

Weddinger Modell:

Individualisierung von Krankheits- und
Genesungskonzepten (auch) in der
psychiatrischen akut Behandlung

Dr. Lieselotte Mahler

Nach der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (CRPD):

„Menschen, die langfristig körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen (einstellungs- und umweltbedingten Präambeln) Barrieren an der vollen wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern (Art. 1. Abs. 2 CRPD)

Haltung und Strukturen

Inklusion:

- die Anpassung der Strukturen an die Bedürfnisse des Menschen
- (vs. Integration: fordert die Anpassung der betroffenen Person an die Strukturen)

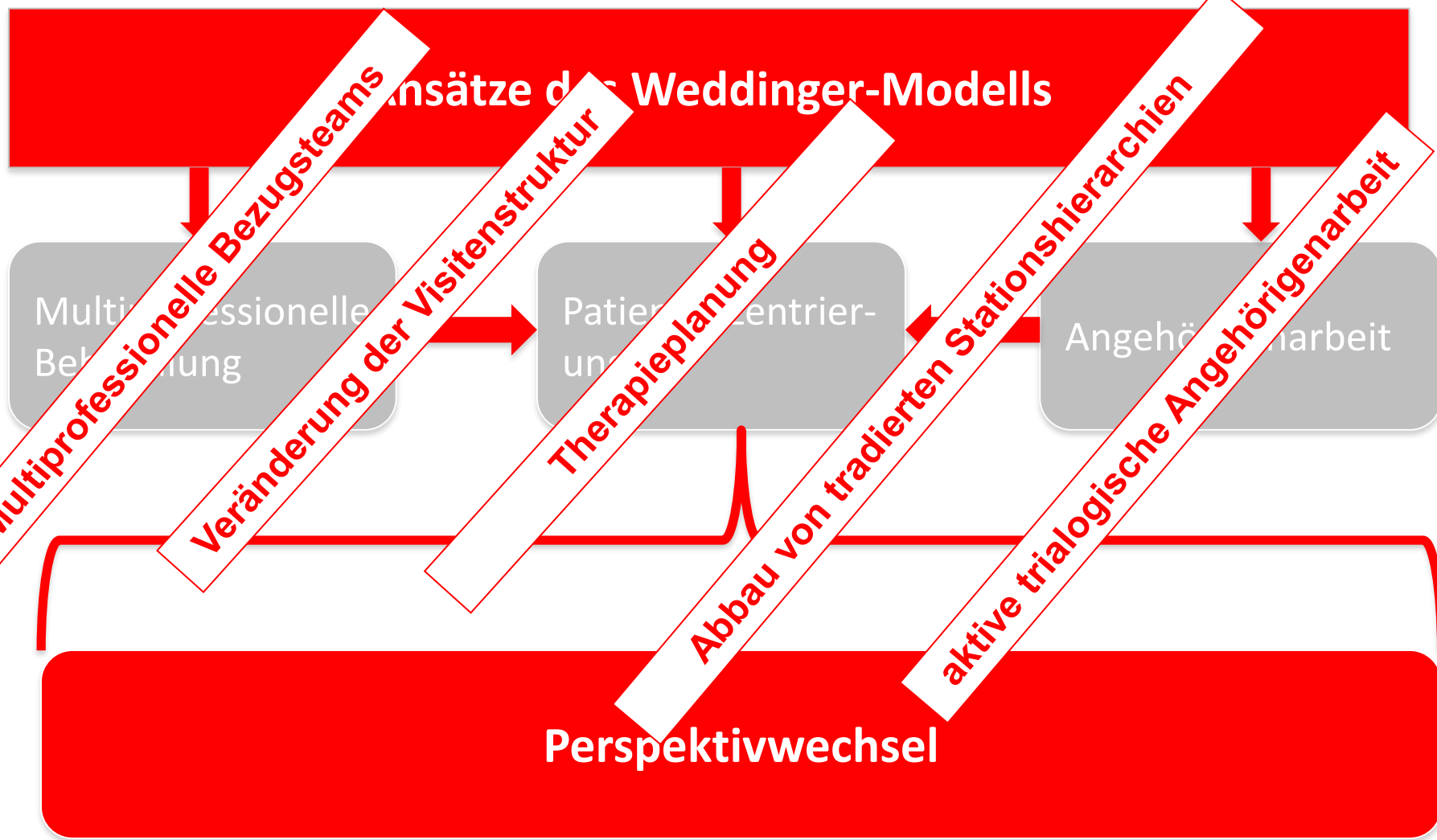
Transparenz und Partizipation in der Psychiatrie ???

- Konsequente Transparenz und Partizipation (in Entscheidungsfindungsprozessen)
- Förderung und Zutrauen von Selbstbestimmung
- Sinnvolle (!) geteilte Risiko- und Verantwortungsübernahme

56
[REDACTED]
Vertraulich!

Dieser Arztbrief darf weder der
Pat noch Dritten zur Kenntnis
gebracht werden.

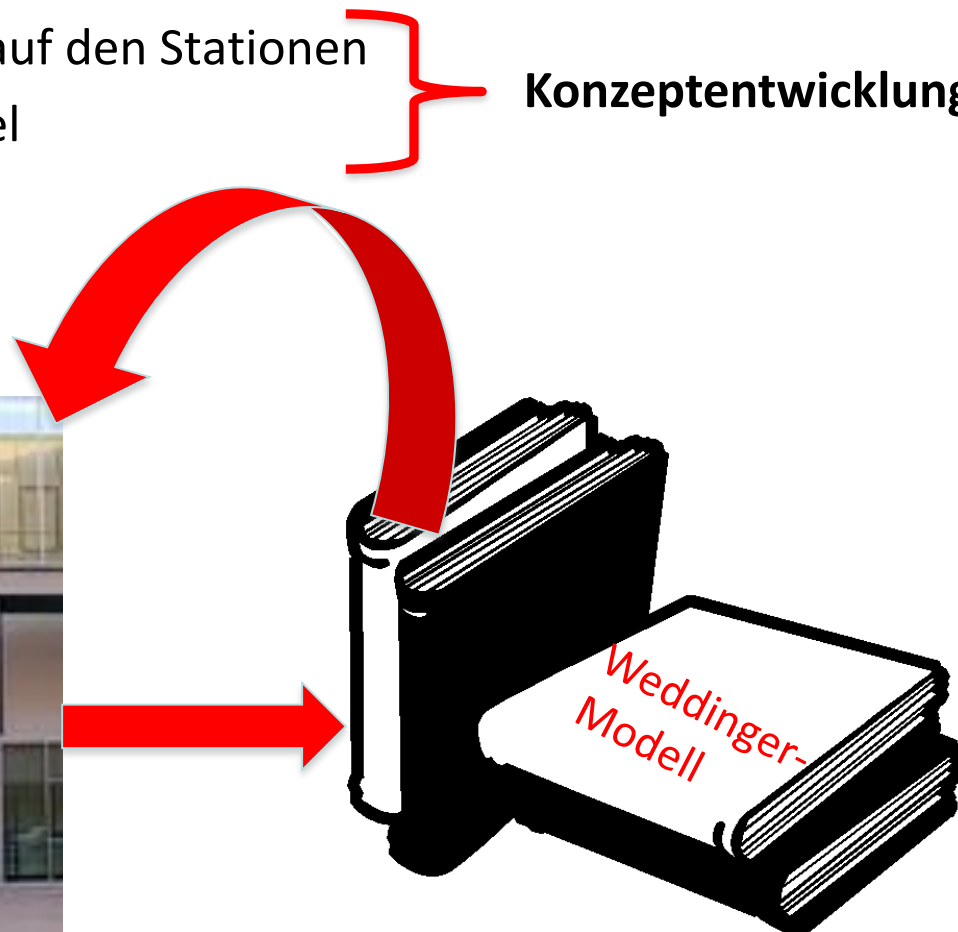
[REDACTED]



Konzept aus **Weddinger Abteilung**:

- Erfahrungen und Potential auf den Stationen
- Weddinger Patientenlientel

Konzeptentwicklung



L. Mahler

Konzepte, Modelle und Ansätze?

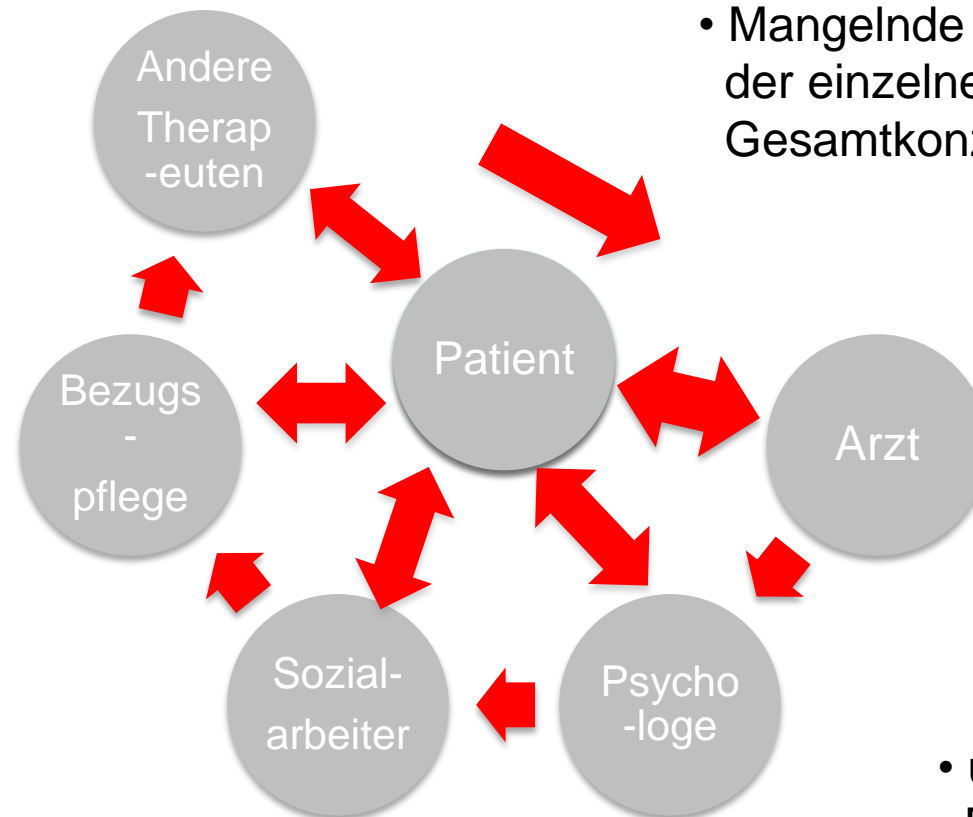
- Empowerment
 - Salutogenese
 - Recovery
 - Trialog
 - Need Adapted Treatment
- (Psychotherapie –
Konzepte)

- Integrierte Versorgung
/Home-Treatment / ACT
 - Soteria
 - Krisenpensionen
-
- Skandinavische Modell
 - Hamburger Modell
 - Weddinger Modell

Experiencend Involvement / Peers

- mehrfach Absprachen
- wenig Transparenz
- Verlust von Teamressourcen

- Informationsverlust
- Mangelnde Integration der einzelnen Elemente in ein Gesamtkonzept



- unterschiedliches Erleben des Patienten

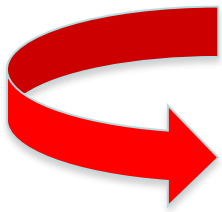
- Maximale **Integration der verschiedenen bereits vorhandenen therapeutischen Elemente** wie Bezugspflege, psychologische, sozial-, ergo-, sport-, musik-, kunsttherapeutische Elemente in das **Gesamtbehandlungskonzept** des Patienten.

- **Multiprofessionelles Bezugsteam (MBT)**
> z.B. Ärztin, Pfleger, Psychologin
- **Gesamtteam: Therapieplanung mit Patient**
- **Gemeinsame Epikrise / Überleitung**

PATIENT:
Bedürfnisse
Ressourcen
Ziele

„defizitärer-paternalistischer Behandlungsansatz“:

- psychiatrische Diagnose dominiert die Sicht auf den Patienten
- Behandlungsziele werden stark an diagnostischen Kategorien (Symptomreduktion) ausgerichtet
- Behandlungsziele und Therapieelemente werden in Therapiebesprechungen und Visiten festgelegt



häufig divergent zum **Selbsterleben** des Patienten und seine **Wünsche** und **Ziele** an die psychiatrische Behandlung.

Fazit: vermeidbare Widerständen, Passivität und Selbststigmatisierung beim Patienten

„defizitärer-paternalistischer Behandlungsansatz“:

- Das „Außen“ (Lebensumfeld) wird zu wenig ins „Innen“ (psychiatrische Station) geholt: ausgestanzten Wahrnehmung des und ggf. Fehleinschätzung seiner gesundheitlichen Situation.
 - Hieraus kann resultieren, dass die Stabilisierung des Patienten im stationären Setting zum primären Ziel wird, aber der Bezug auf seine Lebenswelt oder seine Probleme im Alltag unzureichend ist.
- Gefahr:** Stabilisierung im stationären Rahmen > Destabilisierung im sozialen Umfeld

aufnahmenah

- **Konzentration auf Ressourcen und Bedürfnisse**
 - Verknüpfung mit Therapieangeboten
 - prioritäre Förderung bestehender eigener Strategien und ambulanter Strukturen
- **Fokus auf individuelle und konkrete Ziele**
 - Konsensfindung mit Festlegung + Dokumentation gemeinsamer Ziele

entlassungsnah

- Bezug auf vorhergegangene Therapieplanung
- Konzentration auf Feedback, offene Fragen, ambulante Situation und evtl. Nachbehandlung
- ermöglicht Korrektur, bewusste Entlassungsplanung und Einschätzung des Therapieerfolges

Behandlungsfokus im Weddinger Modell:

- den subjektiven Leidensdruck der Patientin lindern;
- das multiprofessionelle Behandlungskonzept an den Zielen und Erwartungen der Patientin und ihrer Bezugsperson ausrichten
- eine sinnvolle Verknüpfung der individuellen inneren und äußeren Ressourcen mit dem Therapieangebot sowie die Ausarbeitung und Stärkung eigener Bewältigungsstrategien und Selbstwirksamkeitserwartung

Das Behandlungsziel kann eine Symptomreduktion oder –remission explizit oder implizit beinhalten

ABER eine automatische Ausrichtung und Beurteilung der Behandlung an Symptomen wird abgelehnt

- Angehöriger: durch Patienten definiert > **Bezugspersonen**
- Aufbau einer **trialogischen Arbeitsweise**
- **aktive** Einbeziehung der Bezugspersonen
- **Beziehungsaufbau** durch Mehrfachangebote an Patient und Bezugspersonen
- **Netzwerkgespräche** (innerhalb und außerhalb der Klinik)
- Maximale **Transparenz:**
 - jede Visite = Angehörigenvisite
 - Trialogische Verständigung über Therapieprozess und – ziel

- Veränderung von tradierten Strukturen und Hierarchien -

Visite

MBT-Visiten:

- direkte Umsetzung des **trialogischen multiprofessionellen patientenzentrierten Behandlungsansatzes**
- Gesprächsführung wird durch die einzelnen Therapeuten und Patienten gleichermaßen gestaltet

Chef-Oberärztinvisite:

- Vorstellung und Besprechung durch das MBT im Beisein des Patienten
- Supervidierende Funktion



Offener Dialog

Jede Visite ist **Angehörigervisite**

Prinzip des „**reflektierenden Teams**“

- „ohne Sympathie keine Heilung“ (FERENCZI S)
- Im Vordergrund der Behandlung:
 - Persönliche (dynamische lebenslanger) Prozess, Wachstum und Entwicklung, Subjektivität, Autonomie und Wahlfreiheit
 - Ziel: selbstbestimmtes Leben mit Übernahme der Verantwortung und eines positiven Selbstbildes
 - Vorhandene Bewältigungsstrategien und Selbstheilungsmechanismen integriert in professionelle Therapieverfahren
 - Chronisch heißt nicht unheilbar

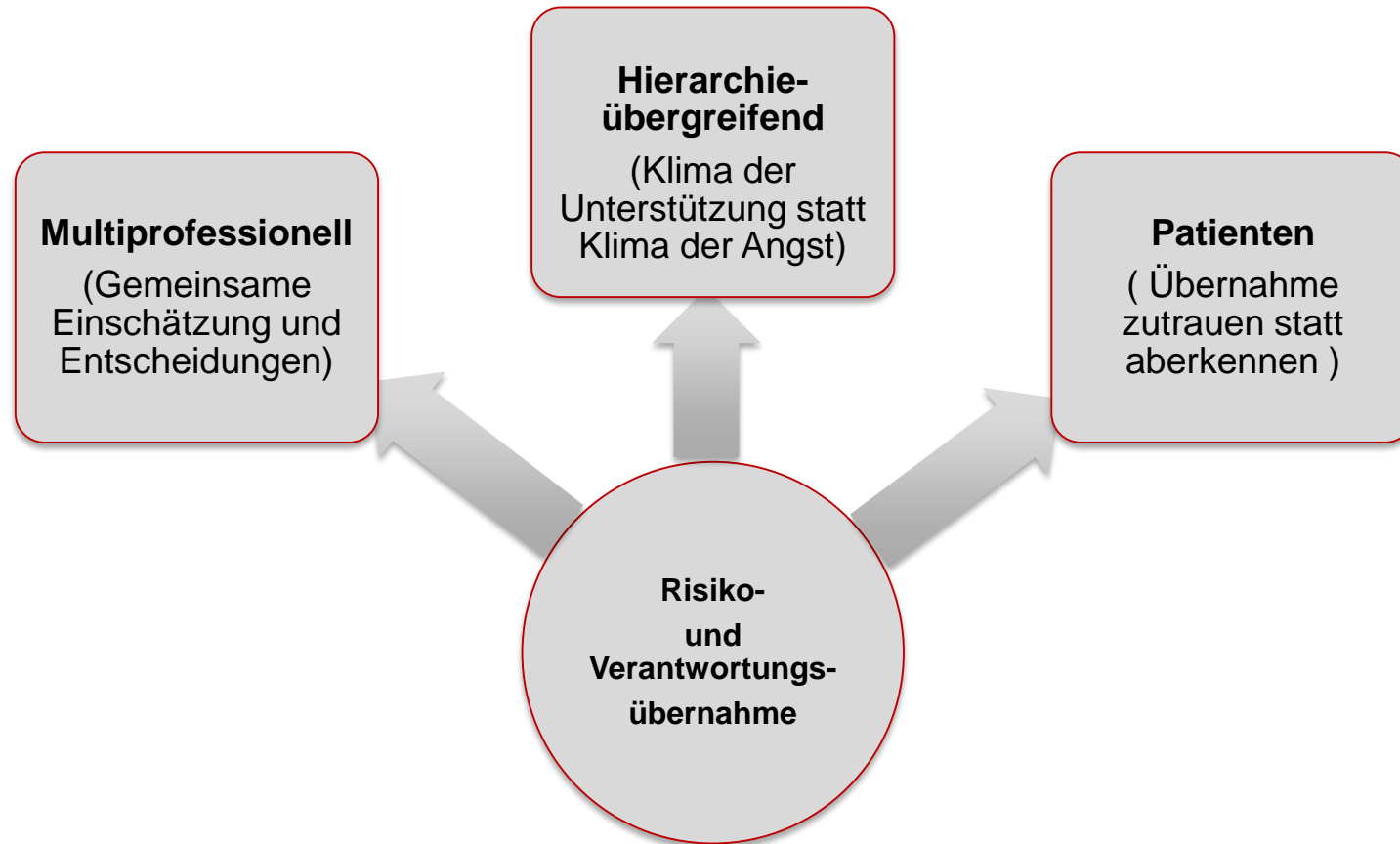


Cave: wie Menschen ihre Erkrankung bewerten hängt entscheidend davon ab, was vom therapeutischen Team suggeriert wird!

- Weddinger Modell: moderne und Recovery-orientierte Psychiatrie, die Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nicht exkludiert
- Gefahr: für psychische Ausnahmesituationen > entweder keine Versorgung oder nur Psychiatrie hinter verschlossenen Türen

➤ **letzten Jahren: zunehmend schwer erkrankte Menschen in geschlossenen Heimen oder in Forensiken (Priebe, Badesconyi, Fioritti et al. 2005).**

- Der Balanceakt der Entscheidungsfindung und Abwägung von Risiko und Verantwortung erfolgt konsequent:



Die Erfahrungen mit dem Weddinger Modell :

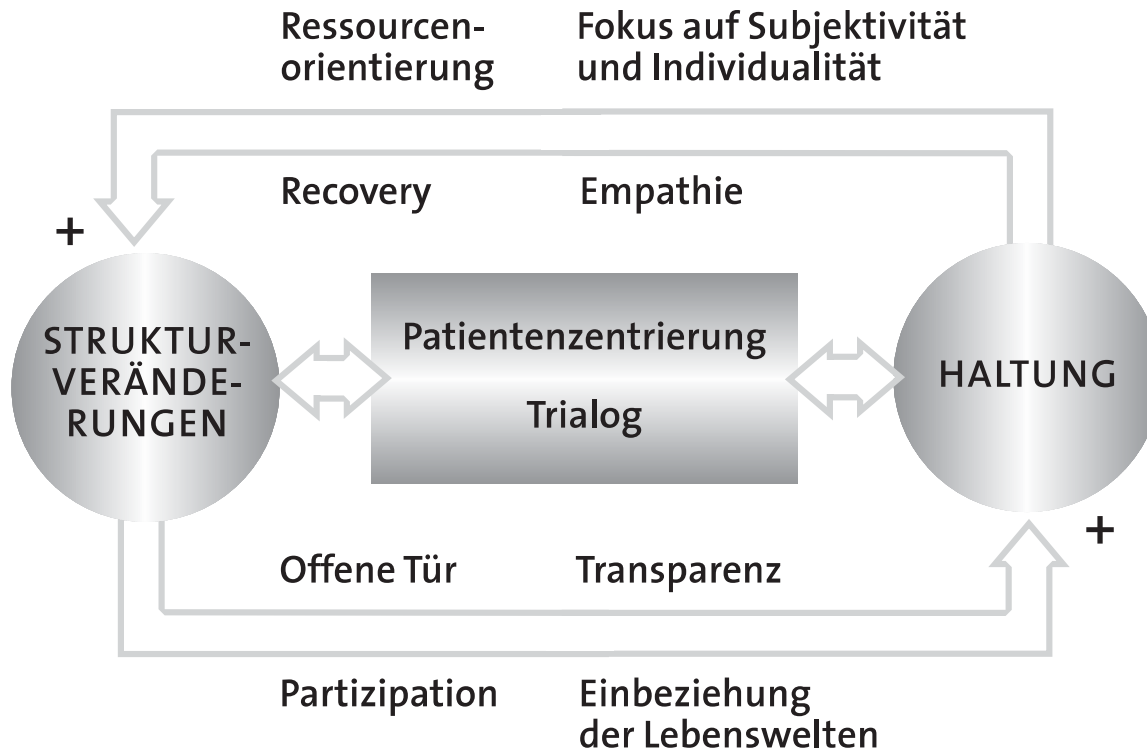
Eine auf Partizipation, Transparenz und Recovery ausgerichtete Psychiatrie ermöglicht:

- das Vorkommen von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen in Häufigkeit und Dauer auf ein absolutes Minimum zu reduzieren
- *ohne* sich der Verantwortung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu entziehen und
- *ohne* ihnen die Verantwortung für sich selbst abzusprechen

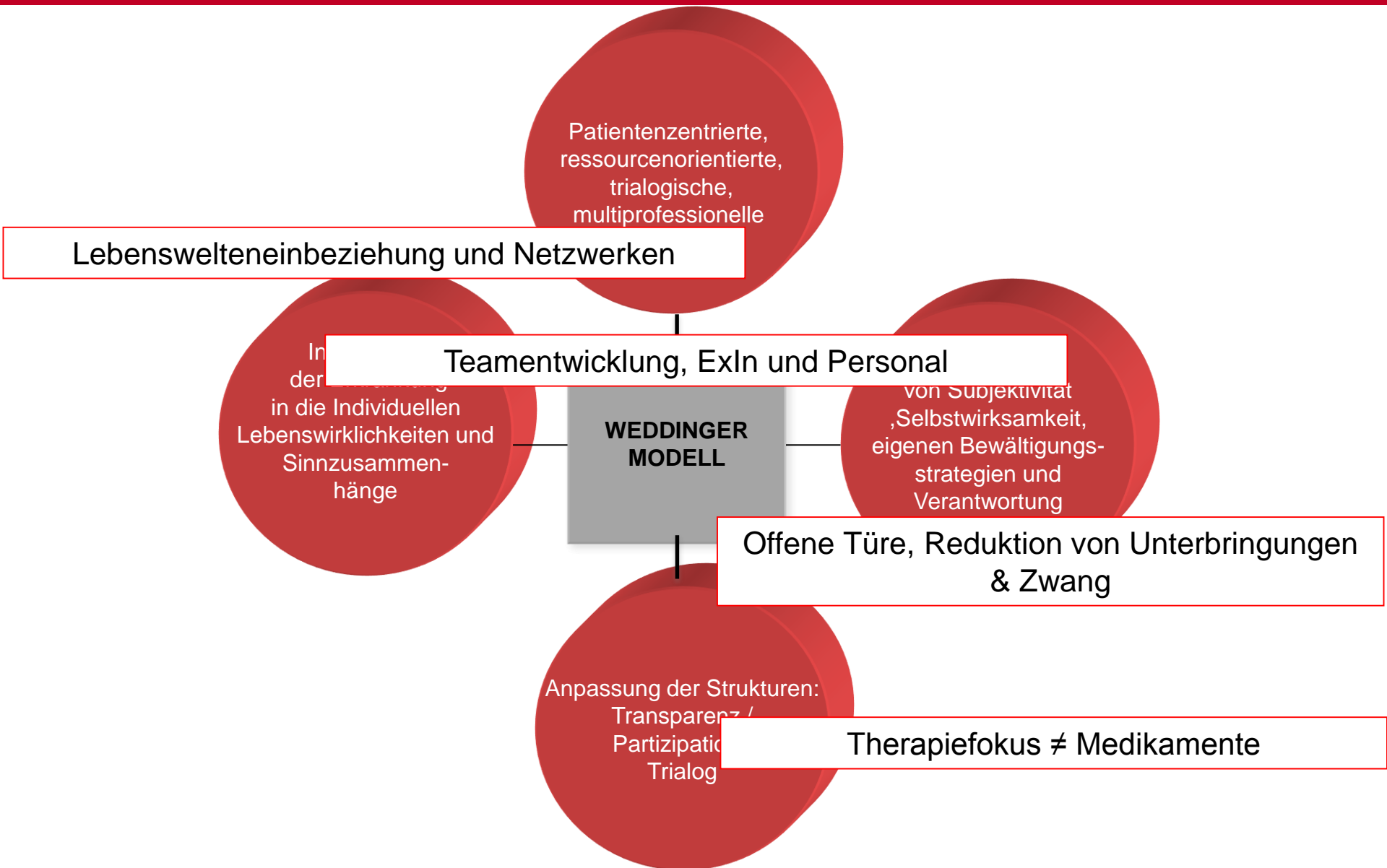
Zentral:

transparente und offene Austausch, der festverankert in der Haltung und in den Strukturen, multiprofessionell mit den Patientinnen und Patienten sowie Bezugspersonen stattfindet!

Strukturen und Haltung: positive Wechselwirkung



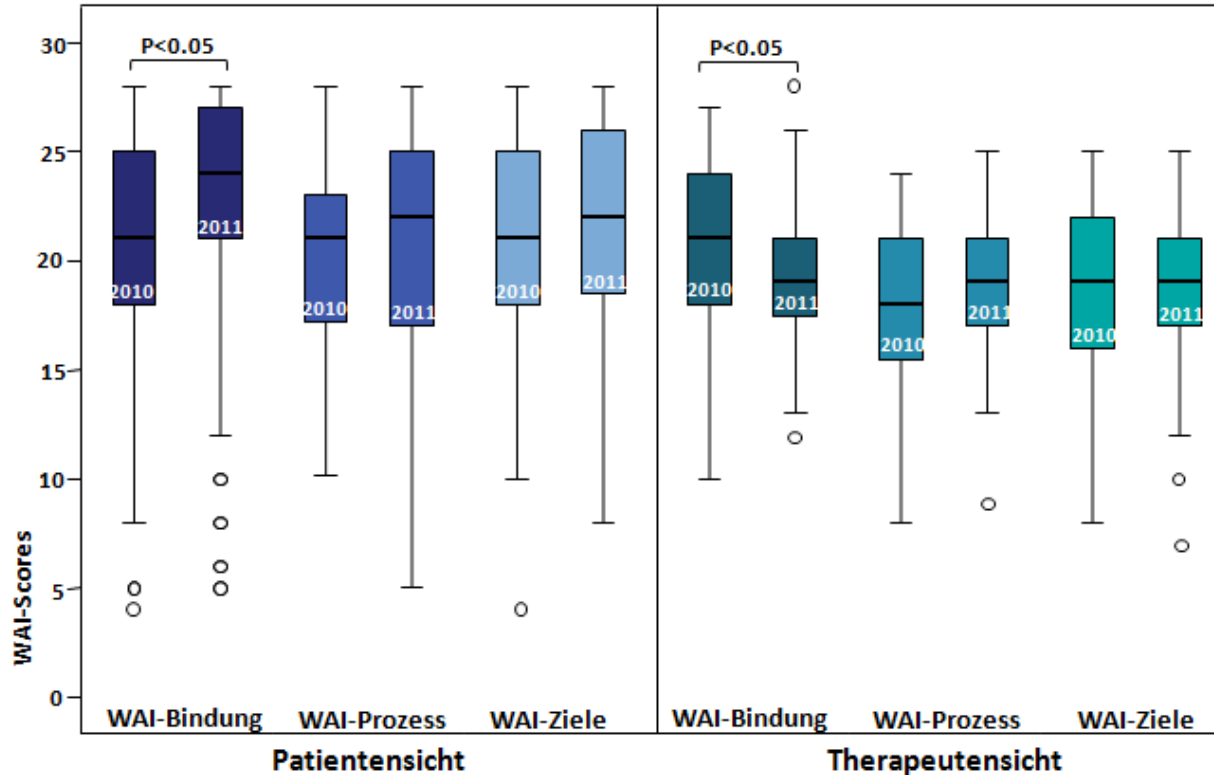
Weddinger Modell: Die Verselbstständigung



Forschergruppe um Fred Frese (Psychologe und an Schizophrenie erkrankt, Ohio, USA) fordert (nach Amering und Schmolke 2007):

„Die meisten Patienten brauchen beides:
evidenzbasierte Interventionen *und* individuelle,
unübliche Lösungen“

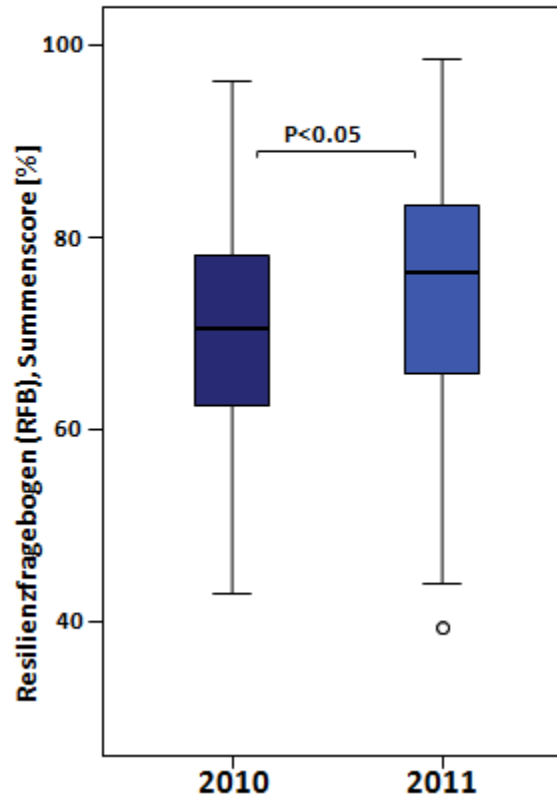
WAI : Working Alliance Inventory (Horvath&Greenberg 1989 / Wilmers et al 2008)



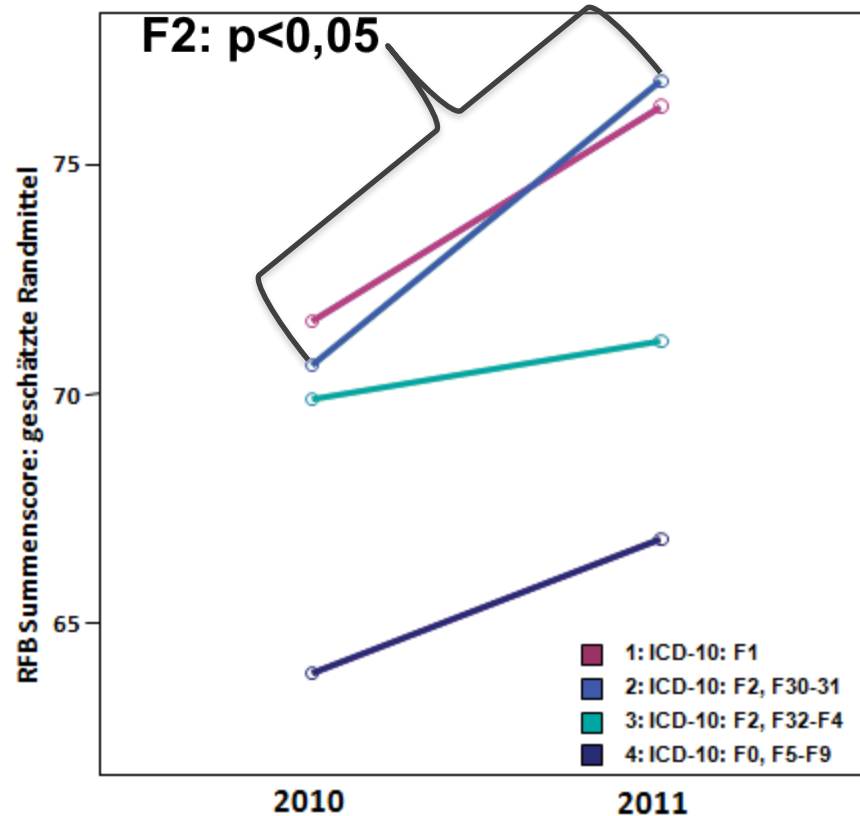
Qualität der therapeutischen Beziehung im Vergleich der Erhebungen 2010 und 2011 in der PUK SHK aus Patienten- und Therapeutenperspektive (Working Alliance Inventory (WAI - Subscores Bindung, Prozess, Ziele; Patienten n=82/83, Therapeuten n=80/64; Mann-Whitney U-Test).

Subjektive Erreichen des Therapiezieles wurde mit Hilfe der Goal Attainment Scale (GAS, Baier, 2009) erfragt:

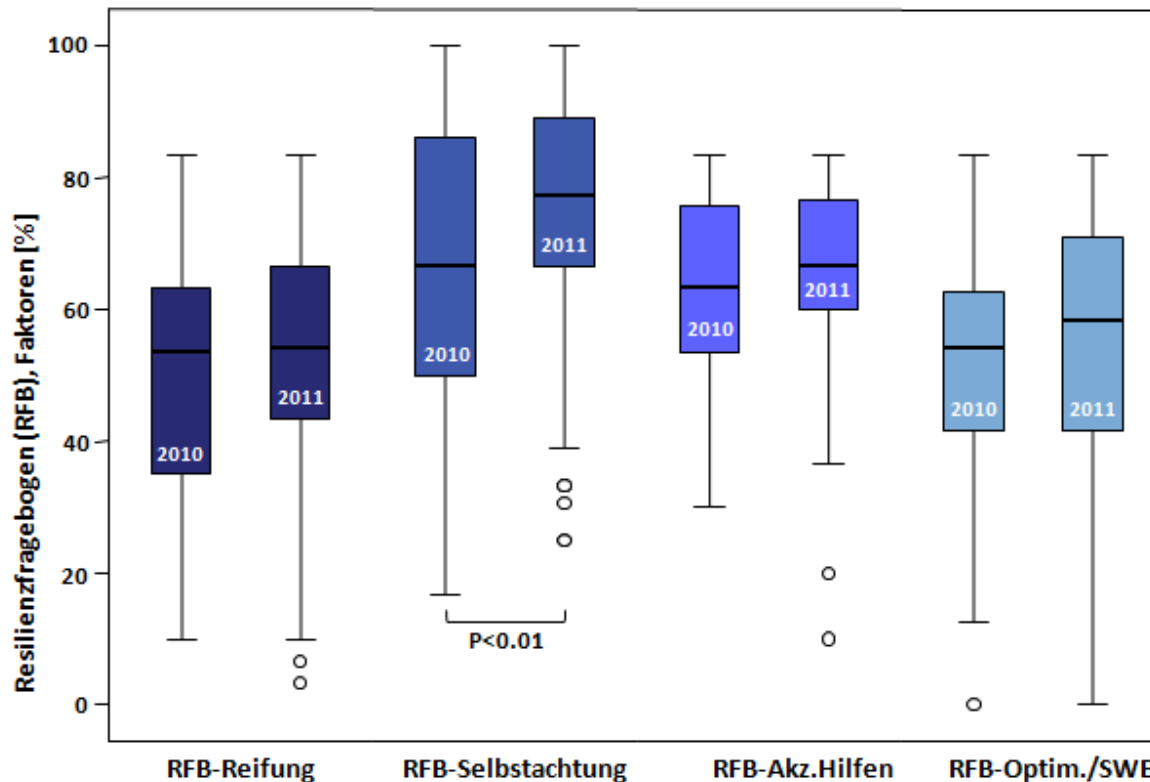
- Patienten werden gebeten 1-4 aktuelle Behandlungsziele zu nennen
- Patienten Therapeuten und Angehörigen beurteilen Grad der Erreichung in Prozenten
- Die Zahl der Patienten, die gar kein Ziel angeben konnten, sank von 14,3 % (2010) auf 3,5 % (2011)
- Einschätzung der Ziel Erreichung von Patienten und Therapeuten unverändert



Resilienzfragebogen, Summenscore, im Vergleich der Erhebungen 2010 und 2011 in der PUK SHK (Patienten n=87/98, T-Test für unabhängige Stichproben).



Resilienzfragebogen, Summenscore, im Vergleich der Erhebungen 2010 und 2011 in der PUK SHK. (Patienten n=87/98; ANOVA, Faktoren: Erhebungszeitpunkt, Diagnose: $F=2,428$, $p<0.05$; Zeitpunkt: $F=3,468$, $p=0.064$; Diagnose: $F=3,145$, $p<0.05$).

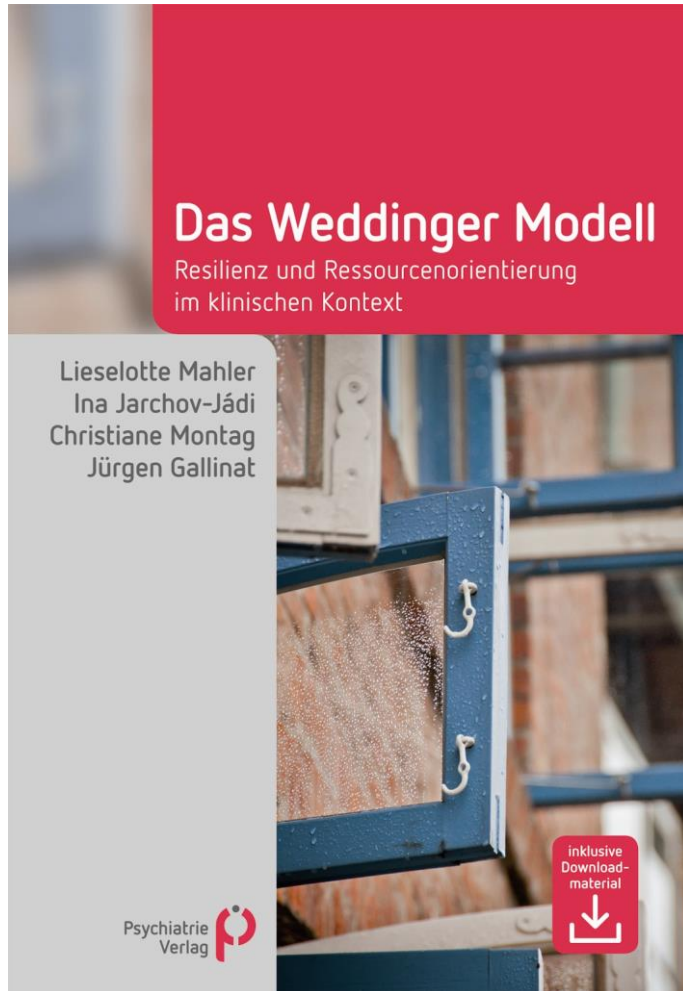


Resilienzfragebogen, Scores für die Einzelfaktoren,
Vergleich der Erhebungen 2010 und 2011 in der PUK SHK
(Patienten n=87/98; T-Test für unabhängige Stichproben).

Grundbedingung für Therapieeffizienz und Behandlungszufriedenheit & den aktuellen Anforderungen durch die UN-BRK gerecht zu werden:

- ausreichende multiprofessionelle Personalausstattung

- und die richtigen Anreize in der Vergütung von Leistungen:
 - Flexibel (ambulant-aufsuchend, soziale Belastungstrainings etc.)
 - Ressourcen- fördernde Maßnahmen (psycho-sozial: Arbeit, Wohnung etc.)
 - Zwang und Aggression verhindernde Interventionen !!!!
 - Fokus auf therapeutische Interventionen und therapeutische Beziehung



Danke