

An abstract painting featuring several stylized human figures. The figures are rendered in various colors: a central figure in blue and purple, a figure to the left in red and orange, and a figure to the right in yellow and orange. The background is a mix of purple, pink, and blue tones. The overall style is expressive and colorful.

Evangelisches Krankenhaus Bielefeld

**Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie Bethel**

Fünffjahresbericht 2003 - 2007

Doris Kriener

Gruppenbild, 2002

1 Vorwort und Zusammenfassung

Wir freuen uns, allen Interessierten nach nunmehr fast fünf Jahren den nächsten Tätigkeits- und Entwicklungsbericht aus der Klinik vorlegen zu können. Dass dies nicht schon nach drei Jahren wie geplant der Fall war sondern fast zwei weitere Jahre dauerte wirft ein Bild auf die stürmische Entwicklung und die enorme engagierte Arbeitsleistung aller Mitarbeitenden. Wenn Sie diesen Bericht lesen, werden Sie sehr schnell nachvollziehen können, wie viel sich verändert hat, inhaltlich-fachlich, strukturell und personell.

Im Jahr 2005 haben wir das Konzept der Klinik vollständig überarbeitet und auf der Homepage des EvKB der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Dort sind die Grundlagen und die Art unserer Arbeitsweise im Detail dargestellt. Das Konzept wurde seitdem erfreulich häufig abgerufen.

Wichtigste Veränderungen seit dem Jahr 2003 betreffen u.a. die erhebliche Ausweitung spezifischer Psychotherapieverfahren für praktisch alle Problembereiche bzw. Indikationen in unserem Fachgebiet, den Auf- und Ausbau zahlreicher klinischer und wissenschaftlicher Projekte mit der dazugehörigen Publikationstätigkeit, die Ausgestaltung der ambulanten Arbeit und ihre Vernetzung mit den stationären und teilstationären Angeboten, das neue Versorgungsangebot für britische Patienten und die Entwicklung einer ansprechenden Homepage in dem dafür vorgesehenen Rahmen.

In der Mitarbeiterschaft haben sich ebenfalls gravierende Veränderungen ergeben. Zum einen sind langjährig verdiente Kolleginnen und Kollegen auf allen Ebenen ausgeschieden, denen wir sehr herzlich für die hervorragende Mit- und Zusammenarbeit auch an dieser Stelle danken möchten. Zum anderen haben wir in praktisch allen Berufsgruppen eine erhebliche Qualifizierungsentwicklung erfahren, die sich z.B. in einem sehr hohen Anteil von Fachärzten und approbierten psychologischen Psychotherapeuten, abgeschlossenen Studiengängen im Bereich der Pflegewissenschaften und des Pflegemanagements sowie zahlreichen Zusatzqualifikationen ausdrückt.

Das Entscheidende ist aber die außergewöhnliche Motivation und das Engagement vieler Mitarbeitenden, ohne das wir nicht da stehen würden, wo wir heute sind. Wir hoffen sehr, dass die kreativen und fleißigen Köpfe der Kliniken und der durch sie entstehende gute Geist auch in Zukunft auf und von allen Ebenen als das Wertvollste angesehen werden wird, über das wir verfügen und das uns für unsere Patienten attraktiv macht.

Mit den besten Grüßen

Ihre

Prof. Dr. Martin Driessen

Petra Krause

Dr. Georg Kremer

Chefarzt

Pflegeleitung

Sprecher Therapeutische Dienste

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort und Zusammenfassung.....	3
2	Entwicklung zum Evangelischen Krankenhaus Bielefeld.....	6
3	Entwicklungen in der Gesamtklinik.....	6
4	Abteilungen und Bereiche	8
4.1	Abteilung für Allgemeine Psychiatrie I.....	9
	Leitungsverantwortliche.....	9
	Strukturelle Veränderungen.....	10
	Inhaltlich-fachliche Entwicklungen.....	10
4.2	Abteilung für Allgemeine Psychiatrie II.....	11
	Leitungsverantwortliche.....	11
	Personelle Veränderungen.....	12
	Strukturelle Veränderungen.....	12
	Inhaltlich-fachliche Entwicklungen.....	12
4.3	Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen.....	13
	Leitungsverantwortliche.....	13
	Strukturelle Veränderungen.....	14
	Inhaltlich-fachliche Entwicklungen.....	14
4.4	Abteilung für Gerontopsychiatrie	16
	Leitungsverantwortliche.....	16
	Personelle Veränderungen.....	16
	Strukturelle Veränderungen.....	17
	Inhaltlich-fachliche Veränderungen	17
4.5	Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	19
	Leitungsverantwortliche.....	19
	Strukturelle und organisatorische Veränderungen	19
	Neue Arbeitsschwerpunkte und Entwicklungen der Bereiche	20
	Allgemeinpsychiatrie.....	20
	Alkoholambulanz und Drogensprechstunde	22
	Bereich Gerontopsychiatrie	23
	Konsiliardienst	24
4.6	Ergotherapie.....	24
	Leitungsverantwortliche.....	24
	Personelle Veränderungen.....	24
	Strukturelle Veränderungen.....	24
	Inhaltlich-fachliche Veränderungen	25
4.7	Musiktherapie	26
4.8	Physio- und Bewegungstherapie.....	26
	Leitungsverantwortlich.....	26
4.9	Krankenhausseelsorge.....	27
4.10	Sekretariatsbereich	28
4.11	Forschungsabteilung.....	28
	Leitungsverantwortlich.....	28
	Bereich Stressverarbeitung und Psychotraumatologie.....	29
	Bereich Neuropsychologie.....	29
	Bereich Psychiatrische Pflegeforschung	29

Projekt Ausdauertraining	30
Bereich Alkoholforschung.....	30
Projekt: Religiöse Motivation	31
Bereich Gerontopsychiatrische Forschung.....	32
Akademische Qualifikationen	32
Drittmittleinwerbung.....	36
5 Daten & Fakten	37
5.1 Patientenzahlen, Verweildauer und Diagnosen.....	37
5.2 Aufnahme und Entlassung, Rechtsgrundlagen im Jahr 2006.....	39
5.3 Demografische Merkmale unserer Patienten	41
5.4 Klinischer Schweregrad, globale Funktionsfähigkeit und Veränderungen..	42
Allgemeiner Klinischer Schweregrad	42
Globales Funktionsniveau	43
6 Kooperationspartner	44
6.1 Andere Kliniken des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld.....	44
6.2 v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel.....	44
6.3 Stadt Bielefeld	44
6.4 Universität Bielefeld.....	45
6.5 Amtsgericht Bielefeld.....	45
6.6 Krisendienst, Polizei, Feuerwehr, Sozialpsych. Dienst, Gesundheitsamt...	45
7 Aus- und Weiterbildung, Fortbildungsveranstaltungen	45
7.1 Fachpflegeweiterbildung	45
7.2 Facharztweiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie	46
7.3 Ausbildung Psychologische Psychotherapie	46
7.4 Regelmäßig stattfindende Veranstaltungen	46
Kolloquium Psychiatrie und Psychotherapie.....	46
Interne Veranstaltungen	58
7.5 Besondere Veranstaltungen.....	58
Veranstaltungen zur Psychiatrischen Pflege	59
8 Veröffentlichungen	60
8.1 Zeitschriftenartikel (Original und Übersichtsarbeiten).....	60
8.2 Bücher und Buchbeiträge	65
8.3 Eingeladene Vorträge, Kongressbeiträge und Poster	69

2 Entwicklung zum Evangelischen Krankenhaus Bielefeld

Mit der Fusion der Krankenanstalten Gilead, dem Krankenhaus Mara und dem Evangelischen Johanneskrankenhaus zum 1.1.2005 entstand das Evangelische Krankenhaus Bielefeld (EvKB), das damit zu den Größten in Nordrhein-Westfalen gehört. Damit verbunden war auch die Umbenennung zur Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel.

Damit einher ging der Aufbau von klinik- und standortübergreifenden Zentren, dieser Prozess wird auch noch über das Jahr 2007 hin andauern. Unsere Klinik ist dabei beteiligt an

dem Zentrum für Neuromedizin mit den beiden Kliniken für Neurologie (Bethel und Johannesstift), Epileptologie und Neurochirurgie sowie mit den Instituten für Neuropathologie und Neuroradiologie (alle am Standort Bethel).

dem Zentrum für Altersmedizin mit der Klinik für Innere Medizin, Geriatrie und Rheumatologie (Johannesstift) und den beiden neurologischen Kliniken sowie der Klinik für Epilepsie und Behindertenmedizin.

dem Zentrum für Psychosoziale Medizin mit der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Johannesstift).

3 Entwicklungen in der Gesamtklinik

Die Entwicklung der Klinik war im Berichtszeitraum durch einige grundlegende Veränderungen gekennzeichnet, die sich mehr oder weniger ausgeprägt durch alle Abteilungen und Bereiche ziehen:

In der Diagnostik sind wir konsequent den Weg zu mehr strukturierter bzw. standardisierter Diagnostik gegangen, soweit es der klinische Alltag zulässt. D.h., wir wenden mehr Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen an, die z.T. für alle Bereiche gelten (z.B. CGI, GAF, BPRS), z.T. bereichs- bzw. indikationsspezifisch (z.B. GDS, MADRS). In der Einführung ist die Diagnostik der Erkrankungsfolgen im Sinne der ICF (International Classification of Functioning) mittels Mini-ICF-P der Arbeitsgruppe um Linden. Die neuropsychologische Differenzialdiagnostik zielt u.a. ebenfalls auf die rehabilitationsrelevante Funktionsdiagnostik und wird jetzt stufenweise als Basisdiagnostik in den Bereichen und bei komplexeren Fragestellungen durch Diplom-Psychologen durchgeführt.

In der Therapie haben die indikationsgeleiteten psychotherapeutischen Verfahren eine sehr viel größere Bedeutung erlangt und werden als Einzeltherapie und besonders als Gruppentherapie stationsübergreifend angeboten. Dazu gehört auch das 2005 neu entstandene Team Familientherapie, das auf Anforderung Paar- und Familienberatung bzw. -therapie in begrenztem Rahmen auch über den (teil-)stationären Aufenthalt hinaus anbietet.

Patienten: Durch einen Vertrag zwischen dem Maßregelvollzugsbeauftragten des Landes NRW und unserem Krankenhaus wurde die schon früher in geringerem Umfang durchgeführte Behandlung forensischer Patienten neu auf 10-12 Patienten ausgeweitet. Es handelt sich nur um solche Patienten, die eine gute Kriminalprognose aufweisen und bei denen das Ziel einer Wiedereingliederung in die Gesellschaft realistisch ist. Im Jahr 2005 wurde zusätzlich ein Vertrag über eine Forensische Nachsorgeambulanz abgeschlossen, die seitdem erfolgreich arbeitet. Zudem wurde am 10. September 2007 eine englischsprachige Station für die Behandlung britischer Patienten eröffnet, nachdem der schon länger bestehende Versorgungsvertrag zwischen den British Forces Germany und dem EvKB auch auf das Gebiet der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ausgeweitet wurde.

Eine neue einheitliche Dokumentation wurde geschaffen, um Doppeldokumentationen zu vermeiden und ein prinzipiell EDV-fähiges System zur Verfügung zu stellen, das in das klinische Informationssystem hoffentlich bald integriert werden kann.

Klinikleitung: Nach Ausscheiden des therapeutischen Klinikleiters im Herbst 2005 änderte sich die Klinikleitungsstruktur durch Verzicht auf die Wiederbesetzung dieser Position und Verteilung einzelner Aufgaben aus der vakanten Stelle. Dabei sind drei Neuerungen hervorzuheben: Mit Dr. Georg Kremer wurde ein Sprecher der therapeutischen Dienste benannt, der in der Klinikleitung die Belange dieser Berufsgruppen vertritt. Die Verantwortung im Bereich des Personalmanagement wurde an Frau Dr. Steffi Koch-Stoecker, Leiterin der Ambulanz gegeben. Zum dritten wurden die Abteilungsleiter Forschung (PD Dr. Thomas Beblo) und Ergotherapie (Herr Rainer Schmitt) in die Abteilungsleitungskonferenz berufen.

Pflegeorganisation: In der gesamten Klinik wurde das Pflegeorganisationssystem Primary Nursing eingeführt und kontinuierlich weiterentwickelt.

Abteilungen: Organisatorisch wurde die Abteilung Allgemeine Psychiatrie aufgrund ihrer Größe in zwei Abteilungen aufgeteilt. Die neu entstandene Abteilung Allgemeine Psychiatrie II wird nun durch Frau Dr. Höpp, Frau Rosemarie Welscher und Herrn Dipl. Psychologe Schelp geleitet. In einem zweiten Schritt wurde die fachliche Zuordnung der ambulanten Bereiche Sucht und Gerontopsychiatrie zu den Abteilungen vollzogen (s.u.).

Mitarbeiterschaft: Die zunehmende Ressourcenverknappung ist auch an unserer Klinik nicht vorbeigegangen, sodass sich viele Mitarbeitende mittlerweile häufig an den Grenzen ihrer Leistungsmöglichkeiten befinden. Wir hoffen sehr, dass sich diese Situation verbessert, um die Motivation und das Engagement unseres Teams und auch die Leistungsfähigkeit im Sinne unserer Patienten erhalten zu können. Erfreulich ist der mittlerweile sehr hohe Anteil an Fachärzten (Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Neurologie, Allgemeinmedizin, Innere Medizin) und approbierten Psychologischen Psychotherapeuten in unserer Klinik. Etliche ärztliche Mitarbeiter verfügen über Zusatzqualifikationen (Geriatric, Suchtmedizin, Forensik, Rehabilitative Medizin, Notfallmedizin, Qualitätsmanagement).

4 Abteilungen und Bereiche

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel ist durch eine Abteilungsstruktur organisiert. Diese Abteilungsstruktur wurde im Berichtszeitraum verändert und umfasst jetzt fünf klinische Abteilungen und drei Funktionsabteilungen (Tabelle 1).

Mit Ausnahme der Psychiatrischen Institutsambulanz werden alle klinischen Abteilungen durch ein Leitungskollegium geleitet, das aus der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Leitung besteht.

Tabelle 1. Klinikstruktur

Klinische Abteilungen (Stationen und Tageskliniken)	Plätze	Schwerpunkte
Abteilung für Allgemeine Psychiatrie I mit den Tageskliniken West und Süd und der Klinik Pniel	Stat. 97 Pniel 42 TK 44	Psychotische Störungen, Manien, chronische Erkrankungen, schwere Persönlichkeitsstörungen
Abteilung für Allgemeine Psychiatrie II mit der Tagesklinik Ost	Stat. 80 TK 16	Depressive, Angst-, Zwangs- und somatoforme Störungen, Borderline Persönlichkeitsstörung
Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen mit Tagesklinik und einer Station für britische Patienten	Stat. 55 TK 16 Stat. 12	Alkohol- und drogenbezogene Stö- rungen auch im Alter Schwerpunk- te ICD-10 F1, F3, F4
Abteilung für Gerontopsychiatrie mit Tageskli- nik und Tagespflege	Stat. 53 TK 16 TP 16	Depression, demenzielle und psy- chotische Störungen im Alter
Psychiatrische Institutsambulanz		Behandlung aller Störungsbilder in abteilungsbezogener Organisation und in Spezialsprechstunden
Funktionsabteilungen		Schwerpunkte
Klinische Ergotherapie und zwei Praxen für Ergotherapie		Arbeitstherapie, kompetenzzentrier- te, ausdruckszentrierte, interaktiona- le Ergotherapie
Bewegungs- und Physiotherapie		Ausdauertraining, Gymnastik, Phy- siotherapie, Schwimmen, Entspan- nungsverfahren
Forschungsabteilung		Klinische und interdisziplinäre For- schung, Drittmittelinwerbung, Pub- likationen, Dokumentation

Anmerkung: Die Musiktherapie ist dem Psychologischen Dienst zugeordnet, die klinische Sozialarbeit ist dezentral in den klinischen Abteilungen organisiert

4.1 Abteilung für Allgemeine Psychiatrie I

Leitungsverantwortliche

Ärztliche Leitung

Dr. med. Rainer Burdinski, Stellvertretender Chefarzt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Neurologie, Forensische Psychiatrie

Therapeutische Leitung

Dipl.-Sozialpädagogin Marite Pleininger-Hoffmann, Systemische Paar- und Familientherapeutin, Supervisorin

Pflegeleitung

Petra Krause, Fachkrankenschwester für Psychiatrie mit Unterstützung durch Rosemarie Welscher (Stationen A2 und A5, Tagesklinik Süd), Kerstin Wiethölter (Stationen A3 und A4, Tagesklinik West), Dipl.-Pflegerwirt Rüdiger Noelle (Klinik Pniel), zur Qualifikation siehe nachfolgende Abteilungen.

OberärztInnen

Stationen A3 und A4: Dr. med. Michaela Berg, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Station A5: Dr. med. Regina Ketelsen, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, DBT-Therapeutin, Systemische Paar- und Familientherapie

Station A2: Dr. med. Lars Weigle, Facharzt für Nervenheilkunde, Neurologie

Tagesklinik Süd: Frau Juanita Töller, Fachärztin für Psychiatrie, Neurologie, Familientherapie (Supervisorin)

Tagesklinik West: Dr. med. Carl-Ernst von Schönfeld, Facharzt für Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie, Forensische Psychiatrie

Klinik Pniel: Lutz Koppmann, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Stationsleitungen

Station A2: Wolfgang Pohlmann, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie

Station A3: Ulrich Mönkedieck, Sozial- und Milieupädagoge

Station A4: Birgit Hahn, Sozial- und Milieupädagogin

Station A5: Uwe Hadel, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie

Klinik Pniel–Team 1: Werner Hartmann, Sozial- und Milieupädagoge

Klinik Pniel–Team 2: Sabine Koch, Sozial- und Milieupädagogin

Strukturelle Veränderungen

Die Tageskliniken West am Bethel-Eck und Süd in Bielefeld-Eckardtsheim in der Trägerschaft der Anstalt Bethel (bzw. der Stiftungsbereiche Behindertenhilfe und Integrationshilfen) wurden bereits seit den 90er Jahren über einen Betriebsführungsvertrag als Teile der Klinik geführt. Mit einer Neuauflage des Vertrags wurde nun auch die Klinik Pniel (mit 42 stationären Plätzen für die mittelfristige Behandlung schwer und chronisch Kranker) in die Klinik eingegliedert. Damit ist ein noch nahtloserer Übergang der Patienten zwischen den Bereichen der Klinik möglich. Die Patienten der Klinik Pniel kommen z.T. auch aus den Abteilungen Allgemeine Psychiatrie II und Abhängigkeitserkrankungen. In der Tagesklinik West sind nun auch die (relativ wenigen) Patienten mit psychotischen Störungen, die früher in der Tagesklinik Ost behandelt wurden, nachdem diese der Abteilung AP II zugeordnet wurde. Die sektorbezogene Struktur und Arbeitsweise der Abteilung wird ansonsten wie bisher fortgeführt. Die Tagesklinik Süd wurde 2006 und 2007 wegen dringendem Sanierungsbedarf des Senne-stadthochhauses ebenfalls – und unter erheblichen Belastungen für Patienten und Mitarbeitende - renoviert. Sie ist nun nicht unerheblich größer und erheblich schöner geworden, so dass der Standort an Attraktivität deutlich gewonnen hat.

Inhaltlich-fachliche Entwicklungen

Die Entwicklung von psychotherapeutischen Behandlungsangeboten für Psychosekranken wurde konsequent weiterentwickelt. Neben Psychoedukation, Gruppentraining sozialer Kompetenzen und Paar- und Familientherapie (s. u.) wurde ein spezielles kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm für Ersterkrankte und Junge Psychosekranken („JUPS“) aufgebaut. Dieses Programm findet in Abständen und nach Bedarf statt.

Mit der Adherence-Therapie wurde ein achtstündiges Therapieprogramm aufgebaut, das 2007 im Rahmen einer multizentrischen randomisierten kontrollierten Studie zusammen mit dem Westfälischen Zentrum in Warstein und dem Labor der Gesellschaft für Epilepsieforschung durchgeführt, die über Drittmittel finanziert wird. Besonderheiten dieses kognitiv-verhaltenstherapeutisch fundierten Programms sind die enge Kooperation mit Dr. Richard Gray aus dem Maudsley Hospital (London Institute of Psychiatry), dessen Arbeitsgruppe die Therapie entwickelt hat, die Durchführung durch speziell geschulte Pflegekräfte (Primary Nurses) und die Durchführung am Übergang zwischen stationärer Therapie und nach der Entlassung.

Eine Weiterentwicklung des sehr gut evaluierten Integrierten Psychologischen Therapieprogramms (IPT) von Brenner ist das Integrierte Neuropsychologische Therapieprogramm aus der Schweizer Arbeitsgruppe um Roder und Müller (Universität Bern). Das INT ist eine Gruppenpsychotherapie zur neuro- und sozialkognitiven Remediation mit dem Ziel, kognitive und soziale Fertigkeiten so zu fördern, dass eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wieder ermöglicht oder deutlich optimiert wird. INT wird vorzugsweise teilstationären und ambulanten Patienten angeboten und wird seit 2006 in der Klinik Pniel im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie zur Evaluation seiner Wirksamkeit eingeführt. Erste Zwischenergebnisse sind viel versprechend.

Mit dem Start des Mobilen Früherkennungs- und Behandlungsteams (MFB) wurde im Jahr 2006 eine mehrjährige Planung Realität. Eine Gruppe engagierter Mitarbeiter aus den ver-

schiedenen Berufsgruppen bietet auf Nachfrage von Betroffenen und Angehörigen junger Menschen bei Verdacht auf eine psychische Störung Beratung dort an, wo es gewünscht ist (z.B. zuhause, Schule, etc.). Damit wollen wir dem Umstand Rechnung tragen, dass etliche Betroffene den Gang in die Praxis, Ambulanz oder Klinik scheuen, dennoch aber erhebliche psychische Probleme aufweisen.

4.2 Abteilung für Allgemeine Psychiatrie II

Leitungsverantwortliche

Ärztliche Leitung

Dr. med. Hella Höpp, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie

Therapeutische Leitung

Dipl.-Psychologe Bernd Schelp

Pflegeleitung

Frau Rosemarie Welscher, Fachkrankenschwester für Psychiatrie, cand. Dipl.-Pflegerin

OberärztInnen

Station A1: Dr. med. Jürgen Hinrichs, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Arbeitsmedizin

Station A7: Dr. med. Hella Höpp (s.o.)

Station A8: Dr. rer.nat. Hedda Ribbert, Diplom-Psychologin, approbierte Psychotherapeut; Lehrtherapeutin, Supervisorin

Station A9: Dr. med. Stefanie Gerhards, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie

Tagesklinik Ost: Dr. med. Christiane Heitmann, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Stationsleitungen

Station A1: Bettina Wilker, Krankenschwester

Stationen A7 u. A9: Michael Schürmeier, Krankenpfleger

Station A8: Diakon Heinz Ritterbusch, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie

Personelle Veränderungen

Nach dem Ausscheiden von Dr. Matthias Lindner aus der ärztlichen Abteilungsleitung im Jahr 2007 übernahm Frau Dr. Hella Höpp diese Position. Sie leitet nun die Abteilung zusammen mit der Pflegerischen Abteilungsleitung Frau Rosemarie Welscher und dem therapeutischen Abteilungsleiter Herrn Diplom-Psychologen Bernd Schelp. Herr Schelp ist seit 2004 gleichzeitig Ausbildungsleiter des im Oktober 2007 vom Landprüfungsamt staatlich anerkannten Ausbildungsinstitutes Psychologische Psychotherapie der Akademie für Psychiatrie und Psychotherapie Ostwestfalen-Lippe e.V. in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie.

Strukturelle Veränderungen

Die Abteilung für Allgemeine Psychiatrie II wurde durch Ausgliederung aus der damaligen großen Abteilung für Allgemeine Psychiatrie im Oktober 2002 gegründet. Zur Abteilung gehören 4 Stationen, von denen die Station A1 im Gebäude Gilead IV im Februar 2007 durch einen Umzug von 16 auf 24 Behandlungsplätze vergrößert wurde. Dadurch konnte das Arbeitsfeld Krisenintervention übernommen werden, das bis dahin aus Platzgründen in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen durchgeführt wurde (s.u.). Seit 2005 ist eine Tagesklinik (in der Detmolder Straße im Bielefelder Osten) in die Abteilung AP II integriert worden, da der erhebliche Bedarf bis dahin nicht ausreichend gedeckt werden konnte. Die Tagesklinik feierte 2007 ihr 10-jähriges Bestehen.

Inhaltlich-fachliche Entwicklungen

Angst- und Zwangserkrankungen, somatoforme sowie andere psychosomatische Störungen werden auf der Station A9 und in der Tagesklinik Ost behandelt. Für die Patienten kommen interaktional-psychoanalytische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren im Einzel- und Gruppensetting zum Einsatz, die Indikation wird individuell gestellt. Neu hinzugekommen ist die konsiliarische Betreuung von Frauen mit kompliziertem Schwangerschaftsverlauf (der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Bethel) sowie die Etablierung konsiliarischer und ambulanter psychosomatischer Sprechstunden für Patienten der somatischen Kliniken mit den Schwerpunkten Psychokardiologie und Psychoonkologie. Beide Angebote werden von den Oberärztinnen der Tagesklinik und der Station vorgehalten.

Die Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörungen stellt bereits seit 1995 einen Schwerpunkt der Station A7 im Gebäude Gilead IV dar und ebenso die Durchführung der Dialektisch-Behavioralen Therapie nach Linehan. Die Qualifizierung der Mitarbeitenden wurde weiterentwickelt, sodass die Station im Jahr 2007 als eine der bundesweit ersten fünf Stationen vom Dachverband DBT zertifiziert wurde. In Zusammenarbeit mit den eigenen ambulanten DBT-Angeboten und den niedergelassenen Psychotherapeuten hat der Arbeitskreis DBT seine Arbeit intensiviert und ist mittlerweile eine feste Größe. Aber auch auf andere Bereiche der Klinik hat die Arbeit des Teams ausgedehnt und einzelne Elemente bzw. modifizierte Ansätze wurden in die Arbeit mit Abhängigkeits- und Psychosekranken aufgenommen.

Depressive Störungen bei jüngeren Erwachsenen (18 – 50 Jahre) werden wie bisher schwerpunktmäßig auf der Station A8 behandelt (Schwerpunktpsychotherapieverfahren ist die Interpersonale Therapie IPT nach Klermann und Weissmann) und jetzt auch in der TK Ost. Jüngere Patienten mit depressiven Störungen wiesen in den letzten Jahren zunehmend auch komorbide Persönlichkeitsstörungen oder zumindest Anteile auf.

Erwachsene im mittleren Lebensalter mit depressiven Störungen (45 bis 65 Jahre) A1) werden wie bisher auf der Station A1 behandelt, Schwerpunktverfahren ist die Kognitive Verhaltenstherapie nach Hautzinger. Mit der Vergrößerung der Station ist seit Februar 2007 der Bereich Krisenintervention – sehr häufig verbunden mit akuter Suizidalität im Rahmen verschiedener Grundstörungen – hinzugekommen.

Durch den Auf- und Ausbau der Abteilung hat der Anteil der Patienten (Fälle) mit Diagnosen aus den ICD-10 Gruppen F3 (affektive Störungen) und F4 (Angst- und andere neurotische Störungen) von unter 20% bis 2004 auf ca. 23% ab 2005 deutlich zugenommen (s.u. Kapitel 4). Dieser Trend wird sich durch den Ausbau der Station voraussichtlich noch leicht verstärken, während der Anteil von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen nur leicht auf 5-6% aller Aufnahmen zugenommen hat.

Im Berichtszeitraum wurde die Möglichkeit des Rauchens eingeschränkt: Derzeit sind zwei Stationen der Abteilung während des Tages gänzlich rauchfrei; erst nach Einbruch der Dunkelheit darf in dafür vorgesehenen kleinen Räumlichkeiten geraucht werden. Damit gehen wir über die aktuelle Gesetzesänderung z.T. hinaus.

4.3 Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen

Leistungsverantwortliche

Ärztliche Leitung

Dr. med. Martin Reker, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Fachkunde Suchtmedizin (Ausbilder), Supervisor CRA

Therapeutische Leitung

Dr. p.h. Georg Kremer, Dipl.-Psychologe, approbierter Psychologischer Psychotherapeut

Pflegeleitung

Kerstin Wiethölter, Fachkrankenschwester für Psychiatrie

OberärztInnen

Station B1 (int.): Dr. rer. hum. biol. Tina Schröder, Dipl. Psychologin, Approbierte
Psychologische Psychotherapeutin

Station B2: Dr. med. Stefanie Kunz, Fachärztin für Psychiatrie und
Psychotherapie, Neurologie, Suchtmedizin, Akupunktur

Station B5 und Drogensprechstunde:

Dr. med. Wolfgang Lange, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
Suchtmedizin

Tagesklinik: Dr. p.h. Georg Kremer (s.o.)

Stationsleitungen

Station B1 (int.): Tina Earl, Krankenschwester, Cambridge Certificate of Proficiency

Station B2: Gabriele Warwick, Krankenschwester

Lutz Wehlitz, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie

Station B5 u. Drogensprechstunde: Arnd Ludewig, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie

Strukturelle Veränderungen

Das im Einzugsbereich der Klinik immer dichter und effizienter gewordene Versorgungssystem für abhängigkeiterkrankte Menschen und der Ausbau unserer eigenen Ambulanz hat dazu geführt, dass der Bedarf an stationären Behandlungsplätzen in den vergangenen Jahren abnahm. Um sich dieser Situation anzupassen, wurde die Station B1 im Jahr 2004 geschlossen und die dort vertretenen Konzepte auf die anderen Arbeitsbereiche verteilt. Zudem wurden im Februar 2007 die Stationen B2 und B3 zu einer großen Station mit 35 Behandlungsplätzen zusammengeführt. Dabei verfügt die Station B2 über zwei Arbeitsbereiche, einen Intensivbereich mit dem Schwerpunkt auf der körperlichen Entzugsbehandlung, Clearing und Krisenintervention und einen Therapiebereich (s.u.). Auf der Station B3 wurden zwischen 2005 und 2007 neben akut alkoholintoxikierten Menschen auch Patienten behandelt, die sich in akuten Lebenskrisen befinden und/oder suizidal waren. Dieser zusätzliche Behandlungsauftrag brachte jedoch eine Reihe von Problemen mit sich und wurde im Februar 2007 von der Abteilung für Allgemeine Psychiatrie II übernommen, nachdem die Station A1 umzog und damit ihre Kapazitäten erweitern konnte (s. u.). Zeitgleich wurde die Station B2 erweitert und befindet sich nun auf einer Ebene.

Im Frühsommer 2007 wurde der Vertrag zur Versorgung von Angehörigen der British Forces Germany im EvKB über die seit langem bestehende somatische Versorgung hinaus ausgeweitet auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Seit Juni 2007 werden diese Patientinnen und Patienten (Soldaten und Soldatinnen, Angehörige, Zivilangestellte und ihre Angehörigen) nun bereits in unserer Klinik behandelt, seit September 2007 auf der sanierten Station B1 im Altbau im Gebäude Gilead IV. Diese Station wurde der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen zugeordnet. Dabei gelten für die Behandlung einerseits alle Gesetze, Regeln und Vorschriften wie für unsere deutschen Patienten, andererseits müssen wir den sprachlichen, kulturellen und militärspezifischen Besonderheiten Rechnung tragen. Dabei spielt auch eine wesentliche Rolle, dass ein eigenes sekundäres Gesundheitssystem für die BFG besteht, ambulante psychiatrische Einrichtungen (Community Mental Health Teams) befinden sich an verschiedenen Stellen im Aufbau.

Inhaltlich-fachliche Entwicklungen

Der Community Reinforcement Approach (CRA) ist ein in den USA von Azrin und später von Meyers und Smith entwickeltes Therapieverfahren, in dem kognitiv-verhaltenstherapeutische mit gemeindeorientierten sozialpsychiatrischen Ansätzen und aversiv wirkenden medikamentösen Strategien verbunden werden. CRA setzt eine enge Kooperation mit zahlreichen Partnern voraus (Gerichte, Führerscheinstellen, Bundesagentur für Arbeit etc.), um Anreize für die Patienten zu schaffen, für die es sich lohnt, abstinent zu werden. Dieses sehr gut evaluierte Verfahren hat uns so beeindruckt, dass wir uns zu einer Fortbildung zahlreicher Mitarbeiter mittels Vorträgen, Seminaren sowie durch Supervisionen der Autoren entschlossen. Dieses Vorhaben wurde freundlicherweise durch den Vorstand der vBA Bethel unterstützt,

die Leitung des Projektes liegt bei Martin Reker. Wolfgang Lange und KollegInnen haben das amerikanische Buch zum CRA übersetzt, sodass es seit Herbst 2007 auch in deutscher Sprache zur Verfügung steht. Die Zertifizierung zahlreicher Therapeuten und Supervisoren ist im September 2007 erfolgt. CRA hat unsere Arbeit mit Abhängigkeitskranken enorm bereichert.

Der erhebliche Ausbau der Alkoholambulanz ist eine der wesentlichen Entwicklungen der letzten Jahre. Hier findet neben Erstkontakt, Screening, Diagnostik und Erarbeitung einer ersten Veränderungsmotivation auch die Steuerung für die Aufnahmen auf der Station B2 statt. Dadurch kommt es heute deutlich seltener zu ungeplanten stationären Notfallaufnahmen.

Im Intensivbereich der Station B2 findet jetzt die standardisierte Entzugsbehandlung statt, das Monitoring wird nun seit mehreren Jahren mittels Alkohol-Entzugs-Skala (AWS von Wetterling et al.) überwiegend durch die Pflegenden durchgeführt. Dieses strikte Monitoring und die standardisierten Behandlungsstrategien haben dazu geführt, dass heute praktische keine neuen Delirien und fast keine Krampfanfälle während der Behandlung auftreten. Diese Reduktion von Komplikationen ist für sich bereits schon wertvoll, hat aber den zusätzlichen Vorteil, dass die Patienten weniger kognitiv beeinträchtigt und dadurch Interventionen früher zugänglich sind. Dies erfolgt u.a. im Rahmen des Clearings, das der umfassenden und mittelfristigen Behandlungsplanung zusammen mit den Patienten dient, soweit diese nicht schon im Vorfeld ambulant festgelegt wurde.

Aus dem Intensivbereich werden die Patienten heute entweder in die ambulante oder teilstationäre Weiterbehandlung und dort zur Motivationsbehandlung entlassen. Einige Patienten bedürfen aber noch der weiteren stationären Behandlung. Diese findet dann im Therapiebereich der Station statt, z.B. bei chronisch mehrfach - somatisch und/oder kognitiv und/oder affektiv – beeinträchtigten Patienten. Andere sind nur noch vorübergehend instabil, können aber bereits von der Station aus am Programm der Tagesklinik teilnehmen, bis sie ganz dorthin entlassen werden. Dies nennen wir eine stationär-teilstationäre qualifizierte Entzugsbehandlung (STEP) und ist ein Beispiel für die Flexibilisierung trotz sektoraler Grenzen.

Die Station B5 feierte 2007 ihr zehnjähriges Bestehen mit einem Fachsymposium. Auf der Station werden weiterhin Menschen mit illegalem Drogenkonsum behandelt. Auch hier besteht eine enge Kooperation mit der Drogensprechstunde und der Tagesklinik für Abhängigkeitserkrankungen, in deren Behandlungsprogramm bei Bedarf auch stationär behandelte drogenabhängige Patientinnen und Patienten integriert werden können (STEP).

Die ambulante Methadonsubstitution, die weiterhin im Gebäude Gilead IV in direkter Nachbarschaft zur Station B5 durchgeführt wird, hat im Jahr 2005 einen Preis der Bayerischen Landesbank für innovative Behandlungskonzepte in der Medizin erhalten. Hiermit wurde honoriert, dass das Behandlungskonzept erfolgreich stationäre Behandlungen vermeiden und in vielen Fällen Stabilität im Alltag gewähren kann.

In dem Bielefelder Kooperationsprojekt „Kids & Co.“ soll die Zusammenarbeit der relevanten Einrichtungen zum Schutz von Kindern drogenabhängiger Eltern und zu deren Unterstützung optimiert werden. Eine Kooperationsvereinbarung steht kurz vor der Unterzeichnung.

Seit dem Frühjahr 2003 bietet die Abteilung für Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Evangelischen Krankenhauses Kurse zur Raucherentwöhnung an, die in zunehmendem Maße angenommen werden. Die meisten Krankenversicherungen erstatten ihren Mitgliedern die Kursgebühren.

4.4 Abteilung für Gerontopsychiatrie

Leitungsverantwortliche

Ärztliche Leitung

Dr. med. Christine Thomas, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, klinische Geriatrie (Weiterbildungsermächtigung), ärztliches Qualitätsmanagement, EFQM-Assessorin

Therapeutische Leitung

Dipl.-Sozialpädagogin Bettina Hartung-Klages

Pflegeleitung

Diakon Dipl.-Pflegewirt Rüdiger Noelle, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie

OberärztInnen

Station F1: Dr. med. Birte Steinberg, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie

Station F2: Dr. med. Christine Thomas (s.o.)

Station F3 und Gerontopsychiatrische Tagesklinik:

Dr. med. Martina Henkel, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie

Stationsleitungen

Stationen F1 u. F2: Gabriele Lässig, Fachaltenpflegerin für Psychiatrie, PDL

Station F3: Andrea Wind, Fachkrankenschwester für Psychiatrie

Tagespflege: Birgit Vogl, Fachaltenpflegerin für Psychiatrie, PDL

Personelle Veränderungen

Nach dem Ausscheiden der leitenden Abteilungsärztin Frau Helga Küppers im Jahr 2003, übernahm Frau Dr. Christine Thomas diese Leitungsposition. Nach dem fast gleichzeitigen

Ausscheiden der Pflegerischen Abteilungsleitung Frau Diakonin Christiane Daub übernahm Diakon Rüdiger Noelle, zuletzt Leiter der Tagespflegeeinrichtung in der Moltkestraße, die Pflegerische Abteilungsleitung.

Nach dem viel zu frühen Tod des Leiters der Gerontopsychiatrischen Tagesklinik, Herrn Hans Wienke, hat Frau Dr. Martina Henkel die oberärztliche Funktion in der Tagesklinik Moltkestraße übernommen. Die Tagespflege in der Moltkestraße befindet sich nun unter der Leitung von Frau Birgit Vogl.

Strukturelle Veränderungen

Eine regelhafte Überbelegung aller drei gerontopsychiatrischen Stationen mit zeitweise langen Wartelisten führte zu häufigen internen Verlegungen innerhalb der Gerontopsychiatrie. Eine Veränderung des Bettenmanagements war daher notwendig und wurde ab Mitte 2004 eingeführt. Nach der Indikationsstellung zur stationären Aufnahme durch die leitende Ärztin / die Oberärztin erfolgt eine Kontaktaufnahme durch das pflegerische Aufnahmemanagement, das rotierend durch die jeweiligen pflegerischen Stationsleitungen besetzt ist. Klare Kriterien der Bettenvergabe wurden definiert. Die Neuordnung des Bettenmanagements hat zu einer deutlichen Reduktion der internen Verlegungen sowie einer weit größeren Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beitragen. Ein enger Kontakt mit Patientinnen und Patienten auf der Warteliste ist gewährleistet.

Im Frühjahr 2007 wurden die Stationen F1 und F2 zu einem Pflorgeteam zusammengefasst, um eine bessere Verteilung der pflegerischen Ressourcen und Kompetenzen zu erreichen und eine stationsübergreifende Vertretung zu ermöglichen. Die inhaltlichen Schwerpunktsetzungen sind erhalten geblieben.

Seit 2004 wird die interne Vernetzung der verschiedenen Bereiche der Gerontopsychiatrie - stationäres, teilstationäres und ambulantes Behandlungsangebot - konsequent personell und inhaltlich weiterentwickelt. Durch regelmäßige Rotationen und Vertretungen wird so eine breite gerontopsychiatrische Erfahrung der Mitarbeiter gefördert, Schnittstellen der häufig versäulten Krankenhausstrukturen überwunden und dadurch Krankenhausaufnahmen vermieden. Mit dem von der Gerontopsychiatrie initiierten und vorangetriebenen Altersmedizinzentrum des EvKB können zudem Schnittstellen in die Somatik überbrückt werden. Daneben wird eine kontinuierliche Arbeit mit unterschiedlichen Leistungsträgern im Altenhilfebereich in der Stadt und in Vereinen (Alzheimergesellschaft Bielefeld) sowie im Beirat der Demenz-Service-Zentrums geleistet. Für die vorbildliche Vernetzung innerhalb des Krankenhauses, den verschiedenen Säulen des Gesundheitssystems und in der Gemeinde wurde die Gerontopsychiatrie 2006 mit dem Sonderpreis der Bayrischen Landesbank ausgezeichnet.

Inhaltlich-fachliche Veränderungen

Das Primary Nurse-Konzept (PN) wurde auf den Stationen als Pflegeorganisationsform in unterschiedlichen, den Bedürfnissen der Stationen entsprechenden Ausprägungen eingeführt.

Die standardisierte geriatrisch-gerontopsychiatrische Testdiagnostik wird nun regelhaft bei allen Patienten durchgeführt und umfasst neben den Barthel-Index bei Aufnahme und Entlassung regelhaft eine kognitive Screeningdiagnostik (MMSE, Uhrentest) und störungsspezi-

fische Skalen (Depressionsskala GDS, MADRS) sowie eine Skala für Verhaltensauffälligkeiten Demenzkranker (NPI). Die neuropsychologische Testdiagnostik zur Demenzdiagnostik wurde überarbeitet und mit der Ambulanz harmonisiert. Dabei wurden insbesondere die Erfassung der Exekutivfunktionen (Trail-Making-Test A und B) sowie der frontalen Funktionen (FAS-Test) ergänzt.

Eine Verbesserung der hausinternen somatischen Diagnostik konnte durch die Umgestaltung des EEG-Labors erreicht werden. Im Berichtszeitraum wurden ein neues digitales EEG-Gerät sowie spezielle Ableithauben erworben, die eine breitere diagnostische Anwendung des EEGs in der Gerontopsychiatrie ermöglichen. Das neu gestaltete EEG bildet so den Ausgangspunkt für die Bearbeitung wissenschaftlicher Fragestellungen mit neurophysiologischen Untersuchungsmethoden. Hier sind Studien zur Vorhersage der klinischen Wirksamkeit der Cholinesterasehemmer sowie zur Delirdiagnostik im Aufbau.

Ende 2004 wurden Teile des Therapieangebotes stationsübergreifend organisiert, so dass sie indikationsspezifisch von Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen wahrgenommen werden können. Das zunächst aus personellen Gründen nicht mehr durchgeführte Freitagscafé als Ort der Begegnung konnte in Kooperation der pflegerischen Abteilungsleitung und der therapeutischen Diensten wieder eingeführt werden und findet breiten Zuspruch bei Angehörigen wie Patientinnen und Patienten.

Die Station F 1 hält als ihr Schwerpunktprogramm eine modifizierte kognitiv-behaviorale Therapie der Depression nach Hautzinger sowie eine Psychoedukationsgruppe, eine Gruppe für Sinn- und Lebensfragen und eine Gruppentherapie zum Training sozialer Kompetenzen stationsintern vor. Neu ist ein ergotherapeutisches Diagnostikkonzept hinzugekommen, das eine spezifischere Therapiezielausrichtung ermöglicht. Im Stationsalltag wurde zur Optimierung der Alltagsfähigkeiten der PatientInnen ein strukturiertes Aktivitätsprogramm sowie ein Ausdauersportprogramm umgesetzt.

Die geschlossen geführte Station F 2 hat ihren Schwerpunkt in der Diagnostik dementieller Erkrankungen und arbeitet in enger Kooperation mit der Gedächtnissprechstunde der Gerontopsychiatrischen Ambulanz. Einen neuen Schwerpunkt bildet die Therapie von demenzerkrankten Patientinnen und Patienten, die komorbid depressiv erkrankt sind. Hierfür wurde eine eigene Depressionsgruppe installiert, die nach den Konzepten von Hautzinger und Plattner/Erhard gestaltet wird. Milieu- und Erinnerungstherapie wird im Wesentlichen durch pflegerische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durchgeführt, die Ergotherapie findet themenzentriert statt.

Die Station F 3 hält ein strukturiertes Therapieprogramm für psychosekranke und wahnhaft veränderte Menschen vor. Die Psychoedukation findet in strukturierten Einzelkontakten zusätzlich statt, hier wurde ein Einzel-PEGASUS-Programm erarbeitet. Einen weiteren Schwerpunkt der Station bilden Kriseninterventionen z. B. bei Verhaltensstörungen im Rahmen einer Demenz. Für diese Patienten wurde das Therapieprogramm um eine Erinnerungsgruppe erweitert. Auf allen Stationen werden in enger Zusammenarbeit mit dem Psychosozialen Dienst pflegerische Beratung, ggf. strukturierte diagnostische Hausbesuche und eine Pflegeüberleitung in die weitergehende Versorgung angeboten.

Die Zusammenarbeit mit der Tagesklinik wurde intensiviert und optimiert, ein Überleitungsbogen erleichtert nun die Verlegung.

4.5 Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

Leitungsverantwortliche

Gesamtleitung

Dr. med. Dipl.-Psychologin Steffi Koch-Stoecker, Fachärztin für Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie

Oberarzt Allgemeinpsychiatrie Herr Tilmann Knaak, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapie

Fachl. Ltg. Gerontopsychiatrie Dr. med. Christine Thomas (s. u.)

Fachl. Ltg. Abhängigkeitserkr. Dr. med. Martin Reker (s. u.)

Oberarzt Drogensprechstunde Dr. med. Wolfgang Lange (s. u.)

Strukturelle und organisatorische Veränderungen

Die Psychiatrische Ambulanz wurde am 1.4.1980 gegründet und feierte 2005 ihr 25-jähriges Jubiläum im Rahmen eines Tages der offenen Tür. Zahlreiche Gäste und Kooperationspartner der Stadt Bielefeld würdigten in einer Feierstunde die Bedeutung der Ambulanz für die Versorgung psychisch kranker Bielefelder Bürger und die hervorragenden Leistungen des Ambulanzteams.

Die Zahl der Behandlungsfälle pro Quartal ist im Berichtszeitraum erheblich gestiegen und liegt nun bei über 3000 pro Quartal. Dabei hat sich die Zahl der Behandlungsfälle im gerontopsychiatrischen Bereich mehr als verdoppelt.

Ständig wachsende Patientenströme gingen einher mit kontinuierlichen Aufstockungen des Personalbestandes bis 2006, die auch eine räumliche Ausweitung erforderlich machen. Das „Haus Sübeck“ am Bethelack, Lokalisation der Stammambulanz, wird inzwischen vollständig für die PIA und die Tagesklinik für Abhängigkeitserkrankungen genutzt.

Der zunehmenden Vernetzung von stationärer, teilstationärer und ambulanter Arbeit wurde nun organisatorisch dadurch Rechnung getragen, dass die ambulanten Bereiche Sucht (Alkohol- und Drogensprechstunde) und Gerontopsychiatrie fachlich-organisatorisch in die Zuständigkeit der beiden Abteilungen eingebunden wurden, während die dienstliche Zuständigkeit weiter in der Ambulanz verbleibt. Der allgemeinpsychiatrisch-psychotherapeutische größte Bereich ist weiterhin vollständig an die Leitung der Ambulanz gebunden (Dr. Koch-Stoecker). Im Allgemeinpsychiatrischen Bereich wurde eine Funktionsoberarztstelle eingerichtet, um den sich ausweitenden strukturell-organisatorischen Aufgaben und dem Tempo der konzeptionellen Veränderungen sowie dem zunehmendem Bedarf an qualitätssichernden Maßnahmen und klinischen Projekten besser Rechnung zu tragen. Auch die engere strukturell organisatorische Anbindung der konsiliarischen Arbeit an die Ambulanz wird durch diese oberärztliche Funktion möglich.

Bei ständig wachsenden Patientenzahlen sahen wir die Notwendigkeit, neben fixen Behandlungsterminen tägliche flexibel nutzbare Behandlungsmöglichkeiten für alle Patientengruppen

pen zu installieren. Inzwischen sind in allen Bereichen vereinheitlichte offene Sprechzeiten für Krisen und andere akute Anliegen sowie für die Diagnostik und Behandlung von neuen Patienten eingeführt: Für die ambulanten Bereiche Sucht und Allgemeinpsychiatrie gibt es u.a. täglich eine sehr gut in Anspruch genommene zweistündige offene Vormittagssprechzeit, für Senioren neben der mobilen Behandlung durch Hausbesuche ebenfalls eine tägliche Sprechstunde mit Terminvergabe.

Zur Durchführung von Richtlinienpsychotherapie für schwer beeinträchtigte PatientInnen, wurden im Berichtszeitraum neben der kassenärztlichen Zulassung einiger erfahrener Therapeuten aus allen Bereichen der Klinik zwei zusätzliche Psychologinnen-Stellen geschaffen, die ihre Angebote für die Gruppe derjenigen PatientInnen bereitstellen, die außerhalb der Ambulanz wegen der Schwere ihrer Störung kaum ein Psychotherapieangebot erhalten würden. Der Schwerpunkt dieser Behandlungen liegt im allgemeinpsychiatrischen Bereich, es werden aber auch gerontopsychiatrische und abhängigkeiterkrankte PatientInnen behandelt.

Im Jahr 2003 wurden die Sekretariate mit PCs ausgestattet und an das klinikinterne Datenverwaltungssystem MEDOS angeschlossen. Damit konnte die manuelle Patientenverwaltung und -abrechnung beendet werden. 2005 erhielten alle therapeutischen Mitarbeiter der Ambulanz eine Ausstattung mit PCs. Die MitarbeiterInnen wurden in das e-mail System, sowie in die klinische Datenverwaltung eingewiesen und schrittweise an die aktive Nutzung herangeführt. Dies erbrachte erhebliche Kommunikationserleichterungen, eine Entlastung der Sekretariate sowie den Beginn der Umsetzung einer elektronischen Patientenakte.

Zum 01.04.2005 wurde bundesweit der neue „einheitliche Bewertungsmaßstab“ EBM 2000 plus eingeführt, über den die Arbeitsabläufe der Ambulanz glücklicherweise etwas besser abzubilden sind als im Rahmen der Vorgängerversion. Die Abrechnung erfolgt jetzt einerseits an Zeittakten orientiert und ermöglicht dadurch die Abrechnung längerer Gesprächssequenzen, die den schwer erkrankten Patienten der Ambulanz zugute kommen. Andererseits sind komplexe Koordinationsleistungen im Behandlungsnetz nun besser abbildbar, deren zeitlicher Aufwand in der von der Ambulanz behandelten Patientengruppe oftmals sehr hoch ist. Das neue System erforderte erhebliche Anpassungsleistungen im therapeutischen und Verwaltungsbetrieb.

In der Ambulanz-Arbeitsgruppe „Ambulante Rehabilitation Suchtkranker“, die in Kooperation mit der Suchtkrankenhilfe Bethel arbeitet, wurde 2006 in stringenter Arbeit ein Qualitäts-handbuch erstellt, 2007 wurde die Einrichtung zertifiziert. Die Zertifizierung war Voraussetzung für die Fortsetzung der Landesförderung für die Suchtberatungsstellen in NRW.

Neue Arbeitsschwerpunkte und Entwicklungen der Bereiche

Allgemeinpsychiatrie

Bielefelder Integriertes Versorgungsprogramm für depressive BKK-PatientInnen (BID)

Mit den BKKen Ostwestfalens wurde ein Programm der integrierten Versorgung depressiver Patienten im mittleren Lebensalter aufgebaut, das aus der Kooperation von niedergelassenen Nervenärzten, Psychotherapeuten und der Ambulanz getragen wird. Es handelt sich um

ein sechswöchiges Intensivprogramm mit den Behandlungsmodulen Einzeltherapie, Gruppentherapie, Sozialarbeit, Bewegungs- und Sporttherapie, allesamt von der Ambulanz geleistet, unter der Fallverantwortung eines Psychiaters, der zusätzlich wöchentliche Behandlungseinheiten bietet.

Integrierte Versorgung für Borderline PatientInnen der BKK

Die vernetzte Behandlung von PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung hat sich in Bielefeld inzwischen fest etabliert und hat ihren Kristallisationspunkt in der Ambulanz. Die Kooperation zwischen stationären Behandlern, Niedergelassenen und Ambulanzmitarbeitern, die mit dem DBT-Konzept arbeiten, ist eng und umfasst auch die Gruppe der PatientInnen mit Doppeldiagnosen. Dem Vernetzungsgedanken wurde durch die Teilnahme an einem BKK getragenen Programm der Integrierten Versorgung ergänzt, das Bielefelder PsychotherapeutInnen und die PIA mit den BKKen abgeschlossen haben. Zumindest für eine kleine PatientInnengruppe wird erstmals seit vielen Jahren nunmehr eine angemessene Vergütung der aufwändigen Behandlung möglich.

ADHS - Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom

Aufgrund zunehmender Nachfrage nach Diagnostik- und Behandlungsangeboten für PatientInnen mit Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) wurde im Jahr 2003 mit der konzeptuellen Entwicklung einer speziellen Sprechstunde für Diagnostik und Behandlung begonnen. Inzwischen bietet die Psychiatrische Institutsambulanz erwachsenen PatientInnen mit Verdacht auf ADHS eine ausführliche Diagnostik an, sowie - bei gestellter Diagnose - eine komplexe Therapie. Neuropsychologische Methoden werden zur Diagnosestellung sowie zur Bewertung des Therapieverlaufs eingesetzt. Unsere Behandlungen umfassen nunmehr neben der ärztlich-psychiatrischen und ggf. medikamentösen Behandlung auch ein strukturiertes Gruppentherapieprogramm in Anlehnung an das Freiburger Behandlungsmニュアル, das zweimal pro Jahr angeboten wird und über ca. 20 Wochen läuft, außerdem eine Bereitstellung von Vermittlung in Psychotherapie, sofern erforderlich. Schließlich wurde auch die Möglichkeit von strukturierenden Kurzterminen im Sinne eines Coachings entwickelt und angeboten, insbesondere wenn Psychotherapie nicht oder noch nicht angezeigt sind. Mittlerweile verfügen wir über Erfahrung mit über 100 Patienten in der ADHS-Sprechstunde.

Traumaambulanz

Nach Konzeptentwicklung und Verständigung mit dem Bielefelder Versorgungsamt hat im Frühjahr 2004 die Opferhilfeambulanz für Menschen nach akuter psychischer Traumatisierung ihre Arbeit in Kooperation mit unserer Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie aufgenommen. Inzwischen arbeiten mehrere traumatherapeutisch weitergebildete KollegInnen mit Opfern von Überfällen, Unfällen oder anderen Katastrophen. Eine wenige Stunden umfassende kurzpsychotherapeutische Intervention wurde in Anlehnung an das australische Modell von Bryant entwickelt. Es dient der Unterstützung der Traumaverarbeitung, dabei werden belastende Symptome reduziert mit dem Ziel einer Verhinderung langfristiger Folgen wie die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Inhaltlich basiert das Behandlungskonzept auf einer prolongierten unterbrechbaren Traumaexposition und nachfolgender kognitiver Umstrukturierung. Bei umfangreichem Behandlungsbedarf

erhalten die Patienten selbstverständlich je nach Indikation ein fortgesetztes Angebot in der Ambulanz, in anderen, kooperierenden Behandlungseinrichtungen oder bei niedergelassenen Psychotherapeuten. Die Arbeit der Trauma-Ambulanz ist inzwischen ein fester Bestandteil der Versorgung in Bielefeld. Es meldet sich im Jahresdurchschnitt etwa ein Opfer pro Woche, wobei zwei Drittel der Behandelten mit einer bis fünf Behandlungsstunden auskommen.

„Gesundes Land NRW“ Trauma-Ambulanz Bielefeld ist Modellprojekt

Im Jahr 2006 haben wir mit der Trauma-Ambulanz und deren Vernetzung im Opferversorgungssystem in Bielefeld beim NRW weiten Wettbewerb „Gesundes Land NRW“ teilgenommen und sind als besonders gelungenes Modell auf der Seite des Gesundheitsministeriums publiziert.

Trauersprechstunde

Angeregt durch krankenhauserinterne Konsilanliegen wurde im AP-Team der PIA eine Sprechstunde für Trauernde entwickelt, in der Menschen mit traumatischen Traueranlässen, mit komplizierter Trauer sowie psychiatrisch belastete Menschen, die durch Trauerprozesse an ihre Grenzen geraten, behandelt werden. Eine Kooperation mit dem Bielefelder Trauernetzwerk wurde aufgebaut.

„Gesund und Fit“ - Förderprojekt der Aktion Mensch

Um die Versorgung der Patientenkerngruppe der Ambulanz, nämlich chronisch und schwer psychisch kranke Bielefelder, besonders deutlich in den Fokus zu stellen, entwickelten wir ein komplexes Programm zur körperlichen Aktivierung, zur Verbesserung von Ernährung und zur Stärkung von Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit. Das Programm umfasst Sport, Entspannung, Kochtraining und Ernährungskunde, sowie eine psychotherapeutische Begleitgruppe. Das Projekt wurde als förderungswürdig durch die Gesellschafter („Aktion Mensch“) anerkannt und wird darüber finanziell unterstützt.

Alkoholambulanz und Drogensprechstunde

Die Alkoholambulanz hat über die Teilnahme an den Fortbildungsangeboten des CRA-Projekts (Community Reinforcement Approach, siehe 4.3) ihre Möglichkeiten der ambulanten Motivationsarbeit erweitert und den Fokus deutlicher auf die Frage nach individuellen Verstärkern gesetzt. Daraus resultierend sind paartherapeutische Interventionen einerseits und die Vergabe von aversiven Medikamenten zur Rückfallverhinderung (Antabus) andererseits Elemente in der Behandlung, die in den letzten Jahren zunehmend eingesetzt werden.

Seit 2003 ist das neu entwickelte Konzept der ambulanten Rehabilitationsbehandlung unserer Arbeitsgruppe, bis dato nur für LVA Patienten zugelassen, auch von der BfA bzw. jetzt DRV-Bund anerkannt. Kooperationsverträge mit Einrichtungen der Diakonie wurden geschlossen und haben inhaltlich eine Verbesserung der Kooperation bewirkt. Gegenseitige Hospitationen und Besuche erleichtern die gegenseitige Wertschätzung der Arbeit und ermöglichen, Kritik frühzeitig zu benennen.

Neben dem Ausbau des integrierten Behandlungsansatzes zwischen Drogenambulanz und der stationären Drogentherapie, der durch den Förderpreis der Bayerischen Landesbank gewürdigt wurde, lag ein Schwerpunkt der Entwicklung auf dem Ausbau psychotherapeutischer Angebote für ambulante Drogenpatienten. Ein bedeutender Anteil der konzeptionellen Arbeit musste sich dabei gezielt auf die Motivierung der Patienten, insbesondere von Betroffenen mit komorbiden psychischen Störungen zur Psychotherapie, beziehen, da die genuine Behandlungsbereitschaft dieser Patientengruppe eher gering ist.

Im Jahr 2006 wurde eine abstinenzorientierte psychotherapeutische Behandlungsgruppe für Cannabiskonsumenten entwickelt und erstmals angeboten.

Die Substitution drogenabhängiger PatientInnen wurde durch den Einsatz neuer Substitutionssubstanzen (Buprenorphin) und durch eine steigende Zahl der zu substituierenden PatientInnen deutlich weiter entwickelt. Inzwischen kommen täglich über 150 PatientInnen zur Substitution. Intensiviert wurde auch das spezifische Psychotherapieangebot für diese Zielgruppe.

Bereich Gerontopsychiatrie

Das ausschließlich aufsuchend tätige „Mobile Gerontopsychiatrische Team“, am 1.1.2000 gegründet, hat in den vergangenen Jahren eine rasante Entwicklung genommen. Die Nachfrage war so groß, dass das Team laufend personell verstärkt werden musste, ohne dass ein Ende des Bedarfs absehbar ist. Als Vorschalt- und Nachsorgeambulanz unterstützt das Mobile Team den stationären Bereich. Es werden aber auch langfristige Behandlungen für immobile gerontopsychiatrische PatientInnen in zunehmendem Maß notwendig. Die Behandlung findet am Wohnort der PatientInnen statt, d.h. entweder in der eigenen Wohnung, in der Familie, in Wohngruppen oder auch in Altenheimen.

Aus dem Mobilen Team heraus wurde im Jahr 2004 die ambulante gerontopsychiatrische Arbeit erweitert, sodass nun auch für die Senioren ein tägliches ambulantes Behandlungsangebot installiert wurde, die in der Lage sind, in die Sprechstunde zu kommen. Das Angebot umfasst neben der medikamentösen und Gesprächsbehandlung auch Beratung für Angehörige und Betreuer.

Mit der Ausweitung der verfügbaren Personalressourcen und bei steigender Nachfrage sowie aufgrund verbesserter therapeutischer Möglichkeiten konnte die im Jahr 2002 eröffnete Gedächtnissprechstunde Anfang 2005 mit einem überarbeiteten Konzept ausgebaut werden. Die Seniorensprechstunde bietet für PatientInnen nach der Gedächtnisdiagnostik bei Behandlungsbedarf den Rahmen für die ambulanzinterne Fortsetzung der Therapie. Die Seniorensprechstunde als zentrales Bindeglied zwischen aufsuchender Arbeit einerseits und rein diagnostischer Gedächtnisabklärung andererseits ist inzwischen ein unverzichtbarer Bestandteil gerontopsychiatrischer Ambulanzarbeit.

Aktuell existieren mehrere gerontopsychiatrische Behandlungsgruppen, angesiedelt in den Räumen der gerontopsychiatrischen Tagesklinik, in der Stammambulanz und für den südlichen Sektor der Stadt im Sennestadthochhaus in den Räumlichkeiten der Tagesklinik Süd. Der Aufbau einer Gruppe für PatientInnen mit depressiven Störungen am Übergang zwischen Arbeit und Ruhestand soll voraussichtlich 2008 umgesetzt werden.

Konsiliardienst

Der psychiatrisch-psychotherapeutische Konsiliardienst für die Bielefelder Krankenhäuser ist organisatorisch und strukturell in die Ambulanz integriert. Der steigende Bedarf psychiatrischer Abklärungen wird limitiert durch den wachsenden Kostendruck der Häuser, der der Anforderung von Konsilen entgegensteht. Im August ging die langjährige Oberärztin und Hauptträgerin des Konsiliardienstes Frau Schöning in den Ruhestand. In einer Erprobungsphase ist der Konsiliardienst organisatorisch noch enger an die Ambulanz angebunden. Die Durchführung erfolgt jedoch fachspezifisch aus den Kliniken/Abteilungen und durch den oberärztlichen Hintergrunddienst bei dringenden Fällen.

In der Ambulanz wird die Dokumentation zu Beanspruchung, Diagnosenverteilung und Altersstruktur der Patienten und der Zuordnung zu KonsiliarärztInnen erstellt.

4.6 Ergotherapie

Leitungsverantwortliche

Gesamtleitung	Herr Dipl. Ergotherapeut Rainer Schmitt
Fachliche Leitungen	Ergotherapiepraxis I: Frau Susanne Helm, Ergotherapeutin
Ergotherapiepraxis II:	Frau Marion Harmann, Fr. Ina Hölz, Ergotherapeutinnen

Personelle Veränderungen

Im Sommer 2006 verließ uns die Leiterin der Ergotherapie Frau Birgit Stüve, um eine Dozententätigkeit an der Universität Zürich aufzunehmen. Ab April 2007 konnten wir Herrn Schmitt gewinnen, der bisher in der Klinik in Minden-Lübbecke und als Fachschuldozent tätig war und noch im Jahr 2007 den Abschluss an der Fachhochschule Nordhessen zur Diplom-Ergotherapeutin erwarb.

Strukturelle Veränderungen

Die Praxis für Ergotherapie I konnte im Jahr 2002 aus den Räumlichkeiten der ehemaligen Fabrik Boge in den Kammermühlenweg umziehen. Dort existierte mehr Platz und nach Umbaumaßnahmen eine günstigere Aufteilung. Dennoch wurde bei wachsendem Bedarf, Erweiterung des Therapieangebots, ungünstiger Erreichbarkeit und nicht ausreichender Isolierung der Räume recht bald deutlich, dass dieser Standort keine Dauerlösung sein wird. Aktuell werden daher zum Frühjahr 2008 neue Räume gesucht.

Ein besonderes Highlight war die erfolgreiche Zertifizierung der Praxis I nach DIN EN ISO 9001:2000 im Herbst 2006. Sie gehört damit zu den ersten zertifizierten Praxen in Deutschland. Beim obligatorischen Überwachungs-Audit im September 2007 wurde der Praxis bestätigt, dass ihr QM-System allen Forderungen entspricht und wirksam und vorbildlich umgesetzt wird. Zusätzlich erhielt sie die Zertifizierung nach MAAS-BGW und entspricht somit auch den vorgegebenen Arbeitssicherheitsstandards.

Im Jahr 2005 konnte nach ausführlichen konzeptuellen Vorarbeiten erfreulicherweise eine zweite Ergotherapiepraxis in Eckardtsheim eröffnet werden (Ergotherapiepraxis II). Die Pra-

xis wird aktuell mit 2,8 Stellen betrieben und etabliert sich zunehmend, so dass bei steigender Nachfrage auch hier eine Kapazitätsausweitung sinnvoll ist. Das Hauptklientel dieser Praxis sind Personen mit erworbenen Hirnschädigungen und Patienten mit psychischen Störungen. Die Mitarbeitenden sind hier besonders häufig aufsuchend tätig. Die Praxis liegt direkt neben der Schule für Ergotherapie und einige Mitarbeitende sind in beiden Bereichen tätig. Dadurch ergeben sich gute Kooperationsmöglichkeiten mit der Schule.

Inhaltlich-fachliche Veränderungen

Der Bereich Ergotherapie hat im Berichtszeitraum an einer Erweiterung der Behandlungskonzepte gearbeitet und hierfür zunächst eine PatientInnenbefragung im Sinne einer Stichtagserhebung durchgeführt. Im Ergebnis zeigte sich die hohe Bedeutung, die die Patientinnen und Patienten der Ergotherapie zumessen.

Für Patientinnen und Patienten der Abteilung für Allgemeine Psychiatrie I wurde im Jahr 2004 ein standardisiertes handlungsbezogenes Diagnostikmodul geplant, das im Jahr 2005 umgesetzt wurde und sowohl individuelle Defizite als auch Ressourcen von Patienten nach ICF-Kriterien erfasst und dokumentiert. Aufbauend auf dieses jetzt etablierte Diagnostikmodul ist die Einführung weiterer spezifischer Behandlungsbausteine in Vorbereitung, so dass Patientinnen und Patienten noch stärker als bisher entsprechend ihren individuellen Bedarfssituationen behandelt werden können.

Die Ergotherapie hat außerdem im Berichtszeitraum ihr Kunsttherapieangebot wesentlich erweitert und im Jahr 2005 bereits zwei Ausstellungen mit jeweiliger Eröffnung in feierlichem und öffentlichem Rahmen realisiert. Ein Teil des Kunsttherapieangebots wurde für einen erweiterten Personenkreis geöffnet, so dass neben den Patienten auch deren Angehörige daran teilnehmen konnten.

Als Angebot in erster Linie für die Abteilung Allgemeine Psychiatrie II ist die Kunst- und Gestaltungstherapie dort als Behandlungsbaustein implementiert worden. Auf den Stationen A8 und A9 ist die Kunsttherapie gut in das tiefenpsychologischen Behandlungssetting integriert. Zur weiteren Spezialisierung wird sie seit Sommer 2007 auch für die Station A7- Borderline-Behandlung- statt der klassischen Ergotherapie angeboten. So können die Patientinnen und Patienten zwischen 2 psychodynamischen Therapieformen wählen (Musik und Kunst), welche die DBT unterstützen.

Die Versorgung von Angehörigen der British Forces Germany spiegelt sich auch in der Ergotherapie wieder. Entsprechend der Bedarfe dieser Patienten hält die Abteilung seit Sommer 2007 ein spezielles Angebot vor, mit dem vor allem Eigenverantwortung und Freizeitplanung angesprochen werden sollen.

Die Durchführung von Trainingsmaßnahmen aus Bereichen des Alltags mit lebenspraktischen Betätigungen bestimmt das ergotherapeutische Setting in erheblichem Ausmaß. Dem dient ebenso die weiter gewachsene ausgelagerte Ergotherapie, die am Standort Kammermühlenweg auch stationäre und teilstationäre Patienten aufnimmt und die Behandlung anschließend ambulant fortsetzen kann. Hierdurch gelingt es, Patientinnen und Patienten im Übergang von der teilstationären oder stationären Behandlung in den Alltag im gleichen Umfeld zu behandeln und somit den Transfer in den Alltag zu erleichtern.

Das Angebot ambulanter Ergotherapie als ärztlich verordnete Heilmittelleistung ist im Berichtszeitraum auf ständig wachsende Nachfrage gestoßen, so dass dieser Bereich personell aufgestockt werden konnte und inzwischen 7 Vollzeitstellen für die Heilmittelversorgung eingerichtet sind. Insbesondere bei gerontopsychiatrischen Patienten zeigt sich ein erhöhter Bedarf für ergotherapeutische Hausbesuche, so dass die aufsuchende ambulante Ergotherapie ebenfalls deutlich ausgeweitet wurde und die Praxis für Ergotherapie I inzwischen ein eigenes Fahrzeug unterhält, um diese Besuche zu ermöglichen.

Neben der ergotherapeutischen Orientierung an Alltag und Selbstversorgung spielt die Teilhabe am Arbeitsleben eine immer größere Rolle. Sowohl die stationäre als auch ambulante Arbeitstherapie erreicht einen hohen Stellenwert bei den TeilnehmerInnen. Vor allem die Inanspruchnahme dieses Angebots durch PatientInnen aus dem Abhängigkeitsbereich hat in den letzten beiden Jahren erheblich zugenommen. Infolgedessen wurde Mitte 2007 die klinische Arbeitstherapie zeitlich erweitert, so dass Patientinnen und Patienten ihre Belastungsfähigkeit noch realistischer erproben können.

4.7 Musiktherapie

Musiktherapie als kreatives psychotherapeutisches Verfahren wurde im Berichtszeitraum den konzeptionellen Erfordernissen der einzelnen Abteilungen weiter angepasst. Die Angebote für Patienten mit psychotischen Störungen wurden erweitert, die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen erhielt ein zusätzliches Gruppenangebot. Die bestehenden musiktherapeutischen Gruppen in den Allgemeinpsychiatrischen Abteilungen I und II sowie in der Gerontopsychiatrie wurden gezielt mit den praktizierten Psychotherapieverfahren für jeweilige Patientengruppen vernetzt. Speziell für die Behandlung im Rahmen der DBT (Station A7) wurde die Wahlmöglichkeit zwischen Musik- und Kunsttherapie geschaffen.

In Zusammenarbeit mit der Forschungsabteilung wurde eine Studie zur emotionalen Befindlichkeit vor und nach Musiktherapie in der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung durchgeführt und veröffentlicht (Rau, Lenz, Driessen 2006).

4.8 Physio- und Bewegungstherapie

Leitungsverantwortlich

Diplom-Sportlehrer Ralf Leber

Die Arbeit der „Bewegungsabteilung“ ist im Berichtszeitraum insbesondere durch den Beginn einer großen Untersuchung zum Einfluss eines Ausdauertrainings auf Symptome psychischer Erkrankungen geprägt worden. Die Studie mit einer voraussichtlich dreijährigen Laufzeit wurde durch Spendenmittel ermöglicht und konnte durch eine vorübergehende Ausweitung der Personalstellen die Behandlungsintensität erheblich vergrößern. Patientinnen und Patienten, die in der Studie aufgenommen sind, erhalten während der vier initialen Behandlungswochen drei wöchentliche Termine zusätzlicher Ausdauer- oder Bewegungstherapie von jeweils 30 Minuten. Die bisherigen Erfahrungen mit diesem Training sind sehr positiv, da die Patientinnen und Patienten engagiert beteiligt sind und einen erheblichen Nutzen verspüren.

Im Bereich der Bewegungsabteilung wurde ferner ein Selbstbehauptungstraining für Frauen etabliert, das einmal wöchentlich ein spezifisches Frauenangebot beinhaltet. Sowohl körperliche als auch psychologische Selbstbehauptungstechniken bilden den wesentlichen Inhalt dieses Trainings, das auf große Resonanz stößt. Viele teilnehmende Frauen würden dieses Training bei entsprechender Verfügbarkeit gerne über die stationäre Behandlung hinaus fortsetzen.

4.9 Krankenhausseelsorge

In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel hat es in der Seelsorge eine personelle Veränderung gegeben. Pastorin Helga Rueß-Alberti, die seit dem 1.5.1997 in der Klinik tätig war, ging am 30.6.2005 in den Ruhestand. Zu ihrer Verabschiedung am 23.6.2005 fanden sich mehr als hundert Gäste ein, darunter viele Weggefährtinnen und Weggefährten aus den verschiedenen Phasen und Aufgabengebieten ihres Berufslebens. Prof. Dr. theol. Michael Klessmann aus Wuppertal hielt einen Vortrag zum Thema: „Ressourcenorientierte Seelsorge am Beispiel des Zusammenhangs von Gesundheit und Religiosität“.

Die Nachfolge von Pastorin Rueß-Alberti trat Pastorin Erika Striedelmeyer an, die bereits seit dem 1.10.2000 als Seelsorgerin in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen sowie in der Klinik Pniel und einigen somatischen Kliniken tätig war. Pastorin Striedelmeyer ist seit dem 1.7.2005 mit einer vollen Stelle zuständig für die psychiatrischen Stationen im Gebäude Gilead IV, für die Tageskliniken, die Ambulanz und die Klinik Pniel.

Pastorin Ute Weinmann ist seit dem 1.4.1998 als Seelsorgerin in Gilead III tätig. Seit dem 1.9.2003 ist sie auch für die Tagesklinik-West zuständig. Pastorin Weinmann arbeitet mit einer Dreiviertelstelle.

Neben ihrer akademisch-theologischen Ausbildung sind die Pastorinnen pastoralpsychologisch und supervisorisch qualifiziert. In der Seelsorge geht es um Begleitung in Lebens- und Glaubensfragen. Die Pastorinnen bieten Einzel- und Gruppengespräche an, insbesondere zu Sinn- und Lebensfragen. Darin kommen auch kreative Methoden zum Einsatz, etwa die Arbeit mit Symbolen, Körperarbeit, das Schreiben eigener Texte oder die Beschäftigung mit Elementen aus der Kunst, der Literatur und Poesie. Die Seelsorgeangebote werden von Patientinnen und Patienten, von Angehörigen sowie von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Anspruch genommen, unabhängig von der Religionszugehörigkeit oder Konfession. Persönliche Gespräche können kurzfristig vereinbart werden. An Wochenenden und Feiertagen existiert eine Seelsorge-Rufbereitschaft.

Als katholischer Seelsorger ist Pfarrer Peter Schäfer aus der St. Piusgemeinde in Bielefeld ansprechbar.

Im „Raum der Stille“ im Gebäude Gilead IV findet jeden Sonntag ein Evangelischer Gottesdienst und zweimal in der Woche ein Abendsegen statt. Im Gottesdienst und während des Abendsegens können seit 2006 Kerzen als Hoffnungslichter entzündet werden. Dieses Ritual wird von den Patientinnen und Patienten sehr gerne in Anspruch genommen. Im Mehrzweckraum in Gilead III wird jeden Sonntag ein Abendmahlsgottesdienst gefeiert.

Der Arbeitskreis „Seelsorge in der Psychiatrie“ ist eine multiprofessionelle und über alle Ebenen vertretene Arbeitsgruppe aus TheologInnen, ÄrztInnen, MitarbeiterInnen aus den Psy-

chosozialen Diensten und der Pflege. Zum Arbeitskreis, der seit 1998 in wechselnder Besetzung besteht, gehören elf Personen. Der Arbeitskreis tagt viermal jährlich unter der Federführung von Pastorin Striedelmeyer. Die Mitglieder befassen sich mit Fragen, die Seelsorge, Therapie, Diakonisches Profil, Religiosität und psychische Gesundheit betreffen. Darüber hinaus treffen sich einige Mitglieder des Arbeitskreises seit 2007 zusätzlich, um Themen wie z.B. „Religiöse Erfahrung und Psychose“, „spirituelle Deutungen von Lebenskrisen“ oder die „Theodizeefrage“ zu diskutieren.

In den Jahren 2004, 2005 und 2007 gab es im Alten Speisesaal in Gilead IV je ein unterhaltsames Konzert des Chores „Queerstimmt“. 2007 sang die Ökumenische Songgruppe Schildesche ein Programm mit dem Titel „Lieder von Heilung und Segen“.

4.10 Sekretariatsbereich

Im Bereich der Sekretariate wurde ein verbindliches Vertretungssystem etabliert. Dies war eine Voraussetzung für das im Jahr 2004 realisierte Projekt, die medizinischen Entlassberichte am Entlasstag fertig zustellen und somit den Nachbehandlern unmittelbar die erforderlichen Informationen zur Verfügung stellen zu können. Auch wenn die Umsetzung durch immer noch auftretende Diktat- und Korrekturverzögerungen nicht perfekt gelungen ist, haben wir doch Quantensprünge in der entlassungsnahen Erledigung erreichen können.

Auch durch die sehr erfolgreich abgeschlossenen Qualifizierungsmaßnahmen einiger Mitarbeiterinnen hat sich der Bereich deutlich mehr in Richtung Office-Management entwickelt. Dazu gehören weitreichendere Aufgabenstellungen insbesondere in den Leitungssekretariaten, u.a. der wesentliche und kaum zu unterschätzende Kernbereich des internen Personalmanagements und die intensive Zusammenarbeit mit dem Dienstleistungszentrum Personal und Bildung.

4.11 Forschungsabteilung

Leitungsverantwortlich

Priv.-Doz. Dr. Thomas Beblo

Der Bereich der Forschung hat sich weiter als ein zentraler Bereich der Klinik etabliert, der mit allen Abteilungen und anderen Klinikbereichen eng kooperiert und zunehmend als harmonisch passendes Element mit vielen Überschneidungen erlebt wird. Im Jahr 2005 konnte unter Beteiligung des Rektors und weiterer Vertreter der Universität Bielefeld, eines Vertreters des Vorstands der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel und einem interessierten Fach- und Laienpublikum das fünfjährige Bestehen der Forschungsabteilung gefeiert werden.

Bereich Stressverarbeitung und Psychotraumatologie

Der weiterhin größte Forschungsbereich zielt auf Stressverarbeitung und psychische Traumatisierungen und ihre klinischen, neuropsychologischen und physiologisch messbaren Auswirkungen bzw. den Prozessen bei der Erinnerung an belastende Ereignisse ab. Beispiele für die methodischen Zugänge sind die

- Überprüfung der deutschen Version eines Fragebogens zur frühen Traumatisierung (C. Mensebach, H. Höpp, K. Wingenfeld),
- die Entwicklung eines Lernparadigmas mit der Präsentation ablenkender Stimuli (C. Mensebach / T. Beblo)
- eine Weiterentwicklung des Stroop Tests als individualisiertes Verfahren (K. Wingenfeld / N. Rullkötter),
- Zusammenhänge zwischen neuroendokrinen und neuropsychologischen Variablen, oder
- die funktionelle Kernspintomographie in Zusammenarbeit mit dem Epilepsiezentrum,
- sprachliche Darstellung negativer und traumatischer Erlebnisse (N. Rullkötter/ K. Wingenfeld).

In einem aktuellen Projekt wird das Stresserleben Pflegender untersucht (M. Schulz / K. Wingenfeld). In diesem von den vBAB finanziell unterstützten Projekt werden psychometrische und psychobiologische Verfahren der Stressmessung kombiniert.

Die Forschung in diesem Bereich wird wiederholt durch Drittmittel der Deutschen Forschungsgemeinschaft unterstützt und erhielt 2004 den Preis der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie.

Bereich Neuropsychologie

Weltweit werden derzeit neuropsychologische Phänomene und Veränderungen bei psychischen Erkrankungen immer intensiver beforscht, da sie ein vertieftes Verständnis der Veränderungen erwarten lassen. Über die Psychotraumatologie hinaus widmen wir uns diesem Thema auch bei anderen Krankheitsbildern (z.B. Depression, Demenz). Dabei ist die neuropsychologische Diagnostik mittlerweile auch sehr viel stärker in der Patientenversorgung vertreten, da sie uns die spezifischen und rehabilitationsrelevanten individuellen Probleme aufzeigt. Insofern ist die Neuropsychologie ein sehr schönes Beispiel für die Vernetzung von Forschung und Klinik. Erfreulicherweise wurde unsere Klinik durch die Person von PD Dr. Thomas Beblo in Zusammenarbeit mit Frau Dr. Lahr vom Epilepsiezentrum Bethel als eine der ersten Psychiatrischen Kliniken in Deutschland als Ausbildungsinstitut für Neuropsychologie anerkannt.

Bereich Psychiatrische Pflegeforschung

Der Bereich „Psychiatrische Pflegeforschung“ stellt im Hinblick auf die Situation in Deutschland weiterhin ein Alleinstellungsmerkmal der Klinik dar. In den letzten fünf Jahren ist es ge-

lungen, in diesem Feld deutlich an Profil zu gewinnen. Neben den bereits an anderer Stelle benannten Forschungsprojekten stellen Aktivitäten im Hinblick auf den nationalen und internationalen Diskurs zu Themen der psychiatrischen Pflege einen weiteren Schwerpunkt dar. Dies geschieht natürlich durch Vortragsreisen, aber auch indem für den fachlichen Diskurs förderliche Strukturen entwickelt werden. Hierfür hat die Forschungsabteilung viel Arbeit in die Entwicklung von Veranstaltungen, Netzwerken und Medien geschaffen. So wurde im Jahr 2004 erstmals ein Dreiländerkongress für psychiatrische Pflege unter dem Titel „Interventionen psychiatrischer Pflege“ durchgeführt. Fortgesetzt wurde diese Veranstaltungsreihe 2005 in Bern unter dem Titel „Psychiatrische Pflege - verschiedene Settings, Partner, Populationen“ und 2006 in Wien mit dem Thema „Wissen schafft Praxis – Praxis schafft Wissen“. 2007 kehrte der Kongress erstmalig nach Bethel zurück. 500 Teilnehmer aus verschiedenen Nationen fanden sich im Assapheum zu dem Thema „Kompetenz – zwischen Qualifikation und Verantwortung“ ein. Zu jedem der Kongresse ist im Ibicura-Verlag ein ausführlicher Tagungsband erschienen. Gleichzeitig konnte unter Beteiligung der Forschungsabteilung ein Veranstaltungstag für Pflege auf dem jährlich stattfindenden DGPPN Kongress in Berlin etabliert werden.

Desweiteren ist Dr. Michael Schulz Mitherausgeber der „Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit“ (www.zppg.eu), eines so genannten „open source-journals“, welche die Beiträge kostenfrei im Internet zur Verfügung stellt und über ein Peer Review Verfahren die Kriterien für eine wissenschaftliche Zeitschrift erfüllt. National und auf europäischer Ebene spielen Netzwerke zunehmend eine wichtige Bedeutung. Hier war es wiederum unser Haus, welches das „Netzwerk für wissenschaftlich fundierte Psychiatrische Pflege“ (www.nppw.de) gegründet hat. Unter diesem Dach findet ein reger Austausch von Experten statt und als Sektion für psychiatrische Pflege ist dieses Netzwerk Teil der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft. Auf europäischer Ebene ist es „HORATIO - the European Association for Psychiatric Nurses“ (<http://www.horatio-web.eu/>), welche die Entwicklung der Berufsgruppe innerhalb der europäischen Gemeinschaft vorantreibt. Für den „Deutsch Berufsverband für Krankenpflege – DBFK“ ist Michael Schulz der Vertreter für Deutschland und seit diesem Jahr auch ein Vorstandsmitglied der Organisation.

Vor Ort wird die Fachweiterbildung Psychiatrische Pflege mit Lehre unterstützt.

Projekt Ausdauertraining

Unterstützt durch Spendengelder wurde ab 2004 eine groß angelegte Untersuchung des Einflusses von körperlichem Ausdauertraining auf den Verlauf psychischer Erkrankungen. In diesem Projekt sind mehrere psychologische Diplomarbeiten sowie mehrere medizinische und psychologische Doktorarbeiten angesiedelt. Die Untersuchungen sind abgeschlossen und die Auswertungen laufen.

Bereich Alkoholforschung

Vor dem Hintergrund der weiten Verbreitung von Akupunktur in der Alkohol- und Drogentherapie in Deutschland ist es überraschend, dass fast keine aussagefähigen Studien existieren. Wir führten daher eine randomisierte kontrollierte Studie zu der Frage durch, ob Ohrakupunktur als Add-on zur Standardtherapie die akute Entzugssymptomatik bei Alkoholabhängigen im Vergleich zu einer Aromatherapie günstiger beeinflusst bzw. Medikamente eingespart werden können (S. Kunz, M. Schulz). Die Ergebnisse zeigen zwar einen eindeutigen Effekt auf das Befinden (Vergleich vor/nach den Sitzungen), aber keine Überlegenheit der Aku-

punktur. Überraschend ist dennoch der ausgesprochen starke Wunsch der Patienten nach Akupunktur.

Mit dem Projekt Hochfrequente Ambulante Nachsorge nach stationär-teilstationärer Alkoholentzugsbehandlung (HANSA) prüfen wir mittels einer randomisierten kontrollierten Studie die Wirksamkeit einer sechswöchigen hochfrequenten, ambulanten telefonischen Nachsorge als Add-on zu einer qualifizierten Entzugsbehandlung mit Motivationstherapie. Dabei kommen auch neuropsychologische Paradigmen zum Einsatz mit dem Ziel, den Einfluss von angenommenen Inhibitionsstörungen auf den Verlauf zu untersuchen. Eine multizentrische Überprüfung ist geplant, ein entsprechender Förderantrag vorbereitet (G. Kremer/ C. Brand).

Bereich Psychosen: Adherence / Compliance und Früherkennung

Die fehlende Bereitschaft von Patientinnen und Patienten, ihre antipsychotische Medikation zuverlässig einzunehmen („Compliance“), ist ein Hauptgrund für die Notwendigkeit stationärer Wiederaufnahmen von Menschen mit psychotischen Erkrankungen. In einem abgeschlossenen, in der Auswertung befindlichen Pilotprojekt versuchen wir, das Phänomen und damit unsere Patienten besser zu verstehen und Vorhersagekriterien zu finden (L. Weigle). In einem daran anschließenden und 2006 begonnenen Interventionsprojekt wollen wir die Wirksamkeit der Adherence Therapie in Zusammenarbeit mit dem Maudsley Hospital (Institute of Psychiatry) und den Kollegen in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie in Warstein untersuchen (M. Schulz, S. Ratzka). Der Untersuchungsbeginn war im Mai 2007 (siehe auch oben unter 3.1).

Die Früherkennung psychotischer Symptome kann eventuell helfen, chronische und schwierige Krankheitsverläufe durch frühzeitige Behandlung günstig zu beeinflussen. S. Ratzka hat im Rahmen ihres Dissertationsprojektes psychotisch erkrankte und in der Klinik ersterkrankte Patientinnen und Patienten untersucht und die Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) bestimmt. Mittels einer Nachuntersuchung nach einem Jahr bei 49 der 50 Erstuntersuchten (!) wird überprüft, welche Bedeutung die DUP und andere Merkmale für den weiteren Verlauf haben. Erste Ergebnisse zeigen, dass die DUP in Bielefeld mit seinem sehr gut ausgebauten Versorgungssystem im Mittel recht kurz ist: Da auch hier aber ein Anteil von Betroffenen sehr spät in Behandlung kommt, wurde die o.g. Frühbehandlungsarbeit aufgenommen. Auch dieses Projekt zeigt wiederum die enge Vernetzung von Forschung und Versorgung.

Projekt: Religiöse Motivation

In einer durch die von Bodelschwingschen Anstalten Bethel und vom Land NRW geförderten Studie im Forschungsverbund mit der Theologischen Fakultät der Universität Bochum gehen wir dem Zusammenhang zwischen Religiosität und stationär behandlungsbedürftiger Depression bei älteren Menschen während einer stationären psychiatrischen Behandlung und im Verlauf der Erkrankung nach. Insbesondere steht die Frage nach einer prognostischen Bedeutung hinsichtlich des Krankheits- bzw. Genesungsverlaufs im Fokus der Untersuchung. Bei 80 Menschen im Alter von 59 bis 85 Jahren ($M = 72,4 \pm 7,1$) mit Major Depres

sion wurden zur Diagnosestellung, Schweregradeinschätzung und Einschätzung der Lebensqualität verschiedene klinische Fremd- und Selbsteinschätzungsskalen eingesetzt. Die religiöse Motivation wurde mit dem Münchner Motivationspsychologischen Religiositäts-Inventar, die religiöse Handlungs- und Deutungspraxis mit einer von uns übersetzten und an deutsche Verhältnisse adaptierten Form des Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality erfasst. Neben der Querschnitterfassung des Zusammenhangs zwischen den Dimensionen religiöser Motivation und religiöser Handlungspraxis bei älteren Menschen mit einer klinischen Depression, führen wir auch eine Längsschnittuntersuchung bis zu drei Monate nach Entlassung durch. Dabei gehen wir der Frage nach, wie sich die einzelnen religiösen Motive (Faktoren des MMRI), positive und negative Copingstrategien sowie das Erleben religiös motivierter sozialer Unterstützung differenziert auf das Ausmaß und den Verlauf der Depression auswirken. Die Datenerhebung ist abgeschlossen, eine Publikation ist in Vorbereitung.

Bereich Gerontopsychiatrische Forschung

Basierend auf ermutigenden Ergebnissen einer Pilotstudie soll das diagnostische Potential des Block-Suppression-Tests in der Frühdiagnose der Alzheimer-Demenz überprüft werden. Hierzu werden ambulante und stationäre Patienten im Rahmen der üblichen Gedächtnisdiagnostik mit einer erweiterten Testbatterie untersucht.

Der Verlauf von Delirien im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in der Gerontopsychiatrie wird im Rahmen einer Diplomarbeit erfasst. Dabei soll eine Optimierung des Deutschen CAM (Hestermann und Thomas, 2007) hinsichtlich der besseren Operationalisierung der Aufmerksamkeitsbeurteilung vorgenommen werden. Parallel wird der EEG-Verlauf mit quantitativen Methoden erfasst. Im Rahmen der klinischen MRT-Diagnostik zur Demenz-Diagnostik werden neben Hippokampus-Volumetriemessungen auch DTI-Messungen durchgeführt und mit quantitativen EEG-Parametern in Beziehung gesetzt.

Eine jetzt geplante fMRT-Untersuchung geht der veränderten Amygdalaaktivierung durch Furcht bei depressiven und Patienten mit Alzheimer Demenz nach.

In der Gerontopsychiatrie wird derzeit eine Datenbank forschungsrelevanter Demenzpatienten erstellt, in der neben den kriteriengeleiteten Diagnosestellungen auch die neuropsychologischen Befunde, EEG und Bildgebung dokumentiert werden.

Akademische Qualifikationen

Wir freuen uns, dass so zahlreiche Mitarbeitende unseres Hauses akademische Qualifikationen abschließen konnten. Häufig geschah dies neben der klinischen Arbeit, was eine besondere Beachtung verdient. Herzlichen Glückwunsch.

Name	Titel	Universität, Jahr
Habilitation		
Priv.-Doz. Dr. Dipl.-Psych. Thomas Beblo	Neuropsychologie psychischer Störungen: Defizite, hirnorganische Korrelate und Testentwicklung	Universität Bielefeld 2006

Promotionen		
Dr. med. Michaela Berg	Die Wirkung synthetischer Lipopeptide auf menschliche Thrombozyten und verschiedene Säugerzelllinien	Charité Berlin, 2005
Dipl.-Psychologin Dr. Ute Gerschberg	Der Einfluss eines Ausdauertrainings auf die Psychopathologie und kardiovaskuläre Stressresponse bei depressiven Störungen	Medizinische Universität Lübeck, 2005
Dr. med. Christiane Heitmann	Präoperative trimodale Induktionstherapie beim lokal weit fortgeschrittenen nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinom - Stellenwert und Toxizität dieser Behandlungsmodalität	Medizinische Universität Münster, 2001
Dr. med. Jürgen Hinrichs	Inhibition der oxydativen Phosphorylierung in MX1- und S117-Tumorzellen in der Zellkultur durch den Ilosfamidmetaboliten Chloracetaldehyd	Medizinische Universität Lübeck, 2005
Dr. med. Regina Ketelsen	Prävalenz, Charakteristika und Prädiktoren fremdaggressiven Verhaltens bei hospitalisierten psychisch Kranken	Medizinische Universität Lübeck, 2005
Dr. med. Hella Höpp (geb. Wulff)	Childhood Trauma Questionnaire. Entwicklung einer deutschsprachigen Version und Überprüfung bei psychiatrisch - psychotherapeutisch behandelten Patienten	Medizinische Universität Lübeck, 2006
Dipl.-Psychologe Dr. rer.nat. Christoph Mensebach	Verbal memory functioning in Borderline Personality Disorder: Neuropsychological and neuroimaging perspectives	Universität Bielefeld, 2006
Dipl.-Psychologin Dr. rer.nat. Anamaria Silva-Saavedra	Analyse der neuropsychologischen Leistungen bei der DSM-IV Borderline Persönlichkeitsstörung: Profil, Verlauf und Zusammenhang mit Traumaerfahrungen	Universität Bielefeld, 2006
Dipl.-Psychologin Dr. rer. hum. biol. Tina Schröder	Psychische Erkrankungen bei inhaftierten Männern im geschlossenen Vollzug	Medizinische Universität Lübeck, 2006
Dr. p.h. Susanne Ratzka (MA)	Die Dauer der unbehandelten Psychose bei erstbehandelten Patienten mit Schizophrenie - Eine prospektive Kohortenstudie in Bielefeld	Universität Bielefeld, 2007

Diplomarbeiten		
Dipl.-Pflegerwirt (FH) Rüdiger Noelle	Erfassung und Betrachtung pflegerelevanter Parameter am Beginn und am Ende von stationärer, gerontopsychiatrischer Krankenbehandlung	HFH Hamburger Fernhochschule, Studiengang Pflegemanagement, 2007
Dipl.-Pflegerwirtin (FH) Chloé Renard	Analyse des therapeutischen Gruppenangebotes einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin anhand von Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien. - Der Beitrag der psychiatrischen Pflege am Gruppenprofil	Fachhochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit, 2007
Dipl.-Pflegerwirtin (FH) Pia Wiegard	Explorative Studie zur Erfassung von Pflegebedarfsprofilen und zur Bestimmung von Prädiktoren für Behandlungsverlaufparameter für ausgewählte Krankheitsbilder im stationären gerontopsychiatrischen Bereich	Fachhochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit, 2007
Dipl.-Psychologin Cornelia Macek	Arbeitsgedächtnis und Aufmerksamkeitsteilung: Erste psychometrische Analyse neuer Tests	Universität Bielefeld, 2002
Dipl.-Psychologe Andre Hoppmann	Auswirkung von Ausdauersport auf den Stroop-Test bei affektiven Störungen	Universität Bielefeld, 2003
Dipl.-Psychologin Nina Rullkötter	Die Repräsentation traumatischer Erinnerungen bei Borderline Persönlichkeitsstörung mit und ohne PTSD: Eine fMRT Studie	Universität Bielefeld, 2004
Dipl.-Psychologin Sabine Drebes	Die wechselseitige Beeinflussung von Dissoziation und Copingstrategien bei Patientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung	Universität Bielefeld, 2004
Dipl.-Psychologe Max Töpfer	Der Block-Suppressions-Test: Sensitivität bei der Frühdiagnose der senilen Demenz vom Alzheimer-Typ	Universität Bielefeld, 2005
Dipl.-Psychologin Renate Bullig	Der individuelle emotionale Stroop-Test: Ein um Selbstbericht und Introspektion erweitertes Verfahren zur Untersuchung autobiographischer Erinnerungen	Universität Bielefeld, 2005
Dipl.-Psychologin Alexandra Böse	Auswirkungen von Ausdauersport auf das psychische Befinden, die klinische Symptomatik und die Herzratenvariabilität bei Patienten mit Depression	Universität Bielefeld, 2005

Dipl.-Psychologin Petra Richter	Psychometrische Überprüfung eines Fragebogens zur subjektiven Einschätzung kognitiver Defizite	Universität Bielefeld, 2006
Dipl.-Psychologin Ina Brakemann	Emotionales Ablenkungsparadigma bei nonverbalen Gedächtnisaufgaben	Universität Bielefeld, 2006
Dipl.-Psychologin Wen-hsing Cheng	Der Einfluss eines neuropsychologischen Aktivierungsparadigmas auf die depressive Stimmung	Universität Bielefeld, 2006
Dipl.-Psychologin Nicole Schlosser	Der individuelle emotionale Stroop-Test: Eine Untersuchung an Patienten mit Depression	Universität Bielefeld, 2006
Dipl.-Psychologin Christian Steil	Differentielle Auswirkungen von Interferenz auf die Gedächtnisleistungen von Patientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung	Universität Bielefeld, 2006
Dipl.-Psychologin Claudia Konieczko	Ausdauersport und Depression – Auswirkungen eines Ergometertrainings auf die klinische Symptomatik, das psychische Wohlbefinden, die Selbstwirksamkeitserwartung und die Ruheherzfrequenz bei Patienten mit Depression	Universität Bielefeld, 2006
Dipl.-Psychologin Miriam Lewitzky	Der individuelle emotionale Stroop-Test: Ein Instrument zur Aktivierung und Erfassung eines suchtspezifischen Netzwerkes bei Alkoholabhängig	Universität Bielefeld, 2007
Dipl.-Psychologin Camille Schaffrath	Stress und psychische Symptome. Der Einfluss von Traumatisierung und Alltagsstress auf die Symptomstärke	Universität Bielefeld, 2007
Dipl.-Psychologin Magarethe Gollas	Die Bedeutung des Konflikt-Aufmerksamkeitnetzwerkes für anterograde Gedächtnisleistungen während des Lernens mit und ohne Ablenkung	Universität Bielefeld, 2007
Dipl.-Psychologin Birgit Kleffmann	Ausdauersport bei Angststörungen – Auswirkungen eines Ausdauertrainings auf das Wohlbefinden, die Symptomatik und die Herzfrequenzvariabilität bei einer klinischen Stichprobe	Universität Bielefeld, 2007

Drittmittleinwerbung

Im Berichtszeitraum konnte die klinische Forschung durch die Einwerbung von Drittmitteln einen erheblichen An Schub gewinnen. Wir danken allen öffentlichen Geldgebern, den Spendern und Stiftungen und insbesondere unserem Träger, den von Bodelschwingschen Anstalten Bethel, für das entgegengebrachte Vertrauen. Die Veröffentlichungsliste (s.u.) zeigt, dass wir uns bemüht haben, die Ergebnisse national und international bekannt zu machen und uns so der öffentlichen Diskussion zu stellen. Darüber hinaus war auch immer ein großer Gewinn für die Diagnostik und Therapie unserer Patienten damit verbunden. Wir haben uns auch bemüht, Themen aufzugreifen, die die Idee Bethels widerspiegeln.

Thema des Projektes, Antragstellung	Drittmittelgeber	Volumen €
Psychotraumatologie: Traumagedächtnis bei Borderline-Persönlichkeitsstörung, Posttraumatischer Belastungsstörung und Depression, mehrere Teilprojekte – fMRT, Neuropsychologie und Stroop-Test, Psychoendokrinologie Antragstellungen T. Beblo, K. Wingenfeld, M. Driessen mit H. Markowitsch, F. Woermann	DFG DR 358/2-1 DFG DR 358/5-1 DFG DR 358/5-2 DFG BE 2536/2-1 Träger (vBAB ^a)	490.000
Ausdauertraining bei psychisch Kranken – RCT Antragstellung H. Rau, M. Driessen	Externe Spender Träger (vBAB)	160.000
Religiöse Motivation und Depression im Alter Antragstellung C. Thomas, M. Driessen	Land NRW Träger (vBAB)	130.000
Ohrakupunktur im Alkoholentzug, RCT S. Kunz, M. Schulz, H. Rau, M. Driessen	NSF ^b Bußgelder	10.000
Pilotstudie: Compliance der Neuroleptikaeinnahme bei Patienten mit Schizophrenie – Follow-up Studie Antragstellung L. Weigle, M. Driessen	Industrie Janssen-Cilag	35.000
Körperliche und psychische Folgen von Stress am Arbeitsplatz – Risiko- und Schutzfaktoren im Rahmen Pflegerischer Tätigkeit M. Schulz, K. Wingenfeld	Träger (vBAB) Eigenmittel	60.000
Intervention zur Förderung der Adherence/Compliance von Neuroleptika, RCT an drei Zentren Antragstellung M. Schulz, M. Driessen	Industrie Astra Zeneca	183.000
Summe		1.068.000

Weitere Drittmittelanträge sind derzeit eingereicht, unmittelbar vor der Einreichung oder in der Vorbereitung.

5 Daten & Fakten

Diesen Abschnitt halten wir bewusst kurz und verweisen zu weiteren Kennzahlen auf den Qualitätsbericht des EvKB:

<http://ekb.live.conquest-cms.net/deutsch/FaktenundLeitlinien/Qualitätsmanagement/Qualitätsberichte2004/page.html>

Die Zahlen im Qualitätsbericht können von den weiter unten dargestellten Zahlen etwas abweichen, da in der Basisdokumentation nicht alle Patienten enthalten sind.

5.1 Patientenzahlen, Verweildauer und Diagnosen

Sowohl die Aufnahmezahlen als auch die Zahl der behandelten Personen sind in den letzten Jahren, d.h. seit 2002 etwas gestiegen (Tabelle 5.1.1.). Der Anstieg ab 2005 ist dagegen auf die gemeinsame Erfassung mit den Tageskliniken und der Klinik Pniel zurückzuführen. Entsprechend hat sich auch die Verweildauer im stationären Bereich nicht wesentlich verändert, der scheinbare Anstieg ab 2005 ist wiederum auf die gemeinsame Darstellung zurückzuführen.

Auch bei den Veränderungen der Diagnosenverteilung spielt die gemeinsame Darstellung eine Rolle (Tabelle 5.1.2.). Dennoch haben auch im stationären Bereich die Abhängigkeits-erkrankungen deutlich und die psychotischen Störungen etwas abgenommen. Auf der anderen Seite haben die Diagnosengruppen F3 (insbesondere Depression) und F4 (insbesondere Angststörungen) deutlich und F6 (Persönlichkeitsstörungen) leicht zugenommen.

Tabelle 5.1.1. Fallzahlen (Personen) und Verweildauer MW (\pm SD):

Quelle: Basisdokumentation, ab 2005 mit Klinik Pniel und Tageskliniken

Jahr VW	Aufnahmen (Personen)		Verweiltage (SD)			
	Alle	AP ¹	ABH ²	GE ³	Pniel	Tageskliniken
2000	4.320 (2.222)	1.643 (901)	2.109 (873)	568 (448)		
MW	20,9	27,4	13,0	30,9		
SD	(31,3)	(40,0)	(18,9)	(31,9)		
2001	4.265 (2.198)	1.640 (861)	2.067 (882)	558 (455)		
MW	20,9	28,9	11,9	30,8		
SD	(30,8)	(40,8)	(15,4)	(29,8)		
2002	4.891 (2.629)	1.856 (1.047)	2.367 (1.100)	599 (482)		
MW	20,4	27,8	12,1	30,7		
SD	(26,7)	(33,6)	(14,1)	(30,1)		
2003	4.523 (2566)	1.696 (1008)	2.286 (1135)	541 (423)		
MW	20,6	29,1	11,4	32,5		
SD	(29,4)	(37,7)	(14,8)	(33,7)		
2004	4.402 (2545)	1.723 (1017)	2.147 (1112)	532 (416)		
MW	21,9	30,2	12,2	34,3		
SD	(34,2)	(44,5)	(17,9)	(34,7)		
2005	5.247* (2634)	1.677 (1044)	2.197 (1102)	617 (488)	102	653 (130)
MW	27,2*	32,6	13,8	32,1	135,4	43,5
SD	(32,3)	(42,0)	(20,6)	(24,8)	(93,9)	(35,4)
2006	5.750* (2872)	1842 (1133)	2587 (1149)	585 (473)	71	665 (117)
MW	26,3*	33,1	13,2	31,5	104,5	42,4
SD	(39,4)	(42,6)	(32,6)	(26,7)	(73,4)	(35,9)

¹ AP: Abteilung für Allgemeine Psychiatrie (I und II) mit Sektor- und Schwerpunktstationen² ABH: Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen³ GE: Abteilung für Gerontopsychiatrie

*ohne Klinik Pniel und ohne Tageskliniken

Tabelle 5.1.2. Diagnosen in % der Aufnahmen bzw. Fälle (nur Erstdiagnosen)

Aufnahmen	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	Andere+ Fehlende
2003	5,5	45,2	22,9	10,6	6,5	0,2	4,6	0,8	3,7
2004	5,2	40,5	24,7	12,7	6,6	0,1	4,6	0,6	5,0
2005	5,3	37,1	20,9	15,4	7,5	0,1	5,9	0,3	6,7
2006	5,6	37,2	18,0	14,8	8,3	0,1	5,4	0,7	8,1

F0: Demenzielle und andere organische Störung F1: Substanzbezogene Störung

F2: Schizophrene- u. Spektrumstörung (Psychose) F3: Affektive Störung (Depression u.a.)

F4: Angststörung und Anpassungsstörung F5: Verhaltensauffälligkeiten

F6: Persönlichkeitsstörung F7: Intelligenzminderung

5.2 Aufnahme und Entlassung, Rechtsgrundlagen im Jahr 2006

Von den 2006 aufgenommenen Patienten kamen 32,8% als Notaufnahme ohne formale Beteiligung dritter Personen oder Einrichtungen. Der größte Teil der Patienten wurde durch ambulante Einrichtungen eingewiesen (51,0%), davon durch niedergelassenen Haus- oder Allgemeinärzten 7,1%, durch Psychiater oder Nervenärzte 24,5%, durch den Psychosozialen Krisendienst und Sozialpsychiatrischen Dienst 6,9% sowie 51,4% durch die psychiatrischen Ambulanzen. Zudem spielen auch komplementäre Einrichtungen der verschiedenen Versorgungssysteme sowie stationäre Einrichtungen eine wesentliche Rolle, sie waren meist zusätzlich an der Zuweisung beteiligt (36,2%).

Unsere Patienten kommen ganz überwiegend aus der Region Bielefeld. Die Tendenz ist leicht abnehmend, allerdings heißt überregional in der Regel aus den Nachbargemeinden.

2000: 95,8% 2002: 92,0% 2004: 93,2% 2006: 89,9%
2001: 94,9% 2003: 93,2% 2005: 92,7%

Als Erstaufnahme kamen 24% der Patienten in die Klinik, bei 64% handelt es sich um eine Wiederaufnahme, 10% der Patienten werden innerhalb von 24 Stunden entlassen.

91,1% unserer Patienten wurden freiwillig aufgenommen, davon bestand bei 2,6% eine gesetzliche Betreuung (Tabelle 5.2.1.). Von den knapp 5%, die unter den Bedingungen des PsychKG aufgenommen wurden (sofortige Unterbringung), folgte nur bei der Hälfte ein entsprechender richterlicher Beschluss, sodass sich bei der anderen Hälfte die Situation innerhalb weniger Stunden beruhigt zu haben scheint.

In die Entlassungsplanung waren bei zwei Dritteln unserer Patienten ausschließlich ambulante Gesundheitseinrichtungen (in der Regel zumindest niedergelassene Ärzte) einbezogen, aber immerhin auch noch bei knapp 28% komplementäre Einrichtungen (der Eingliederungshilfe, Pflege, Rehabilitation) (Tabelle 5.2.2.).

Tabelle 5.2.1. Rechtsgrundlage bei Aufnahme 2006 (Quelle: Basisdokumentation)

%	Gesamt	Abteilung für		
		Allgemeine Psychiatrie	Abhängigkeits-erkrankungen	Geronto-psychiatrie
Freiwillig, keine gesonderte Rechtsgrundlage	88,5	83,0	92,53	87,7
Betreuung beantragt	0,5	0,4	0,4	1,6
Freiwillig bei Betreuung	2,6	6,1	0,5	0,9
Bestehende Betreuung	0,8	1,4	0,3	0,9
Sofortige Unterbringung (PsychKG NRW § 14)	4,9	6,4	3,5	6,5
Unterbringungsbeschluss (PsychKG NRW § 12)	2,5	2,6	2,5	2,3
Begutachtung (§ 81,83 StPO)	<0,01	0,1	0,0	0,0
Unterbringung gemäß Betäubungsmittelrecht (§§ 35-37 BtMG)	0,1	0,0	0,2	0,0
Maßregelvollzug gemäß §§ 63 / 64 StGB und § 126a StPO	<0,01	0,1	0,0	0,2

Tabelle 5.2.2. Beteiligung weiterversorgender Einrichtungen bei der Entlassung (%)

Quelle: Basisdokumentation 2006 (einschl. Mehrfachnennungen)

	Alle	Allgemeine Psychiatrie	Abhängigkeits-erkrankungen	Geronto-psychiatrie
Ohne Beteiligung von Gesundheitseinrichtungen	14,2	11,1	17,7	23,6
Ausschließlich ambulante Einrichtungen	67,2	71,3	70,5	41,7
Komplementäre Einrichtungen	12,8	16,8	4,4	26,9
Stationäre Einrichtungen	14,8	14,0	14,2	18,4

5.3 Demografische Merkmale unserer Patienten

Geschlecht und Alter unserer Patienten sind erwartungsgemäß unterschiedlich zwischen Abteilungen, es existieren aber keine wesentlichen Unterschiede zu den Vorjahren (Tabelle 5.3.1.).

Tabelle 5.3.1. Geschlechterverteilung und Alter (Quelle: Basisdokumentation 2006)

	Alle	AP	ABH	GE	Pniel	Tages- kliniken
Männlich						
n	3118	786	1770	181	35	346
%	54,3	42,7	68,4	37,3	49,3	52,3
Weiblich						
N	2629	1056	817	404	36	316
%	45,7	57,3	31,6	62,7	50,7	47,7
Alter						
MW	44,8	40,3	41,7	76,8	34,2	42,7
SD	(16,4)	(12,5)	(12,4)	(8,7)	(11,4)	(14,1)

Familienstand: Ledig waren 2142 Patienten (59,5% aller Patienten/Fälle mit Angaben), verheiratet 854 (23,8%), getrennt lebend 53 (1,5%), geschieden 424 (11,8%), verwitwet 121 (3,4%). Bei 2153 Patienten fehlten die Angaben. Besonders auffällig ist der hohe Anteil von ledigen Patienten, was am ehesten als Folge relativ früh einsetzender chronischer oder chronisch-rezidivierender Erkrankungen interpretiert werden kann.

Wohnsituation: 2407 Patienten lebten alleine in eigener Wohnung (ohne oder mit ambulanter Betreuung: 50,2%), mit Eltern oder einem Elternteil lebten 321 (6,7%), ausschließlich mit (Ehe-) Partner 1187 (24,7%), mit Kind oder Kindern lebten 472 (8,7%), mit Schwester und/oder Bruder 82 (1,6%), mit anderen Verwandten 19 (0,4%).

599 lebten in einer Wohngemeinschaft oder einem Wohnheim (12,5%), 105 Patienten verfügten nicht über einen festen Wohnsitz 105 (2,1%).

Berufliche Situation: 465 Patienten waren bei der Aufnahme vollzeitig berufstätig (11,2%), 130 teilzeitig (3,1%), 29 waren gelegentlich berufstätig (0,5%). 63 Patienten waren als Hausfrau/-mann aber nicht anderweitig berufstätig (1,5%), 165 befanden sich in einer Ausbildung bzw. Umschulung (4,0%) und 5 in Wehr- oder Zivildienst (0,1%).

264 Patienten waren geschützt beschäftigt (6,4%) und 50 standen dem Arbeitsmarkt zur Verfügung, ohne gemeldet zu sein (1,2%), während 1488 Patienten arbeitslos gemeldet wa-

ren (36,05). Eine Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente (incl. Frührente und laufender Verfahren bezogen 718 Patienten (17,4%), eine Altersrente bezogen 523 (12,6%), eine Witwen(r)rente 22 (0,5%). Anderweitig ohne berufliche Beschäftigung waren 211 Patienten (5,1%).

5.4 Klinischer Schweregrad, globale Funktionsfähigkeit und Veränderungen

Allgemeiner Klinischer Schweregrad

Der größte Teil unserer Patienten wurde bei der Aufnahme mittels CGI als mäßig, deutlich oder schwerkrank eingestuft, wobei hier die Maßstäbe eines Krankenhauses zugrunde gelegt wurden (Tabelle 5.4.1.). Die Effektstärke als Maß für die Wirksamkeit der Behandlung lag mit $\epsilon=0,98$ in einem guten Bereich.

Neben der Aufnahme- und Entlassungsbeurteilung wird vor der Entlassung auch die CGI-Veränderung direkt beurteilt: Demnach waren 13,6% der Patienten sehr viel gebessert, 45,% in einem viel besseren Gesamtzustand als bei der Aufnahme, 28,8% waren nur wenig gebessert, 10,4% unverändert, bei 1,5% etwas verschlechtert, bei 0,7% viel schlechter und bei 0,1% sehr viel schlechter. Bei diesen Ergebnissen ist zu berücksichtigen, dass auch der körperliche Zustand in die Beurteilung einfließt und dass bei kurzen Kriseninterventionen keine durchgreifende Verbesserung des Grundleidens erzielt werden kann und soll.

Tabelle 5.4.1. Klinischer Gesamteindruck unserer Patienten bei Aufnahme und Entlassung (CGI, Clinical Global Impression Scale; Basisdokumentation 2006)

	Aufnahme (%)	Entlassung (%)
1 = Nicht beurteilbar	0,4	0,4
2 = Überhaupt nicht krank	0,0	0,6
3 = Grenzfall	0,2	3,5
4 = Nur leicht krank	1,2	19,1
5 = Mäßig krank	25,1	45,6
6 = Deutlich krank	50,4	22,8
7 = Schwer krank	21,4	7,5
8 = Extrem schwer krank	1,3	0,5
MW \pm SD*	5,96 \pm 0,8	5,12 \pm 0,9

*ohne Patienten, deren Zustand nicht beurteilbar war
t-Test zum Vergleich der CGI-Werte vor und nach der Behandlung:

$$t_{4977} = 58,543 \text{ p} < .001, \text{ Effektstärke } 0,98 \left(\epsilon = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma} \right)$$

Globales Funktionsniveau

Das globale Funktionsniveau gemessen durch einen Wert auf der so genannten GAF-Skala (Global Assessment of Functioning Scale) stellt lediglich ein grobes Maß für die mit der Erkrankung einhergehenden Funktionseinschränkungen dar. Es wird in unserer Klinik getrennt für drei Zeiträume bestimmt (Tabelle 5.4.2.).

Die Ergebnisse zeigen, dass unsere Patienten nach der Behandlung im Mittel wieder das durchschnittliche Funktionsniveau in dem Jahr vor der Krankenhausbehandlung erreichen. Die Effektstärke entsprach mit $\epsilon=0,99$ der auch klinisch erreichten Verbesserung.

Tabelle 5.4.2. Globales Funktionsniveau vor und nach der Entlassung

GAF-Skala	1 Jahr vor Aufnahme	7 Tage vor Aufnahme	7 Tage vor Entlassung
Mittelwert (SD)	56,12 (20,8)	40,64 (13,2)	55,48 (14,28)

Die Veränderung des GAF Wertes während des Aufenthaltes: t-Test: $t_{4213}=-58,126$;
 $p<.001$; Effektstärke 0.99

Hinweise für die Bewertung:

1-10: Ständige Gefahr Selbst-/ Fremdgefährdung

11-20: Selbst- oder Fremdgefährdung

21-30: Verhalten d. Wahngedanken beeinflusst

31-40: Realitätswahrnehmung beeinträchtigt

41-50: Ernsthafte Symptome

51-60: Mäßig ausgeprägte Symptome

61-70: Einige leichte Symptome

71-80: Nur vorübergehende Symptome (Stress)

81-90: Keine oder minimale Symptome

91-100: Hervorragende Leistungsfähigkeit

6 Kooperationspartner

Die Klinik ist eng mit der verzweigten Bielefelder Helfelandschaft in den Bereichen somatische und psychische Gesundheit und psychosoziale Hilfen vernetzt. Diese enge Vernetzung geht auch mit gemeinsamen Fortbildungsaktivitäten einher. An dieser Stelle bedanken wir uns ganz herzlich bei allen unseren Partnern für die sehr konstruktive und wirksame Zusammenarbeit und wünschen uns deren Fortsetzung. Wenn im Folgenden nicht alle Kooperationspartner aufgeführt sind, bitten wir dies hier bereits zu entschuldigen.

6.1 Andere Kliniken des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld

Viele konzeptuelle Kooperationen sowie patientenbezogene Zusammenarbeiten ergeben sich mit anderen Kliniken des EvKBs, z.B. in den neu gebildeten Zentren (s.o.), durch gegenseitige Konsiliartätigkeit, gemeinsame Fortbildung und Forschung, hier besonders mit den Neuro-Fächern und den Kliniken in Mara (Epilepsiekliniken und Innere Medizin, Behindertenmedizin)

6.2 v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel

Durch Mitwirkung der Klinikleitung am Fachausschuss Psychiatrie besteht eine enge Vernetzung zu allen Bereichen der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel, die in die Arbeit der Psychiatrie involviert sind. Insbesondere danken wir hier der ständigen Ansprechbarkeit des für diesen Bereich verantwortlichen Vorstandsmitglieds, Herrn Dr. Wienberg. Die enge Kooperation mit dem Stiftungsbereich Integrationshilfen und dessen Geschäftsführung war nicht nur in patientenbezogenen Einzelfragen hilfreich, sondern hat auch den Übergang der Klinik Pniel in die Betriebsführung durch die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie ermöglicht, der im Jahr 2005 realisiert wurde.

6.3 Stadt Bielefeld

Die Kooperationen mit Einrichtungen der Stadt Bielefeld sind so vielfältig, dass sie hier nicht im Einzelnen dargestellt werden können. Sie beziehen sich auf unterschiedlichste Ebenen in Gremien und in der täglichen Arbeit. Einige Gremien sind:

- Psychiatrie-Beirat als beratendes Gremium des Sozial- und Gesundheitsausschusses der Stadt
- Pflegekonferenz der Stadt Bielefeld
- Hilfeplankonferenz (Stadt Bielefeld, LWL, freie Träger, Kostenträger)
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)
- Kooperationsgespräche mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst und dem Gesundheitsamt
- Trialog (Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle), Arbeitsgemeinschaft Suchtkrankenhilfe
- Der psychosoziale Krisendienst
- Beirat des Demenzservice-Zentrums OWL

- Mit der Polizei in Bielefeld besteht eine ausnehmend gute Kooperation mit regelmäßigen Kooperationsgesprächen.
- u.v.a.

6.4 Universität Bielefeld

Die begonnenen Kooperationen mit der Universität wurden im Berichtszeitraum weiter vertieft und auf weitere Universitätsangehörige ausgeweitet. Enge Forschungs-, Lehr- und Weiterbildungskooperationen bestehen mit der Fakultäten für Psychologie und Sportwissenschaft und Gesundheitswissenschaften, dort insbesondere mit Prof. Hartje (Neuropsychologie), Prof. Hurrelmann (Prävention und Gesundheitsförderung), Prof. Markowitsch (Neuropsychologie und Physiologische Psychologie), Prof. Tuschen-Caffier (Klinische Psychologie und Psychotherapie), Prof. Krämer (Public Health Medicine). Allen Arbeitsgruppen, der Universitätsleitung und namentlich dem Rektor der Universität, Herrn Prof. Timmermann, sowie dem Kanzler Herrn Simm, danken wir herzlich für die zugewandte Kooperation.

6.5 Amtsgericht Bielefeld

Weiterhin spielen Einrichtungen von gesetzlichen Betreuungen und Behandlungen im Rahmen des Gesetzes zum Schutz und zur Hilfe psychisch Kranker (PsychKG NRW) eine Rolle im Alltag der Klinik. In jährlich stattfindenden Kooperationsgesprächen zwischen Unterbringungsrichtern und Klinikärzten konnten rechtliche und organisatorische Aspekte geklärt und geplant werden. Die Zusammenarbeit in diesem häufig schwierigen rechtlichen Umfeld war stets durch ein großes Vertrauen und durch wichtige und hilfreiche Hinweise der Richter getragen. Wir bedanken uns dafür sehr.

6.6 Krisendienst, Polizei, Feuerwehr, Sozialpsych. Dienst, Gesundheitsamt

Im Vorfeld von Einweisungen und Klinikaufnahmen sind gelegentlich Krisendienst, Polizei, Gesundheitsamt, sozialpsychiatrischer Dienst und Feuerwehr beteiligt. Solche Fälle sind stets besondere Ereignisse, die durch gute und tragfähige Absprachen und Nachbereitungen im Ablauf handhabbar werden. Gemeinsame Gremien und Fortbildungen sind hierfür ein wesentliches Element. Die Zusammenarbeit wird in diesem Kontext von der Klinik als äußerst tragfähig wahrgenommen und gibt Anlass für einen großen Dank an alle Beteiligten.

7 Aus- und Weiterbildung, Fortbildungsveranstaltungen

7.1 Fachpfl egeweiterbildung

Die Fachpfl egeweiterbildung Psychiatrie ist wie bisher als zusätzliche Qualifikation für examinierte Pflegekräfte im EvKB als eigene Institution organisiert. Die Frage einer akademischen Ausbildung wurde in den letzten Jahren intensiv erörtert und wird möglicherweise zu einem neuen Angebot führen.

7.2 Facharztweiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie

Wie bisher ist ein wesentlicher Teil der theoretischen Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie im Rahmen der Akademie Psychiatrie und Psychotherapie Ostwestfalen-Lippe e.V. organisiert. Es handelt sich um einen Weiterbildungsverbund von derzeit 11 Kliniken und der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) (www.akademie-owl.de). Dieser Teil der Weiterbildung findet in insgesamt sechs Blockwochen statt. Ein erweitertes Angebot der verhaltenstherapeutischen Qualifikation ist derzeit in der Planung und an das Ausbildungsinstitut (s.u.) gebunden.

7.3 Ausbildung Psychologische Psychotherapie

Die Klinik bot im gesamten Berichtszeitraum Stellen für Psychologische Psychotherapie in Ausbildung an. Erfreulicherweise wurde das von der Akademie in Zusammenarbeit mit der DGVT geplante Ausbildungsinstitut Psychologische Psychotherapie mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie 2007 vom Landesprüfungsamt staatlich anerkannt und der erste Ausbildungsgang konnte bereits in diesem Jahr beginnen. In diesem Zusammenhang wurden die PPIA-Stellen erheblich ausgeweitet.

7.4 Regelmäßig stattfindende Veranstaltungen

Kolloquium Psychiatrie und Psychotherapie

Dieses Kolloquium ist semesterweise nach Schwerpunktthemen organisiert und eine Veranstaltung der Klinik und der Universität Bielefeld. Es steht neben den Mitarbeitenden der Klinik Studierenden und externen Gästen offen. Die Veranstaltung findet mittwochs nachmittags um 16.00 Uhr im Konferenzraum I im Gebäude Gilead IV statt. Im Folgenden sind die Themen und Referenten im Berichtszeitraum dargestellt.

Psychiatrisch-Psychotherapeutisches Kolloquium im WS 2002/2003**Schwerpunktthema: Angststörungen**

09.10.02	Was spricht für das Konzept der Zwangsspektrumstörungen?	Herr Prof. Leplow, Uni Halle
23.10.02	Neuronale Grundlagen des emotionalen Gedächtnisses: Implikationen für die frühe und späte Symptomatik bei Patienten mit Angststörungen und Alzheimer-Demenz	Frau Dipl.-Soz. Piefke, Uni Bielefeld
30.10.02	Pathogenese und Psychotherapie von Angsterkrankungen – Eine aktuelle Übersicht	Herr PD Dr. Bassler, Psychosomatische Klinik Uni Mainz
06.11.02	Die Wunde der Seele: Psychische und psychophysiologische Folgen organisierter Gewalt	Herr Prof. Elbert Fr. Dr. Schauer, Uni Konstanz
13.11.02	Verhaltenstherapie bei Kindern mit sozialen Ängsten: Eine Pilotstudie	Frau Prof. Tuschen- Caffier, Uni Siegen
20.11.02	Leiten von Gruppen	Herr Holger Thiel, Fachrankenpfleger für Psychiatrie Rhein-Mosel-Klinik Andernach
27.11.02	Akupunkturbehandlung im Alkoholentzug	Frau Dr. Syrbe, Frau Kunz ZPPM
04.12.02	Durch Gefahr erprobt werden wir zur Einsicht erzogen: Ein Beitrag zur Geschichte der Angst	Herr Dr. Wegener, Berliner Vivantes Klinik
11.12.02	Bedeutung der Amygdala für Angst/Affekt und Gedächtnis: Untersuchungen an Urbach-Wiethe Patienten	Frau Dipl.-Psych. Siebert, Uni Bielefeld
18.12.02	Panikstörungen: Psychologische Befunde	Herr Prof. Pauli, Uni Würzburg
15.01.03	Körperliche Aktivität in der Behandlung psychischer Erkrankungen	Herr PD Dr. Broocks, Universität Lübeck
22.01.03	Neuropsychologische und strukturelle sowie funktionelle Bild- gebung bei Patienten mit schwerer chronischer Traumatisie- rung	Frau Prof. Irle, Universität Göttingen
29.01.03	Das neurobiologische Modell der Zwangsstörungen und seine Bedeutung für psychotherapeutische Interventionen	Herr Prof. Hohagen, Uni Lübeck
05.02.03	Tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Behandlungsstrategien der Angst	Team der Station A 9, ZPPM
12.02.03	Neuropsychologie der Angststörungen	Herr Prof. Lauterbacher, Uni Bamberg

Psychiatrisch-Psychotherapeutisches Kolloquium im SS 2003

Schwerpunktthema: Abhängigkeitserkrankungen

16.04.03	Modelle von Rausch und Sucht im Wandel der Zeiten	Herr Dr. Kupfer, Bonn
23.04.03	Konsum von Suchtmitteln im subjektiven Erleben: Zwischen Kontrollverlust und Selbstverantwortung	Herr Dr. Westermann, ZPPM + Sucht-Erfahrene Bielefeld
30.04.03	„Suchtgedächtnis“ und „Neurophilosophie“ oder: Welchen Nutzen hat die Neurobiologie für die Suchttherapie?	Herr PD Dr. Tretter, Bezirkskrankenhaus Haar
07.05.03	Zur Suchtentstehung und –aufrechterhaltung im Tiermodell	Herr Prof. Spanagel, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim
14.05.03	Morphologie suchtspezifischer Phänomene in der bildgebenden Diagnostik	Herr Prof. Heinz, Charite Berlin
28.05.03	Zur Neuropsychologie der Alkoholabhängigkeit: Diagnostik und therapeutische Konsequenzen	Herr Dr. Steingass, Haus Remscheid
04.06.03	Zur Bedeutung der Lerntheorie für die Behandlung von Suchtkranken	Herr Dr. Lindenmeyer, Salus-Klinik in Lindow
11.06.03	Zur Bedeutung der Tiefenpsychologie für die Behandlung von Suchtkranken	Herr Dr. Rost, Gießen
18.06.03	Drogenkonsum Jugendlicher: Epidemiologie, Konsummuster und subjektive Risikoeinschätzung	Herr Dr. Tossmann, Delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung
25.06.03	Craving: Zum Stellenwert des Suchtdrucks für den Konsum psychotroper Substanzen	Herr PD Dr. Scherbaum, Rheinische Kliniken Essen
02.07.03	Das endogene Cannabinoid-System: Funktion und therapeutische Intervention	Herr Prof. Schneider, MMH Hannover
16.07.03	Die „Freiheit des Willens“: Zur Anwendung des Betreuungs- rechts bei chronisch suchtkranken Menschen	Herr Richter Heimann, Amtsgericht Bielefeld Hr. Dr. Reker, ZPPM
23.07.03	Die forensische Betreuung von Rausch- und Suchtmittel- Abhängigkeit	Herr Dr. v. d. Haar, Fachabteilung Bad Rehburg, Loccum

Psychiatrisch-Psychotherapeutisches Kolloquium WS 2003/2004**Schwerpunktthema: Forensische Begutachtung und Forensische Psychiatrie**

08.10.03	Kriegstraumata, KAT-Gebrauch und Psychose – das Somalilandprojekt	Dipl.-Psych. Odenwald, Uni Konstanz
15.10.03	Sozialpsychiatrie und Wissenschaft – Historie und Zukunft	Prof. Finzen, Psychiatrische Universitäts- klinik Basel
12.11.03	Maßregelvollzug: Grundrechte und Einschränkungen, Sicherungsmaßnahmen, Vollzugslockerungen	PD Ollähne, Institut für Kriminalpolitik der Uni Bremen
19.11.03	Maßregelvollzug in NRW	Dipl.-Psych. Dönisch-Seidel, Der Landesbeauftragte für den MRV NRW Düsseldorf
26.11.03	Methodische und praktische Probleme der Forensisch-Psychiatrischen Begutachtung. Die Erstattung des Gutachtens	Prof. Venzlaff, LKH Göttingen
03.12.03	Rechtliche Grundlagen des Psychiatrischen Begutachtung. Der Sachverständige im Verfahren und in der Verhandlung	Prof. Schreiber, Juristische Fakultät Uni Göttingen
10.12.03	Besonderheiten der Forensischen Pflege	Dipl.-Pflege-Manager Liebner, WZFP Lippstadt-Eickelborn
17.12.03	Sexueller Missbrauch in der Therapie	Prof. Vogt, FB Soziale Arbeit und Gesundheit FH Frankfurt/Main
07.01.04	Wie frei ist der freie Wille – Neurowissenschaftliche Aspekte zur Willensfreiheit	Prof. Münz, Fakultät für Biologie Uni Bielefeld
14.01.04	Glaubwürdigkeitsgutachten	Dr. Nowara, Waltrop
21.01.04	Tatortanalyse bei schweren Gewaltdelikten	Dr. Osterheider, WZFP Lippstadt-Eickelborn
28.01.04	Begutachtung von Sexualstraftätern	Prof. Pfäfflin, Sektion Forensische Psychotherapie Uniklinikum Ulm
04.02.04	Forschung und Psychodiagnostik als Rahmenbedingung einer modernen forensisch-psychiatrischen Behandlung	Dr. Niemantsverdriet, Dr. Henri van der Hoeven, Klinik Utrecht
11.02.04	Psychische Störungen bei Gefangenen im Justizvollzug	Dr. von Schönfeld, ZPPM
18.02.04	Gefährlichkeits- und Kriminalprognose, Prognosegutachten	Prof. Nedopil, Psychiatrische Klinik Ludwig- Maximilians-Universität München

Psychiatrisch-Psychotherapeutisches Kolloquium SS 2004

Schwerpunktthema: Gruppenpsychotherapie

14.04.04	Psychiatrische Versorgung in England – Erfahrungsbericht nach einer Hospitation am Institute of Psychiatry in London	Dr. Schulz, Pflegeforschung ZPPM
21.04.04	Einführung in die Gruppenpsychotherapie: Von der Indikation bis zum Behandlungsende	Prof. Tschuschke, Uni Köln
28.04.04	Ressourcenorientierte Musiktherapie in Gruppen	M. Lenz, Musiktherapeut ZPPM
05.05.04	Interpersonelle Therapie (IPT) als gruppentherapeutisches Verfahren	Dr. Dykieriek, Uni Freiburg
12.05.04	Tiefenpsychologische Kurzgruppentherapie	Prof. Dr. Tschuschke, Uni Köln
19.05.04	Prinzipien verhaltenstherapeutischer Gruppenintensiv- therapie am Beispiel des GRIP	PD Dr. Pfingsten, Uni Göttingen
26.05.04	Der Therapeut im Blickpunkt: Herausforderung an Gruppenbehandlungen	Prof. Streek, LKH Tiefenbrunn/Göttingen
02.06.04	Interne Veranstaltung	
09.06.04	Psychoanalytische Gruppenverfahren: Das Göttinger Modell	Dr. Lindner, ZPPM
16.06.04	Interne Veranstaltung	
23.06.04	Effektivität von Gruppenpsychotherapie	Dr. Liebler, Bielefeld
30.06.04	Gruppentraining sozialer Kompetenzen	PD Dr. Pfingsten, Uni Bielefeld
07.07.04	Psychotherapie und Rehabilitation bei Schizophrenie	Dr. Zorn, Bern

Psychiatrisch-Psychotherapeutische Kolloquium WS 2004 / 2005**Schwerpunktthema: Schizophrenie**

29.09.04	Genetik der Schizophrenie	Prof. Deckert, Uni Münster
13.10.04	Früherkennung und Dauer der unbehandelten Psychose bei Ersterkrankung – Erste Ergebnisse der Bielefelder Studie	Frau Ratzka, M. A., ZPPM
03.11.04	Was ist für Betroffene und Angehörige in der psychiatrischen Behandlung wichtig?	Frau Prins, VPE Bielefeld Frau Puffay, IG Angehöriger Psychisch Kranker Bielefeld
10.11.04	Frühbehandlungsansätze der Schizophrenie: Das Heidelberger Projekt	Dr. Weißbrod, Uni Heidelberg
17.11.04	Epidemiologie, Prävalenz, Inzidenz, Risikofaktoren, Verlauf	Prof. Rey, ZI Mannheim
01.12.04	Konsum psychotroper Substanzen bei Schizophrenie – Einfluss auf Verlauf und funktionelles Outcome	Prof. Soyka, Uni München
15.12.04	Zur stationären und ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland 2004. Ergebnisse einer Recherche	Prof. Koch, Uni Hamburg
12.01.05	Morphologische Befunde und andere organische Faktoren. Entwicklungspathologie	Prof. Bogerts, Uni Magdeburg
19.01.05	Langzeitbehandlung und Rehabilitation	Prof. Rössler, Uni Zürich
26.01.05	Schizoaffektive Psychosen	Prof. Deister, Klinikum Itzehoe
02.02.05	Psychotische Störungen bei Epilepsie	Prof. Trimble, Uni London
09.02.05	Terminologie und Begriffsgeschichte der Schizophrenie	Prof. Mundt, Uni Heidelberg
16.02.05	Pharmakotherapie der Schizophrenie	Prof. Naber, Uni Hamburg
23.02.05	Neuropsychologische Störungen bei schizophrenen Erkrankungen	Prof. Lautenbacher, Uni Bamberg

Psychiatrisch-Psychotherapeutische Kolloquium SS 2005**Schwerpunktthema: Entwicklungspsychiatrie**

06.04.05	Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	Dr. Jebens, Bad Salzuflen
20.04.05	Neuropsychologische Störungen bei schizophrenen Erkrankungen	Prof. Lautenbacher, Uni Bamberg
27.04.05	Klinische Behandlung von Suchterkrankungen	Dr. Quecke, Rheinische Kliniken Essen
04.05.05	Was wird aus kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen im Erwachsenenalter?	Prof. Herpertz-Dahlmann, Uni Aachen
18.05.05	Affektive emotionale Störungen im Jugendalter	Prof. Schulte-Markwort, Uni Hamburg
25.05.05	Trauma und Selbstverletzung im Jugendalter	Prof. Resch, Uni Heidelberg
01.06.05	Entwicklung von Emotion und Regulation in der Kindheit	Dr. Holodynski, Uni Bielefeld
15.06.05	Autismus	Frau Symalla, EvKB
29.06.05	Kinder psychisch Kranker	Dr. Körner-Köbele, Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth zu Herzberge Berlin

Psychiatrisch-Psychotherapeutische Kolloquium WS 2005 / 2006

Schwerpunktthema: Arbeit mit dem Kontext – Angehörige und andere wichtige

Bezugspersonen als Ressource psychiatrischen Handelns

19.10.05	Veränderungen ermöglichen	Dr. Ellebracht, Essen
26.10.05	Krankheitskonzepte im familiären Kontext – Empirische Analysen und Konsequenzen für die Praxis	PD Dr. Wälte, Uni Aachen
09.11.05	Anregungen zum Umgang mit Chronizität	Dipl.-Psych. Groth, Uni Hamburg
16.11.05	SYMPA: Von der Theorie zu einer neuen Praxis auf psychiatrischen Akutstationen	PD Dr. Vieten, Paderborn
23.11.05	Psychisch kranke Eltern – Folgen für Kinder und Anforderungen an die psychiatrische Arbeit	Prof. Schone, Dortmund
30.11.05	Der Einbezug von Angehörigen ersterkrankter Schizophrener in die psychiatrische Behandlung	Dr. Mayenberger, Uni Tübingen
07.12.05	Familientherapeutische und systemische Ansätze in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen – Konzeption und praktische Umsetzung am Beispiel des „Eppendorfer Modells“	Dipl.-Psych. Küstner, Uni Hamburg
14.12.05	Ja, wenn die Angehörigen nicht wären! Vom Bann der Familienbande	Frau Heim, Bundesverband der Angehörigen Psychiatrie-Erfahrener Köln
21.12.05	„Manchmal möchte ich sie auf den Mond schießen“ – Angehörige aus Sicht einer Psychiatrie-Erfahrenen	Frau Prins, Bielefeld
11.01.06	Grundannahmen systemische Therapie	Dr. Böser, Tübingen
18.01.06	Gruppenarbeit mit Angehörigen Demenzerkrankter	Prof. Wilz, TU Berlin
25.01.06	Psychoedukative Familieninterventionen	Prof. Berger, Walter-Picard Klinik Riedstadt
01.02.06	Destruktivität in Paarbeziehungen – Paardynamik und Paartherapeutische Behandlungsmöglichkeiten	PD Dr. Riehl-Emde, Uni Heidelberg

Psychiatrisch-Psychotherapeutische Kolloquium SS 2006

Schwerpunktthema: Ethische Fragen in Psychiatrie und Psychotherapie

19.04.06	Ökonomisierung der Kliniken und DRGs aus ethischer Sicht	Prof. Wehkamp, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
26.04.06	Beziehungsgestaltung in der Psychiatrie – Ethische Aspekte	Dipl.-Psych. Schernus, Bielefeld
17.05.06	Abhängigkeit versus Verantwortung – Ethische Probleme in der Behandlung suchtkranker Menschen	Prof. Wiesemann Uni Göttingen
24.05.06	Christliche Ethik – was ist das?	Pastor Hans Schmidt, Bielefeld/Hannover
31.05.06	Ethische Fragen im Kontext von Suizid	Prof. Stoecker, Uni Potsdam
07.06.06	Grenzen der Selbstbestimmung – die Patientenverfügung als Lösung und als Problem	Prof. Thomas, Ruhr-Universität Bonn
14.06.06	Zwangsbehandlung und Zwangsmaßnahme in der Psychiatrie: Wie beeinflusst Evidenz die Ethik?	Prof. Steinert, Zentrum für Psychiatrie Weissenau
21.06.06	Determinismus und Freiheit: Implikationen für das Konzept der Subjektivität und das psychotherapeutische Handeln	Prof. Fuchs, Eberhard-Karls-Universität Heidelberg
28.06.06	Sterbehilfe und Hilfe bei der Selbsttötung in den Niederlanden	Prof. van der Wal, University Medical Centre Amsterdam
05.07.06	Ärztlich assistierter Suizid bei psychisch Kranken – ein moralisches Dilemma?	Prof. Karenberg, Uni Köln
12.07.06	Einwilligungsfähigkeit bei psychisch Kranken – Klinische und ethische Probleme	Prof. Vollmann, Ruhr-Universität Bochum
19.07.06	Allokation von pflegerischen Ressourcen – ein ethisches Dilemma?	Prof. Neumann, Fachhochschule Lausitz

Prof. Tress (Institut und Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Düsseldorf) wird außerhalb des Sommersemesters am **Montag, 23.10.06 um 16.00 Uhr** bei uns zum Thema **Ethik der Psychotherapie** referieren!

Psychiatrisch-Psychotherapeutische Kolloquium WS 2006 / 2007**Schwerpunktthema: Diagnostik.****Selbst- und Fremdratinginstrumente bei psychischen Störungen**

25.10.06	Akohlismusscreening und Craving: AUDIT, OCS, Verlauf Entzug: AWS, SOWS	Dr. Kremer, Dr. Lange, EvKB
08.11.06	Allgemeine und psychotische Symptome, Fremdeinschätzung: CGI, BPRS, PANSS	Frau Ratzka, Dr. Weigle, EvKB
15.11.06	Psychische Symptome (Selbsteinschätzung): SCL90-R (SCL-9-K), Lebensqualität: WHO QuL	Dipl.-Psych. A. Hoppmann, KPPB
29.11.06	Depression (Fremdeinschätzung): MADRS, HDS (CDS) Depression (Selbsteinschätzung): BDI	Dr. Ribbert, PD Dr. Beblo, EvKB
06.12.06	Neuropsychologische Testbatterie NESG	Hr. Töpfer, D r. Mensebach, PD Dr. Beblo, EvKB
13.12.06	Angst und Zwang: STAI, Y-BOCS, HZL-K	Dr. Gerhards, Dipl.-Psych. Lenz EvKB
10.01.07	Beeinträchtigung als Folge psychischer Störungen: Mini ICF – P (GAF)	Prof. Linden Charite Berlin
17.01.07	Substanzabhängigkeit: Addiction Severity Index (Europ-ASI)	Fr. Schulte, Fr. Sutmann EvKB
24.01.07	ADHS-Diagnostik: WURS u. a.	Frau Dr. Berea, Eigene Praxis Bielefeld
31.01.07	Dissoziation: FDS, SDS, DDS	PD. Dr. Gast, EvKB
07.02.07	Psychotraumatologie: CTQ, IES, PDS	Fr. Wulff, Dipl.-Psych. Rullkötter, EvKB
14.02.07	Somatisierung: SOMS u. a.	Dr. Wingenfeld, EvKB
21.02.07	Gerontopsychiatrische Schweregradeinschätzung: NPI, Cummings, CDR, GDS	Dr. Thomas, N.N., EvKB

Psychiatrisch-Psychotherapeutische Kolloquium SS 2007**Schwerpunktthema: Suizidalität**

18.04.07	Vorstellung Klinikdokumentation	Teilnehmer AG Doku, EvKB
02.05.07	Neurobiologie und Pharmakotherapie suizidalen Verhaltens	Prof. Bronisch, MPI München
09.05.07	Suizide in Kliniken	Prof. Wolfersdorf, Bezirkskrankenhaus Bayreuth
23.05.07	Suizidprävention, national und international	Dipl.-Psych. Fiedler, Uni Hamburg
30.05.07	Gesellschaftliche Entwicklung und Suizidalität – gibt es einen Einstellungswandel?	Prof. Felber, Uni Dresden
20.06.07	Psychotherapie der Suizidalität	Dipl.-Psych. Schaller Uni Mannheim

Psychiatrisch-Psychotherapeutische Kolloquium WS 2007 / 2008**Schwerpunktthema: Wirksamkeit psychosozialer Interventionen – neue Ansätze**

24.10.07	„Recovery“ – Das Ende der Unheilbarkeit	Dr. phil. Schmolke, Lehr- und Forschungsinstitut Deutsche Akademie für Psychoanalyse, München
31.10.07	Biogene Drogen	Frau Rasmus, LWL-Klinik Gütersloh
07.11.07	Hypermedien in Fort- und Weiterbildung	Dipl.-Psych. Burgemeister, EvKB
14.11.07	Risiken von Neuroleptika und bedürfnisangepasste Behandlung bei Psychosen	Dr. Aderhold, Uni Greifswald
21.11.07	„Peer-counseling“: Betroffene beraten Betroffene	Frau Barteld-Paczkowski, Brücke Schleswig-Holstein
28.11.07	Wirksamkeit psychosozialer Interventionen, Schwerpunkt Psychosebehandlung	Prof. Driessen, EvKB
05.12.07	Community mental health in Great Britain for civilians and soldiers, Expectations from a British psychiatrist refering his patients to a German psychiatric hospital	Dr. Barker, BFG, Wegberg
12.12.07	Psychosoziale Interventionen – Welche Berufsgruppe ist da- für zuständig?	Dr. Reker, EvKB
19.12.07	Integrierte neurokognitive Therapien bei Psychosen	Dipl.-Psych. Barenbrock Klinik Pniel
09.01.08	Arbeitsangebote müssen flexibel sein! Angebote für Men- schen mit psychischen Störungen und Suchterkrankungen in Bielefeld	Frau Raimann, Herr Löwe, Betriebliche Wiedereinglie- derung Bethel
16.01.08	Arbeitsassistenz „Supported Employment“	Herr Krüger, Aktion Psychisch Kranke Bonn
23.01.08	Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in den letzten 50 Jahren – zwei Psychiatergenerationen setzen sich auseinander	Dr. Pörksen, Prof. Driessen, Bielefeld
30.01.08	70 Jahre Zwang in deutschen Psychiatrien – Erlebt und miterlebt	Einführung: M. Pleininger-Hoffmann Frau Buck – Video mit Diskussion WPA Dresden
06.02.08	„Immobilientherapie“ und andere psychosoziale Interventio- nen in der Gerontopsychiatrie	Prof. Dörner, Uni Hamburg
13.02.08	Möglichkeit zur praxisnahen Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz; Instrumentarium „Hilde“	Dr. Becker, Uni Heidelberg

Interne Veranstaltungen

Journal Club: Seit 2004 findet wöchentlich der Journal Club vor der Morgenbesprechung am Dienstag statt. Hier werden in einem halbstündigen Rahmen Zeitschriftenartikel, Buchbeiträge, stattgefunden Kongresse etc. reihum vorgestellt.

In den Abteilungen finden zusätzlich ein- bis zweiwöchentlich spezifische Fortbildungsveranstaltungen statt.

7.5 Besondere Veranstaltungen

Öffentliche Psychiatrieseminare im Rathaus der Stadt

Die zahlreichen Kooperationen dokumentieren sich u.a. durch die alle ein bis zwei Jahre stattfindenden, von Stadt, den vBA Bethel und der Klinik getragenen und von einer Arbeitsgruppe des Dialogs organisierten öffentlichen Psychiatrieseminare im Rathaus der Stadt (www.psychiatrie-bielefeld.de/seiten/aktuelles_archiv.html).

Arbeitskreis der Depressionsstationen

Sowohl ein landweites am 27. Juni 2003 als auch ein bundesweites Treffen am 1. Dezember 2006 des Arbeitskreises Depressionsstationen der Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Kliniken fanden in der Klinik bzw. im Assapheum in Bethel statt.

Bundestreffen der Altersdepressionsstationen

Am 29. und 30. September 2005 fand das Bundestreffen der Altersdepressionsstationen in Bielefeld statt. Mehr als 50 Professionelle aus Pflege, Fachtherapien, Psychotherapie und Medizin beschäftigten sich in Fachvorträgen, Therapie-Workshops und im informellen Erfahrungsaustausch mit einem differenzierten Programm zu den Themen Ausdauersport und Suizidalität im Alter

DBT-Jahrestagung 2004

Die Jahrestagung des Dachverbandes Dialektisch Behaviorale Therapie wurde am 5. und 6. März 2004 in Bielefeld durchgeführt und von der Klinik organisiert. Mit mehr als 400 Teilnehmern war dies eine sehr große und erfolgreiche Veranstaltung von Wissenschaftlern und DBT-Therapeuten.

Veranstaltungen zur Psychiatrischen Pflege

<u>Pflege im Diskurs</u> Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus	17.01.2006
<u>Pflege im Diskurs</u> Case Management für chronisch Kranke	21.03.2006
<u>Pflege im Diskurs</u> Die Methode des Fallverstehens	02.05.2006
<u>Pflege im Diskurs</u> Evidence-based Nursing bei chronisch kranken Menschen	13.06.2006
<u>1. Dreiländerkongress</u> Aufbruch im Umbruch Interventionen psychiatrischer Pflege	11. + 12.11.2004
<u>4. Dreiländerkongress</u> Kompetenz – zwischen Qualifikation und Verantwortung	18. + 19.10.2007
<u>8. Schülertag</u> „Verantwortungsbereich der Pflegekräfte in der Psychiatrie. Eigenständige Profession vs. medizinisches Hilfspersonal.“	18.11.2003
<u>Primary Nursing</u> Primary Nursing als Pflegeorganisationsform Fachtagung mit Mary Manthey	12.03.2004
<u>Primary Nursing</u> Von Bezugspflege zu Primary Nursing Reflexion der Einführung von PN	31.08.2006
<u>Forensik</u> Forensik heute - Aktuelle Entwicklungen und Konzepte in Bielefeld	14.12.2006

8 Veröffentlichungen

8.1 Zeitschriftenartikel (Original und Übersichtsarbeiten)

1. Beblo, T., Macek, C., Brinkers, I., Hartje, W. & Klaver, P. (2004). A new approach in clinical neuropsychology to the assessment of spatial working memory: The Block-Suppression-Test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 26, 105-114.
2. Beblo, T. & Menne, A. (2004). Prüfung der Simulation von Analphabetismus durch modifizierten Farbe-Wort-Interferenztest. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 15, 1-5.
3. Beblo, T., Brand, C. & Schrader, S. (2005). Diagnostik depressiver Störungen im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 18, 177-187.
4. Beblo, T., Lahr, D. & Hartje, W. (2005). The impact of neuropsychological testing on the emotional state of patients with major depression. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 16, 15-21.
5. Beblo, T., Driessen, M., Mertens, M., Wingefeld, K., Piefke, M., Rullkötter, N., Silva-Saavedra, A., Mensebach, C., Reddemann, L., Rau, H., Markowitsch, H.J., Wulff, H., Lange, W., Barea, C., & Woermann, F.G. (2006). fMRI correlates of the recall of unresolved life events in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 36, 845-856.
6. Beblo, T., Mensebach, C., Wingefeld, K., Rullkötter, N. & Driessen, M. (2006). Assessing learning with and without interference: A new verbal memory paradigm in clinical and experimental neuropsychology. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 17, 219-223.
7. Beblo, T., Silva-Saavedra, A., Mensebach, C., Lange, W., Markowitsch, H.J., Rau, H. & Martin Driessen (2006). Deficits in visual functions and neuropsychological inconsistency in Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Research*, 145, 127-135.
8. Beblo, T., Markowitsch, H.J. & Driessen, M. (in press) Extremely heterogeneous neuropsychological testing results – a characteristic of borderline personality disorder? *Psychiatrics*.
9. Brüne, M., Ribbert, H. (2004). Social cognition and psychopathology. An evolutionary perspective. *Current status and proposals. Psychopathology*, 288-304.
10. Driessen, M., Beblo, T., Mertens, M., Piefke, M., Rullkötter, N., Silva-Saavedra, A., Reddemann, L., Rau, H., Markowitsch, H.J., Wulff, H., Lange, W. & Woermann, F.G. (2004). Different fMRI activation patterns of traumatic memory in borderline personality disorder with and without additional posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 15, 603-11.
11. Driessen, M., Schröder, T., Widmann, B., von Schönfeld, C.-E., Schneider, F. (2006). Childhood Trauma, psychiatric disorders, and criminal behavior in prisoners in Germany: A comparative study in incarcerated women and men. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1486-1492.
12. Hartung-Klages, B. (2006). Ein dichtes Netz von Hilfen: Gerontopsychiatrische Versorgung auf neuen Wegen. *Soziale Psychiatrie* 30, 30-31.

13. Hestermann, U., C. Thomas, et al. (2005). "FRAGILE"-Old people and surgery Chirurg 76: 28-34.
14. Hestermann, U., Backenstrass, M., Gekle, I., Hack, M., Oster, P., Mundt, C., & Thomas, C. (2007). Validation of a German version of the Confusion Assessment Method (CAM) for delirium detection in a sample of acute geriatric patients with high prevalence of dementia. Psychopathology, in press.
15. Jung, P., Beyerle, A., Humpich, M., Neumann-Haefelin, T. Lanfermann, H. (2006). Ipsilateral silent period: a marker of callosal conduction abnormality in early relapsing-remitting multiple sclerosis? Journal of the Neurological Sciences, 250(1-2), 133-9.
16. Ketelsen, R., Zechert, C., Schmidt, H., Forster, C., Hackl, K. (2003). Psychiatrische Behandlung mit offenen Türen. Krankenhauspsychiatrie, 14, 49-55.
17. Ketelsen, R., Staude, A., Godejohann, F., Driessen, M. (in press). Das Beraterteam in der Psychiatrischen Klinik: Aufgaben und Erfahrungen im Umgang mit Aggression und Zwang. Psychiatrische Praxis.
18. Ketelsen, R., Zechert, C., Driessen, M. (2007). Kooperationsmodell zwischen psychiatrischen Kliniken mit dem Ziel der Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen. Psychiatrische Praxis, Supplement 2, S208-S211.
19. Ketelsen, R., Zechert, C., Driessen, M., Schulz, M. (2007). Characteristics of aggression in a German psychiatric hospital and predictors of patients at risk. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14, 92-99.
20. Kremer, G. (2003). Motivational Interviewing als Kurzintervention bei Menschen mit Alkoholproblemen: Stand der Forschung und Praxis. Suchttherapie 4, 115-124.
21. Kremer, G., Driessen, M. (2006). Kosten-Effektivitätsberechnungen von Alkohol-Entzugsbehandlungen: Kritische Anmerkungen und versorgungspolitische Konsequenzen. SUCHT, 52 (2), 153-162.
22. Koch-Stoecker, S., Beblo, T., Thumann, W. & Driessen, M. (2003). Diagnostik und kognitiv-behaviorale Therapie psychischer Störungen nach Traumatisierung. Sozialpsychiatrische Informationen, 2, 10-17.
23. Koch-Stoecker, S. (2005). Persönlichkeitsstörungen als Prädiktoren postoperativen epilepsiechirurgischen Verlauf. Zeitschrift für Epilepsie, 18, 235-240.
24. Koch-Stoecker, S. (2006). Neuropsychiatrische Aspekte der Psychosen bei Epilepsien. Nervenheilkunde, 25, 331-338.
25. Kunz, S., Griese, H., Busse, O. (2003). Etiology and long-term prognosis of unilateral paramedian pontine infarction with progressive symptoms. European Neurology, 50, 136-140.
26. Kunz, S., Schulz, M., Syrbe, G., Driessen, M. (2004). Ohrakupunktur in der Therapie alkohol- und substanzbezogener Störungen- eine Übersicht. Sucht, 50 (3), 196-203.
27. Kunz, S., Schulz, M., Driessen, M. (2006). Ohrakupunktur im Vergleich zu Aromatherapie beim Alkoholentzug - Eine randomisierte kontrollierte Studie. Der Nervenarzt, 77, Supplement 3, 246.

28. Kunz, S., Schulz, M., Levitzki, M., Driessen, M., Rau, H. (2007). Ear acupuncture for alcohol withdrawal in comparison to aromatherapy: a randomized controlled trial. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 31(3), 436-42.
29. Lahr, D., Beblo, T. & Hartje W. (2007). Cognitive performance and subjective complaints before and after remission of major depression. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12, 25-45.
30. Lange, W., Wulff, H., Berea, C., Beblo, T., Silva-Saavedra, A., Mensebach, C., Wingenfeld, K., Driessen, M. (2005). Dexamethasone suppression test in borderline personality disorder – implications of posttraumatic stress disorder and major depression. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 919-923.
31. Laufs, H., Kleinschmidt, A., Beyerle, A., Eger, E., Salek-Haddadi, A., Preibisch, C., Krakow, K. (2003). EEG-correlated fMRI of human alpha activity. *Neuroimage*, 19(4), 1463-76.
32. Laufs, H., Krakow, K., Sterzer, P., Eger, E., Beyerle, A., Salek-Haddadi, A., Kleinschmidt, A. (2003). Electroencephalographic signatures of attentional and cognitive default modes in spontaneous brain activity fluctuations at rest. *Proceeding of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100(19), 11053-8.
33. Lenz, M. (2006). Ein Notwendiger Klang. Gruppenmusiktherapie in der psychiatrischen Klinik. *Soziale Psychiatrie* 3, 8-11.
34. Macek, C., Brinkers, I., Beblo, T. & Hartje, W. (2004). Assessment of divided attention: A new test. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 15, 69-80.
35. Mensebach, C., Driessen, M., Beblo, T., Wingenfeld, K., Rullkötter, N., Mertens, M., Rau, H., Silva Saavedra, A., Markowitsch, H.J., Woermann, F.G. (in press). Neural correlates of episodic and semantic memory retrieval in borderline personality disorder: An fMRI study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*.
36. Peus, D., Beyerle, A., Vasa, M., Pott, M., Meves, A., Pittelkow, M.R. (2004). Antipsoriatic drug anthralin induces EGF receptor phosphorylation in keratinocytes: requirement for H₂O₂ generation. *Experimental Dermatology*, 13(2), 78-85.
37. Plaschke, K., Thomas, C., Engelhardt, R., Teschendorf, P., Hestermann, U., Weigand, M.A., Martin, E., Kopitz, J. (2007). Significant correlation between plasma and CSF anticholinergic activity in presurgical patients. *Neuroscience Letter*, 417(1):16-20.
38. Rau, H., Lenz, M., Driessen, M. (2006). Emotionale Befindlichkeit vor und nach Musiktherapie in der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. *Musiktherapeutische Umschau* 4, 350-368.
39. Renneberg, B., Mücke, M., Wallis, H., Fydrich, T., Thomas, C. (2003): Wie sozial kompetent sind Patientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung? *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 24 (3): 329-345.
40. Rist, F., Demmel, R., Hapke, U., Kremer, G., Rumpf, H.-J. (2004). Riskanter, schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention. *Leitlinien der AWMF. SUCHT*, 50 (2), 102-112.
41. Schulz, M. (2003). Rekonzeptionalisierung als wesentliches Element einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Pflege. *Pflege und Gesellschaft*, 4, 133-160.

42. Schulz, M., Krause, P. (2003). Zwischen Bezugspflege und Primary Nursing - auf dem Weg zu einer evidenzbasierten und personenzentrierten Pflegeorganisationsform. Psych. Pflege, 8, 242-248.
43. Schulz, M., Töpfer, M., Reker, M. (2003). Rauchverhalten von Mitarbeitern und Patienten der psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses. Suchtmed, 5 (2), 110.
44. Schulz, M., Stüve, B. (2004). Analyse des ergotherapeutischen Beitrages im gesamten Gruppenangebot einer psychiatrischen Klinik unter besonderer Berücksichtigung von struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien. Der Nervenarzt, 75, Supplement 2, 385.
45. Schulz, M., Töpfer, M., Behrens, J. (2004). Rauchverhalten von Mitarbeitern und Patienten der psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses. Gesundheitswesen, 2, 107-113.
46. Schulz, M. (2005). Neuorientierung und Paradigmenwechsel: Psychiatrische Pflege im Umbruch. Psych Pflege 11 (5), 256-263.
47. Schulz, M., Behrens, J. (2005). Die Entwicklung gemeindenaher psychiatrischer Pflege in Großbritannien - Implikationen für Deutschland. PR-Internet - Die wissenschaftliche Fachzeitschrift für die Pflege, 7, 410-415.
48. Schulz, M., Renard, C. (2005). Der Beitrag psychiatrischer Pflege am Gruppenprogramm in der Psychiatrie. Psych Pflege heute 2005; 11: 38-42
49. Schulz, M. (2006). Europäisches Projekt zur Förderung von Ausbildung und der Anerkennung von Pflegeberufen (EHTAN). PADUA - Die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, 2, 64-65.
50. Schulz, M. (2006). Europäisches Projekt zur Förderung von Ausbildung und der Anerkennung von Pflegeberufen. PRInternet - Die wissenschaftliche Fachzeitschrift für die Pflege, 8 (5), 292-297.
51. Schulz, M. (2006). Evidence-based Nursing - Forschungsergebnisse in der Praxis. PADUA- Die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, 4 (1), 40-43.
52. Schulz, M. (2006). Adherence - ein neues Wort für ein altes Thema - Ziehen Betroffene und Behandler an einem Strang? TABU - Informationen aus dem psychiatrischen Alltag, 42 (1), 11-16.
53. Schulz, M., Kunz, S., Driessen, M. (2006). Ohrakupunktur in der Therapie alkohol- und substanzbezogener Störungen - eine Metaanalyse. Der Nervenarzt, 77, Supplement 3, 240.
54. Schulz, M., Renard, C., Keogh, J. (2006). Analyse des Gruppenangebotes einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik anhand von Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien. Krankenhauspsychiatrie, 17, 25-30.
55. Schulz, M., Dorgerloh, S., Ratzka, S., Gray, R., Behrens, J. (2007). Compliance und Adherence: Pflegendes unterstützen Patientenverhalten. PADUA - die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, 3, 44-49.
56. Schulz M. (2007). Was ist Evidence-based Nursing? CNE (Certified Nursing Education), 2, Lerneinheit 3, 9-12.

57. Stuppe, M., Driessen, M., Kremer, G., Wildbredt, G.-A. (2004). Cannabinoid-Screening während des stationären Drogenentzugs - Bewertung und klinische Bedeutung. *Suchttherapie*, 5, 191-195.
58. Thomas, C., Hestermann, U., Walther, S., Pfueller, U., Hack, M., Oster, P., Mundt, C., Weisbrod, M. (2007). Prolonged activation EEG differentiates dementia with and without delirium in frail elderly. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, published online 19 Jun 2007, doi:10.1136/jnnp.2006.111732.
59. Thomas, C. (2007): Die Delirbehandlung im Alter. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* (in press).
60. Töpfer, M., Beblo, T., Thomas, C. & Driessen, M. (2007). Early detection of Alzheimer's disease: A new working memory paradigm. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1-7.
61. Ullrich, G., Steinkamp, G., Ross, H., Kremer, G. (2006). Motivational Interviewing as a bridge to shared decision making: Further results from a team-centred programme. *Journal of Cystic Fibrosis*, Vol. 5, Supplement 1: S86.
62. Von Schönfeld, C.-E. (2003): „Mitgefangen, Mitgehangen“ Psychiatrie im Justizvollzugvollzug. *Sozialpsychiatrische Informationen* 1, 19-23.
63. Von Schönfeld, C.-E., Roos-Pfeiffer, W., Driessen, M. (2003). Entlassungsbriefe an Patienten als personenorientierter Schritt in der Therapie. Konzept und tagesklinische Pilotstudie. *Psychiatrische Praxis*, 2, Band 30, 56 – 61.
64. Von Schönfeld, C.-E. (2005). Die gestörte Mehrheit. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 2, 35 – 39.
65. Von Schönfeld, C.-E., Widmann, B., Driessen, M. (2005). Psychische Störungen und Psychosoziale Beeinträchtigungen bei Gefangenen. *Bewährungshilfe*, 3, 229 - 236
66. Von Schönfeld, C.-E., Schneider, F., Schröder, T., Widmann, B., Botthoff, U., Driessen, M. (2006). Prävalenz psychischer Störungen und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. *Nervenarzt*, 77, 830-841.
67. Wingenfeld, K., Bullig, R., Mensebach, C., Hartje, W., Driessen, M. & Beblo, T. (2006) Attention Bias towards Personally Relevant Stimuli: The Individual Emotional Stroop Task, *Psychological Reports*, 99, 781-793.
68. Wingenfeld, K., Driessen, M., Adam, B. & Hill, A. (2006). Overnight Urinary Cortisol Release in Women with Borderline Personality Disorder Depends on Comorbid PTSD and Depressive Psychopathology. *European Psychiatry* 30.
69. Wingenfeld, K., Driessen, M., Adam, B. & Hill, A. (2007). The Dexamethasone Suppression Test in Borderline Personality Disorder: The Impact of PTSD Symptoms. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 61 (6).
70. Wingenfeld, K., Wagner, D., Schmidt, I., Meinschmidt, G., Hellhammer, D.H., & Heim, C. (2007). The Low-Dose Dexamethasone Suppression Test in Fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research* 62, 85-91.
71. Wingenfeld, K., Lange, W., Wulff, H., Berea, C., Beblo, T., Silva-Saavedra, A., Mensebach, C., Driessen, M. (in press). Stability of the dexamethasone suppression test

in borderline personality disorder with and without comorbid PTSD: a one-year follow-up study. *Journal of Clinical Psychology*.

72. Wingenfeld, K., Lewitzky, M., Mensebach, C., Beblo, T. & Driessen, M. (in press). Habituierten oder sensitivieren Patienten mit Alkoholabhängigkeit an suchtassoziierte Stimuli? *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 18.

8.2 Bücher und Buchbeiträge

73. Beblo, T. (2003). Neuropsychologie affektiver Störungen. In: S. Lautenbacher & S. Gauggel (Hrsg.), *Die Neuropsychologie psychischer Störungen* (pp. 177-198). Berlin: Springer.
74. Beblo, T., Silva-Saavedra, A. & Driessen M. (2003). Psychophysiologische und neuropsychologische Befunde bei traumatisierten PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung und mit posttraumatischer Belastungsstörung. In I. Börner (Hrsg.), *Trauma und psychische Erkrankungen – Borderline Persönlichkeitsstörungen*. Senden: Verlag für Medizin und Wissenschaft, 113-140.
75. Beblo, T. & Woermann, F. (2004). Traumatisierung und zentrale Bildgebung. In U.T. Egle, S.O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer, 75 - 84.
76. Beblo, T., Silva-Saavedra, A., Mensebach, C. & Driessen, M. (2005). Psychophysiological and neuropsychological deviations in trauma-related disorders: Borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. In T.A. Corales (Ed.), *Focus on Posttraumatic Stress Disorder Research*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers, 51-70.
77. Beblo, T. & Lautenbacher, S. (2006). *Neuropsychologie der Depression*. Göttingen: Hogrefe.
78. Beblo, T. (2007). ASK Analyse des Schlussfolgernden und Kreativen Denkens. In: D. Schellig, R., Drechsler, D., Heinemann, Sturm, W. (Hrsg.). *Handbuch für neuropsychologische Testverfahren*. Göttingen: Hogrefe.
79. Beblo, T. (in press). Neuropsychologie affektiver Störungen. In: S. Lautenbacher & S. Gauggel (Hrsg.), *Die Neuropsychologie psychischer Störungen*. Berlin: Springer.
80. Beblo T. & Lautenbacher, S. (in press). Neuropsychologie affektiv-emotionaler Störungen: Depression und Angststörungen. In: Sturm, W., Herrmann, M., Münte, T. (Hrsg.). *Lehrbuch der klinischen Neuropsychologie*. Spektrum Akademischer Verlag.
81. Beblo, T. & Mensebach, C. (in press). Neuropsychologie der Borderline Persönlichkeitsstörung. In: S. Lautenbacher & S. Gauggel (Hrsg.), *Die Neuropsychologie psychischer Störungen*. Berlin: Springer.
82. Brüne, M., Ribbert, H., Schiefenhövel, W. (2003). *The social brain. Evolution and Pathology*. London: Wiley.
83. Fährdrich, E., Ketelsen, R. (2004). Die medikamentöse Behandlung des psychiatrischen Notfalls. In: Ketelsen, R., Schulz, M., Zechert, C. (Hrsg.): *Seelische Krise und Aggressivität*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 80-88.

84. Foerster, M., Klemm, M., Koch-Stoecker, S., Driessen, M., Thomas, C. (in press): Bedarf und Wirkung vernetzter mobiler gerontopsychiatrischer Ambulanzarbeit. In:(Hrsg.). Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter – Ressourcen, Kompetenzen, Behandlungsstrategien. Stuttgart: Kohlhammer.
85. Follmann, A., Kremer, G. (2003). Fachkunde "Suchtmedizinische Grundversorgung": Ziel - Inhalt - Umsetzung. In: Rumpf, H.-J., Hüllinghorst, R. (Hrsg.) Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen. Freiburg i. Br.: Lambertus, 200-215.
86. Görgen, W., Kremer, G., Marzinzik, K., Meyer, R., Sarrazin, D., Schmid, O., Wehner, E., Winkler, K.-R., Wirth, N. (2003). Handbuch zum Modellprojekt FreD - Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht.
87. Heim, C., Wingenfeld, K., Ehlert, U. (2005). Zur Erfassung sexuellen Missbrauchs und daraus resultierenden psychischen Auffälligkeiten. In: Amann, G. & Wipplinger, R. (Hrsg.), Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. DGVT Verlag, Tübingen, 393-416.
88. Josephs, I.E., Ribbert H. (2003). Where is the "other in the self? Multiplicity, unity and transformation of the self from a developmental standpoint. In: M. Brüne, H. Ribbert, W. Schiefenhövel (Eds.): The social brain. Evolution and Pathology. London: Wiley, 153-167.
89. Ketelsen, R., Pieters, V. (2004). Prävention durch Nachbetreuung - Maßnahmen zur tertiären Prävention. In: Ketelsen R., Schulz M., Zechert C. (Hg.): Seelische Krise und Aggressivität. Bonn, Psychiatrie-Verlag, 67-78.
90. Ketelsen, R., Schulz, M., Zechert, C. (2004). Seelische Krise und Aggressivität - Der Umgang mit Deeskalation und Zwang. Bonn: Psychiatrieverlag.
91. Ketelsen, R., Zechert, C., Driessen, M. (2005). Prävalenz und Charakteristika von psychiatrisch-stationären Patienten mit auto- und fremdaggressivem Verhalten. In: Palmstierna T., Nijman H., Oud N. (Hg.): Violence in Clinical Psychiatry. Proceedings of the 4th Congress on Violence in Clinical Psychiatry. Amsterdam, The Netherlands, Oud Consultancy, 47-53.
92. Koch-Stoecker, S., Specht, U., Korn-Merker, E. (2003). Psychische Störungen und ihre Diagnostik. In: Wolf, P. u. a. (Hrsg.). Praxisbuch Epilepsien: Diagnostik - Behandlung - Rehabilitation. Stuttgart: Kohlhammer, 14, 137-154.
93. Koch-Stoecker, S. (2005). Psychiatrie und Jugendhilfe – Eine (un)mögliche Zusammenarbeit. In: Wagenblass, S. (Hrsg.). RisikoKindheit: Meine Eltern sind anders. Köln: Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutzzentren, 151-164.
94. Koch-Stoecker, S. (2005). Epilepsiechirurgie: Prä- und postoperative psychopathologische Auffälligkeiten. In: Oertel, W.H. (Hrsg.). Neurologie 2005, Stuttgart: Thieme, 197-199.
95. Koch-Stoecker, S. (2006). Zur Wirkung mütterlicher schizophrener Psychosen auf die Entwicklungspotenziale ihrer Kinder. In: Institut für Soziale Arbeit e.V. (Hrsg.). Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. 2. Auflage. Weinheim: Juventa, S. 48-64.

96. Koch-Stoecker, S. (2007). Persönlichkeitsstörungen bei Epilepsie – biologische Aspekte. In: Schlüter, G., Coban, I. (Hrsg.). Sozialarbeit bei Epilepsie. Berlin: Schwarz, 119-129.
97. Krause, P., Schulz, M., Bauer, R. (2004). Interventionen Psychiatrischer Pflege. Unterostendorf: Ibicura Verlag.
98. Kremer, G. (2003). Früherkennung und Kurzintervention – ein neues Heilmittel? In: LWL (Hrsg.) Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten. Forum Sucht, Band 33.
99. Kremer, G., Baune, B., Driessen, M., Wienberg, G. (2004). Alcohol-Related Interventions in General Hospitals in Germany: Public Health and Consultation-Liaison Psychiatry Perspectives. In: Diefenbacher, A. (Ed.): Consultation-Liaison Psychiatry in Germany, Austria and Switzerland. Advances in Psychosomatic Medicine. Basel: Karger, 118-127.
100. Lanver, C. (2006). Klinische Anwendungsbeispiele: Psychiatrische Psychotherapiestation. In: Hinsch, R., Pfingsten, U.: Gruppentraining sozialer Kompetenzen, 5. vollständig überarbeitete Auflage, 250-255.
101. Lenz, M. (2003). Harmonie entsteht nicht von selbst. Ein musiktherapeutisches Behandlungskonzept in der psychiatrischen Klinik. In: therapie kreativ, Zeitschrift für kreative Sozio- und Psychotherapie H. 35. Neukirchen-Vluyn, S. 3-20.
102. Mönkedieck, U., Schulz, M. (2006). Auswirkungen der Bielefelder Behandlungsvereinbarung auf die Behandlungsqualität aus der Sicht der Betroffenen und der Psychiatrischen Pflege. In: Needham I.; Stephan, H.; Schulz, M.; Schoppmann, S.: Wissen schafft Praxis - Praxis schafft Wissen. Unterostendorf: Ibicura Verlag, 28-33.
103. Needham, I., Stephan, H., Schulz, M., Schoppmann, S. (2006). Wissen schafft Praxis - Praxis schafft Wissen. Unterostendorf: Ibicura Verlag.
104. Noelle, R., Schulz, M. (2006). Pflegebedarfserhebung in der stationären Gerontopsychiatrie - Ergebnisse aus einer nichtexperimentellen prospektiven Vollerhebung. In: Needham I., Stephan, H., Schulz, M., Schoppmann, S.: Wissen schafft Praxis - Praxis schafft Wissen. Unterostendorf: Ibicura Verlag, 227-230.
105. Noelle, R., Thomas, C., Schulz, M., (in press) Wie viel Pflege benötigen Patienten in der stationären Gerontopsychiatrie? – Gesamterhebung einer gerontopsychiatrischen Versorgungsabteilung. In:(Hrsg.) "Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter – Ressourcen, Kompetenzen, Behandlungsstrategien. Stuttgart: Kohlhammer.
106. Ribbert, H., Josephs, I. E., Hungerige, H. (2006). Überfälle auf Sparkassen. Lehrkonzept Betreuer/ Betreuerin von Überfall-Betroffenen (BÜB). Münster, Gemeindeunfallversicherungsverband (GUVV) Westfalen-Lippe.
107. Rumpf, H.-J., Kremer, G. (2003). Früherkennung, Kurzintervention, Beratung und Motivation bei alkoholbezogenen Störungen: der Stellenwert von Arztpraxis und Beratungsstelle. In: Rumpf, H.-J., Hüllinghorst, R. (Hrsg.) Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen. Freiburg i. Br.: Lambertus, 92-107
108. Rumpf, H.-J., Kremer, G., Hapke, U., John, U., Bischof, G., Meyer, C., Grothues, J., Reinhardt, S. (2003). Kurzintervention bei alkoholbezogenen Störungen

in der Arztpraxis: ein Leitfaden der DHS. In: Rumpf, H.-J., Hüllinghorst, R. (Hrsg.) Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen. Freiburg i. Br.: Lambertus, 108-128.

109. Schmidt, L. G., Gastpar, M., Falkai, P., Gaebel, W. (Hrsg., 2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Deutscher Ärzteverlag, Köln. ... Expertengruppe unter Mitarbeit von Kremer, G. et al.
110. Schröder, S. G., Ribbert, H., Bodenstein, L., Brüne-Cohrs, U. (2003). Psychotherapie von pflegenden Angehörigen Demenzkranker. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.): Gemeinsam handeln. Berlin, Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 225-229.
111. Schulz, M. (2004). Rekonzeptionalisierung Psychiatrischer Pflege. In: Krause, P., Schulz, M., Bauer, R. (Hrsg.). Interventionen Psychiatrischer Pflege. Unterostendorf: Ibicura Verlag, 10-17.
112. Schulz, M., Zechert, C. (2004). Die fremdaggressive Notfallsituation - Maßnahmen zur sekundären Prävention. In: Ketelsen, R., Schulz, M., Zechert, C. (Hrsg.): Seelische Krise und Aggressivität - Der Umgang mit Deeskalation und Zwang. Bonn: Psychiatrieverlag, 54-66.
113. Schulz, M., Zechert, C. (2004). Weniger Zwang durch mehr Fachlichkeit? Vorschläge zur Zukunft eines unbeliebten Themas. In: Ketelsen, R., Schulz, M., Zechert, C. (Hrsg.): Seelische Krise und Aggressivität - Der Umgang mit Deeskalation und Zwang. Bonn: Psychiatrieverlag, 148-154.
114. Schulz, M. (2005). Adherencetherapie als eine Intervention für psychiatrisch Pflegenden. In: Abderhalden, C., Needham, I. (Hrsg.): Psychiatrische Pflege - verschiedene Settings, Partner, Populationen. Unterostendorf: Ibicura Verlag, 108-115.
115. Schulz, M. (2005). Evidence-based-Nursing - Grundlagen und Anwendungsbeispiele. In: Bechtel, P. (Hrsg.): Klinikmanager - Praktisches Wissen. CD-ROM, Verlag R.S. Schulz GmbH, Starnberg, 2. Update, 86-112.
116. Schulz, M., Pleininger-Hoffmann, M., Zechert, C. (2005). Die Behandlungsvereinbarung - was wünschen sich Patienten im Falle einer Wiederaufnahme? In: Abderhalden, C., Needham, I. (Hrsg.): Psychiatrische Pflege - verschiedene Settings, Partner, Populationen. Unterostendorf: Ibicura Verlag, 168-183.
117. Schulz, M., Behrens, J. (2006). Handlungsfelder psychiatrischer Pflege im Spannungsfeld zwischen Heilkunst, wissenschaftlicher Erkenntnis und Bedarfsentwicklung. In: Needham, I., Stephan, H., Schulz, M., Schoppmann, S.: Wissen schafft Praxis - Praxis schafft Wissen. Unterostendorf: Ibicura Verlag, 51-57.
118. Schulz, M., Renard, C. (2006). Analyse des Gruppenangebotes einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik unter Berücksichtigung des Beitrags der Pflege. In: Needham, I., Stephan, H., Schulz, M., Schoppmann, S.: Wissen schafft Praxis - Praxis schafft Wissen. Unterostendorf: Ibicura Verlag, 333-337.
119. Stauder, A., Lauffhütte, K., Schulz, M., Ketelsen, R. (2006). Das interdisziplinär besetzte Beraterteam als Interventionsmöglichkeit zur Verringerung von Aggression und Gewalt in einer psychiatrischen Klinik unter Berücksichtigung pflegespezifischer Aspekte. In: Needham, I., Schoppmann, S., Schulz, M., Stefan, H. (Hg.): Wissen schafft Pflege – Pflege schafft Wissen: Psychiatrische Pflege als Praxis und Wissenschaft. Unterostendorf, IBICURA, 47-45.

120. Thomas, C., Wittmiß, S., Toepper, M., Driessen, M., (in press): Religiöse Motivation und Depression im Alter – Erste Ergebnisse einer klinisch prospektiven Studie. In: Thomas, G., Karle, I. (Hrsg.). Krankheit als Thema der Theologie. Stuttgart: Kohlhammer.
121. Thomas, C., Hestermann, U., Oster, P. Mundt, C. Weisbrod M. (in press): Delir bei Demenz – Diagnostische Möglichkeiten und Fallstricke. In: Adler, G. (Hrsg.) "Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter – Ressourcen, Kompetenzen, Behandlungsstrategien. Stuttgart: Kohlhammer.
122. Wingenfeld, K. & Hellhammer, D.H. (2005). Biologische Faktoren. In M. Perez & U. Baumann (Hrsg.). Lehrbuch Klinische Psychologie und Psychotherapie. Bern: Verlag Hans Huber, 214-239.
123. Wingenfeld, K. & Driessen, M. (2007). The Dexamethasone Suppression Test in Borderline Personality Disorder: The impact of comorbid depressive and PTSD symptoms. In: Martina T. Czerbska (Ed.) Psychoneuroendocrinology Research Trends. New York: Nova Science Publishers.
124. Wittmiß, S., Toepper, M., Beblo, T., Thomas, G., Driessen, M., Thomas, C. (in press): Religiöse Deutungspraxis und Depression. In: Adler, G. (Hrsg.). Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter – Ressourcen, Kompetenzen, Behandlungsstrategien. Stuttgart: Kohlhammer.

8.3 Eingeladene Vorträge, Kongressbeiträge und Poster

Über 250.