten
vorgestellt.

Referentinnen:

Barbara Windschall und Ursula Bierschenk
Psychologische Psychotherapeutinnen

➤ Weihnachtsbasar auf dem Klinikgelände

1. Dezember 2013, 13.00–16.30 Uhr

➤ VORANKÜNDIGUNG: Antidepressionsstag März 2014

in der Bertlein-Aula Lauf a. d. Pegnitz

Gemeinsame Veranstaltung der
Frankenalb-Klinik Engelthal und
des Bündnisses gegen Depression
Nürnberger Land

IMPRESSUM

Verantwortlich:
Frankenalb-Klinik Engelthal
Prof. Dr. Thomas Kraus
Reschenbergstraße 20
91238 Engelthal
Telefon 09158 926-0
Telefax 09158 926-3101
frankenalklinik@
bezirkskliniken-mfr.de

www.bezirkskliniken-mfr.de

Herausgeber:
Bezirkskliniken Mittelfranken
Feuchtwanger Straße 38
91522 Ansbach
Ansprechpartner:
Ressort Bildung und Kommunikation
Dr. Ariane Peine
Telefon 0981 4653-3005
pressestelle@bezirkskliniken-mfr.de

Koordination:
Susanne Jeschke

Redaktion:
Ursula Bierschenk, Julia Gollwitzer,
Susanne Jeschke, Prof. Dr. Thomas
Kraus, Susanne Rissmann, Christine
Schuster, Klaus Wenzel

Die Bezirkskliniken Mittelfranken sind das
Kommunalunternehmen des Bezirks Mittelfranken
Vorsitzender des Verwaltungsrates:
Bezirkstagspräsident Richard Bartsch
Vorstand: Helmut Nawratil

Gestaltung und Produktion:
Winkler Werbung
Werbeagentur GmbH
Albrecht-Dürer-Platz 4
90403 Nürnberg
Telefon 0911 204251
Telefax 0911 204255
info@winkler-werbung.de
www.winkler-werbung.de

Druck:
Druckerei Carl Hessel GmbH