Wie kann „offene Psychiatrie“ gelingen?
- ein Praxis-Erfahrungsbericht -

Judith Fernholz – LWL Klinik Hamm, Campus Gütersloh

Jens Geitmann – Uniklinik Münster, KJP

Keine Interessenskonflikte

Ausgangspunkt:

4.11.2010: Gesetzentwurf zur Abschaffung von Videoüberwachung in der Beobachtung von zwangsweise untergebrachten psychisch Kranken

1.1.2017: PsychKG Novelle NRW

- Anpassung an die Entwicklungen der Gesetzgebung, Rechtsprechung und Medizinethik der vergangenen Jahre
- durchgehende Betonung der Patientenrechte, des Patientenwillens und der Patientenautonomie

http://www.landtag.nrw.de/

Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Marina Otten: Das neue Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten in NRW. Ärztekammer Nordrhein (Körperschaft des öffentlichen Rechts), 28. Februar 2017

Sollten (zwangsweise untergebrachte) Kinder und Jugendliche anders behandelt werden (gegenüber Erwachsenen schlechter gestellt werden)

?

1.1.2018 „Kamera aus“

Mut und Inspiration:

Geschlossene Stationstüren verhindern weder Suizide noch Suizidversuche oder Entweichungen von psychiatrischen Stationen.

Zu diesem Ergebnis kommt eine Beobachtungsstudie, die die Daten von 350.000 Patienten aus 21 psychiatrischen Kliniken aus Deutschland über einen Zeitraum von 15 Jahren ausgewertet hat.

Huber, CG et al.: Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study, The Lancet Psychiatry, 2016, Volume 3, Issue 9, 842 - 849

Inspiration:

St. Marien Hospital Herne (Eickel) – über 40 Jahre offene Psychiatrie

„Wir sind immer noch die absolute Ausnahme in Deutschland“

(Chefarzt Dr. Peter W. Nyhuis im WAZ Interview am 11.11.2017)

Wissenschaftlich evaluierte Behandlungs-programme zur Reduktion von Zwang

Safewards

- Großbritannien, kostenfrei auf Deutsch unter safewards.net/de
- Verbesserung der Kommunikation auf Station (Wertschätzung, Deeskalation)
- Stärkung der therapeutischen Gemeinschaft
- gegenseitiges Kennenlernen von Mitarbeitenden und Patienten
- Methoden zur Beruhigung beispielsweise Sensory Modulation
- Umgang mit guten/schlechten Nachrichten, Entlassnachrichten

Wissenschaftlich evaluierte Behandlungs-programme zur Reduktion von Zwang

Six-Core-Strategies (USA, kostenpflichtig)

- Ausbildung der Mitarbeiter
- Einbeziehung der Leitung
- Dokumentation und Verwendung von Daten
- Nachbesprechung
- Einbeziehung psychisch erkrankter Menschen in Versorgung anderer Betroffener
- Instrumente zur Vermeidung von Zwang wie beispielsweise die Brøset-Violence-Checkliste

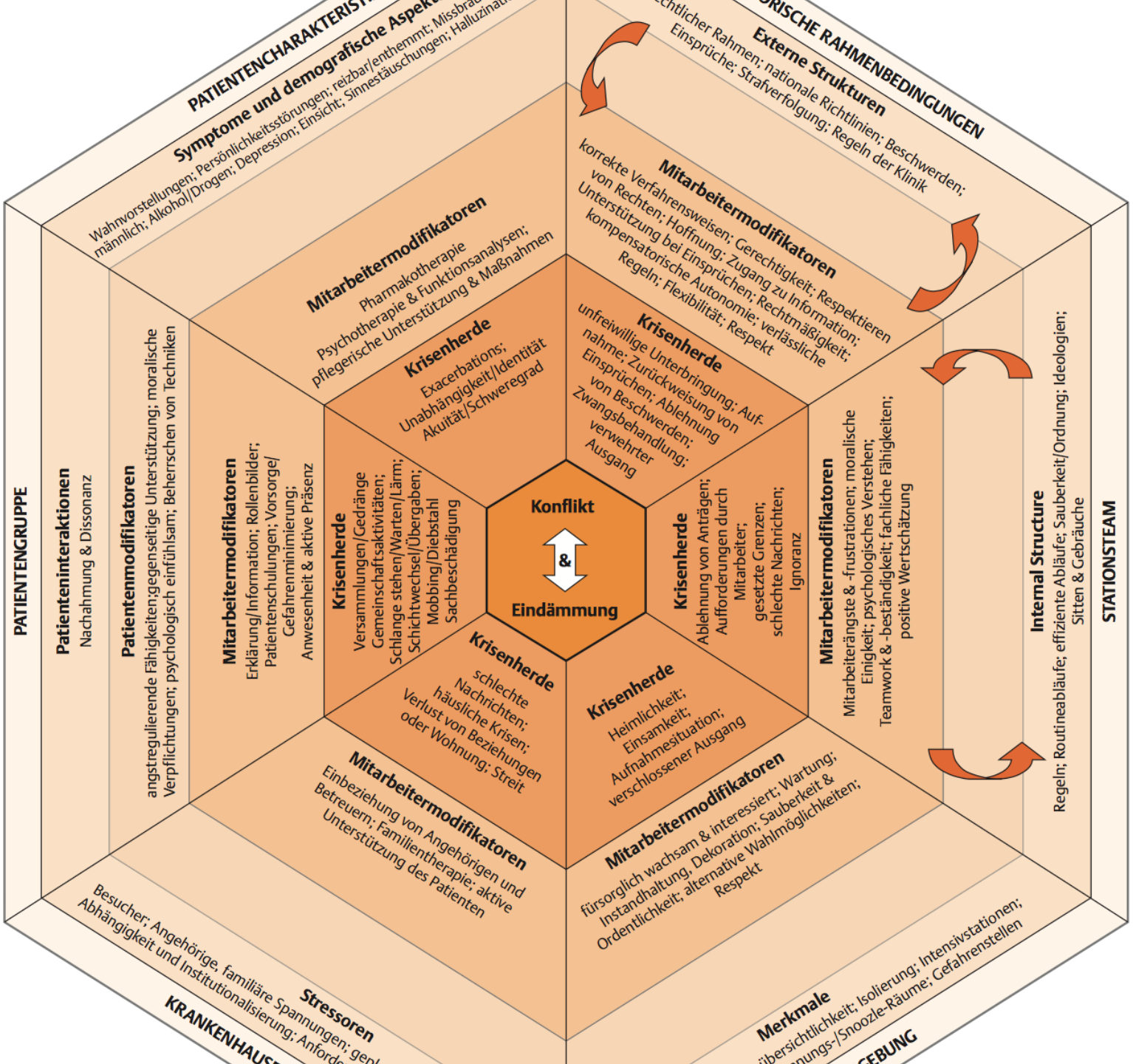
Engagement-Modell (USA, nicht im dt. Versorgungssystem eingesetzt)

- Stärkung der therapeutischen Gemeinschaft
- Verbesserung der Stationsatmosphäre
- Verbesserung der Therapie- und Freizeitangebote

Safewards

Zur Reduktion von aggressivem Verhalten von Patienten, aber auch von Zwangsmaßnahmen von Seiten der Mitarbeiter, welche selbst wieder zu Aggression und Gewalt führen können, wurde das Konzept Safewards in Großbritannien entwickelt.

Safewards


PATIENTENCHARAKTERISTIKA
Symptome und demografische Aspekte
Wahnvorstellungen; Persönlichkeitsstörungen; reizbar/enthemmt; Missbrauch
männlich; Alkohol/Drogen; Depression; Einsicht; Sinnestäuschungen; Halluzinati
ORISCHE RAHMENBEDINGUNGEN
Externe Strukturen
chtlicher Rahmen; nationale Richtlinien; Beschwerden;
Einsprüche; Strafverfolgung; Regeln der Klinik
Mitarbeitermodifikatoren
korrekte Verfahrensweisen; Gerechtigkeit; Respektieren
von Rechten; Hoffnung; Zugang zu Information;
Unterstützung bei Einsprüchen; Rechtmäßigkeit;
kompensatorische Autonomie; verlässliche
Regeln; Flexibilität; Respekt
Mitarbeitermodifikatoren
Pharmakotherapie
Psychotherapie & Funktionsanalysen;
pflegerische Unterstützung & Maßnahmen
Krisenherde
Exacerbations;
Unabhängigkeit/Identität
Akuität/Schweregrad
Krisenherde
unfreiwillige Unterbringung; Auf-
nahme; Zurückweisung von
Einsprüchen; Ablehnung
von Beschwerden;
Zwangsbehandlung;
verwehrter
Ausgang
PATIENTENGRUPPE
Patienteninteraktionen
Nachahmung & Dissonanz
Patientenmodifikatoren
angstregulierende Fähigkeiten;gegenseitige Unterstützung; moralische
Verpflichtungen; psychologisch einfühlsam; Beherrschen von Techniken
Mitarbeitermodifikatoren
Erklärung/Information; Rollenbilder;
Patientenschulungen; Vorsorge/
Gefahrenminimierung;
Anwesenheit & aktive Präsenz
Krisenherde
Versammlungen/Gedränge
Gemeinschaftsaktivitäten;
Schlange stehen/Warten/Lärm;
Schichtwechsel/Übergaben;
Mobbing/Diebstahl
Sachbeschädigung
Konflikt
&
Eindämmung
Krisenherde
Ablehnung von Anträgen;
Aufforderungen durch
Mitarbeiter;
gesetzte Grenzen;
schlechte Nachrichten;
Ignoranz
Mitarbeitermodifikatoren
Mitarbeiterängste & -frustrationen; moralische
Einigkeit; psychologisches Verstehen;
Teamwork & -beständigkeit; fachliche Fähigkeiten;
positive Wertschätzung
Internal Structure
Regeln; Routineabläufe; effiziente Abläufe; Sauberkeit/Ordnung; Ideologien;
Sitten & Gebräuche
STATIONSTEAM
Krisenherde
schlechte
Nachrichten;
häusliche Krisen;
Verlust von Beziehungen
oder Wohnung; Streit
Krisenherde
Heimlichkeit;
Einsamkeit;
Aufnahmesituation;
verschlossener Ausgang
Mitarbeitermodifikatoren
Einbeziehung von Angehörigen und
Betreuern; Familientherapie; aktive
Unterstützung des Patienten
Mitarbeitermodifikatoren
fürsorglich wachsam & interessiert; Wartung;
Instandhaltung, Dekoration; Sauberkeit &
Ordentlichkeit; alternative Wahlmöglichkeiten;
Respekt
Besucher; Angehörige, familiäre Spannungen; gep
Abhängigkeit und Institutionalisierung; Anforde
Stressoren
KRANKENHAUS
Merkmale
übersichtlichkeit; Isolierung; Intensivstationen;
nungs-/Snoozle-Räume; Gefahrenstellen
GEBUNG

Modulationsmöglichkeiten

- Patientencharakteristika
- Regulatorische Rahmenbedingungen

- Patientengruppe
- Teamfaktoren
- Krankenhausexterne Faktoren
- Räumliche Umgebung

Modulation Patientengruppe

Entzerrung vs. Overcrowding

Zunahme aggressiver Übergriffe bei hoher Belegungszahl auf einer Station im Vergleich zu Zeiten niedriger Belegungszahlen: „crowding“-Phänomen

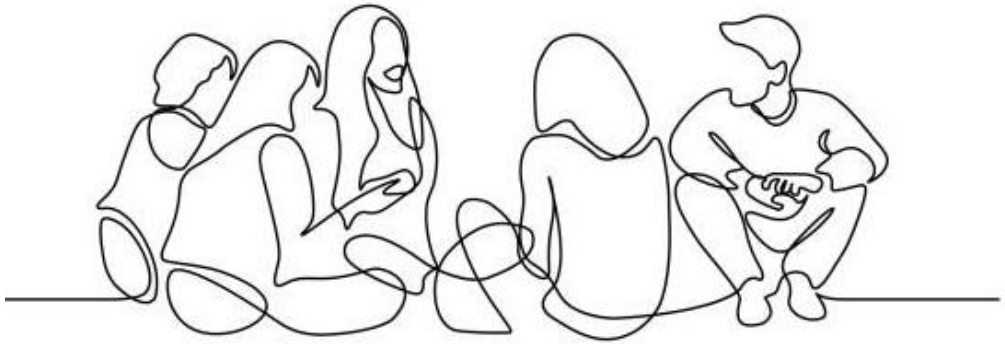
Öffnung der Station- die auch psychologisch den Raum vergrößert und somit neue Ausweich- und Rückzugsmöglichkeiten schafft → führt zur Reduktion von Aggressivität

Nijman, H. L. I., & Rector, G. (1999). Crowding and aggression on inpatient psychiatric wards. Psychiatric Services, 50(6), 830–831.

Cibis ML, Wackerhagen C, Müller S, Lang UE, Schmidt Y, Heinz A. Vergleichende Betrachtung von Aggressivität, Zwangsmedikation und Entweichungsraten zwischen offener und geschlossener Türpolitik auf einer Akutstation Psychiatr Prax. 2017 Apr;44(3):141-147.

Beschäftigung vs. „toxisches Rumgammeln“

- Mehr Tagesstruktur
- Mehr Therapieangebote
- Mehr Selbstwirksamkeit
- Mehr positive Aktivitäten
- Mehr Personalpräsenz in der Gruppe
- Mehr Außenorientierung
- …



Aber auch:

- strenge Indikationsstellung bei hoch ambivalenten Patienten
- „so lang wie nötig, so kurz wie möglich“
- Intervallkonzepte
- Nachsorgeambulanzen
- Vorbereitungsgespräche §1631b BGB
- …

Unterbringung ohne Behandlungsauftrag allenfalls versuchsweise gerechtfertigt, um ein Behandlungsbündnis herzustellen.

Steinert, T. (2016). Epidemiologie von Zwangsmaßnahmen. In M. Zinkler, K. Laupichler & M. Osterfeld (Hrsg.), Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie (S. 86–100). Köln: Psychiatrie Verlag

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	
	Wecken	Wecken	Wecken	Wecken/Wiegen	Wecken			
07:00	Morgen-aktivierung	Morgenaktivierung	Morgenaktivierung	Morgenaktivierung	Morgenaktivierung			
7:20	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Wecken	Wecken	7:30
Anschl.	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	8:00
Ab 8:05	Schule vorher BE 9:00 Übergabe+ OA 10:00-12:00 Zeitfenster für Geplante Aufnahmen	kein Schule auf station 09:10 BE 9:00 kurze Übergabe 08:45-09:30 Uhr Zirkeltraining 11:00 Gruppenforum	Schule 9:00 BE 9:00 – 11:15 OA Visite 11:15 – 12:00 OA Patientenvisite 12:45 1.d.Monats großes Team	Schule vorher BE 10:00 Übergabe 11:00 – 12:00: Gruppentherapie	Schule 09:00 BE 9:00 Übergabe 9:00-10:00 KBT 11:00 -12:15 Chefvisite (14 tägig) Zimmer putzen und Betten beziehen	Abholung ins Wochenende 9:15 AVD-Übergabe im Dienstzimmer der St. 3	9:50 AVD-Übergabe im Dienstzimmer der St. 3	8:30
12:15	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	
Anschl. und bis 14:30	Mittagsrunde/ Silentium ab 12:45 Betreuer-besprechung ab 13:15 Übergabe 14:00-15:00 Entspannungs-gruppe	Mittagsrunde/ Silentium ab 13:00 -14:00 Übergabe 14:00-14:45 Teambesprechung	Mittagsrunde /Silentium 13:00-14:00 Übergabe 14:00-14:45 Fallbesprechung (außer 2. Mittwoch im Monat)	Mittagsrunde/ Silentium 13:00-13:30 Übergabe 14:00- 15:00 Mädchengruppe	Mittagsrunde/ Silentium 13:00-13:45 Übergabe 13:00-14:00 PMR	Silentium	Silentium	
15:00	Teerunde	Teerunde	Teerunde	Teerunde	Teerunde	Teerunde	Teerunde	
	15:30 – 16:30 Skillsgruppe + Gruppenangebot	15.15 – 16.45 Uhr Gruppenangebot 15:30 – 17:30 Interaktionszeit mit Kindeltern		15:30- 17:00 Offenes Atelier 15:30 – 17:00 Interaktionszeit mit Kindeltern	Gruppen-Nachmittag			
	16:30- 17:30 Handyzeit			17:15 – 18:00 Handyzeit 17:00 – 18:00 (14 tägig) Elterngruppe			Zurück aus dem Wochenende 17:15/17.45 Besuch bis 18.00	
18:00	Abendessen	Abendessen	Abendessen (18:30)	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	18:30
Anschl.	Abendrunde	Abendrunde + Spieleabend	Abendrunde	Abendrunde	Abendrunde		WE Runde	Anschl.
22:15	ZuBettGehZeit	ZuBettGehZeit	ZuBettGehZeit	ZuBettGehZeit	ZuBettGehZeit	ZuBettGehZeit	ZuBettGehZeit	22:15
22:30	Licht löschen	Licht löschen	Licht löschen	Licht löschen	Licht löschen	Licht löschen	Licht löschen	22:30

Modulation Klinik/ Stationsfaktoren

Ressourcen aktivieren

- Personelle Ressourcen (!)
- Persönliche Ressourcen
- Strukturelle Ressourcen
- Stationsübergreifende Ressourcen
- Ressourcen im Außen
- …

Beispiele aus dem Alltag

- Morgenaktivierung
- Besuchs- und Interaktionszeiten Di und Do (statt Mi) + Wochenende
- Entspannungs- / Achtsamkeitsgruppe
- Wertegruppe (ACT)
- Gruppentherapie für Jugendliche
- Kunsttherapie
- Offenes Atelier
- Heilpädagogisches Reiten (4 Patienten)
- Tiergestütztes Angebot mit Hund (2 Patienten)
- zusätzliche Sportangebote
- …

„Verdünnisierung“ vs. „Ghettoisierung“

- Das Mittragen der akut und besonders schwer erkrankten Patienten ist für Mitarbeiter und Mitpatienten eine wertvolle therapeutische Lernerfahrung und kann somit neben Risiken auch Chancen bieten

- Es kommt zur Verantwortungsübernahme und gegenseitiger Aktivierung zwischen den Patienten, was zu wertvollen gegenseitigen Lernerfahrungen beiträgt

Juckel: Psychiatrische Intensivstationen – Kontra, Debatte: Pro & Kontra… Psychiat Prax 2015; 42: 238–239

Konkret:

- Wesentliche Voraussetzung für eine offene Station: Behandlung akut kranker und untergebrachter Pat. „überall im Haus“

- Sofern Unterbringung und Anwendung von Zwang doch nicht vermeidbar ist, sind alle Stationen materiell und personell dazu in der Lage, Zwangsmaßnahmen und –behandlungen sowie Intensivbetreuungen durchzuführen (15-, 30-,60-min. Sichtkontakte,1:1-Betreuungen)

- Track-Konzept: nur noch ein kleiner Teil der Station wird bspw. für psychotische Störungen im Bedarfsfall geschlossen

Sicherheit schaffen durch Behandlungs- und Beziehungskontinuität

- Gerade in Krisensituationen ist es für Menschen wichtig, vertraute Umgebungen aufzusuchen und an Beziehungserfahrungen anzuknüpfen
- Vertrautheit trägt zum Abbau von Ängsten und Anspannung bei und vermittelt Gefühl von Sicherheit
- Beziehungskontinuität als zentraler Faktor bei der Öffnung von Stationstüren: jeder Pat. trifft bei jeder Behandlungsepisode auf dasselbe Behandlungsteam (inkl. Bezugstherapeuten und Bezugspflegekraft)

Psychiatrische Behandlung mit offenen Türen, Ketelsen et al., Krankenhauspsychiatrie 2003; 14(2): 49-55
Qualität therapeutischer Beziehung, Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiß, Andreas Heinz (Hg.):, Bonn 2015

Sicherheit geben durch Struktur

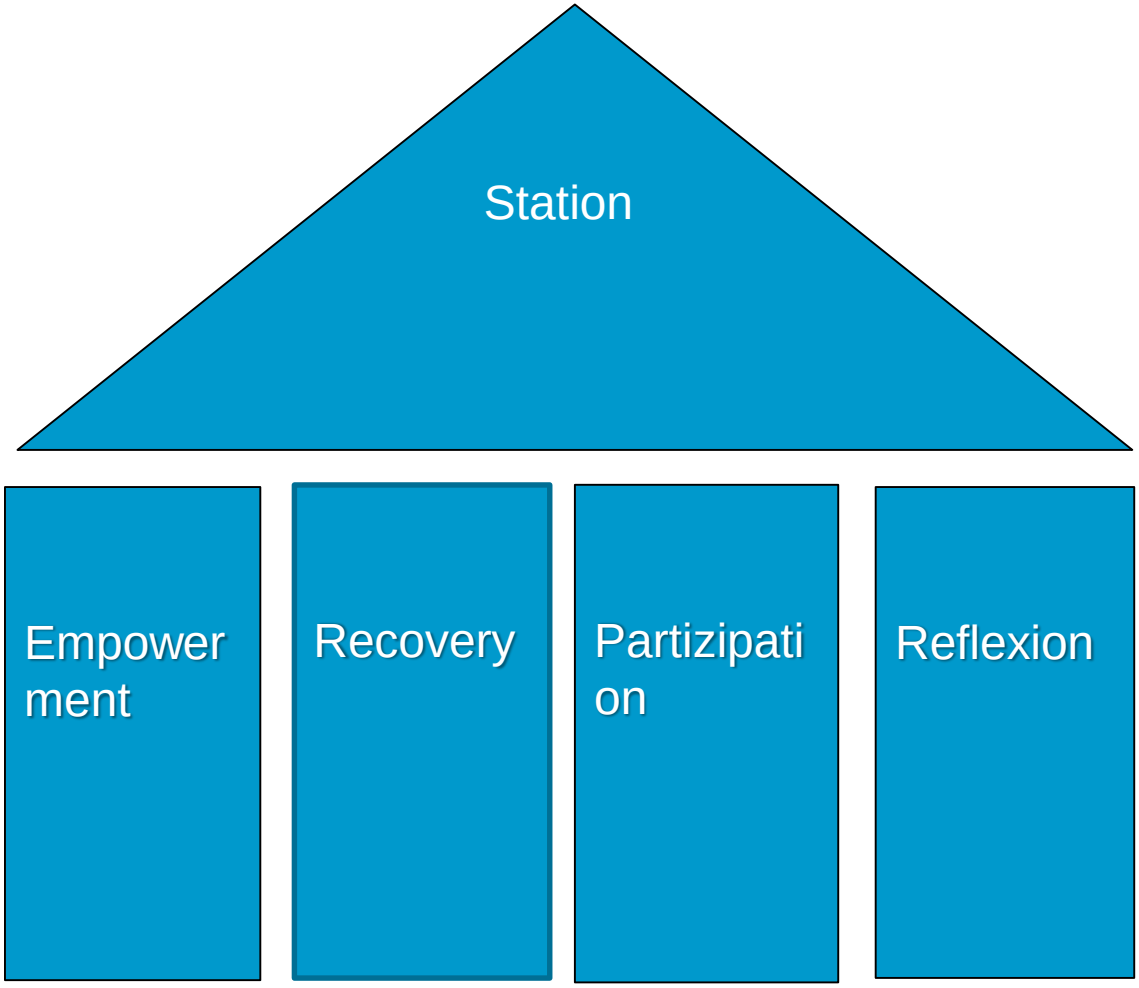
- Rhythmisierung des Tagesablaufes
- Behandlungskontinuität
- Vorhersehbarkeit
- Absprachefähigkeit
- Verbindlichkeit
- Nachsorgeambulanzen

Sicherheit geben durch Konzepte

- Gemeinsame Risikoeinschätzung (Arzt/Therapeut – PED – Pat.)
- „Leitfaden Suizidalität“
- Risikostufen
- Angepasste Sicherungsmaßnahmen
- Absprachefähigkeit fördern – Risiken abwägen
- Kontingenzmanagement
- Vertrauen fördern – kompromissbereit sein

Modulation Teamfaktoren

Konzept: Bezugspflege



Leitende Gedanken/ Grundhaltungen des Bezugspflegekonzeptes

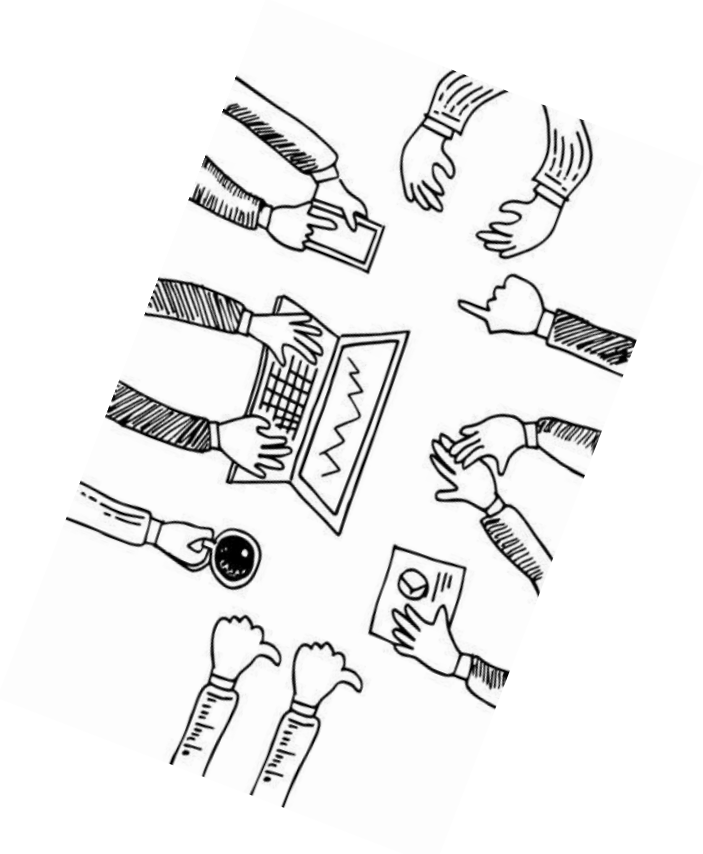
- Hilf mir es selbst zu tun
- Ich bin ich und nicht die Krankheit
- Ich entscheide mit
- Viele Köpfe sind schlauer (gemeinsame Reflexion)

Reflexion

- Machtkämpfe vermeiden
- Offen bleiben für Lösungsideen
- Übertragungen erkennen (z.B. Ohnmachtsgefühle, Hoffnungslosigkeit)
- Skills anwenden
- Konzentration auf den nächsten Schritt statt Katastrophisieren
- Perspektivisch denken vs. vermeintlich schnelle und einfache Lösungen
- Perspektive wechseln

Gegenseitige Erwartungen klären

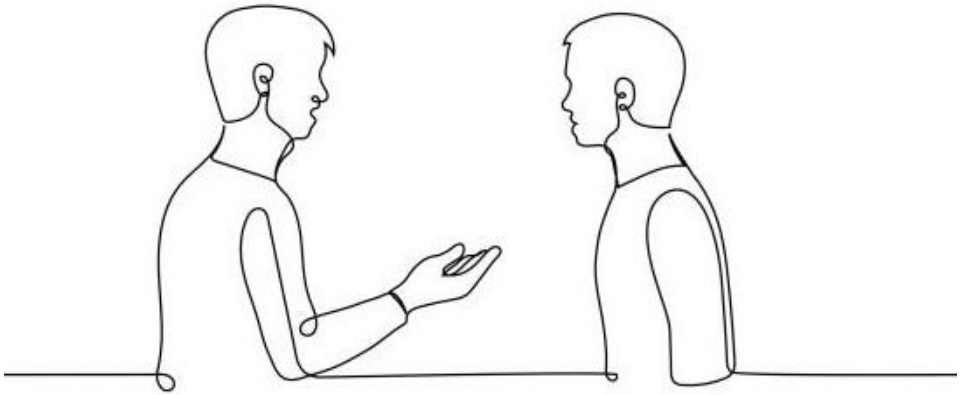
- Offene Kommunikation
- Auftragsklärung
- Erwartungen der Beteiligten abgleichen:
  - Angehörige
  - Betroffene
  - Jugendamt
  - Wohngruppe
  - Familiengericht
  - …
- unrealistische Erwartungen enttäuschen



Augenhöhe ~~vs.~~ *und* Expertenstatus

- Patientenorientierte Haltung
- Partizipation ermöglichen
- Gemeinsam Lösungen entwickeln
- eigene Grenzen akzeptieren
- Unterschiedliche Sichtweisen respektieren
- Ressourcen in den Blick nehmen vs. Problemorientierung
- Kompromisse verhandeln
- walking the middle path…

- „sowohl als auch“ statt „entweder oder“

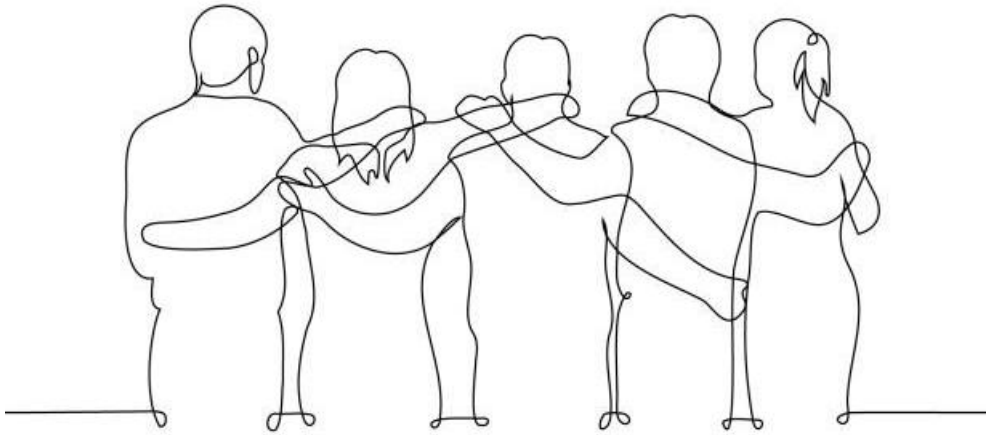


Ressourcen einbinden

- Team Ressourcen nutzen
- Entlastung durch Außenaktivitäten
- Angehörige, Freunde
- Strukturelle Ressourcen (Personaldecke!)
- Räumlichkeiten
- Gemeinsamkeiten entdecken
- …

Gegenseitige Unterstützung

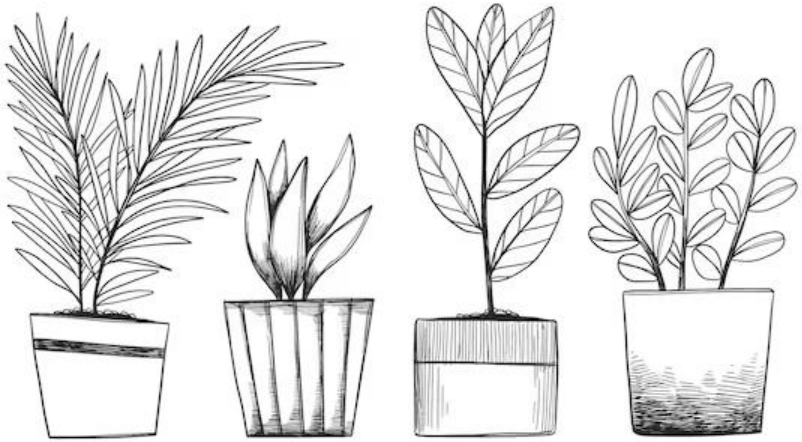
- Peer-to-Peer Beratung
- Unterstützung zwischen den Stationen
- Krisenabsprachen / Risikomanagement
- Offene Kommunikation – klare Kommunikation
- Verantwortlichkeiten klären
- um Unterstützung bitten
- Hilfe annehmen – Unterstützung anbieten
- zuhören



Teamentwicklung

- Fortbildung von Mitarbeitenden (Traumapädagogik, Fachpflege, DBT)
- Umschulung auf ProDeMa
- Formate um gemeinsame Haltung zu kultivieren:
  Teambesprechungen, Fallbesprechungen
- Nachbesprechungen!
- Trialogische Behandlungsplanung: Arzt/Ther.+ PED+ Pat.
- Verantwortungsübernahme für Stationskultur:
  - respektvolle Kommunikation
  - gegenseitige Unterstützung
- shared decision making
- Teamaktivitäten

Modulation räumliche Umgebung



Anzahl eingeschlossener Studien, die verschiedene Interventionen untersuchten

Intervention	Anzahl Studien (davon RCTs)	Anzahl der Studien, die eine Reduktion von Zwangsmaßnahmen berichteten
Umgebung	9 (0)	7 (0)
Organisation	11 (1)	6 (0)
Mitarbeitertrainings	13 (1)	9 (1)
Psychotherapie	5 (0)	5 (0)
Risikovorhersage	5 (2)	5 (2)
Nachbesprechung	2 (0)	2 (0)
Vorausverfügung	1 (0)	0 (0)
komplexe Interventionen*	38 (2)	37 (1)

Hirsch S, Steinert T: Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy. Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 336–43.

Weiterentwicklung von therapeutischer Haltung und therapeutischem Milieu

Um gesetzlich untergebrachte psychisch erkrankte Pat. daran zu hindern, eine offene Station zu verlassen, muss an der Haltung und Milieu gearbeitet werden

Veränderung von Haltung und Milieu können dazu beitragen, dass die Anwendung von Zwang reduziert wird und Zufriedenheit von Pat. und Mitarbeiter steigt

Zentraler Wirkfaktor: partnerschaftliche therapeutische Begegnung „auf Augenhöhe“

Espinosa L, Harris B, Frank J, Armstrong-Muth J, Brous E, Moran J, Giorgi-Cipriano J. Milieu improvement in psychiatry using evidence-based practices: the long and winding road of culture change. Arch Psychiatr Nurs. 2015 Aug;29(4):202-7

Exkurs: medizinethische Prinzipien

- Autonomie ← → Patientenorientierung
- Wohltun (Fürsorge) ← → Kindeswohl, Zukunftsperspektive
- Nicht-Schaden ← → Sicherheit, Genesung
- Gerechtigkeit ← → Team/Patientengruppe/Gesellschaft

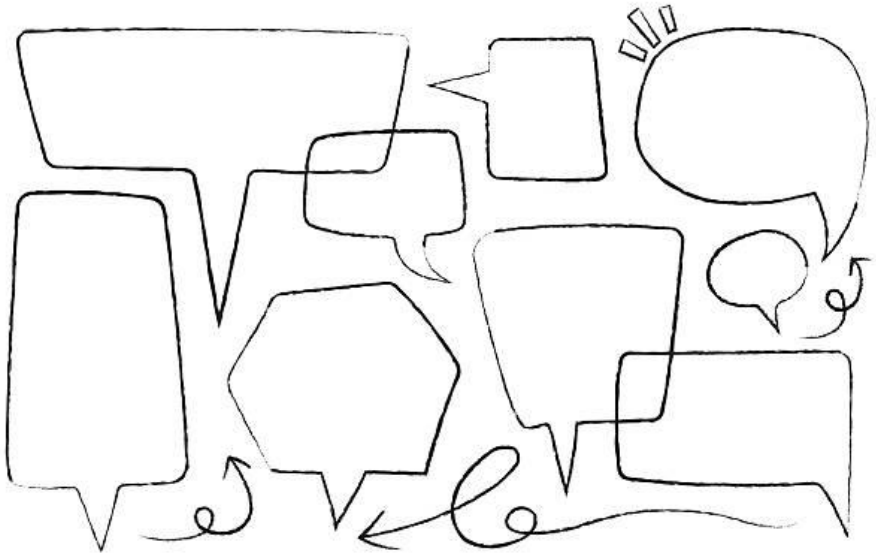
Wohltätiger Zwang?

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2024). Prinzipien der Bioethik (D. Lanzerath & A. Halsband, Eds.; J. Pelger, Üb.). Verlag Karl Alber, 2024

Umgang mit Zwang und FeM

- Indikation prüfen!
- Pat. mit einbeziehen, Wahlmöglichkeit eröffnen
- Notwendige Maßnahmen erklären!
- Maßnahmen ankündigen
- Maßnahmen vorbereiten (Teamsupport, ggs. Unterstützung!, Mitpatienten)
- Zeitfaktor – Lösungen kosten Zeit!
- Maßnahmen nachbesprechen
- Postvention: ggf. weitere Maßnahmen vorbesprechen!
- Rechtssicherheit klären
- Nachbesprechung anbieten (dem Betroffenen!)

Alternativen prüfen



- Festhalten statt Fixieren
- Reizarmes Setting statt 1:1
- Bedarfsmedikation anbieten
- Raum geben vs. Isolation
- Kompromisse anbieten
- eigene Grenzen beachten!
- Soziale Zuwendung modulieren – verhaltensunabhängige Zuwendung vs. „wer am lautesten schreit“
- Umgang mit krisengenerierendem Verhalten – herausfordernd!
- Funktionales Verhalten und Absprachefähigkeit fördern – Vermittlung von (therapeutischer) Versorgung

Beispiele

Jugendlicher mit Psychose

Vergiftungsängste, Verfolgungswahn

Angst vor Medikation, Verschwörungsgedanken

→ Vertrauen schaffen
→ Zeit geben
→ Vertrauenspersonen einbinden
→ Notwendige Maßnahmen erklären und ankündigen
→ Verhandeln, soweit möglich
→ Unumgängliche Maßnahmen kennzeichnen
→ kooperative Momente nutzen, auf Pat. eingehen
→ ggf. kurzes Festhalten für Medikation?

Beispiele

Jugendliche mit schwerer Anorexie

- → Klarheit schaffen, welche Ziele priorisiert werden sollen
- → Notwendige Maßnahmen erklären
- → Vertrauenspersonen einbeziehen, sich verbünden
- → Ggf. entlastende Medikation anbieten
- → Kurzfristige und langfristige Behandlungsziele reflektieren
- → Klarheit bzgl. Indikation und Optionen schaffen: ambulanter Behandlungsversuch? Zwingende Aufnahmeindikation? Ggf. Pädiatrie? Sondierung? Sondenanlage mit Festhalten?

Beispiele

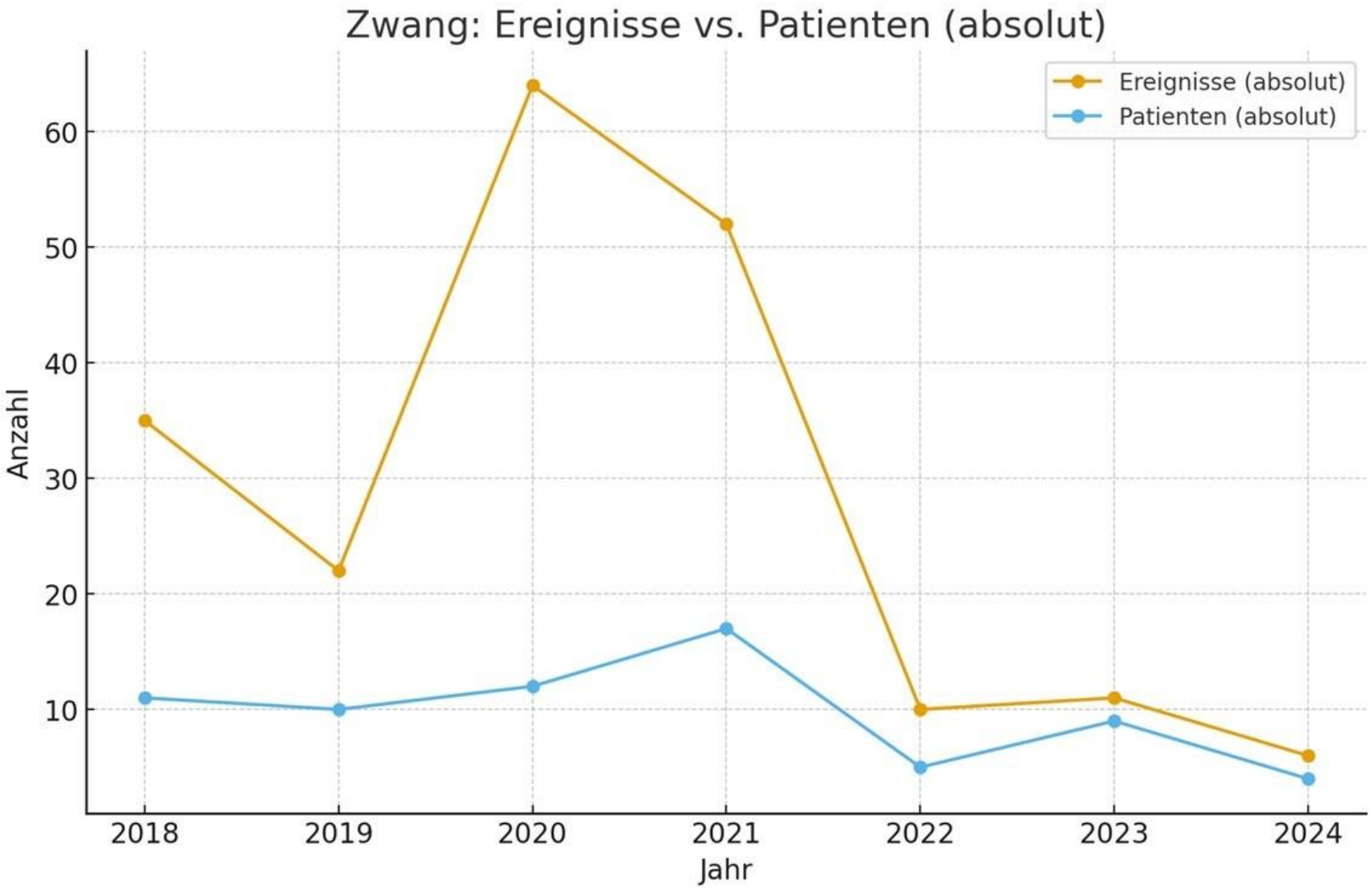
Jugendliche mit suizidaler Krise bei bek. Borderline-Persönlichkeitsentwicklung

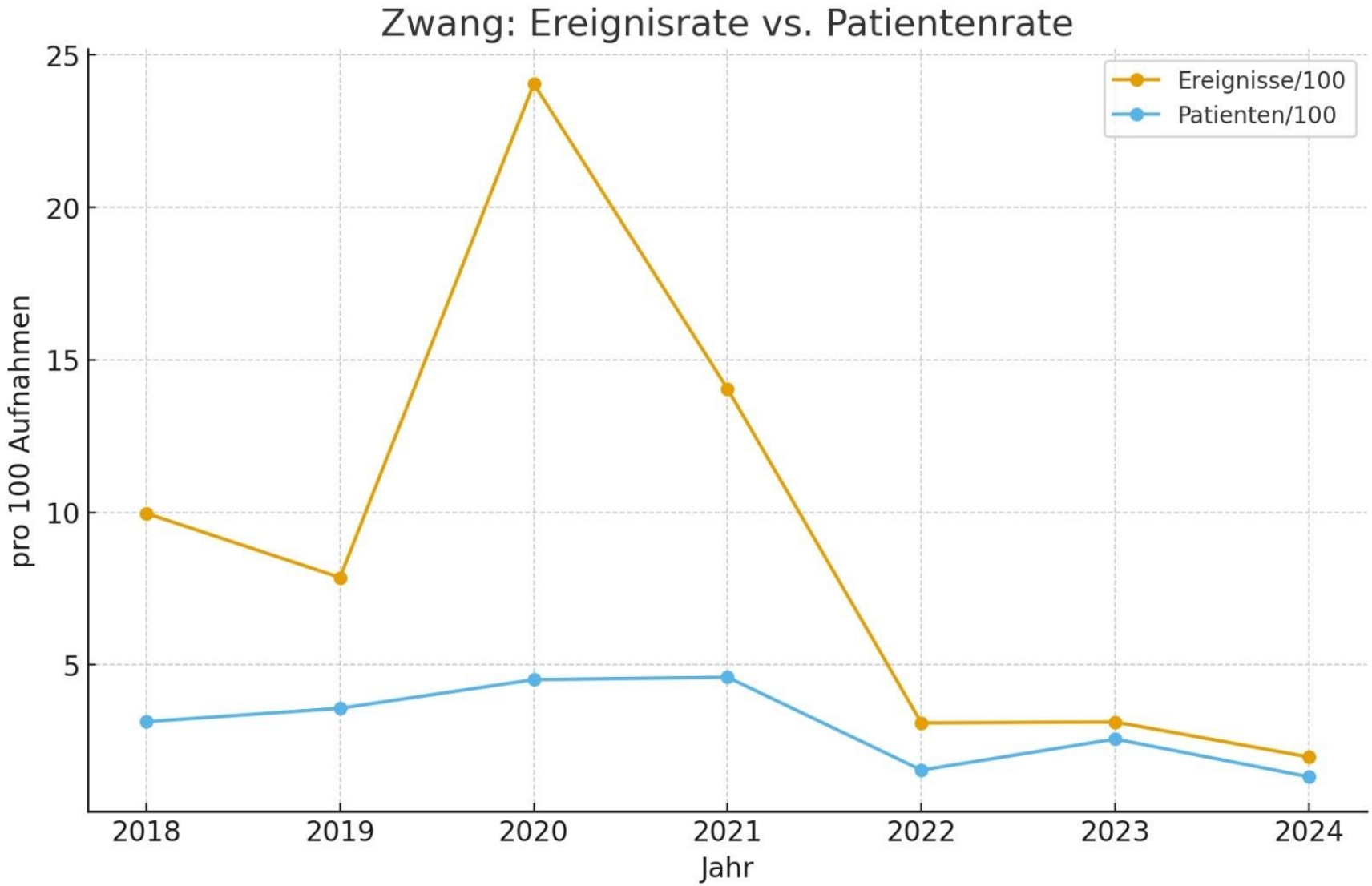
- → Cave: krisengenerierende Dynamik / “maligne Regression“
- → reizarmer Krisenmodus
- → alternative/ funktionalere Behandlungsmaßnahmen anbahnen
- → Ambulantisierung priorisieren, oder DBT-Setting
- → z.B. Nachsorgekontakte anbieten
- → Unterstützung bei Problemlösung→ Ziel: Entlassfähigkeit herstellen
- → Eigenverantwortung stärken

Beispiele

Fremdaggressiver, nicht deutsch sprechender, intoxikierter Jugendlicher, durch Polizei fixiert

- → Versuch der Übernahme ohne Fixierung
- → Bedarfsmedikation angeboten
- → Eskalation mit massiv fremdaggressivem Verhalten
- → erneute Fixierung, Amtshilfe durch Polizei erforderlich
- → Nachbesprechung
- → Nachsorgeambulanz, Nachbesprechung mit Pat.+Dolmetscher
- → Gegenseitiges Kennenlernen, Psychoedukation


Zwang: Ereignisse vs. Patienten (absolut)
Ereignisse (absolut)
Patienten (absolut)
Anzahl
60
50
40
30
20
10
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
Jahr


Zwang: Ereignisrate vs. Patientenrate
Ereignisse/100
Patienten/100
pro 100 Aufnahmen
25
20
15
10
5
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
Jahr

Vergleich 2018–2021 vs. 2022–2024 – Raten je 100 Aufnahmen

Ø Ereignisse/100

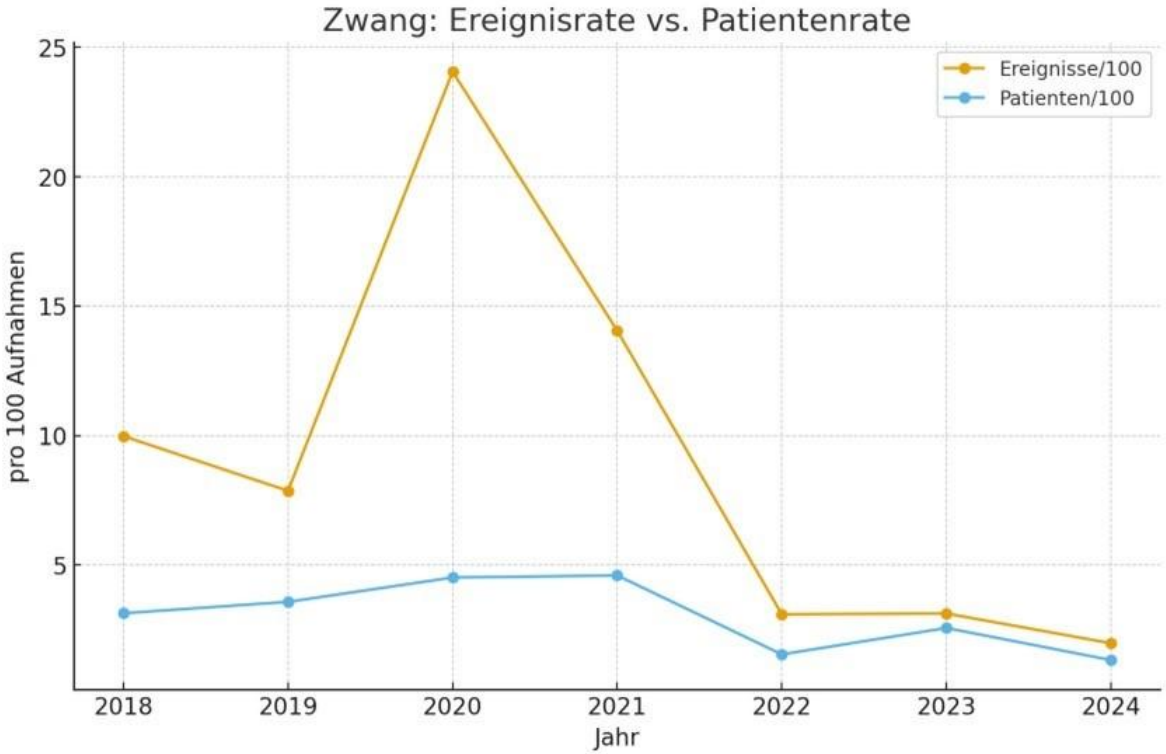
13.98 → 2.73

Ø Patienten/100

3.95 → 1.81

Ø Ereignisse/Patient

3.44 → 1.57



- Definition: Werte je 100 Aufnahmen; Intensität = Ø Ereignisse pro betroffene Person.

Mehr im Workshop…

Prozess KJP Münster

2017: erste Konzepte/ Leitfaden Suizidalität

2018: „Kamera aus“
Personalaufbau
Implementierung erste Safewards-Interventionen
erste Versuche „offene Tür“
Strukturelle Entscheidungen:
keine Überbelegung, Verteilung von Krisenpatienten
Konzeptionelle Veränderungen, Teamentwicklung

2019: Bezugspflegekonzept
Netzwerkarbeit

2020: Corona

2021: Safewards-Booster

2022: Konsolidierungsphase, ProDeMa

2024: Stationsumbau

DANKE

jens.geitmann@ukmuenster.de
judith.fernholz@lwl.org

Bilder: istockphoto, freepic