

## Brauchen wir eine eigene „Betriebssprache“ für die Psychiatrie?

### Do we Need our own “Operating Language” for Psychiatry?



Michael Franz

#### Autor

Michael Franz

#### Institut

Vitos Klinikum Gießen-Marburg, Justus-Liebig-Universität  
Gießen

#### Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0890-5433>

Psychiat Prax 2019; 46: 181–183

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0303-4259

#### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Michael Franz, Ärztlicher Direktor,  
Vitos Klinikum Gießen-Marburg, Licher Straße 106,  
35394 Gießen  
[michael.franz@vitos-giessen-marburg.de](mailto:michael.franz@vitos-giessen-marburg.de)

Jüngst hat eine Reporterin der RTL-Sendung „Team Wallraff undercover“ als Praktikantin in einer Akutstation des Klinikums Frankfurt Höchst mit einer Reportage das Interesse von Öffentlichkeit und Politik auf die Psychiatrie gelenkt [1]. Hierbei wurden neben personellen und baulichen Mängeln auch abfällige Bemerkungen des Personals über Patienten berichtet. In den seither erscheinenden Artikeln werden viele, bekannte „Stressfaktoren“ für psychiatrische Stationen beschrieben. Verkürzte Liegezeiten, teils hochakute Patienten, ein veraltetes Finanzierungssystem. Für gute Versorgung braucht es entsprechende Rahmenbedingungen [1]. Die objektiven Bedingungen (Personal, Finanzierung, bauliche Verhältnisse) in der Psychiatrie müssen dringend verbessert werden. Gleichzeitig sollten wir uns nichts vormachen: Selbst bei den besten Rahmenbedingungen wird es in der Psychiatrie immer wieder auch zu angespannten, herausfordernden und potenziell überfordernden Situationen kommen. Das liegt in der Natur der Sache.

Mitarbeiter in der Psychiatrie sind täglich mit Menschen konfrontiert, die extreme Gefühle haben, sich selbst verletzen, Suizidgedanken und Wahrnehmungsverzerrungen bis hin zu schweren kognitiven Störungen aufweisen. Viele dieser Patienten erfüllen gleichzeitig die Kriterien für eine „schwere psychische Erkrankung“ [2]. Zehn bis 15% der Patienten haben eine explizite Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) [3]. Diese werden nicht immer auf störungsspezifischen Borderline-Stationen, sondern oft in Bereichen versorgt, die keine spezielle Behandlung für die BPS anbieten, wie allgemeinpsychiatrischen oder – je nach Komorbidität – psychotherapeutischen Sucht-, Depressions- oder Psychosestationen.

Eine moderne Psychiatrie muss in der Lage sein, psychotherapeutische Angebote für all diese Patienten vorzuhalten. Diese Angebote müssen in multiprofessionellen Teams umsetzbar sein. Gleichzeitig muss den häufigen Krisen dieser Patienten mit möglichst auf Stabilisierung und langfristige Therapie zielenden, störungsbezogenen Interventionen begegnet werden. Psychiatrieerfahrene und Angehörige müssen einbezogen werden. Darüber hinaus hat die Psychiatrie durch den Gesetzgeber eine Sicherungsfunktion bekommen, betreffend Menschen mit Selbst- und Fremdgefährdung im Rahmen einer psychischen Störung. Zusammengenommen eine ziemliche Herausforderung: Die gleichen Mitarbeiter, die sensibel und empathisch mit traumatisierten, ängstlichen oder depressiven Menschen umgehen, müssen sich im nächsten Moment hochaggressiven, teils drogenintoxikierten oder dissozialen Patienten zuwenden und diese irgendwie in ihren Stationsalltag integrieren, ohne dass andere Patienten beeinträchtigt werden oder Übergriffe auf Patienten oder Personal erfolgen. Dies ist für alle Beteiligten belastend, kann zu Konflikten zwischen Patienten und innerhalb der Teams führen, zu emotionalen Belastungsreaktionen oder einem Ringen um das richtige Vorgehen. Daher bedarf es neben baulichen, finanziellen und strukturellen Voraussetzungen auch einer angemessenen Haltung und funktionaler Grundregeln des Verhaltens, auf die alle gleichermaßen zurückgreifen können. Dies sei entscheidend dafür, wie mit Patienten umgegangen wird: „Es kommt auf den Geist an, der vorherrscht“ [4]. Welcher „Geist“ ist hier der Richtige – und: wie umsetzen?

Eine nicht wertende, gleichzeitig wertschätzende, mitfühlende aber nicht mitleidige, verschiedene spannungsgeladene Pole ausbalancierende, gleichzeitig Regeln und Realität akzeptierende Haltung wäre in der Achtsamkeit zu finden [5]. Allerdings ist es vom Achtsamkeitsseminar ein weiter Umsetzungsweg auf die psychiatrische Akutstation. Psychiatrische Teams arbeiten im Drei-Schicht-System in unterschiedlichen Schwerpunktstationen, verschiedenen Professionen, unterschiedlichen Sektoren. Überdies sollten achtsame Haltung und achtsames Handeln in ein System von Regeln und Interventionen integriert sein, das zu den verschiedenen Aufgaben und Konzepten psychiatrischer Stationen passt. Gefragt sind Operationalisierungen von Haltung, Interaktionen und Interventionen als basales „Betriebssystem“, auf das psychiatrische Teams bei den höchst unterschiedlichen Aufgaben und Herausforderungen diagnosen- und stationsübergreifend zurückgreifen können. Es sollte in verständlicher, leicht umsetzbarer und lebensnaher Weise in den Arbeitsalltag integrierbar sein – vom Notfallpatienten bis zur störungsspezifischen Psychotherapie. Es sollte eine therapeutische Umgebung befördern, die dysfunktionales Verhalten verschiedenster Patienten reduziert und für alle Beteiligten zur Ausbalancierung von Konflikten und Emotionen beiträgt. Daher haben wir begonnen, für 15 Stationen und 3 Tagesklinken von 2 psychiatrischen Kliniken (Vitos Klinikum Gießen-Marburg an den Standorten Gießen und Marburg) eine solche Betriebssprache zu entwickeln und zu schulen.

Auf der Suche nach geeigneten Methoden erschien uns die dialektisch-behaviorale Therapie [6] als Ausgangspunkt für ein potenziell generalisierbares, modulares Basiskonzept am ehesten geeignet. Sie beinhaltet Techniken unterschiedlicher Therapieschulen sowie Aspekte des Zen-Buddhismus – „eine ausbalancierende Haltung zwischen Akzeptanz und Veränderung“, „Standfestigkeit und mitfühlender Flexibilität“ sowie „wohlwollendem Fordern und Versorgen“, aber auch Grenzen, und eine Zielhierarchie von lebensbedrohlichem Verhalten bis hin zur Bearbeitung psychosozialer Probleme [7].

DBT erschien bzgl. Evidenz [8], Praktikabilität für psychiatrische Settings und verschiedene Professionen, Anwendung bei komorbiden und schwer kranken Patienten bzw. evidenzbasierten Weiterentwicklungen (Sucht, Essstörungen, Adoleszenz, ADHS, PTBS, Depression u. a.) am günstigsten für die Alltagspraxis der Psychiatrie. In der Versorgungsrealität, wie der großflächigen Implementierung von DBT in Irland, zeigten sich Anwendbarkeit und Verbesserungen in Symptomen und Suizidalität vergleichbar mit den Effekten kontrollierter Studien [9].

DBT als Grundlage eines basalen „Betriebssystems“ bot insofern zum gegenwärtigen Zeitpunkt am ehesten „Halt“. Sie wurde hier nicht als elektives evidenzbasiertes DBT-Behandlungsprogramm eingesetzt, sondern Elemente, die sich als übergreifende Prinzipien verwenden lassen, wurden ausgewählt. Diese können durch andere Konzepte ergänzt werden, die sich auf Deeskalation oder positive Kommunikation beziehen und lassen sich mit vielen anderen therapeutischen Methoden kombinieren.

## Entwicklung und erste Erfahrungen

Wir hatten das Glück, mit Martin Bohus einen herausragenden Kenner der DBT für 3 ganztägige Schulungen gewinnen zu können. Für ca. 120 Mitarbeiter als Protagonisten für ihre jeweiligen Stationen vermittelte er Grundsätze, Haltungen, Interventionen und Algorithmen der DBT. Im nächsten Schritt diskutierten alle Teams diese im Bezug auf die Ziele und größten Herausforderungen in ihrem Stationsalltag. Die Ergebnisse brachten sie wieder in das Plenum ein. Auf dieser Grundlage haben wir ein „Basics-Set“ aus DBT- und basalen therapeutischen Techniken erstellt. Er beinhaltet Haltungen, Algorithmen und Interventionen für die Bereiche Krise, elektive Therapie, (Team-)Besprechungen, Umgang miteinander und mit Patienten. Das Spektrum reicht von „Alpha-Regeln“, die für alle transparent und unverhandelbar sind bis hin zu Interaktionsstilen wie dem Einüben einer nicht wertenden, respektvollen Sprache mit und über Patienten und die dialektische Betrachtungsweise von Meinungsverschiedenheiten im Team. Seit 2018 wird es nach und nach in die jeweiligen Stationskonzepte integriert und im Arbeitsalltag (stationär-teilstationär-ambulant-Home-treatment/StäB) eingeübt. Der Prozess wird gesteuert von der Ärztlichen und Pflegedirektion, mittels einer multiprofessionellen Steuerungsgruppe und regelmäßigen Gesprächen mit allen Teams. Supervision erfolgt durch die Ärztliche Direktion, Psychotherapeuten mit Erfahrung in der „dritten Welle der VT“ und DBT, erfahrene Fachärzte in Psychiatrie, sowie nochmals durch Martin Bohus Ende 2018. Ein Implementationsleitfaden für einzelne Berufsgruppen unterstützt den Prozess.

Zurzeit wird eine Machbarkeitsstudie durchgeführt. Veränderungen sind auf vielen Stationen bereits spürbar. Die Problem- und Bedingungsanalyse wurde innerhalb des Krankenhausinformationssystems (KIS) in die wöchentlich stattfindende Behandlungsplanung implementiert. Alle Prozesse werden so nah wie möglich am Klinikalltag verankert, Stationskonzepte der Stationen der Klinik modifiziert. Stationen, die den Erfolg der Umsetzung einzelner Strategien bei anderen mitbekamen, begannen von sich aus, sich um die Teilnahme zu bemühen. Im Laufe der bisherigen Umsetzung haben wir gelernt, dass sich grundlegende, hilfreiche Strategien aus Methoden der dritten Welle der KVT und der Achtsamkeit nicht unbedingt in umfangreichen Seminaren, sondern auch im Alltag einer Psychiatrie lernen lassen – von Psychiatern, Pflegekräften und anderen Berufsgruppen.

Unser Fazit: Die objektiven Bedingungen (Personal, Finanzierung, bauliche Verhältnisse) in der Psychiatrie müssen verbessert werden. Gleichzeitig können achtsamkeitsbasierte Operationalisierungen von Interaktion, Haltungen und Interventionen wie z. B. die geschilderten „GiMa-Therapie-Basics“ in unserer Wahrnehmung als eine Art „Betriebssystem“ einen Weg darstellen, die Arbeit mit schwer kranken Patienten darüber hinaus zu verbessern.

## Interessenkonflikt

---

Michael Franz erhielt 2014 eine Unterstützung der Firma Janssen Cilag für ein Präventionsprojekt bei Kindern psychisch erkrankter Eltern.

## Literatur

---

- [1] Frankfurter Rundschau. 28.3.2019, N. 74, F2
- [2] Delespaul P. Consensusgroep EPA. Consensus regarding the definition of persons with severe mental illness and the number of such persons in the Netherlands. Tijdschrift voor psychiatrie 2013; 55: 427–438
- [3] Bohus M. Zur Versorgungssituation von Borderline-Patienten in Deutschland. Persönlichkeitsstörungen 2007; 11: 149–153
- [4] Reif A. Interview. Frankfurter Rundschau (FR); 28.03.2019: N. 74
- [5] Heidenreich T, Michalak J. Einführung in die Thematik Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 2006; 54: 231–240
- [6] Linehan M. Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderlinestörung. Oberhaching: CIP Medien; 2008: korrigierte Auflage 2017
- [7] Herpertz S, Rudolf G, Lieb K. Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Herpertz S, Caspar F, Lieb K, Hrsg. Psychotherapie. Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen. München: Elsevier; 2017: 395–412
- [8] Stoffers JM et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012: Issue 8
- [9] Flynn D, Kells M, Joyce M et al. Standard 12-month dialectical behaviour therapy for adults with borderline personality disorder in a public community mental health setting. Borderline personal disord emot dysregul 2017; 4: 19