



GUTE PERSPEKTIVEN FÜR DIE MENSCHLICHE SEELE.

*Die psychiatrisch-psychotherapeutischen
Kliniken der Asklepios Klinik Nord*

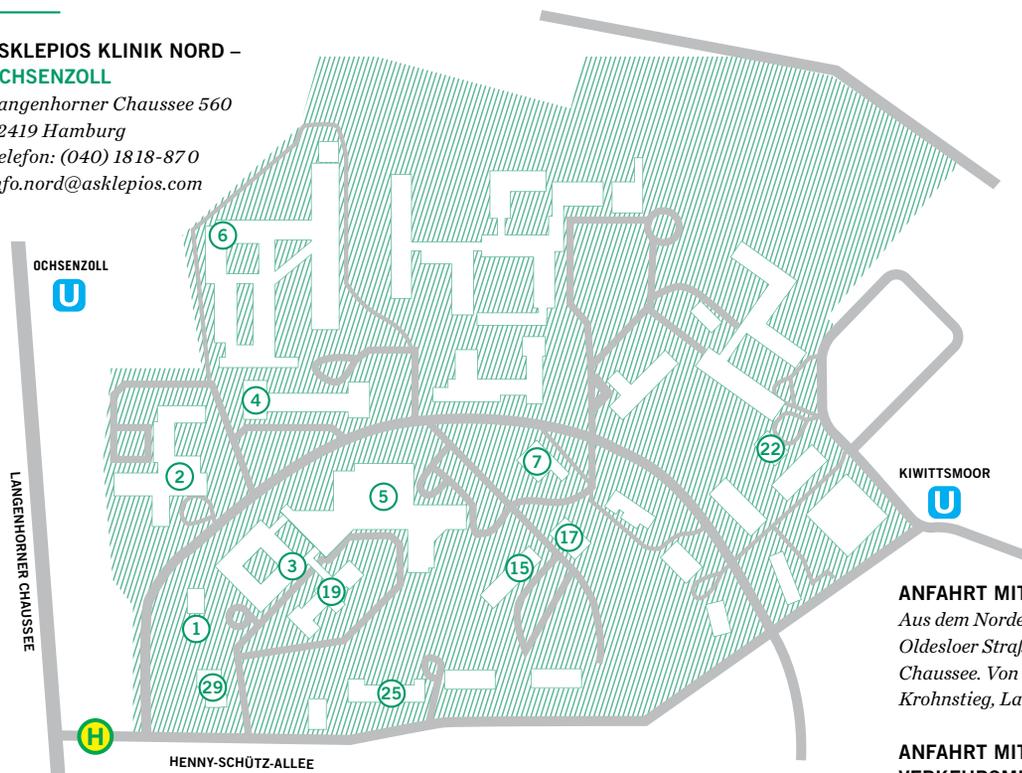


Klinik Nord, Hamburg
Heidberg • Ochsenzoll • Psychiatrie Wandsbek

ALLES UNTER EINEM DACH.

ASKLEPIOS KLINIK NORD – OCHSENZOLL

Langenhorner Chaussee 560
22419 Hamburg
Telefon: (040) 1818-870
info.nord@asklepios.com



EINWEISER-HOTLINES FÜR ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN:

- 5** **KLINIK FÜR AFFEKTIVE ERKRANKUNGEN**
Chefarzt Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers: (0171) 976 84 56
- 2 + 5** **KLINIK FÜR PERSÖNLICHKEITS- UND TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN**
Chefarzt Dr. Birger Dulz: (0151) 820 73 92
- 5** **KLINIK FÜR AKUTPSYCHIATRIE UND PSYCHOSEN**
Chefarzt Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers: (0160) 96 32 15 46
- 3** **KLINIK FÜR ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN**
Chefarzt Dr. Klaus Behrendt: (0151) 58 20 73 93
- 2 + 6** **KLINIK FÜR GERONTOPSYCHIATRIE**
Chefarzt PD Dr. M. Axel Wollmer: (0171) 976 84 70
- 5** **PSYCHIATRISCHE ZENTRALE NOTAUFNAHME**
Ltd. Oberarzt Christian Schmidtman: (040) 18 18-87 21 43
- 5** **PSYCHIATRISCH-PSYCHOTHERAPEUTISCHES AMBULANZZENTRUM**
Chefarzt Sarang Thakkar: (040) 18 18-87 21 60

ANFAHRT MIT DEM AUTO

Aus dem Norden über BAB A7, Abfahrt Schnelsen-Nord, Oldesloer Straße, In de Tarpen, Tarpen, Langenhorner Chaussee. Von Süden über Alsterkrugchaussee/Krohnstieg, Langenhorner Chaussee

ANFAHRT MIT ÖFFENTLICHEN VERKEHRSMITTELN

U1 bis Kiwittsmoor und zu Fuß weiter, oder bis Ochsenzoll, dann umsteigen in Bus 292 in Richtung Langenhorner Markt bis Haltestelle Klinikum Nord (Ochsenzoll)

**ASKLEPIOS KLINIK NORD –
PSYCHIATRIE WANDSBEK**
Jüthornstraße 71, 22043 Hamburg

EINWEISERNUMMER

Leitender Oberarzt Frank Oelkers
(040) 18 18-83 70 29

ANFAHRT:

Mit dem Auto: Aus Westen über Wandsbeker Chaussee/Marktstraße, Schlossstraße, Wandsbeker Bahnhofstraße, Bahngärten, Bovestraße. Aus dem Osten über Ahrensburger Straße, Holstenhofweg, Rodigallee.

Mit öffentlichen Verkehrsmitteln: U1 bis Wandsbek Markt/R10 bis Wandsbek, dann umsteigen in Bus 263 bis Haltestelle Bovestraße.

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

die Psychiatrie differenziert sich immer stärker. Lange Zeit bestand die Auffassung, allein kleinere allgemeinpsychiatrische Abteilungen in somatischen Krankenhäusern seien der Königsweg, um psychisch erkrankte Menschen erfolgreich zu behandeln. Inzwischen wissen wir aber, dass auch die größeren Kliniken ihre Vorteile haben. Die Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll versteht sich durchaus als psychiatrisch-psychotherapeutisches Großklinikum. Mit über 1000 stationären und teilstationären Behandlungsplätzen sowie einem ausgedehnten ambulanten Angebot ist die Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll inklusive der Psychiatrie Wandsbek eine der größten psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken Deutschlands. Nach einer Phase der Neuordnung und Umstrukturierung in den Jahren

2006 bis 2008 gelingt es in mehreren psychiatrisch-psychotherapeutischen Spezialkliniken, eine große Bandbreite psychischer Krankheitsbilder zu behandeln. Alle Angebote und Therapien basieren auf modernsten psychopharmakologischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Konzepten. In jeder Klinik steht dem für die Ausrichtung und die fachlichen Schwerpunkte verantwortlichen Chefarzt ein Team von Könnern zur Verfügung – um es salopp zu sagen. Das Credo aller Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Ergo- und Musiktherapeuten heißt Interdisziplinarität. Bei uns kann jeder von jedem lernen – zum Wohl der Patienten. Welche Herausforderungen wir meistern und mit welchem Selbstverständnis wir vorgehen, erfahren Sie in dieser Broschüre. Viel Freude beim Lesen!*



PROF. DR. CLAAS-HINRICH LAMMERS
Ärztlicher Direktor Psychiatrie



JOACHIM GEMMEL
Geschäftsführender Direktor



BEATE SMARSLY
Pflegedirektorin

* Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit haben wir bei Personenbezeichnungen die männliche Form gewählt, gemeint sind jedoch stets beide Geschlechter

CHEFARZT-STATEMENTS.

Ihre Arbeit richtet sich an modernsten klinischen Standards aus, sie engagieren sich in Forschung und Lehre, ihre Expertise ist im In- und Ausland gefragt: Hier bringen die Chefärzte der Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll und Psychiatrie Wandsbek ihre Mission auf den Punkt

»Eine Großklinik, früher ein Nachteil, hat sich zum Vorteil entwickelt«



PROF. DR. CLAAS-HINRICH LAMMERS
Ärztlicher Direktor Psychiatrie, Chefarzt der Klinik für Affektive Erkrankungen sowie der Klinik für Akutpsychiatrie und Psychosen

»Bei uns gibts gebündeltes Behandlungswissen«



DR. KLAUS BEHRENDT
Chefarzt der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen

»Unser Job ist, aus gefährlichen Menschen ungefährliche zu machen«



DR. GUNTRAM KNECHT
Chefarzt der Klinik für forensische Psychiatrie

»Die Beziehung
zum Menschen
steht bei uns
im Vordergrund«



PD DR. MATTHIAS NAGEL
Chefarzt der Psychiatrie Wandsbek

»Wir wollen
unsere Therapie-
angebote näher
zu den Menschen
bringen«



SARANG THAKKAR
Chefarzt des Psychiatrisch-
Psychotherapeutischen Ambulanzentrums

»Nicht Glaubens-
fragen zählen,
sondern Ergebnisse«



DR. BIRGER DULZ
Chefarzt der Klinik für
Persönlichkeits- und Trauma-
folgestörungen

»Für uns gibt
es keine
hoffnungslosen
Fälle«



PD DR. AXEL WOLLMER
Chefarzt der Klinik
für Gerontopsychiatrie



S.28



S.44



S.60



S.34

Voltaire

KENNENLERNEN.

- 10 — MEINE LIEBEN PATIENTEN
Die Behandlung von Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen
- 18 — DIE STATION DER ENTWURZELTEN
Ein Tag und eine Nacht in der Psychiatrischen Zentralen Notaufnahme
- 22 — DAS LEIDEN IN HÖHEN UND TIEFEN
Abhängigkeitserkrankungen
- 26 — HELDEN DES ALLTAGS
Soziale Hilfsangebote
- 28 — KUNST ÖFFNET DIE TÜR ZUR SEELE EINES MENSCHEN
Kunst in der Klinik

WISSEN.

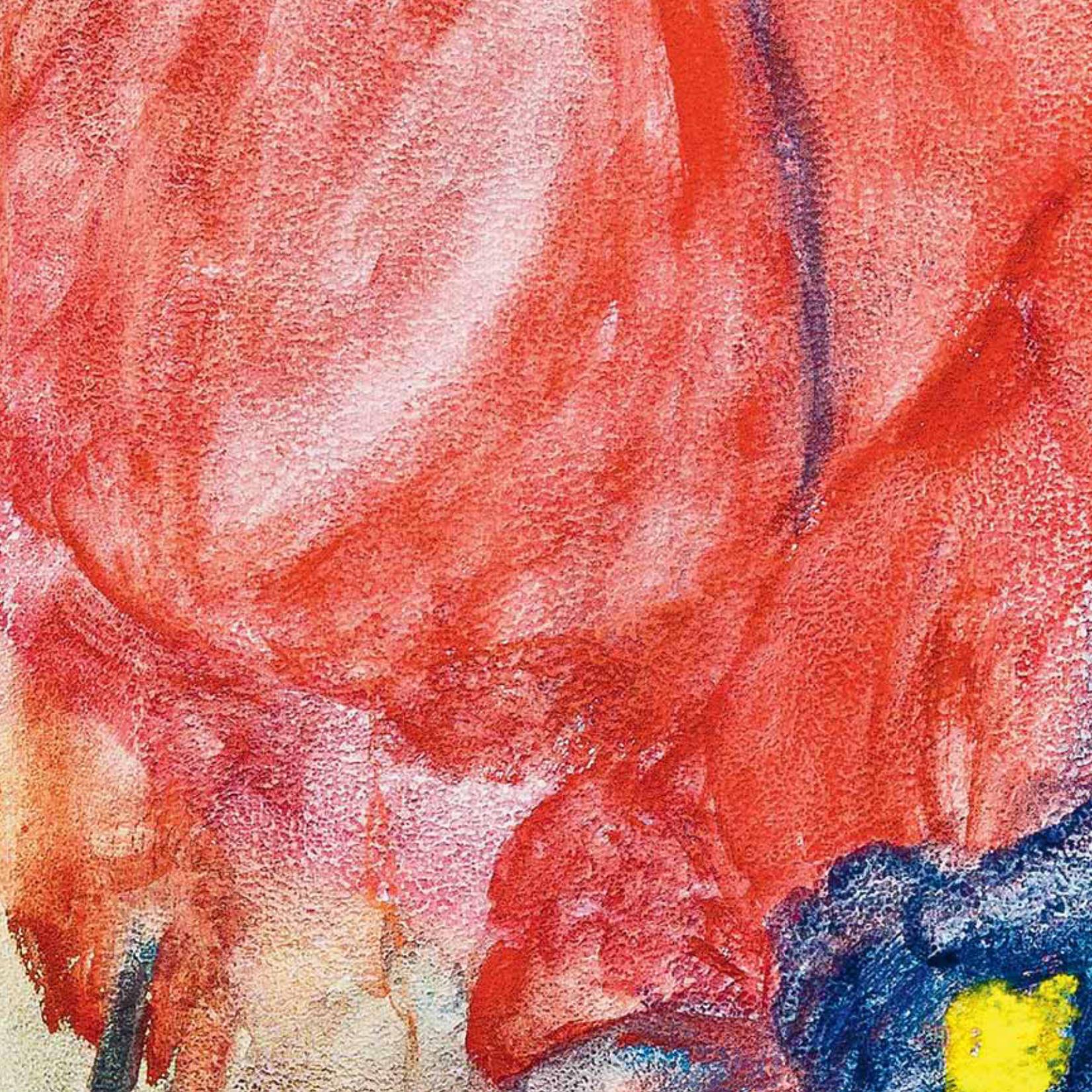
- 32 — DEN FACHARZT MACHT MAN IN OCHSENZOLL
Fort- und Weiterbildung
- 34 — VON DER EHEBERATUNG BIS ZUR ELEKTROHEILKRAMPFTHERAPIE
Klinik für Affektive Erkrankungen
- 38 — WIE MAN LERNT, IN BEZIEHUNGEN ZU LEBEN
Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen
- 40 — WISSEN HOCH ZWEI
Klinik für Akutpsychiatrie und Psychosen
- 42 — WO SCHWERE FÄLLE HILFE FINDEN
Klinik für Abhängigkeitserkrankungen
- 44 — AKTUELLE KONZEPTE IN DER ALTERSMEDIZIN
Klinik für Gerontopsychiatrie
- 48 — PSYCHIATRIE DER PRÄVENTION
Klinik für forensische Psychiatrie
- 50 — IN WANDSBEK FÜR WANDSBEK
Die Psychiatrie Wandsbek
- 52 — OHNE HEIMAT SEIN HEISST LEIDEN
Aufsuchende Behandlung Obdachloser

HANDELN.

- 56 — KEINE CHEMISCHE KEULE UND KEIN WUNDERMITTEL
Psychopharmakotherapie
- 57 — MENSCHLICHES MITEINANDER IM KLINIKALLTAG
Ethik-Komitee und Krankenhausesseelsorge
- 58 — HILFE, MEIN PATIENT IST SUIZIDAL – WAS TUN?
Was Sie über Zwangseinweisungen wissen sollten
- 60 — MULTIZENTRISCH UND MULTIPROFESSIONELL
Psychiatrisch-Psychotherapeutisches Ambulanzzentrum (PAZ)
- 64 — UNSERE ANGBOTE IN GANZ HAMBURG
Tageskliniken im Überblick
- 66 — OCHSENZOLL GESTERN UND HEUTE
Wegmarken der Hamburger Psychiatrie

IMPRESSUM:

HERAUSGEBER Asklepios Klinik Nord, Langenhorner Chaussee 560, 22419 Hamburg, Telefon: (040) 18 18-87-0, info.nord@asklepios.com, www.asklepios.com/nord
VERANTWORTLICH Joachim Gemmel, Geschäftsführender Direktor (V. i. S. d. P.)
VERLAG UND ANSCHRIFT DER REDAKTION HOFFMANN UND CAMPE VERLAG GmbH, ein Unternehmen der GANSKE Verlagsgruppe, Harvestehuder Weg 42, 20149 Hamburg, Telefon +49 40 44188-275. Amtsgericht Hamburg, HRB 81208. Sitz: Hamburg
GESCHÄFTSFÜHRUNG Christian Breid, Christian Schlottau **OBJEKLEITUNG** Eva Maria Böbel **CHEFREDAKTION** Kirstin Ruge **ART-DIRECTION** Jessica Winter **LAYOUT** Silke Weißbach **CHEF VOM DIENST** Tobias Hamann **BILDREDAKTION** Suse Multhaupt **FOTOS** Sebastian Vollmert, außer: Seiten 23/24: stocksy, Seiten 28/29, 50, 65: Dennis Williamson, Seite 43: Dan Hannen, Seite 52: Katja Hoffmann/laij, Seite 64: Asklepios, Seite 66/67: Krankengeschichten Archiv Ochsenzoll **ILLUSTRATIONEN** Seiten 4/5: Ulrich Knörzer **TITEL** Lilo Abels „Felsenlandschaft mit Sonne“ **KUNST** Seiten 8/9: Bernd Göhring, Seiten 30/31: Ingrid Fuhr „Lilien“, Seiten 54/55: Nicole Gedrat „Grüne Welle“
REDAKTIONELLE MITARBEIT Sarena Brose, Johanna Badorrek **SCHLUSSREDAKTION** Wilm Steinhäuser **HERSTELLUNG** Stefanie Albrecht **LITHO EINSATZ** Creative Production GmbH & Co. KG, Hamburg **DRUCK** Semler Grafik oHG, Berlin





KENNENLERNEN.

10—17

MEINE LIEBEN PATIENTEN

Die Behandlung von Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen

18—21

DIE STATION DER ENTWURZELTEN

*Ein Tag und eine Nacht in der Psychiatrischen
Zentralen Notaufnahme*

22—25

DAS LEIDEN IN HÖHEN UND TIEFEN

Abhängigkeitserkrankungen

26—27

HELDEN DES ALLTAGS

Soziale Hilfsangebote

28—29

KUNST ÖFFNET DIE TÜR ZUR SEELE EINES MENSCHEN

Kunst in der Klinik



MEINE LIEBEN PATIENTEN.

Dr. Birger Dulz mag Borderliner. Das ist kein Wunder. Seit 25 Jahren arbeiten er und seine Kollegen wissenschaftlich daran, die Persönlichkeitsstörung in all ihren Facetten zu verstehen und spezifische Therapien für sie zu entwickeln

Menschen, die mit ihrer Aufsässigkeit immer irgendwie anecken, die zu cool für eine Liebesbeziehung sind und dazu neigen, sich selbst oder andere zu verletzen – die psychiatrische Beschäftigung mit diesen Menschen hat erst in den 1990er Jahren richtig begonnen. In den Tagen der Allgemeinpsychiatrie hatte man Borderliner regelhaft mit Psychotikern und vorwiegend Manisch-Depressiven zusammengewürfelt – mit katastrophalen Folgen für alle. Das mag dazu beigetragen haben, dass sich um den Begriff Borderline immer noch eine Aura von »schwierig«, »aussichtslos« oder »nicht therapierbar« legt. Seit man jedoch begonnen hat, eigene Borderline-Stationen zu gründen, hat sich das geändert. Heute weiß man: Je besser man die Persönlichkeitsstörung und verknüpfte Leiden wie Sucht, Depression oder Essstörungen versteht, desto besser kann man sie therapieren.

*Sie sind witzig,
mutig, streitbar,
großherzig.
Und wütend, maßlos,
feige, süchtig.*

ZAHLEN, DATEN, FAKTEN

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine häufig auftretende psychiatrische Störung. In Deutschland sollen es laut dem statistischen Leitfaden DSM-IV der American Psychiatric Association etwa zwei Prozent der Bevölkerung sein, eine Studie beziffert die Verbreitung auf fünf Prozent. Das Verhältnis Männer zu Frauen

liegt bei 3:5. Die Zahl der Selbstmorde beträgt bei den Betroffenen sieben bis neun Prozent, die der Selbstmordversuche sogar 60 Prozent. Bei etwa 30 Prozent aller männlichen Strafgefangenen wird eine Borderline-Störung festgestellt. Noch immer nehmen – hier, wie auch im Allgemeinen – mehr Frauen als Männer Therapieangebote wahr. Man hat inzwischen erkannt, dass etwa 80 Prozent aller Borderline-Patienten durch den lieblosen Umgang ihrer Bezugspersonen in Kindheit und Jugend traumatisiert wurden. Sie haben diese Beziehungen in Form von Herabsetzungen, Misshandlungen, Missbrauch oder Vernachlässigung erlebt. In der Mehrheit der Fälle gibt es demnach eine erhebliche Schnittmenge zwischen einer Borderline- und einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung.

WIE WIRD EINE BORDERLINE-STÖRUNG DIAGNOSTIZIERT?

Nach dem Leitfaden DSM-IV müssen fünf von neun Kriterien erfüllt sein, um die Diagnose zu untermauern. Diagnostikinstrumente wie der SKID-II-Fragebogen werden zum Einstiegs-Screening genutzt. Nach der Auswertung entscheidet das Erstgespräch über die nächsten Schritte. Anhand ihrer Gefühle, die sich bei dem Gespräch einstellen – im Fachjargon Gegenübertragung genannt –, sind die Thera- ▶

peuten darauf trainiert, auch als menschliche Diagnose-Instrumente zu wirken. Bei Unsicherheiten werden Chefarzt und Team konsultiert. Es ist wichtig, so präzise wie möglich zu wissen, in welche Richtung sich die Störung ausgeprägt hat. Später, auf den unterschiedlichen Stationen der Klinik, aber auch in der sich anschließenden teilstationären oder ambulanten Behandlung entscheidet das Beziehungsverhalten der Patienten über die Feinjustierung. Nach der Therapie sind bei einem Drittel der Patienten nach zwei Jahren keine Borderline-Kriterien mehr erfüllt, bei einem weiteren Drittel nach sechs Jahren. Bei 85 Prozent der Patienten lässt sich nach zehn Jahren Therapie keine Borderline-Diagnose nach DSM-IV-Kriterien mehr stellen.

KEINE ANGST VOR GEFÜHLEN

Dr. Birger Dulz, Chefarzt der Klinik mit ihren fünf verschiedenen Stationen plus einer Tagesklinik und einer Ambulanz, scheut sich nicht, seinen Patienten eine Liebeserklärung zu machen. Sie seien mutig, kreativ, witzig, selbstironisch, hilfsbereit, intelligent und großzügig, sagt er. Aber auch das Gegenteil. Nämlich feige, aggressiv, unflexibel, borniert, kleingeistig und selbstbezogen. »Borderline-Patienten empfinden dieselben Affekte und leben dieselben Beziehungsmuster wie wir, wenn wir in einer extremen Krise sind, nur noch extremer und heftiger. Sie sind dann noch wütender, trauriger, hilfloser, bedrohlicher, bedrohter, suizidaler, süchtiger, leerer und maßloser.« Plus: Sie befinden sich chronisch in dieser Krise. Eingedenk dieses Zustandes wundert es nicht, dass eine Station wie die O52A, zweiter Stock, Haus 5, komfortabel und kuschelig wirkt. Mit gemütlichem TV- und Spielraum, Kreativwerkstatt, Aromatherapie und patienteneigenem Kühlschrank ist sie ein geschützter Raum, in dem viele Patienten zum

ersten Mal in ihrem Leben erkennen, dass es auch wohlwollende Beziehungen gibt. Und dass man die sogar aushalten kann.

GLÜCK ÜBEN – SCHRITT FÜR SCHRITT

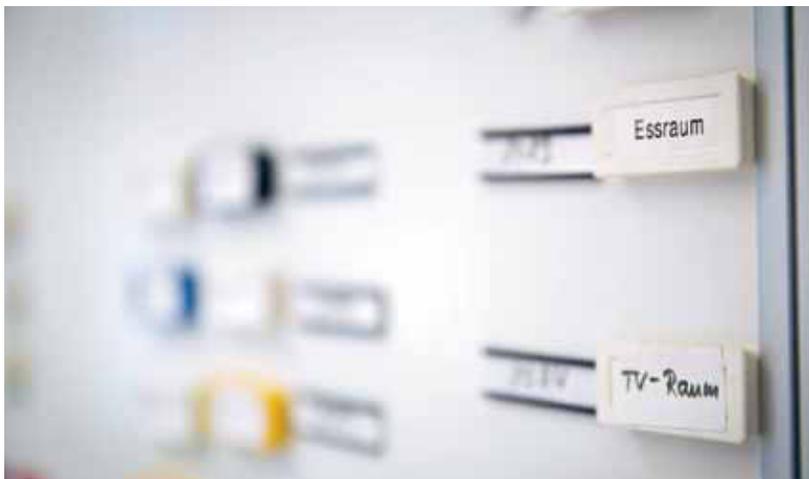
Ein Rundgang über die Station zeigt, dass Borderliner auf ihrem Weg zur Gesundheit gern selbstreflexiven Humor pflegen. Sprüche wie »Oh... ein Fettnäpfchen... warte, ich nehme Anlauf« oder »Dass wir nicht noch kränker und sehr viel verrückter als ohnehin schon sind, verdanken wir ausschließlich der größten Segnung der Natur – dem Schlaf« schmücken die Türen. Freitags um 12 Uhr gibt es die Patientenvollversammlung. Hier wird Organisatorisches besprochen. Etwa, dass die Liste mit den »Therapeutischen Expositions-Versuchen« oder den »Nächtlichen Therapeutischen Expositions-Versuchen« – kurz TEVs und NTEVs – noch vervollständigt werden müsste. Außerdem sind für Wohngemeinschaften typische Probleme wie verfärbte T-Shirts oder verschwundene Soja-Schnitzel zu klären. Das Wichtigste folgt im Anschluss: Alle sagen der Reihe nach, was sie fürs Wochenende planen. Für die Patienten, fast ausschließlich zwischen 18 und 30 Jahre alt, ist das eine heikle Angelegenheit. Am Wochenende könnte vielleicht bei einem TEV oder NTEV – also während des Ausgangs für einen Tag oder sogar über Nacht – etwas schiefgehen. Mit Partner oder Freunden zum Beispiel. Oder Familienangehörigen. Was dann? Zum Glück gibt es die Therapeuten. Sie hören sich die Wochenendpläne sehr genau an, nicken entweder zustimmend oder haken im Zweifelsfall nach. Sie lässt es emotional nicht kalt, was ihre Schützlinge so treiben. Sie wollen, dass es ihnen gutgeht. Kein Trick, kein doppelter Boden? Als Borderliner kann man in Ochsenzoll Schritt für Schritt lernen, dass das Leben auch mal einfach und schön sein kann. ▲

Auf der Station O52A haben die Therapeuten ein Wohlfühlklima geschaffen – für viele ihrer Patienten der erste geschützte Raum ihres Lebens.

KONTAKT

*Chefarzt
Dr. Birger Dulz,
Tel: (040)
18 18-87 24 28
b.dulz@asklepios.com*





1 **DR. CHARLOTTE RAMB***Alter: 49**Beruf: stellvertretende Chefärztin und leitende Oberärztin in der Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen*

»Aggressives und destruktives Verhalten ist erlaubt – damit wir gemeinsam herausfinden, wo der Hase im Pfeffer liegt«

Sie ist Neurologin, Fachärztin für Psychiatrie sowie Psychotherapie und hat keinerlei Interesse daran, dass sich die Patienten auf den von ihr betreuten Stationen anpassen. Egal, ob auf der O25, der Station, die für Krisenintervention und Diagnostik zuständig ist, oder

der O52A für längere Aufenthalte: Charlotte Ramb wirbt auch bei Assistenzärzten dafür, dass sich manipulative Strategien zeigen und Gefühlsstürme austoben können. »Alle Emotionen dürfen sich in der therapeutischen Beziehung zeigen, um sie gemeinsam zu verstehen.«

2 **MARION HANNEMANN***Alter: 49**Beruf: Leitung der Station für Beziehungszentrierte Psychodynamische Borderline-Therapie O52A*

»Größtmögliche Transparenz für die Patienten. Jeder soll zu jeder Zeit alles wissen. Auf dem Weg zu diesem Ziel sind wir schon richtig weit«

»Wir arbeiten multiprofessionell und treffen selten Einzelentscheidungen«, sagt Marion Hannemann. Seit 20 Jahren ist sie in der sozialpsychiatrischen Pflege aktiv. Weil sie oft gnadenlos ehrlich und ehrlich gnadenlos sind und man sich auch mal an ihnen reiben kann,

schätzt sie Borderliner. Auf der O52A wird ein Patient über den gesamten Verlauf von einer Pflegekraft betreut – nach dem Prinzip des Primary Nursing. Medikamente werden sparsam eingesetzt: »Wir möchten Gefühle so wenig wie möglich mit Medikamenten überdecken.«

3 **BIRGIT GOHR***Alter: 56**Beruf: Ergotherapeutin*

»Meine Arbeit hilft, Gefühle aufzudecken, die gern im Verborgenen bleiben«

»Von Ihnen lasse ich mir gar nichts sagen!«: In der Ergotherapie von Birgit Gohr geht es manchmal wie in der Schule zu – und das weckt Wut und Ärger. »Ich bin öfter eine Art Blitzableiter«, sagt die erfahrene Ergotherapeutin. »Das soll auch so sein, damit wir zum

Beispiel an der Übertragung ›böse Mutter‹ arbeiten können.« Vor allem in Gruppen, gelegentlich aber auch in Einzelsitzungen kitzelt Gohr vorsprachliche oder unaussprechliche Seeleninhalte mit Hilfe von Speckstein, Ton und einem Riesenangebot von Farben heraus.

4 **TORVI ABEL***Alter: 29**Beruf: Diplom-Psychologin*

»Wir müssen uns immer wieder selbst reflektieren, um auf dem Weg der Übertragung wichtige Fragmente einer Störung zu erkennen«

An vier Tagen der Woche therapiert Torvi Abel einzeln oder in Gruppen. Ihre Montage sind jedoch für Visiten und Vorgespräche reserviert. Oft drückt die Psychologin den Patienten ein Fragebogenpaket in die Hand. Abel: »Wir wollen herausfinden, ob die Patienten

schon stabil genug für die beziehungsorientierte Therapie auf der O52A sind.« Nach der Auswertung geht die Diagnostik in Einzelfällen sogar noch weiter. Abel: »Uns steht eine ganze Reihe verschiedener Diagnostikinstrumente zur Verfügung.«

5 **JANA VON MAJEWSKY***Alter: 42**Beruf: Erziehungswissenschaftlerin im sozialpädagogischen Fachdienst*

»Ich habe großen Respekt davor, dass viele unserer Patienten lebensbedrohliche Situationen überlebt haben«

Jana von Majewsky entwickelt Perspektiven für die Zeit nach einem Aufenthalt auf den Stationen O52A und O52B (Behandlungseinheit für Frauen). Drohen Wohnungs- oder Arbeitsplatzverlust oder stellt sich die Frage, wo die Kinder während der stationären Therapie

bleiben können, findet sie gemeinsam mit den Patienten Antworten. »Eigentlich auf alle nur erdenklichen existenziellen Fragen«, ergänzt sie. Ihre Wahrnehmung der Patientensituation ist auch in Supervision, Übergaben, Team- und Therapiegesprächen gefragt.

6 **KAREN STRZIGA***Alter: 35**Beruf: Diplom-Sportwissenschaftlerin*

»Mit Körperarbeit erreichen wir gelegentlich schneller tiefe psychische Schichten als mit der Arbeit auf sprachlicher Ebene«

Karen Strzigas Wirkungsort ist eine Mehrzweckhalle. »In einer Eingangsrunde sagt jeder, wie es ihm gerade so geht«, beschreibt die Körpertherapeutin eine 75-Minuten-Einheit. Danach suchen sich die Patienten Symbole aus, mit denen sie ihre Lage ausdrücken. Das kann

der Papierkorb sein, ein »Bitte nicht stören«-Schild, Puppen, Tücher, Bälle, Muscheln oder auch der Kleiderständer. »Konzentrierte Bewegungstherapie« heißt die Methode, in der nach und nach gelernt wird, auch subtilen emotionalen Signalen einen Namen zu geben.



WIRKSAMER ANSATZ: ÜBERTRAGUNGSFOKUSSIERTE PSYCHOTHERAPIE TFP

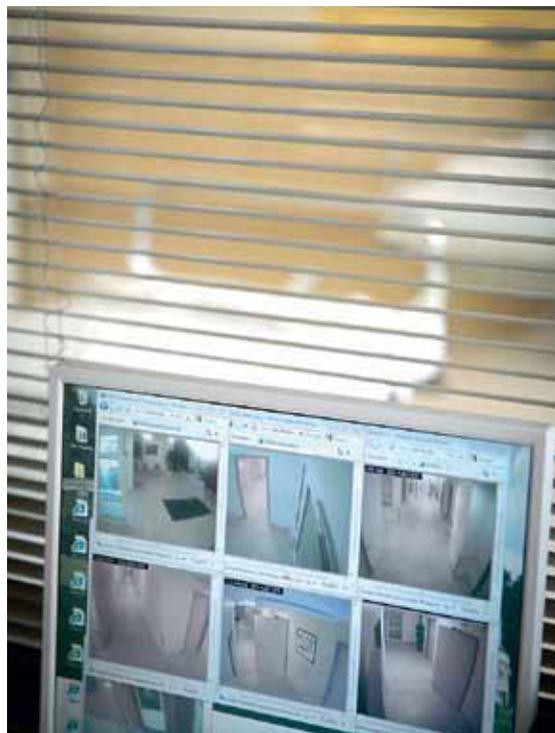
*Sicherheit und Stabilität durch
Beziehungsklärungen*

Es gibt zunehmend empirische Belege dafür, dass die Übertragungsfokussierte Psychotherapie – englisch »Transference-focused Psychotherapy« (TFP) – eine Borderline-Pathologie signifikant verbessert. Gute Ergebnisse werden zudem bei der Behandlung Narzisstischer oder Antisozialer Persönlichkeitsstörungen erzielt. TFP ist eine Langzeittherapie, die Elemente aus der Psychoanalyse aufgreift. Im Fokus steht die gemeinsame Durcharbeitung der Übertragung. Es wird darauf geachtet, dass es in der Patienten-Therapeuten-Beziehung eine starke Anbindung an das »Hier und Jetzt« gibt und eine regressive Dynamik unterbleibt. Sicherheit garantiert jeweils ein individueller Behandlungsvertrag, mit dessen Hilfe heftige und rasch wechselnde Gefühlsstürme und das häufig damit verbundene zerstörerische Verhalten begrenzt werden. Im therapeutischen Prozess wechseln die Phasen Klärung, Konfrontation und Deutung einander ab und stärken nach und nach die Reflexionsfähigkeit. Ziel ist, dass die Patienten mit der ganzen Bandbreite menschlicher Gefühle umzugehen lernen und eine zunehmend gefestigte Identität entwickeln können. Fazit: Mit Hilfe spezifischer Therapieverfahren wie TFP ist die Prognose durchaus günstig.



DIE STATION DER ENTWURZELTEN.

*Erste Hilfe in seelischer Not
gibt es hier rund um die Uhr –
Tag- und Nachtaufnahmen
von der Psychiatrischen Zentralen
Notaufnahme (PZNA)*



Ein Morgen im Juni. Autos vereinzelt geflaggt. Fußball-WM. Auf der Akut-Station der Psychiatrischen Zentralen Notaufnahme ist Visite. In einem lichten Zimmer am Ende des Ganges steht in Großbuchstaben NATUR auf der Tapete, daneben die krakelige Zeichnung einer Marihuanapflanze. Auf dem Bett sitzt ein junger Mann, schmal, Ende 20 vielleicht. Ausschlaggebend für die Einweisung waren seine wahnhaften Verfolgungsgedanken und die halluzinierten Stimmen im Ohr, die ihn zum Selbstmord aufforderten. Nun beschwört er Christian Schmidtman, Oberarzt der PZNA, dass er die Medikamente auch im Elternhaus einnehmen und dort auch besser WM gucken könne. Schmidtman hält das für keine gute Idee. Vorerst. Mit behutsamen Worten tritt er in die Verhandlung ein – eine von vielen, die er und sein Team heute noch führen werden. Arzt und Patient lernen

sich erst kennen. Das Gespräch dient der Diagnose. Aber zugleich ist es Therapie: Wo kann die Realität andocken, was sind gemeinsame Ziele, wie kann es weitergehen? Der Patientenakte hat Schmidtman entnommen, dass der junge Mann Lehramt studiert und kurz vor dem zweiten Staatsexamen steht. Er versucht, den Patienten zur Kooperation zu bewegen. Bis zum Prüfungstermin könne man die Erkrankungen gemeinsam in den Griff bekommen, sagt er. Der Patient lächelt und macht eine wegwerfende Handbewegung. Ahnt er, was für ihn auf dem Spiel steht?

GEFAHR FÜR SICH SELBST UND ANDERE

In Ochsenzolls zentraler Notaufnahme sind bis Mitte Juni 550 Menschen aufgenommen worden. Zum Ende des Jahres wird sich ihre Zahl mindestens verdoppelt haben. Nach

Jeder Winkel der PZNA wird lückenlos von Kameras überwacht. Die Bilder werden auf die Monitore in den Dienstzimmern übertragen.

Psychiatrische Zentrale Notaufnahme (PZNA)

einer psychischen und körperlichen Untersuchung, dem sogenannten Screening, werden sie entweder freiwillig oder auf richterlichen Beschluss nach § 12 (HmbPsychKG – sofortige Unterbringung) oder nach § 1906 (BGB – auf Veranlassung eines gesetzlichen Betreuers) für eine gewisse Zeit auf der PZNA behandelt. Genauso wie die Bandbreite der psychischen Erkrankungen variiert dabei auch die Aufenthaltsdauer – sie kann von einigen Minuten bis zu wenigen Monaten gehen. Parfüms, Rasierwasser, Feuerzeuge und alles, was sich in eine Waffe verwandeln lässt, werden den Patienten am Eingang abgenommen und bis zu ihrer Entlassung verwahrt. Diesen Job erledigen tagsüber die Pfleger. In der dritten Schicht von 21 Uhr bis 6 Uhr früh führt der Mitarbeiter eines Wachdienstes die Eingangskontrolle durch. Im Team tragen alle Alarm-Pieper und sind mit

Schnurlostelefonen ausgestattet. Damit klar ist, wer gerade wo ist, falls ein Patient krankheitsbedingt gewalttätig wird. Die Flure der Station, die als Viereck um einen begrünten Innenhof angelegt und in »Akut« und »Subakut« unterteilt ist, messen zusammen 120 Meter. Was sich auf ihnen abspielt, übertragen rund zehn Überwachungskameras auf Monitore in den Dienstzimmern. Ein fest verschraubter Anzünder neben dem Zigarettenautomaten, ein vandalismussicheres Telefon an der Wand, ein Fernseher im Stahlgehäuse und nach unten weisende Türklinken, an denen alles abrutscht: Das signalisiert, dass die Patienten deshalb auf der PZNA sind, weil sie sich in ihrem Wahn und ihrer Verzweiflung selbst etwas antun könnten. Oder anderen.

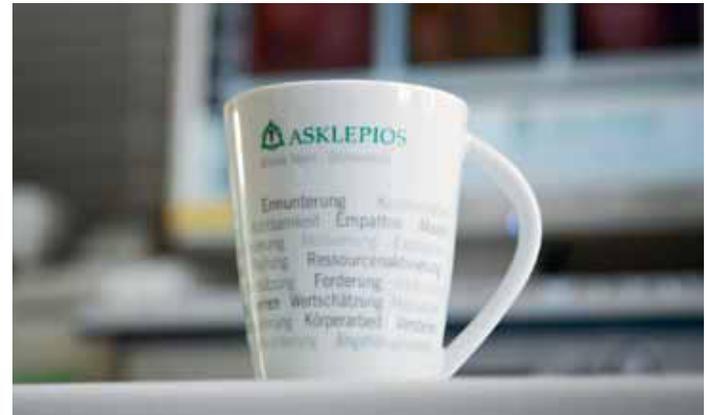
In der Nacht. Jörn Haedge verlässt sich nicht nur auf das, was er sieht. »Ich kenne so ziem- ►

*»Die Menschen, die hierherkommen,
sind schwer erkrankt.
Ihre Würde zu wahren und
Ihnen mit Respekt zu begegnen
ist das mindeste,
was wir für sie tun können«,*

sagt Oberarzt Christian Schmidtman.



lich jedes Geräusch auf der Station«, sagt er. »Und wenn ich es nicht kenne, gucke ich nach.« Seit 24 Jahren hat der Pfleger auf verschiedenen psychiatrischen Aufnahmestationen in Ochsenzoll gearbeitet. Heute sind sie zu einer Einheit zusammengefasst. 27 Betten und 4 Fixierbetten werden von einem 26-köpfigen Pflorgeteam betreut. Früher bestand Ochsenzoll in der Mehrzahl aus geschlossenen Stationen. Heute sind es – die Forensische Psychiatrie ausgenommen – ganze zwei. Egal, wie weit die Nacht fortgeschritten ist: Es herrscht Betrieb. Jetzt gerade ist ein abgängiger Patient zurückgekehrt, ein paar Biere intus. Schon vor Stunden hätte er zurück sein sollen. Ein Regelbruch, den Haedge nicht gutheißt. Diese Ansicht vermittelt er dem Patienten jedoch auf eine freundliche und lösungsorientierte Weise. Ein vorherrschen-



der Kommunikationsstil, den Oberarzt Schmidtman mit berührenden Worten beschreibt: »Die Menschen, die hierherkommen, sind schwer erkrankt. Sie stehen gewissermaßen vor dem Nichts. Ihre Würde zu wahren und ihnen mit Respekt zu begegnen ist das mindeste, was wir für sie tun können.« Offen, geduldig und humorvoll mit den Patienten umzugehen diene auch der Deeskalation, sagt Haedge. Michael Niethardt, der seinen Kollegen Haedge in puncto Dienstjahren noch um vier Jahre übertrifft, pflichtet ihm bei. Deeskalation und Deaktivierung seien Teil des Professionellen Deseskalationsmanagements (ProDeMa), das alle Pfleger in Ochsenzoll praktizierten, sagt er. Es gibt aber auch Situationen, die weder ProDeMa noch Medikamente befrieden könne, sondern nur eine zeitweilige Fixierung.



Über ein von Jalousien verschattetes Fenster ist der Überwachungsraum mit dem Fixierungszimmer verbunden. Damit man weiß, wo wer gerade ist, haben Ärzte und Pfleger stets Alarm-Pieper und Schnurlostelefone dabei.



REIZARMUT KONTRA GEWUSEL

Ein neuer Tag bricht an, eine neue Visite beginnt. Als Erstes geht es in den Überwachungsraum im Akut-Bereich. Über ein von Jalousien verschattetes Fenster ist der Kontrollraum mit dem Fixierungszimmer verbunden. Rund um die Uhr wachen hier zwei Pflegekräfte. Entweder sie oder die diensthabenden Ärzte kontrollieren alle halbe Stunde, wie es den Patienten geht und ob die Gurte keine Schmerzen verursachen. Die augenblicklich fixierte Patientin war in der Nacht mit ihrer Zimmernachbarin in Streit geraten. Dabei kam es zu einem Handgemenge. Die Patientin war sehr aufgewühlt und konnte nur durch eine Fixierung beruhigt werden. Jetzt, am Morgen, möchte Schmidtman wissen, was los gewesen ist. Sie schildert den Zwischenfall aus ihrer Sicht und kann den Oberarzt überzeugen,

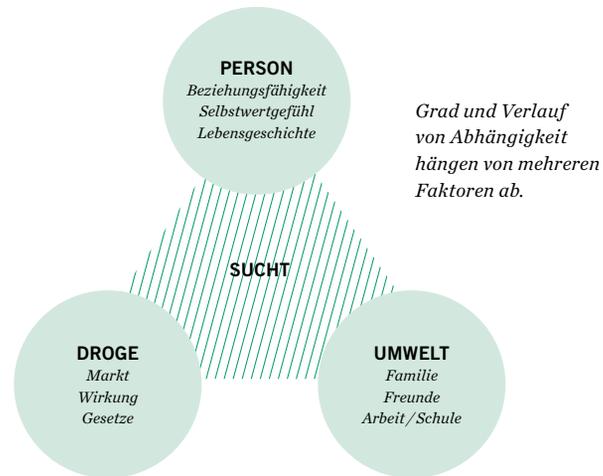
dass die Fixierung nicht mehr nötig sei. Er bittet sie jedoch, noch ein wenig auf der »Akut« zu bleiben – zumal erst ein neues Bett im subakuten Bereich organisiert werden müsse. Dann wird die Tür zur »Subakut« aufgeschlossen. Im Vergleich zur reizarm gestalteten »Akut« herrscht hier das reinste Gewusel. Während der Visite ist jeder Patient in den Zwei- oder Dreibettzimmern mit den Ärzten und Pflegern allein – die Mitpatienten verlassen den Raum. Von Gespräch zu Gespräch eröffnet sich jedes Mal ein Universum ganz eigener Art – mal geprägt von Sorgen und Ängsten, mal dominiert von schwer entzifferbaren Phantasmen oder ausgeprägter Einsilbigkeit. Die zentralen Fragen, die die Ärzte stellen, bleiben aber fast immer die gleichen: »Im Vergleich zu gestern – wie geht es Ihnen jetzt?«, »Was können wir beide heute tun, damit es Ihnen besser geht?« und »Wie geht es weiter?« ▲

KONTAKT
 Psychiatrische
 Zentrale
 Notaufnahme
 Tel.: (040)
 18 18-87 21 43

DAS LEIDEN IN HÖHEN UND TIEFEN.

Legale und illegale Substanzen, Glücksspiel und Internet sind in unserer Kultur allgegenwärtig. Ihr Gebrauch will gelernt sein. Menschen, denen das nicht gelingt, finden Hilfe in der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen mit ihrer engen Vernetzung zu den Selbsthilfeorganisationen der Stadt

Ähnlich wie Diabetes Typ II oder Bluthochdruck sind Abhängigkeitserkrankungen chronische Krankheiten. Wie sie sich im Lauf der Zeit entwickeln, hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. Dabei spielt nicht nur die psychische Konstitution eines Menschen eine Rolle, sondern auch seine soziale Situation und die Qualität der Beziehungen zu Freunden und Angehörigen. In der Regel gibt es einen direkten Zusammenhang zwischen diesen Faktoren und dem Krankheitsverlauf, zu dem nicht selten auch Rückfälle gehören, die bearbeitet werden müssen. Häufig bestehen neben der Suchtkrankheit weitere psychische Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen. In Ochsenzoll bieten wir komor-



biden Patienten ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Programm an, das psychotherapeutische und suchththerapeutische Methoden kombiniert. Die Behandlungsziele werden gemeinsam mit den Patienten erarbeitet und berücksichtigen ihre individuellen Möglichkeiten und Wünsche. In einem Fall kann das Abstinenz sein, in einem anderen Substitutionsbehandlung oder kontrollierter Konsum. Es besteht eine über Jahrzehnte gewachsene Vernetzung mit dem Suchthilfesystem und den Selbsthilfegruppen der Metropolregion Hamburg. Bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen kooperieren wir zudem mit den ärztlichen Kollegen der nahe gelegenen Asklepios Klinik Nord – Heidberg. ▲



ONLINEGESTÜTZTE THERAPIE VON ALKOHOLABHÄNGIGKEIT

Bei Verdacht auf einen ungesunden Alkoholkonsum oder bei bestehender Abhängigkeit gibt es eine innovative Therapieform: die onlinegestützte Behandlung. Das Programm dauert zwischen 12 und 16 Wochen.

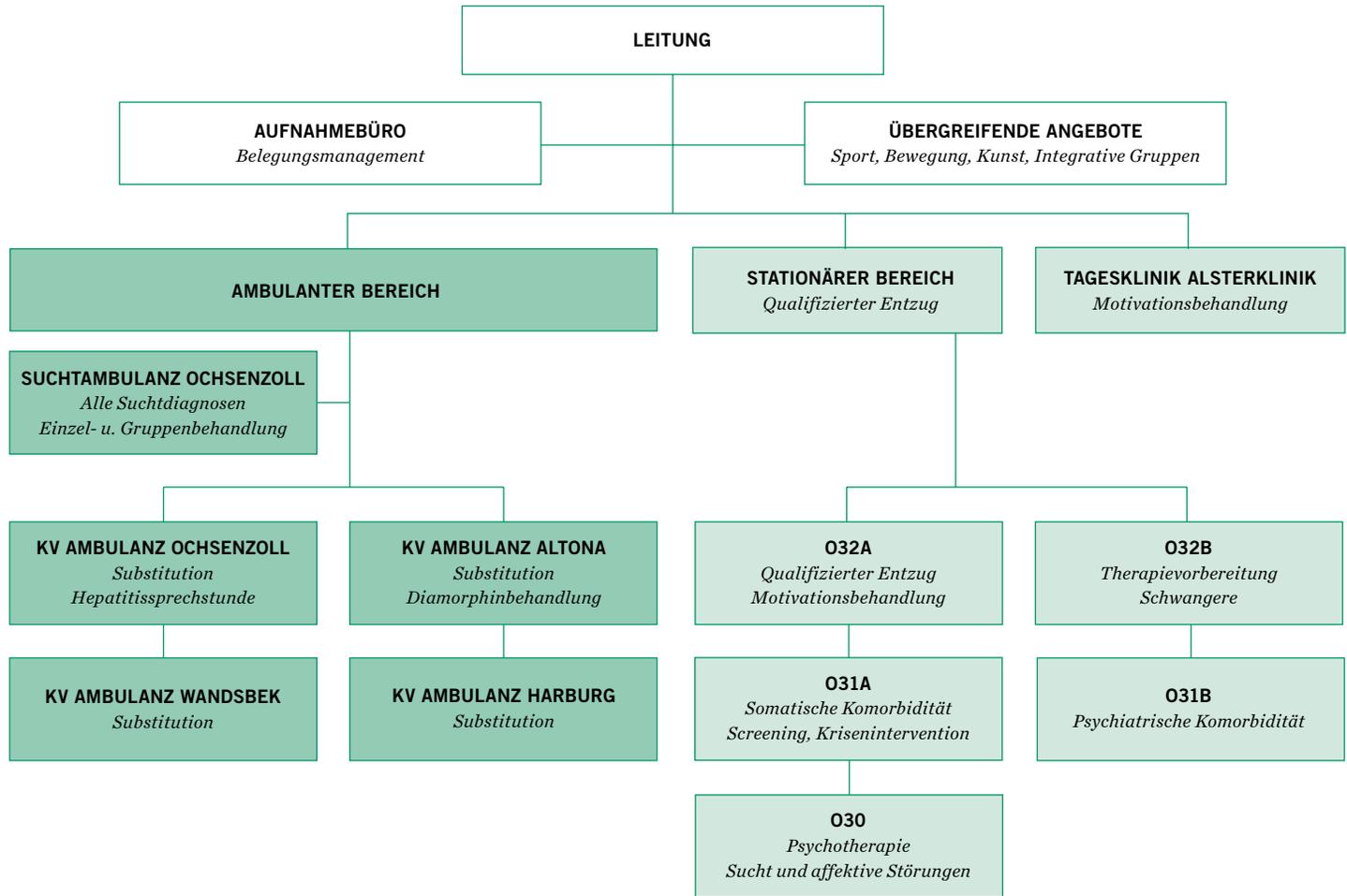
»Die klassische Form, in der sich Patient und Therapeut persönlich treffen, wird zeitgemäß verändert und ergänzt durch Onlinemodule, die der Patient am Bildschirm bearbeitet, und zwar zu Zeiten, die er individuell in seinen Lebensrhythmus einbauen kann«, sagt Chefarzt Dr. Klaus Behrendt. Weil Abhängigkeitserkrankungen im sozialen Umfeld oft stigmatisiert werden, gilt das Programm als besonders niederschwellig. Die diagnostische Einschätzung erfolgt nach einem persönlichen Kennenlerngespräch in der Suchtambulanz, danach erhält der Patient die Zugangsdaten für die Therapie.

▲ *Anmeldung und weitere Informationen unter www.weniger-trinken-online.de.*

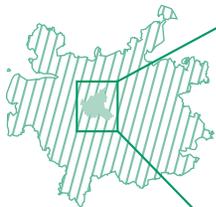


INTEGRATIV ANGELEGTES SPEKTRUM

Sowohl ambulant als auch stationär: Neben den vielfältigen psychischen, sozialen und körperlichen Folgeproblemen des riskanten oder abhängigen Umgangs mit Suchtstoffen werden auch zugrundeliegende Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen in der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen mitbehandelt. Es gibt unterschiedliche Anlässe für die Aufnahme auf der Station; zum Beispiel Rückfälligkeit, die Notaufnahme in Krisen oder eine somatische beziehungsweise psychiatrische Multimorbidität. Die Klinik für Abhängigkeitserkrankungen beteiligt sich an Forschung und Weiterbildung im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Sie tritt für die Entstigmatisierung suchtkranker Menschen ein.



Metropolregion Hamburg



Substitutionsambulanzen in Altona, Wandsbek und Harburg sowie die Suchttagesklinik Alstertor erweitern die Angebote der Klinik.



KONTAKT

Einweiser-Hotline
(0151) 58 20 73 93

Probleme mit Drogen, Alkohol, Medikamenten, Glücksspiel, Tabak und pathologischer Internetnutzung werden in der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen (Haus 3) therapiert.

HELDEN DES ALLTAGS .

Viele Situationen sind weniger verfahren, als man glaubt – wenn man sich von Ochsenzolls Sozialpädagogen und -therapeuten unterstützen lässt

SPEZIALITÄT KLEINER DIENSTWEG

Trennung, Job weg, Wohnung verloren, Familienstreit: scheinbar ausweglose Lebensumstände lösen oft psychische Krisen aus. Ein Klinikaufenthalt in Ochsenzoll bietet die Chance zum Neuanfang. Denn schon während der Behandlung können die Weichen in Richtung einer selbstbestimmten Zukunft gestellt werden – mit Unterstützung des Sozialpädagogischen Fachdienstes. Das 20-köpfige Team bringt eine höchst vielfältige Berufserfahrung mit. In der Stadt bestens vernetzt, erleichtern langjährig gepflegte Kontakte den Umgang mit Krankenkassen, Behörden, Gerichten, Jobcentern, Vermietern, sozialpsychiatrischen Einrichtungen und vielen anderen. Die Mitarbeiter des Fachdienstes sind in allen Kliniken vor Ort und halten umfassende Angebote für Patienten bereit. Auch Angehörige oder vertraute Menschen im sozialen Umfeld werden in die Beratung einbezogen. Mit der Absicht, eine Perspektive für die Zeit danach zu entwickeln. Manches Chaos lässt sich schon während der stationären Zeit ordnen. Das entlastet die Patienten und hilft, das in Ochsenzoll Erreichte zu stabilisieren. Nora Kolm, Leiterin des Sozialpädagogischen Fachdienstes, ist stolz auf ihre Mannschaft: »Wenn sich



Mit viel Bodenhaftung berät das Team des Sozialpädagogischen Fachdienstes in allen Fragen des Lebens. Auch für Angehörige haben die Teammitglieder ein offenes Ohr. Und weil sie so gut in der Stadt vernetzt sind, erledigt sich manches unbürokratisch und schnell. Der Sozialpädagogische Fachdienst wird von Diplom-Sozialpädagogin Nora Kolm (l.) geleitet.

einer im Dschungel der Paragraphen und in den Fallstricken der Antragsverfahren auskennt, dann wir«, sagt sie. Zusätzlich zu den bestehenden Informations-, Beratungs-, und Trainingsangeboten entwickelt das Team derzeit neue gruppentherapeutische Ansätze und Schwerpunkte. Dabei sollen die Patienten ihre Lebensthemen selbst einbringen, sich gegenseitig beraten und etwas über den effizienten Einsatz von Ressourcen lernen. ▲

*Rechtsanwalt Marco
Trierweiler ist seit
2005 Schuldnerbera-
ter und Gründungs-
mitglied der Landes-
arbeitsgemeinschaft
Schuldnerberatung
Hamburg e.V.*



MARCO TRIERWEILER HILFT IN GELDFRAGEN

»Zunächst sichte ich die finanzielle Lage eines Klienten. Dann entwickeln wir gemeinsam einen Finanzplan«, beantwortet Marco Trierweiler die Frage, wie seine Schuldnerberatung funktioniert. Oberstes Ziel ist dabei die finanzielle Existenzsicherung. Schulden können durch eine Einigung getilgt werden, im Einzelfall kann auch ein privates Insolvenzverfahren die Situation entschärfen. An zwei Tagen in der Woche steht der Rechtsanwalt allen Patienten zur Seite, denen ihre finanziellen Verpflichtungen über den Kopf gewachsen sind. Auch bei chronisch knapper Kasse ist der Fachmann zur Stelle: »Ich berate ebenso bei der Haushaltsführung. Und gebe Tipps, wie man den Überblick über seine Finanzen behält, wo es unter Umständen noch Sparpotenzial gibt und was zu tun ist, wenn eine unerwartet hohe Stromrechnung ins Budget haut.« Für Trierweiler ist die Schuldnerberatung ein Teil der Therapie. »Finanzielle Sorgen werden meist als sehr belastend empfunden. Werden Sie gemeinsam gelöst, können sich die Betroffenen stärker auf ihre Therapie konzentrieren. Durch die Stabilisierung im sozialen Bereich sinkt zudem die Rückfallgefahr bei der psychischen Grunderkrankung.« ▲



*Dank der Arbeit des
von Saskia Timm gelei-
teten sozialtherapeu-
tischen Teams rücken
die gesunden Anteile
eines Patienten in den
Vordergrund.*

SPASS, SINN, STRUKTUR

Die Sozialtherapie ist ein Teil des stationären Behandlungskonzeptes. Sie fördert vorhandene Fähigkeiten und rückt neben dem Krankheitserleben die gesunden Anteile der Persönlichkeit wieder in den Vordergrund. Die Therapien zielen darauf ab, ein hohes Maß an Selbstständigkeit im Alltag zu erreichen oder zu erhalten. Die Bandbreite der therapeutischen Angebote ermöglicht es, viele Patienten anzusprechen und zu erreichen. Damit trägt die Sozialtherapie wesentlich zur Stabilisierung und Stärkung eines gesunden Selbsterlebens bei und fördert die Entwicklung eines positiven Behandlungsmilieus in der Klinik. Saskia Timm: »Manchmal geht es um die Förderung grundlegender Fähigkeiten – zum Beispiel, wie man sich anzieht bei Demenzerkrankten.« Manchmal gehe es aber auch, so fährt die Leiterin der Abteilung für Sozialtherapie fort, um »die Hauptrolle in ›Was ihr wollt‹«, im Rahmen der neuesten Shakespeare-Inszenierung des Ochsenzoller Theaterlabors. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Ergo-, Logo-, Bewegungs- und Kunsttherapeuten den Patienten Erfolgserlebnisse aller Art vermitteln – jeweils zugeschnitten auf ihre individuellen Bedürfnisse. Dazu zählen auch Jobs. Wahlweise in der Cafeteria, in Werkstätten, Gärtnerei oder im Secondhandladen. Sich ausdrücken, aber auch arbeiten können – beides ist hilfreich. ▲

In bisher mehr als 80 bundesweiten Ausstellungen zeigten die Künstler von KIK ihre Werke – wie »Mystery« von Mikhail Jeliabovski (u.).



»Meine Bilder sind direkter Ausdruck meiner Emotionen«,

sagt Künstler Mikhail Jeliabovski. Seit 2012 ist der 56-Jährige Teil von KIK – und hat bei einer Ausstellung in Hoheluft gleich mehrere seiner abstrakten Bilder verkauft.



KUNST ÖFFNET DIE TÜR ZUR SEELE EINES MENSCHEN.

Trauma und Träume – die Künstler der Gruppe »KIK: Kunst in der Klinik« bringen beides auf die Leinwand. Das Resultat sind bemerkenswerte Arbeiten

Düstere Farben, verdrehte Perspektiven, bedrückende Motive. Menschen mit psychischen Erkrankungen zeigen Leid und Wahn auf der Leinwand. So weit das Klischee. Und dann sieht man: leuchtende Blumen, ein inniges Paar, die Sonne über dem Felsen. »In den Bildern psychisch Kranker kann das Kaputte, aber auch das Heile zum Ausdruck kommen«, sagt Sabine Dähnhardt, künstlerische Leiterin der Gruppe »KIK: Kunst in der Klinik.« »Die einen arbeiten in ihren Werken Ängste auf, andere zeigen, was ihnen guttut oder guttun würde.«

1998 gegründet, treffen sich die etwa zwölf Künstler der Gruppe donnerstags zwischen 16 und 18 Uhr im Atelier der Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll. Ehemalige Patienten, aber auch Menschen, die auf Umwegen von der Gruppe gehört haben. Dabei versteht sich KIK nicht als Therapie. Die Gruppe möchte Menschen mit psychischen Erkrankungen vielmehr in ihren künstlerischen Ambitionen unterstützen. So weiß Dähnhardt nichts über die Krankheitsbilder der Künstler. »Viele sind sicher durch die Hölle gegangen. Im Atelier sehe ich sie in ihrer Stärke«, so die 53-Jährige.

Auch die Ausstellungen, die die Gruppe zweimal im Jahr organisiert – 2013 etwa im Kulturschloss Wandsbek und in der Kirche Sankt Markus in Hoheluft – helfen, das Selbstbewusstsein zu stärken. »Wenn wir ausstellen, erfahren wir gesellschaftliche Wertschätzung«, sagt Künstlerin Lilo Abels, die seit 2005 bei KIK ist. »Das ist nicht alltäglich für Menschen mit Depressionen und Psychosen. Hier sind wir Künstler. Punkt.« ▲



»Malen ist für mich
das Heilmittel gegen
Depressionen«,

sagt Künstlerin Lilo Abels.
Die 64-Jährige möchte mit der Gruppe
vor allem gegen Diskriminierung
und Stigmatisierung psychisch kranker
Menschen kämpfen.



Farbenfrohe Werke:
»Farbspiel« von Pit
Altmann (o.r.),
»Firmament« von
Lilo Abels (u.l.),
»Lilien« von Ingrid
Fuhr (u. Mi.) und
»ohne Titel« von
Marco Bethge (u.r.).





WISSEN.

32—33

DEN FACHARZT MACHT MAN IN OCHSENZOLL

Fort- und Weiterbildung

34—37

VON DER EHEBERATUNG BIS ZUR
ELEKTROHEILKRAMPF THERAPIE

Klinik für Affektive Erkrankungen

38—39

WIE MAN LERNT, IN BEZIEHUNGEN ZU LEBEN

Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen

40—41

WISSEN HOCH ZWEI

Klinik für Akutpsychiatrie und Psychosen

42—43

WO SCHWERE FÄLLE HILFE FINDEN

Klinik für Abhängigkeitserkrankungen

44—47

AKTUELLE KONZEPTE IN DER ALTERSMEDIZIN

Klinik für Gerontopsychiatrie

48—49

PSYCHIATRIE DER PRÄVENTION

Klinik für forensische Psychiatrie

50—51

IN WANDSBEK FÜR WANDSBEK

Die Psychiatrie Wandsbek

52—53

OHNE HEIMAT SEIN HEISST LEIDEN

Aufsuchende Behandlung Obdachloser

DEN FACHARZT MACHT MAN IN OCHSENZOLL.

*Für Assistenzärzte gratis – mit ihrem breit-
gefächerten Curriculum ist die Asklepios Klinik
Nord – Ochsenzoll eine der ersten Ausbildungs-
adressen des Landes*



Al inclusive« könnte über der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie stehen – wären da nicht die 150 Stunden Selbsterfahrung, die die Assistenzärzte außerhalb der Klinik an einem weiterbildungsberechtigten Fortbildungsinstitut absolvieren müssen. Alle darüber hinausgehenden Lehrinhalte können die künftigen Fachärzte jedoch im Rahmen ihrer klinischen Tätigkeit und durch die Teilnahme an einer Vielzahl von Seminaren, Workshops, Konferenzen, Vorlesungen oder Supervisionsgruppen erlernen – kostenfrei.

Damit sich die Lernenden ein so umfassendes Wissen wie möglich aneignen können, muss innerhalb der vierjährigen Ausbildung mindestens einmal von der einen zur anderen Klinik gewechselt werden – so fordert es das Curriculum aus der Feder des Ärztlichen Direktors Prof. Lammers. 13 Workshops à 12 Unterrichtseinheiten finden immer freitags und samstags statt. ▲

ALLE AUSBILDUNGSBAUSTEINE IM ÜBERBLICK:

- Visiten (wöchentlich)
- Dienstags-Curriculum (viermal pro Monat)
- Stations- beziehungsweise abteilungsinterne Supervision (wöchentlich/monatlich)
- Klinikkonferenzen (monatlich)
- Klinikübergreifende Fallkonferenzen (monatlich)
- Psychiatrische Weiterbildungsseminare (jeden Dienstag, interne Referenten)
- Psychiatrische Supervision durch den Ärztlichen Direktor (monatlich)
- Balint-Gruppen beziehungsweise interaktionsbezogene Fallarbeit
- Psychotherapeutische Supervision durch die Weiterbildungermächtigten der Klinik
- Psychotherapieseminare
- Extracurriculare klinikinterne oder -übergreifende psychotherapeutische Workshops (alle zwei Monate)
- Fachvorträge (monatlich, »Mittwochsvorlesungen«)
- Ochsenzoller Psychiatrietag (jährlich)

OCHSENZOLLER PSYCHIATRIETAGE

Forum für Diskurs und Diskussion und eine exzellente Gelegenheit zum Netzwerken – das sind die »Ochsenzoller Psychiatrietage«. Sie wurden 2006 ins Leben gerufen. Auf dem Programm stehen Fachvorträge, die jeweils ein aktuelles psychiatrisch-psychotherapeutisch relevantes Thema beleuchten. Das Symposium steht allen Neugierigen offen – Laien sind ebenso willkommen wie Fachpublikum. Die »Ochsenzoller Psychiatrietage« finden jährlich im Herbst statt. Etwa 200 bis 350 Gäste nehmen regelmäßig teil.

▲ *Eine Anmeldung ist erforderlich.
Kontakt: Frederike Heberle,
Telefon: (0 40) 18 18-87 28 51; Mail: f.heberle@asklepios.com*

REFERENT	VORLESUNG	THEMEN
Prof. Fritz Hohagen , Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein	Psychotherapie in der Psychiatrie	Über die Karriere eines ehemaligen psychiatrischen Stiefkinds sprach Prof. Fritz Hohagen, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) a.D. im Juni 2008.
Prof. Michael Bauer , Direktor der Psychiatrie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden	Psychopharmakologische Behandlung der Bipolaren Störung	Prof. Michael Bauer, weltweit anerkannter Experte in der Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen referierte im Mai 2011 über neue Wege der Medikation.
Prof. Peter Falkai , Direktor der psychiatrischen Klinik Ludwig-Maximilians-Universität, München	Schizophrenie als Synaptopathie: neue Erkenntnisse und Konsequenzen für die Therapie	Gibt es ein neues Erklärungsmodell für die Entstehung einer der schwersten psychischen Erkrankungen? Das stellte Prof. Peter Falkai im Januar 2012 zur Diskussion.
Prof. Andreas Meyer-Lindenberger , Direktor des Mannheimer Zentralinstituts für Seelische Gesundheit	Translationale Forschung in der Psychiatrie	Aktuelle Ergebnisse grundlagenorientierter Forschung für Patienten im Rahmen klinischer Studien übertragbar machen – das war Thema von Prof. Andreas Meyer-Lindenberger im April 2012.
Prof. Sabine Herpetz , Ärztliche Direktorin der Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Heidelberg	Psychopharmakologische Behandlung von Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung	Medikamente, welche die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen unterstützen – zurzeit und in Zukunft. In ihrem Vortrag zeigte Prof. Sabine Herpetz im Juni 2012 Perspektiven auf.
Prof. Gerd Rudolf , Leiter der ältesten Psychosomatischen Universitätsklinik Deutschlands in Heidelberg, a.D.	Strukturbezogene Psychotherapie	Prof. Gerd Rudolf, Nachfolger von Alexander Mitscherlich und Walter Brütigam, stellte im Mai 2013 die Neuauflage des Lehrbuches »Strukturbezogene Psychotherapie« (Schattauer) vor.
Prof. Hans-Werner Bierhoff , Leiter des Lehrstuhls für Sozialpsychologie an der Ruhr-Universität Bochum	Bedeutung prosozialen Verhaltens für die menschliche Existenz	Empathie, Verantwortung und das Handeln von Judenrettern in der Nazizeit: Im Oktober 2013 plädiert Prof. Hans-Werner Bierhoff für mehr Zivilcourage.
Prof. Klaus Lieb , Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz	Evidenzbasierte und unabhängige Antidepressiva-Therapie	Als Gründungsmitglied des Ärztenetzwerks »MEZIS – mein Essen zähl ich selbst« kritisiert Prof. Klaus Lieb im März 2014 allzu viel Einfluss der Pharmaindustrie.

Auswahl aus 45 Vorträgen in den letzten fünf Jahren



Das Curriculum des Weiterbildungsvverbands Psychiatrie und Psychotherapie Hamburg e.V. (WVPPH) sowie die Termine für Mittwochsvorlesungen und Ochsenzoller Psychiatrietage finden Sie hier

▲ http://www.asklepios.com/nord_Fort_Weiterbildung.Asklepios

HIGHLIGHT MITTWOCHSVORLESUNG

Die Liste derer, die in der Vergangenheit eine »Mittwochsvorlesung« in Ochsenzoll gehalten haben, liest sich wie das Who's who der deutschen Psychiatrie- und Psychotherapeuten-Zunft

Einmal im Monat, an einem Mittwoch, wird es in Haus 2 andächtig still. Gespannt lauscht das Publikum einem der spannenden Vorträge, die seit dem Start der »Mittwochsvorlesungen« zur Regel geworden sind. Das Publikum setzt sich aus niedergelassenen Ärzten, Mitarbeitern und Vertretern von Sozialeinrichtungen zusammen. Sie streichen sich den Termin schon Wochen vorher rot im Kalender an. Aber auch interessierte Bürger erscheinen, denn die »Ochsenzoller Vorlesungen für Psychiatrie und Psychotherapie« stehen allen offen. Unter anderem wird das Programm über die Hamburger Sektionen der beiden Selbsthilfegruppen »Verband Psychiatrie-Erfahrener« und »Verband der Angehörigen psychisch Kranker« kommuniziert. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich, der Eintritt ist frei.

VON DER EHEBERATUNG BIS ZUR ELEKTROHEILKRAMPFTHERAPIE .

In der Klinik für Affektive Erkrankungen wird höchster Wert auf eine sorgfältige Diagnostik gelegt. Sie entscheidet darüber, wie die Therapie akzentuiert wird



Warum spricht man heutzutage von Affektiven Störungen und nicht mehr von Neurosen?

Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich mit dem Begriff der Neurosen spezifische psychoanalytische Erklärungsmodelle verbinden. Die neuere Entwicklung der Psychiatrie hat aber ein sehr viel komplexeres Verständnis von seelischen Erkrankungen, das auch Umweltfaktoren und neurobiologische Faktoren miteinschließt.

Wie lassen sich Affektive Erkrankungen behandeln?

Aufgrund einer umfassenden Analyse der Symptomatik, ihrer Entstehungsgeschichte und der sie auslösenden oder aufrechterhaltenden Faktoren entwickeln wir individuelle Programme aus dem ganzen Spektrum modernster psychotherapeutischer, pharmakologischer und soziotherapeutischer Therapieansätze. Auf gut Deutsch: Bei uns gibt es alles – von der Eheberatung bis zur Elektroheilkrafttherapie.

Was ist die Indikation für eine Elektroheilkrafttherapie?

EKT kann lebensrettend sein bei schweren Depressionen mit hoher Suizidgefährdung, die sich nicht medikamentös einstellen lassen. Zudem bei bestimmten Formen einer Psychose. Sie wird unter kontrollierten Bedingungen in tiefer Narkose und Muskelrelaxation durchgeführt und ist eine probate nichtmedikamentöse Alternative.

Werden in Ihrer Klinik zunehmend Burn-out-Patienten aufgenommen?

Ich bin kein großer Freund von Krankheitsneuschöpfungen, bei denen im Subtext häufig die Psychopathologisierung der Gesellschaft mitschwingt. Der Begriff Burn-out wird auch deshalb so inflationär gebraucht, weil er mit Hochleistung verbunden, also sozial akzeptiert ist. Wenn man Burn-out als Stressfolgeerkrankung versteht, bin ich einverstanden, wobei Stress nicht nur durch Hochleistung verursacht wird. Gleichwohl sind die Übergänge zur Entwicklung einer manifesten Depression fließend. Nämlich immer dann, wenn eine dauerhaft zu hohe Stressbelastung vorliegt, die zu einem erniedrigten Cortisol-Spiegel und hirnorganischen Veränderungen geführt hat. Dabei handelt es sich jedoch nicht um irreversible Prozesse, sondern um einen Zustand, den man mit guter Prognose behandeln kann – wie andere Affektive Erkrankungen auch. ▲

 77
Betten

 1203
Stationäre
Patienten p. a.

 824
Ambulante
Patienten p. a.

 Einweisernr.
(0171) 9768456

PROF. DR. CLAAS-HINRICH LAMMERS

Ärztlicher Direktor der Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll und Psychiatrie Wandsbek und Chefarzt der Klinik für Affektive Erkrankungen, Telefon: (040) 18 18-87 21 21, Email: c.lammers@asklepios.com

Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers blickt auf eine Reihe von Tätigkeiten und Forschungsaufenthalten an renommierten medizinischen Institutionen zurück – etwa dem National Institute of Mental Health in den USA oder dem Centre Paul Broca, l'INSERM, Paris. Unter seiner Führung wurde seit 2006 die an modernsten wissenschaftlichen Stan-

dards orientierte Spezialisierung der Psychiatrie in Ochsenzoll vorangetrieben. Auf Lammers' Agenda steht nicht nur die Neustrukturierung und Weiterentwicklung der Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll, sondern auch die Schaffung eines breitgefächerten Fort- und Weiterbildungsangebotes. Einer seiner Schwerpunkte ist hierbei die Psychotherapie.

SCHRITTWEISE ZUM ERFOLG.

Essstörungen behandelt man am besten in Etappen. Um Rückfälle nach einem Klinikaufenthalt zu vermeiden, hat die leitende Diplom-Psychologin Silka Hagena ein verhaltenstherapeutisches Konzept für eine stationär-ambulante Intervallbehandlung entwickelt

SUBTYPEN EINER ESSSTÖRUNG

Außer den klassischen Essstörungen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und der Binge Eating Disorder werden auf der Spezialstation O53B auch Subtypen von Essstörungen behandelt

- **Bigorexie:** tritt hauptsächlich bei Männern auf. Selbst bei ausgeprägter Bemuskelung nimmt sich der Betroffene als schwächling wahr.
- **Pregorexie:** In der Schwangerschaft auftretende Magersucht – die werdenden Mütter verlieren trotz Schwangerschaft an Gewicht beziehungsweise nehmen nicht zu.
- **Orthorexie:** zwanghafte Fixierung auf gesundes Essen und Nahrungsmittelunverträglichkeiten mit der Folge von ernährungsbedingten, physiologischen Entgleisungen.

In den Semester- oder Schulferien ist unsere Station immer voll belegt«, sagt Dipl.-Psych. Silka Hagena, leitende Psychologin der Klinik für Affektive Erkrankungen. »Daran kann man erkennen, wie leistungsorientiert unsere Patienten sind.« Nicht nur junge Frauen, sondern zunehmend junge Männer werden auf der Spezialstation für Essstörungen O53B aufgenommen. Zu je 40 Prozent werden hier an Magersucht und an Essbrechsucht Leidende behandelt. Den restlichen Anteil stellen Menschen, die unter einer Binge Eating Disorder, dem unkontrollierbaren Hang zu Heißhunger- und Essattacken, oder einer der neueren Formen von Essstörungen wie Bigorexie, Pregorexie oder Orthorexie erkrankt sind. Krankenschwestern und Ökotrophologen der Klinik für Affektive Erkrankungen erfüllen kotherapeutische Aufgaben. Am Beispiel der O53B lässt sich das besonders gut beobachten: Macht eine anorektische Patientin mit einem erschreckend niedrigen Body-Mass-Index die ersten Schritte auf ihrem Weg zum Normalgewicht, wird sie in Küche, Speiseraum und vor und nach den Mahlzeiten von einer Fachkrankenschwester oder Ernährungsberaterin begleitet und im achtsamen Umgang mit Körper, Gedanken und Gefühlen geschult. Mit der Steigerung des Körpergewichts und einer Normalisierung des Essverhaltens ist es jedoch oft nicht getan. »Neue Studien zeigen, dass nach der Entlassung sehr schnell wieder ein gestörtes Essverhalten auftreten kann«, sagt Prof. Claas-Hinrich

Lammers, Chefarzt der Klinik für Affektive Erkrankungen. Um das zu verhindern, hat Silka Hagena ein neues verhaltenstherapeutisches Konzept entwickelt.

VIER WOCHEN BELASTUNGSPROBE

»Nach der Stabilisierung des Gesamtzustands bereiten wir einen Wochenplan vor, der sowohl regelmäßige Mahlzeiten als auch das Training von Achtsamkeits- und Körperakzeptanzübungen beinhaltet«, erläutert Hagena das Prinzip. »Mit ihm geht es vier Wochen nach Hause.« In dieser schwierigen Phase schreiben die Patienten täglich Protokolle und halten den Kontakt zum ambulanten Nachsorgeteam durch E-Mails und eine ambulante Gruppentherapie. Nach den vier Wochen Belastungserprobung folgen ein, gegebenenfalls noch zwei weitere stationäre Aufenthalte. Wie schon zuvor wechseln auch sie sich jeweils mit einer »Zuhause-Phase« ab, in der es weiterhin ambulant und online Unterstützung gibt. »Durch diese engmaschige Begleitung in einem integrierten Versorgungskonzept bieten wir selbst schwer erkrankten Essgestörten die Chancen auf langfristige Gesundheit und Stabilität«, sagt Hagena. Falls nötig, kann die Therapie in enger Kooperation mit dem verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut IVAH sowie einer ambulanten Nachsorge durch eine eigene spezialisierte Institutsambulanz weitergehen. ▲

BUCHTIPP

Silka Hagenas Lehrbuch »Therapie-Tools Angststörungen« ist im August 2014 im Beltz-Verlag erschienen.





NACHHOLEN, WAS VERSÄUMT WURDE

Immer wieder werden neue Therapiekonzepte entwickelt, die dort ansetzen, wo andere an Grenzen stoßen. Eine Innovation ist neben den achtsamkeitsbasierten Angeboten und der Akzeptanz- und Commitmenttherapie die Schematherapie. Sie beruht auf der Arbeit des amerikanischen Psychologen und Psychotherapeuten Jeffrey E. Young und ist als Erweiterung der klassisch kognitiven Verhaltenstherapie zu verstehen. Als wesentliche Ergänzungen sind die besondere Bedeutung der therapeutischen Beziehungsgestaltung auf dem Boden früherer Beziehungserfahrungen, der Einsatz von Imagination zur Schemaaktivierung sowie Methoden aus der Gestalttherapie zu nennen. Während die Schematherapie Erfolge bei unterschiedlichsten Persönlichkeitsstörungen erzielte, wird sie in Ochsenzoll vor allem bei Ess- und Zwangsstörungen genutzt. Schematherapie basiert auf der Annahme, dass sich in Kindheit und Jugend entstandene dysfunktionale Mus-

ter in Form von Schemata verfestigt haben. Ein Schema setzt sich aus Erinnerungen, Emotionen, Gedankenmustern und Körperempfindungen zusammen. Es wird als leidvoll und zugleich als vertraut erlebt. Und meistens wird versucht, es auf eine nicht hilfreiche Art und Weise zu bewältigen. Mit Hilfe eines Schemafragebogens kreisen Therapeut und Patient zu Therapiebeginn mögliche Schemata ein. Schrittweise folgen dann die kognitive Bearbeitung, erlebnisbasierte Interventionen, die Unterbrechung maladaptiver Verhaltensmuster (Hungern, Brechen, Zwangsrituale) und die Nutzung der therapeutischen Beziehung (das sogenannte »Limited Parenting«). Dabei lernen die Patienten durch die Beziehung zu ihren Therapeuten nachträglich kennen, was sie bisher entweder zu wenig oder in übertriebenem Maße erlebt haben: elterliche Fürsorge, Stärkung des Vertrauens, Vermittlung von Stabilität, emotionale Zuwendung und die Förderung von Unabhängigkeit.



Als leitende Psychologin, Supervisorin und Autorin verknüpft Dipl.-Psych. Silka Hagena Theorie und Praxis Affektiver Erkrankungen.



Einweisernr.
(0171) 9768456

**DR. BIRGER DULZ**

*Chefarzt der Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen,
Telefon: (040) 18 18-87 24 28, Email: b.dulz@asklepios.com*

Dr. Birger Dulz gilt als einer der weltweit führenden Experten auf dem Gebiet der Erforschung und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Sein Wissen gibt der unermüdliche Publizist in Form von Fachartikeln und Fachbüchern weiter, die zum Bildungskanon psychiatrischer und psychotherapeutischer

Lehre zählen. Er ist Gründer und Vorstand des TFP-Instituts Nord e.V. (TIN), Präsident der Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen (GEPS) sowie federführender Herausgeber der Fachzeitschrift »Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie«.

WIE MAN LERNT, IN BEZIEHUNG ZU LEBEN.

Schon 1989 wurde in Ochsenzoll das Experiment gewagt und eine Spezialstation nur für Borderliner gegründet. Im Gespräch erläutert Dr. Birger Dulz, warum im Namen seiner Klinik das Wort »Traumafolge« steckt

Ist Trauma gleich Trauma?

Je persönlichkeitsferner ein Trauma ist, desto weniger traumatisierend ist es. Erdbeben, Verkehrsunfälle, Kampfeinsatz oder singuläre Vergewaltigungen traumatisieren weniger als die Vergewaltigung durch den Vater. Ein sogenanntes Monotrauma wird in 85 Prozent der Fälle in vier bis sechs Monaten so aufgearbeitet, dass keine dauerhafte posttraumatische Belastungsstörung entsteht – mit Hilfe von Partnern, Familie, Freunden, Kollegen. Gelingt dies nicht, waren die sozialen Unterstützungssysteme überfordert.

Keine Persönlichkeitsstörung ohne Trauma?

Zu uns kommen Menschen, die nie über ein unterstützendes System verfügt haben, sondern die im Gegenteil meist seit frühester Kindheit der emotionalen Missachtung durch ihre primären Bezugspersonen ausgeliefert waren. Sie zeigt sich in Form von emotionaler oder psychischer Gewalt beziehungsweise in Form von Vernachlässigung – und darauf basierend oft auch in körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauch. Bei der Entstehung einer Persönlichkeitsstörung kommen also viele Faktoren zusammen. Es gibt eine hohe Schnittmenge mit den beschriebenen traumatischen Erfahrungen.

Was lässt sich durch Therapie erreichen?

Das Ziel kann nicht sein, dass selbstverletzendes Verhalten wie Hautritzen oder Suizidalität nachlässt oder ganz verschwindet – was relativ leicht erreichbar ist –, die Patienten aber nach wie vor unter ihrem Leben leiden. Das Ziel ist, die Lebenszufriedenheit, vor allem aber die Beziehungszufriedenheit unserer Patienten zu bessern. Bei Persönlichkeitsstörungen, sei es die Borderline- oder sei es die Antisoziale oder die Narzisstische Persönlichkeitsstörung, handelt es sich um schwerwiegende Beziehungsstörungen. Es bedarf einer langen Zeit, sie zu therapieren. Deshalb haben wir unsere Klinik so zugeschnitten, dass sie auf unterschiedliche Weise professionelle Beziehungsangebote macht – mit einer Ambulanz für die Krisenintervention, mit der Diagnostik und der poststationären Begleitung zum Beispiel. Oder einer Behandlungseinheit nur für traumatisierte Frauen, einer Station für Persönlichkeitsstörungen und Sucht sowie stationären und tagesklinischen Angeboten speziell für junge Erwachsene oder für Beziehungsstörungen bei Borderline-Patienten. ▲

 98
Betten

 1438
Stationäre
Patienten p. a.

 1246
Ambulante
Patienten p. a.

 Einweisernr.
(0151) 8207392

WISSEN HOCH ZWEI.

Mit rund 100 Betten ist die Klinik für Akutpsychiatrie und Psychosen die größte ihrer Art in Deutschland. Was macht die Zusammenarbeit der beiden Oberärzte Christian Schmidtman und Thomas Schömig so einzigartig?



1

2

Herr Schmidtman, was charakterisiert Ihre Arbeit?

Wir sehen in der Psychiatrischen Zentralen Notaufnahme alle psychiatrischen Störungsbilder in der Akutphase. Das unterscheidet uns von den anderen Stationen in Ochsenzoll mit ihren störungsspezifischen Angeboten. Viele Patienten sind nur sehr kurz bei uns, bevor sie entsprechend des Aufnahme-Screenings verlegt werden. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt circa 18 Tage. Zwischen 80 und 90 Prozent unserer Patienten leiden unter einer Psychose.

Die Sie wie behandeln, Herr Schömig?

Bei Psychotikern unterscheidet man eine sogenannte positive Symptomatik, etwa mit Halluzinationen und Ich-Störungen, sowie eine negative Symptomatik, die von Antriebsstörungen und sozialem Rückzug geprägt ist. Drittens gibt es die kognitiven Störungen, verbunden mit Lern- und Alltagsbewältigungsproblemen. Wir arbeiten immer mit Bezugstherapeuten, unsere Patienten haben stets eine feste Ansprechperson. Psychotherapeutisch nutzen wir überwiegend Methoden aus dem verhaltens- und sozialtherapeutischen Spektrum.

Wie wichtig ist die Psychopharmakologie?

Schmidtman: Sie ist der wichtigste Pfeiler. Erst durch eine fachgerechte medikamentöse Einstellung sind unser Patienten überhaupt wieder in der Lage, sich in einem sozialen Kontext für oder gegen etwas entscheiden zu können.

Das gilt auch für ihre stationäre Weiterbehandlung?

Schömig: Psychopharmaka gehören zwingend zu unserem Katalog erprobter Therapieformen. Bei Ersterkrankungen gilt die Regel, dass man ein Jahr lang Medikamente einnimmt. Sollte man in dieser Zeit erneut erkranken, verlängert sich die Einnahme auf fünf Jahre. Lehnt ein Patient Medikamente ab, versuchen wir auch andere Zugänge. Die Basis ist und bleibt aber die Medikamentation.

Was macht Ihre Klinik so einzigartig in Deutschland?

Schmidtman: In dieser großen Klinik können wir jedem Patienten ein Behandlungsangebot machen, ob stationär, teilstationär oder ambulant.



94
Betten



2118
Stationäre
Patienten p. a.



727
Ambulante
Patienten p. a.



Einweisernr.
(0160) 96321546

1 THOMAS SCHÖMIG

Leitender Oberarzt der Klinik für Akutpsychiatrie und Psychosen

Schwerpunkt von Thomas Schömig sind psychotische und neurokognitive Störungen. Sein Interesse gilt zudem der Psychopharmakotherapie: Unter seiner Leitung nimmt die Klinik regelmäßig an internationalen Psychopharmakotherapiestudien teil.

2 CHRISTIAN SCHMIDTMANN

Oberarzt der Psychiatrischen Zentralen Notaufnahme

Sein Fokus sei die Praxis, sagt Christian Schmidtman, Facharzt für Nervenheilkunde. In der Psychiatrischen Zentralen Notaufnahme begegnen ihm in seinem Arbeitsalltag alle Formen und Ausprägungen psychischer Erkrankung.

WO SCHWERE FÄLLE HILFE FINDEN.

In der Entwicklung der Suchtmedizin gingen von Ochsenzoll stets wichtige Impulse aus. Die Klinik für Abhängigkeitserkrankungen ist in das Suchthilfesystem der Metropolregion Hamburg eingebunden – auch dank der Pionierarbeit ihres Chefarztes Dr. Klaus Behrendt

Wie kommen die Patienten in die Klinik für Abhängigkeitserkrankungen?

Sie melden sich telefonisch und bekommen einen festen Aufnahmeterminein, zu dem sie eine Krankenhauseinweisung des Hausarztes mitbringen sollen. Viele kommen aber auch spontan mit ihrem Hilfewunsch und werden dann in jedem Fall untersucht und beraten und, wenn nötig, auch direkt stationär aufgenommen.

Mit welcher Art von Abhängigkeit haben Sie am meisten zu tun?

Etwa die Hälfte unserer Patienten leidet an den Folgen des Gebrauchs von illegalen Substanzen wie etwa Heroin. Darunter gibt es eine große Gruppe von Vielfach-Abhängigen mit sogenanntem polyvalentem Konsum. Auch komorbid Erkrankte, bei denen zur Sucht eine zweite Krankheit wie eine Hepatitis C, Pneumonie oder Herzklappenentzündung aufgetreten ist, behandeln wir häufig. Die andere Hälfte stellen zum Großteil die schwer und mehrfach erkrankten Alkoholabhängigen. Bei krisenhafter Zuspitzung – Stichwort Suizidalität – nehmen wir aber auch Menschen auf, deren Leben wegen ihrer Abhängigkeit aus den Fugen geraten ist, zum Beispiel bei einer Spielsucht. Zudem therapieren und beraten wir bei Abhängigkeit von Tabak, Medikamenten oder bei pathologischer Internetsucht.

Gibt es ein Spezialgebiet?

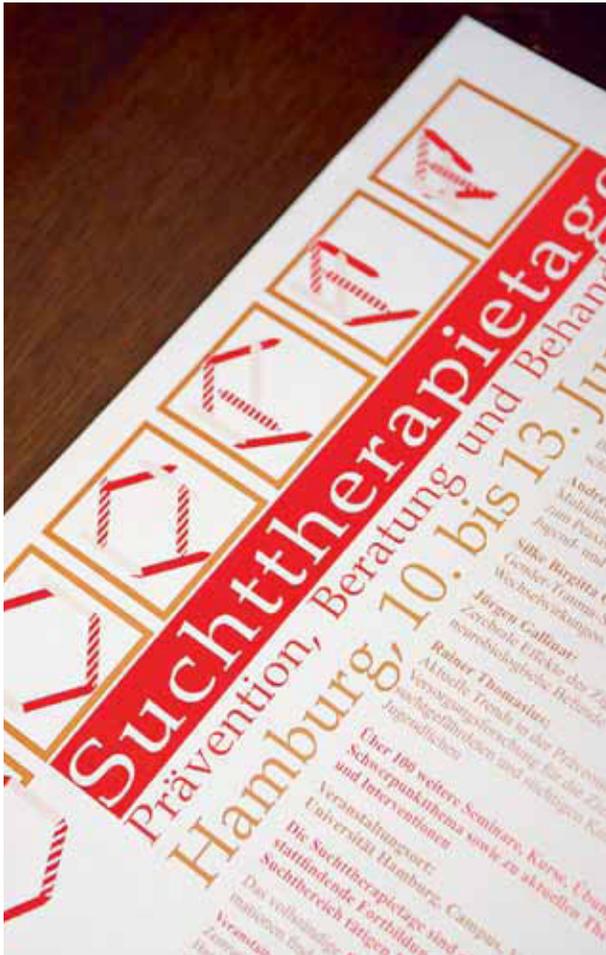
Unsere Patienten kommen gerne zu uns, weil sie wissen, dass sie ohne Vorbehalte oder Stigmatisierung jederzeit Aufnahme und Behandlung finden können, soweit wir freie Plätze haben. Unsere Spezialitäten sind neben der umfassenden medizinischen Expertise für jede Form und Schwere von Suchterkrankungen die psychotherapeutische Behandlung, Beratung und Vermittlung in weiterführende Hilfsangebote, mit denen wir vernetzt sind. Wir sind erfahren in der Behandlung von schwangeren Drogenabhängigen und körperlich sowie psychisch schwer erkrankten süchtigen Menschen und stehen bekanntermaßen auch unbequemen und schwersterkrankten Menschen zur Seite. ▲

 **110**
Betten

 **3320**
Stationäre
Patienten p. a.

 **3357**
Ambulante
Patienten p. a.

 Einweisernr.
(0151) 58207393



DR. KLAUS BEHRENDT

Chefarzt der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, derzeit in Vertretung: Katrin Gabriel, Leitende Oberärztin, Telefon: (040) 18 18-87 26 46, Email: k.gabriel@asklepios.com

Seit Mitte der 1970er Jahre wird in Ochsenzoll empirisches Wissen in der Suchtmedizin gesammelt. Maßgeblich daran beteiligt: Dr. Klaus Behrendt. Von Haus aus Neurologe bildete er sich in Ochsenzoll zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie weiter und übernahm 1995 die Leitung der heutigen

Klinik für Abhängigkeitserkrankungen. Behrendt ist unter anderem Ehrenvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. Auch nach seiner Pensionierung Ende 2014 bleibt der Suchtexperte Ochsenzoll verbunden – in der Rolle des forensischen Gutachters.

AKTUELLE KONZEPTE IN DER ALTERSMEDIZIN.

Von der Memory Clinic über die gerontopsychiatrische Tagesklinik bis zur Akutstation: Die Teams rund um PD Dr. Axel Wollmer bieten Menschen ab 65 und ihren Angehörigen multiprofessionelle Hilfe

Was unterscheidet Ihre Klinik von den anderen in Ochsenzoll?

Man muss sich unsere Klinik wie eine Psychiatrie in der Psychiatrie vorstellen. Wir behandeln Menschen, die unter allen nur denkbaren psychiatrischen Erkrankungen leiden. Das heißt: Wir sind nicht auf eine Erkrankung wie zum Beispiel Demenz beschränkt. Zu uns können alle Patienten ab dem 65. Lebensjahr kommen, auch jene, die als hoffnungslose Fälle gelten.

 **95**
Betten

Was muss man sich unter dem Zentrum für Ältere vorstellen?

Das Zentrum für Ältere wurde im Jahr 2000 gegründet und hat Schule gemacht. Zuvor gab es kein vergleichbares interdisziplinäres Angebot von Geriatern und Psychiatern in Deutschland. Auf den Stationen O6D und O6E arbeiten zwei Ärzteteams – bestehend aus Geriatern und Gerontopsychiatern – mit einem gemeinsamen Pflege- und Therapeutenteam zusammen.

 **1332**
Stationäre
Patienten p. a.

Warum ist das ein Vorteil?

Wenn zum Beispiel eine in erster Linie geriatrische Behandlung abgeschlossen ist, ein psychiatrisches Problem wie eine Depression, ein Delir oder eine Demenz aber noch besteht, können die Gerontopsychiatern die hauptsächliche Betreuung des Patienten übernehmen, ohne dass der Patient die Station, das Bett oder die pflegerischen Bezugspersonen wechseln muss. Das schafft Stabilität, Vertrauen und Sicherheit.

 **1432**
Ambulante
Patienten p. a.

Wer kommt in die Memory Clinic?

Die Memory Clinic oder Gedächtnissprechstunde steht allen Menschen offen, die unter Gedächtnisstörungen leiden und wissen möchten, was dahintersteckt. Das kann zum Beispiel eine Depression oder auch eine Demenzerkrankung sein. Die Abklärung umfasst eine ausführliche Anamnese sowie neuropsychologische, körperliche, laborchemische und bildgebende Untersuchungen. Wir empfehlen, wie es am besten weitergehen kann, arbeiten eng mit Angehörigen zusammen. Darüber hinaus vermitteln wir gerne den Kontakt zum regionalen Hilfesystem. ▲

 Einweisernr.
(0171)9768470



PD DR. AXEL WOLLMER

Chefarzt der Klinik für Gerontopsychiatrie, Telefon: (040) 18 18-87 23 37, Email: m.wollmer@asklepios.com

Privatdozent Dr. Axel Wollmer verbindet Theorie und Praxis. Mit seiner wissenschaftlichen Arbeit zur Immuntherapie und Genetik der Alzheimerkrankheit und der Erforschung von Botulinum in der Behandlung von depressiven Störungen hat er sich einen Namen gemacht. Die von ihm geleitete Klinik ist bis ins kleinste architektonische Detail

auf die Bedürfnisse dementiell oder psychisch erkrankter älterer Menschen ausgerichtet. Als Mitglied des Vorstands bei der Hamburgischen Brücke e. V. – Gesellschaft für private Sozialarbeit und bei der Alzheimer Gesellschaft Hamburg e. V. ist Privatdozent Dr. Wollmer eng mit dem Hamburger Hilfesystem vernetzt.

WERDEN WIR ALLE DEMENT?

Ronald Reagan, Maggie Thatcher, Rudi Assauer: Werden Prominente dement, nimmt die Öffentlichkeit regen Anteil. Viele Menschen haben Angst, auch sie werde dieses Schicksal ereilen. Ist das berechtigt?

In der öffentlichen Debatte ist kaum ein Bild so präsent und so bedrohlich wie das der alternden Gesellschaft. Ist ein hohes Alter gleichbedeutend mit Alzheimer und Demenz? Wenn ja, ist unsere Gesellschaft entsprechend vorbereitet? Der Gesetzgeber versucht, Vorkehrungen zu treffen – etwa, indem er Anreize für zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b Sozialgesetzbuch schafft. Gleichzeitig arbeiten Forscher mit Hochdruck an der Entwicklung von Antidemenzmedikamenten. »Ich behaupte, dass es bereits eine ganze Reihe von Medikamenten gibt, die dementielle Erkrankungen wirksam bekämpfen«, sagt PD Dr. Axel Wollmer. »Das Problem ist nur, dass die Erkrankung der Symptomatik um etwa 20 Jahre voraus-eilt.« Ein riesiges Problem: Das Absterben von Nervenzellen, das Schrumpfen von Hirnarea-

len oder die Anhäufung von Plaques – all diese hirnpathologischen Veränderungen verlaufen über Jahre stumm, ohne erkennbare Symptome. Treten schließlich die typischen Anzeichen für eine Demenz oder für Alzheimer auf, ist der Prozess bereits gelaufen und unumkehrbar. Aus diesem Grund werden weltweit aufwendige Studien durchgeführt, um die Möglichkeiten von Prävention, Früherkennung und Frühbehandlung zu erforschen. Auch wenn einige Ansätze vielversprechend sind, dürfte es nach Ansicht des Altermediziners Wollmer noch viele Jahre dauern, bis Diagnostik und Pharmakologie weit genug entwickelt sind, um Demenz und Alzheimer in den Griff zu bekommen. Was können wir bis dahin tun? Wollmer: »Ein aktiver Lebensstil in sozialer, körperlicher und geistiger Hinsicht wirkt erwiesenermaßen vorbeugend.« ▲



WAS IST VERSTEHENDE DIAGNOSTIK?

Neben den Hauptsymptomen wie Gedächtnis- und Orientierungsstörungen treten im Verlauf einer Demenz oft auch Verhaltensauffälligkeiten zum Beispiel in Form von Unruhe und Aggressivität auf. Man nimmt an, dass diesen Symptomen in vielen Fällen Beschwerden, Bedürfnisse oder Missverständnisse zugrunde liegen, die der Patient wegen seiner Demenz nicht mehr in Worten mitteilen oder auflösen kann. Die Kunst ist es dann, anhand des Verhaltens und des nonverbalen Ausdrucks des Patienten und im Umgang mit ihm herauszufinden, ob möglicherweise Schmerzen, der Wunsch nach Zuwendung und Nähe oder auch Angst vor bestimmten Personen oder Situationen Auslöser sind. Wenn es gelingt, die Ursachen zu verstehen, kann man sie gezielt behandeln und sich optimal auf jeden einzelnen Patienten einstellen. Dabei werden auch die Angehörigen mit einbezogen.



Dank lichtdurchfluteter Flure erleben die Patienten den Wechsel der Tageszeiten. Dasselbe gilt für die Jahreszeiten – anhand der Pflanzen in den Innenhöfen werden auch sie hautnah erfahrbar. So begegnet man in der gerontopsychiatrischen Klinik in Ochsenzoll Verwirrung und Orientierungslosigkeit mit architektonischen Mitteln.



HILFT BOTOX GEGEN DEPRESSIONEN?

Bei chronifizierter oder therapieresistenter Depression kann eine einmalige Injektion von Botulinumtoxin (Botox) im Bereich der Stirn zu einer deutlichen und anhaltenden Stimmungsaufhellung führen. Man nimmt an, dass die Mimik nicht nur Gefühle ausdrückt, sondern auch verstärkend auf diese zurückwirkt. Dieser sogenannte »Facial Feedback-Mechanismus« wird durch die Behandlung unterbrochen. »Wenn zukünftige Studien die bisherigen konsistenten Befunde weiter bestätigen, könnte sich die Injektion von Botulinumtoxin zu einer neuen, ergänzenden Option in der Behandlung der Depression entwickeln«, sagt PD Dr. Axel Wollmer, Chefarzt der Klinik für Gerontopsychiatrie in Ochsenzoll. Wollmer hat in den Jahren seiner oberärztlichen Tätigkeit an der Universität Basel erstmals eine entsprechende kontrollierte Studie durchgeführt und sie publiziert. Inzwischen wurde sie in zwei weiteren, randomisierten Studien bestätigt und erweitert. Die Behandlung ist gut verträglich.

PSYCHIATRIE DER PRÄVENTION.

Obwohl die Zahl der von psychisch kranken Tätern verübten Delikte in Hamburg im letzten Jahrzehnt stagniert, steigen die Zuweisungsraten in die forensische Psychiatrie. Grund: Die Arbeit des Teams unter Leitung von Dr. Guntram Knecht wird von den zuweisenden Instanzen sehr geschätzt

Die forensische Psychiatrie wird naturgemäß scharf beobachtet. Wie gehen Sie damit um?

Indem wir gute Arbeit machen und das mit beeindruckenden Zahlen belegen können. Im Maßregelvollzug in Ochsenzoll ist die Verweildauer zwei Jahre kürzer als im Bundesdurchschnitt. Die Zahl der sogenannten »unerwünschten Zwischenfälle« – darunter versteht man Regelverstöße wie etwa die unpünktliche Rückkehr eines Patienten – beträgt bei uns nur zehn Prozent der erwarteten Quote. Im Vergleich ein extrem niedriger Wert. Wenn im Bundesdurchschnitt beispielsweise 30 Prozent »unerwünschte Zwischenfälle« dokumentiert werden, haben wir in Hamburg nur drei Prozent.

 **292**
Betten

Was reizt Sie an Ihrer Arbeit?

Als ich Anfang 2000 das Angebot bekam, die Forensik in Ochsenzoll zu leiten, war mein damaliger Eindruck: Hier gibt es beruflich was zu tun. Und so war es: Inzwischen ist die Forensik um ein Dreifaches gewachsen.

 **450**
Stationäre
Patienten p. a.

Mit welchen Maßnahmen haben Sie das erreicht?

Am Anfang war mein Job eher der eines Change-, um nicht zu sagen: der eines Krisenmanagers. Zum einen musste das Selbstbewusstsein der Mitarbeiter gestärkt werden, und es gab einen hohen Nachholbedarf an Struktur. Zum anderen konnten viele neue qualifizierte Mitarbeiter eingestellt werden. Im nächsten Schritt ging es dann um die Weiterentwicklung und die Verwirklichung innovativer Konzepte.

 **653**
Ambulante
Patienten p. a.

Welche zum Beispiel?

Wir haben 2004 die erste »Longstay«-Abteilung Deutschlands gegründet. Dort nehmen wir Therapieverweigerer auf, die für sich momentan keine Perspektive sehen. Sie sind von Therapie freigestellt, und wir verstricken uns gar nicht erst in einem aussichtslosen Kampf. Dafür ist die Arbeit mit motivierten Patienten umso effektiver. Auch die Instituts-Ambulanz ist innovativ: Als Anlaufstelle ist sie für entlassene, aber auch für präforensische Patienten und deren Angehörige da. Was heißt präforensisch? Beobachtet eine Mutter, dass ihr Kind 14 Stunden am Tag Gewaltspiele spielt und schon mal das Wort Amok fällt, sind wir als Ansprechpartner, Fachberater und Feuerwehr zur Stelle.

Gibt es ein Arbeitsmotto?

Wir schauen, was empirisch wirksam ist, was funktioniert. Wir suchen nicht nach dem Absoluten – im Sinne einer Rettung der Welt. Unsere Lösungen müssen nicht perfekt sein, aber wir wollen morgen besser sein als heute. ▲

18 Stationen, 396 Mitarbeiter: Die Forensik ist Ochsenzolls größte Klinik. Durch zahlreiche Arbeits- und Ausbildungsmöglichkeiten erhalten die Patienten neben ihrer Therapie eine tragfähige Perspektive für die Zeit danach.



DR. GUNTRAM KNECHT

*Chefarzt der Klinik für forensische Psychiatrie,
Telefon: (040) 18 18-87 25 13, Email: g.knecht@asklepios.com*

Seit 14 Jahren leitet der Österreicher Dr. Guntram Knecht die Klinik für psychiatrische Forensik in Ochsenszoll. Seine Arbeit wurde mit dem Pfizer Preis für Klinische Psychiatrie und dem Krafft-Ebing-Preis für forensische Psychiatrie ausgezeichnet. Knecht ist Lehr-

beauftragter an der Asklepios Medical School, arbeitet als psychiatrischer Sachverständiger und ist Mitglied der wichtigsten nationalen und internationalen forensischen Fachgesellschaften. Ein besonderes Interesse des Forensikers gilt der ambulanten Nachsorge.

**PD DR. MATTHIAS NAGEL**

Chefarzt der Psychiatrie Wandsbek, Telefon: (040) 18 18-83 7008, Email: ma.nagel@asklepios.com

Privatdozent Dr. Matthias Nagel leitet seit 2011 die neu eröffnete Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Nach seinem Studium in Hamburg arbeitete er in der Neurologie und Psychiatrie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein am Standort Lübeck. Die

wissenschaftlichen Schwerpunkte des Privatdozenten liegen in der Neuropsychologie bei Schizophrenien, der Demenzforschung und der Akutpsychiatrie. Sein Ziel: »Ich möchte Schwerstkranke für die psychiatrische Behandlung motivieren.«

IN WANDSBEK FÜR WANDSBEK: HILFE VOR ORT.

Psychisch kranke Patienten, die im Osten Hamburgs wohnen, finden seit 2011 eine Klinik vor ihrer Haustür. Die Psychiatrie Wandsbek bietet 110 Betten, eine Tagesklinik mit 20 Plätzen sowie eine Ambulanz. Das Team rund um Chefarzt PD Dr. Matthias Nagel ist jung – und dem Stadtteil verbunden

Warum sollte eine Klinik für Psychiatrie nah am Wohnort des Patienten liegen?

Man hat gelernt, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen für ihre Genesung die unmittelbare Nähe zu ihrem Lebensumfeld brauchen. Die wohnortnahe Therapie erlaubt es unseren Patienten, regelmäßigen Kontakt zu Familie und Freunden zu pflegen. Die Eröffnung unserer Klinik 2011 war ein historischer Tag, denn die Klinik ist der letzte Baustein einer dezentralen psychiatrischen Versorgung in Hamburg. Mit ihr hat die Stadt einen 30 Jahre dauernden Prozess abgeschlossen.

Die Ausstattung des Klinikneubaus ist hochmodern. Wer kommt als Patient zu Ihnen?

Wir sind eine Versorgungsklinik, wir sind für alle Menschen des Stadtteils und der Umgebung da. Die Ausstattung der Psychiatrie hat ein hohes Niveau. Es gilt, unseren Patienten eine individuell angemessene Behandlung in einem guten Umfeld zu ermöglichen. Weil wir eine junge Klinik sind, ist auch das Team sehr jung. Die meisten Ärzte sind wie ich knapp über 40 Jahre alt und hoch motiviert.

Und wie kommt man als Patient zu Ihnen?

Man ruft bei uns an und stellt sich vor. So läuft es bei 95 Prozent unserer Patienten. Das ist ganz unspektakulär. Wir arbeiten auch mit den niedergelassenen Therapeuten zusammen, bereiten in Qualitätszirkeln den Aufenthalt eines Patienten bei uns vor oder umgekehrt die Entlassung.

Warum haben Psychiatrien immer noch mit ihrem Ruf zu kämpfen?

Dahinter steht wohl die Angst vor Psychopharmaka. Dabei entscheiden unsere Patienten selbst, ob und welche Medikamente sie nehmen. Wobei wichtig ist: Moderne Psychopharmaka sind viel besser als ihr Ruf. Fast alle Patienten unseres Hauses sagen am Ende der Behandlung, dass es ihnen bessergeht.

Gibt es ein Konzept, um die psychiatrische Versorgung vor Ort weiter zu verbessern?

Ja, die »Zentren für seelische Gesundheit«, das sind wohnortnahe Ambulanzen, etwa in Horn. Durch die Vor-Ort-Betreuung können unsere Patienten Erlerntes direkt in ihren Alltag integrieren. ▲

STATION W1

Akutpsychiatrie

STATION W2

Behandlung psychotischer Störungen

STATION W3

Persönlichkeitsstörungen und Sucht

STATION W4

Psychische Erkrankungen im höheren Lebensalter

STATION W5

Behandlung von Depressionen

PSYCHOTHERAPEUTISCHE TAGESKLINIK

Teilstationäre Behandlung

PSYCHIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZ

Ambulante Angebote

 **110**
Betten

 **5**
Stationen.

 **2000**
Patienten p. a.

 Einweisernr.
(040)
1818837029

OBdachlosigkeit und PSYCHIATRIE

Zwei Drittel aller Obdachlosen sind Studien zufolge alkohol- und drogenabhängig, mindestens 25 Prozent sind psychisch erkrankt. In Hamburg leben mehr als 1000 Obdachlose, jeder Dritte ist nicht krankenversichert.





OHNE HEIMAT SEIN HEISST LEIDEN.

Wohnungslose, die psychisch krank sind, gehen nicht zum Psychiater.

Oberarzt Richard Becker behandelt sie deshalb in Wohnheimen

Vor zehn Jahren begann Richard Becker, Obdachlose unter Brücken zu treffen. »Ich möchte psychisch kranken Menschen helfen, die unser Gesundheitssystem nicht erreicht«, sagt der Mann mit dem grauen Pferdeschwanz. Obdachlose suchen selten medizinische Hilfe – und eigentlich nie psychiatrische Unterstützung. »Sie konzentrieren sich darauf, ein Plätzchen und Essen zu finden. Ihre Depressionen, Angststörungen oder schizophrenen Psychosen – sowohl Ursache als auch Folge der Wohnungslosigkeit – bleiben unbehandelt.« Deshalb beschloss der Oberarzt der Psychiatrie Ochsenzoll, Obdachlose »nachgehend« zu behandeln – sie also dort aufzusuchen, wo sie sind.

Heute arbeitet der 63-Jährige in einem Team mit drei Kollegen. Gemeinsam betreuen sie Wohnungslose in neun Einrichtungen vom Frauenzimmer in Borgfelde bis zum Jakob-Junker-Haus für Männer in Groß Borstel. »In feste Einrichtungen zu gehen ist sinnvoll, weil ich früher »unter der Brücke« oft feststellen musste: Der Patient ist weitergezogen.« In den Einrichtungen gibt es hingegen Sozialpädagogen, die die Wohnungslosen unterstützen – sei es dabei, Termine wahrzunehmen, Rezepte einzulösen oder eine Krankenversicherung abzuschließen.

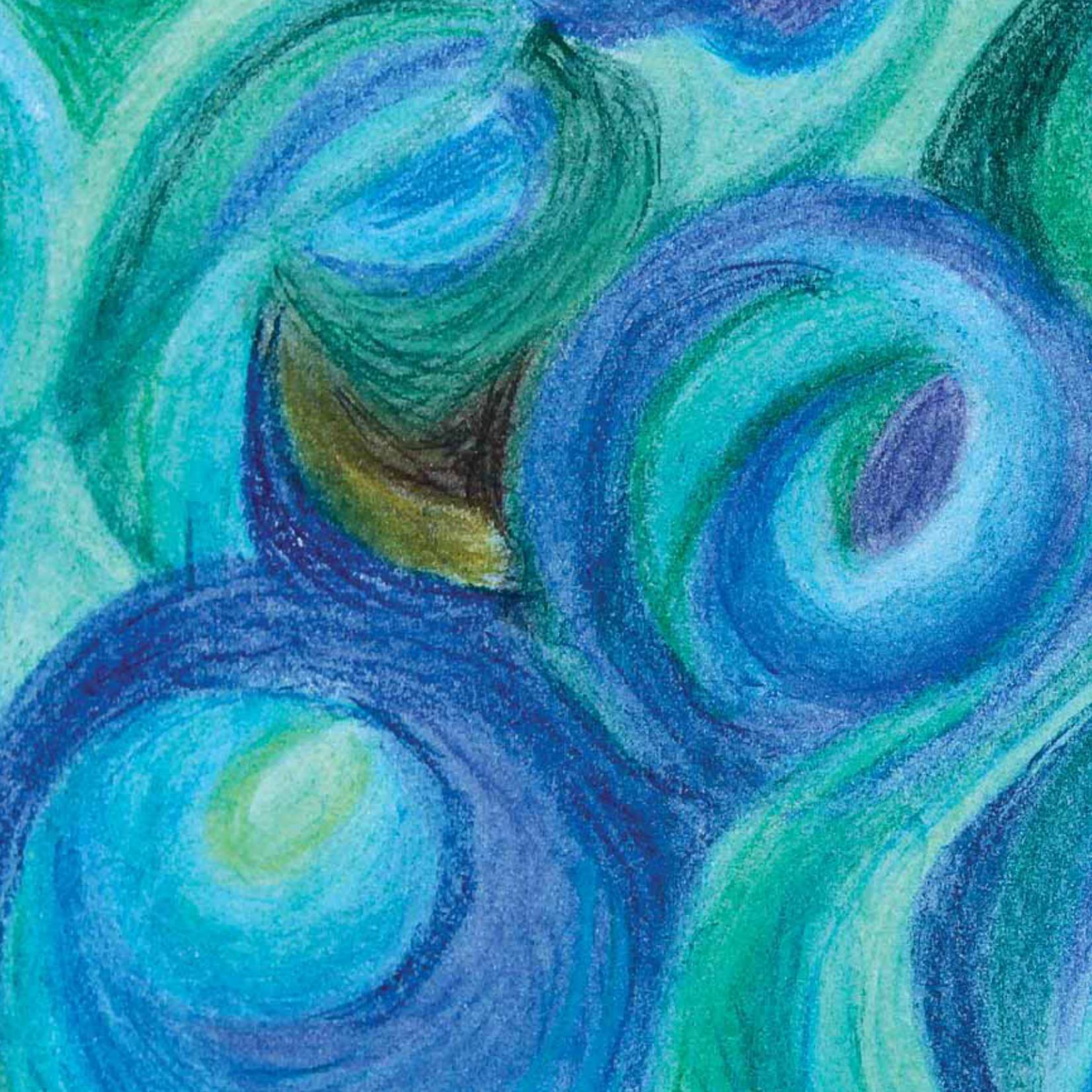
Becker und sein Team möchten für ihre Patienten ein Stück Normalität erreichen. In kleinen Schritten: »Es ist ein toller Erfolg, wenn der Patient regelmäßig seine Medikamente nimmt. Und später zu Terminen in die Ambulanz kommt.« Am Ende steht im Idealfall, dass der Wohnungslose in eine Wohngemeinschaft für psychisch Erkrankte oder in eine eigene Wohnung zieht. »Ein bisschen Bürgerlichkeit«, nennt Becker das schmunzelnd. Wie er das Vertrauen seiner Patienten gewinnt? »Wir stellen keine Forderungen, die sie nicht erfüllen können«, sagt Becker. »Wie etwa, mit dem Alkohol aufzuhören.« Vielmehr versuche er, in Erfahrung zu bringen, wie viel jemand gerade trinkt. »Dann kann ich sagen: Gehe lieber mal kurz in die Klinik.«

Eine langjährige Patientin ist Marianne Ipsen*. Als Becker sie kennenlernte, hatte sich ihr Freund getrennt. Bereits in der Kindheit traumatisiert, landete sie auf der Straße und kam dann ins Frauenzimmer. Dort sprach Becker mit ihr, verschrieb Medikamente. In schweren Krisenzeiten empfahl er Klinikaufenthalte, »damit sie nicht untergeht«. Heute lebt sie in einem Wohnprojekt für psychisch Kranke. Sie hat ein Einzelzimmer. Und ein Zuhause. ▲

**Patientenname von der Redaktion geändert*

GESCHICHTE

Die psychiatrische Obdachlosenforschung gibt es schon lange: 1906 veröffentlichte der Psychiater Karl Wilmanns das Buch »Zur Psychopathologie des Landstreichers«.



HANDELN.

56

KEINE CHEMISCHE KEULE UND KEIN WUNDERMITTEL

Psychopharmakotherapie

57

MENSCHLICHES MITEINANDER IM KLINIKALLTAG

Ethik-Komitee und Krankenhausesseelsorge

58—59

HILFE, MEIN PATIENT IST SUIZIDAL – WAS TUN?

Was Sie über Zwangseinweisungen wissen sollten

60—63

MULTIZENTRISCH UND MULTIPROFESSIONELL

Psychiatrisch-Psychotherapeutisches Ambulanzzentrum (PAZ)

64—65

UNSERE ANGEBOTE IN GANZ HAMBURG

Tageskliniken im Überblick

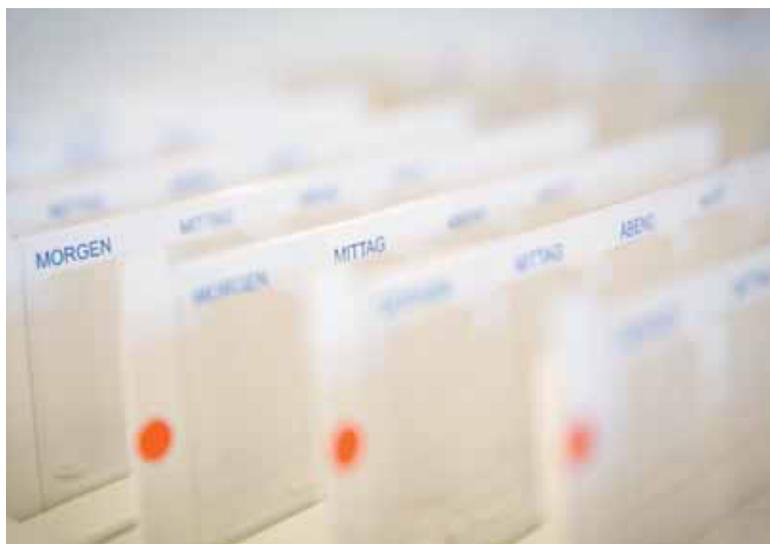
66—67

OCHSENZOLL GESTERN UND HEUTE

Wegmarken der Hamburger Psychiatrie

KEINE CHEMISCHE KEULE UND KEIN WUNDERMITTEL.

Psychopharmakotherapie ist eine zentrale Säule in der Therapie psychischer Erkrankungen



Seit rund 60 Jahren haben Psychopharmaka entscheidend dazu beigetragen, dass viele psychische Erkrankungen behandelt werden konnten. Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen, welchen man früher hilflos gegenüberstand, können mit Psychopharmaka erfolgreich behandelt werden. Auch deswegen haben seit den 60er Jahren die körperlichen Zwangsmaßnahmen dramatisch abgenommen. Mit Hilfe von Psychopharmaka gelingt es, stationäre Behandlungszeiten erheblich zu reduzieren, so dass die Patienten früher in ihr soziales Umfeld zurückkehren können.

Heute sind diese Medikamente im Rahmen moderner, störungsspezifischer Behandlungskonzepte psychischer Krankheiten unentbehrlich, ohne dass hiermit die Notwendigkeit einer gleichzeitig stattfindenden Psychotherapie infrage stünde. Die meisten klinischen Studien belegen insgesamt, dass eine Kombination von Psychopharmakotherapie und Psychotherapie einer alleinigen Psycho- oder Pharmakotherapie überlegen ist. Der Einsatz von Psychopharmaka erfordert aber immer eine klare Indikationsstellung. Bei psychotischen und bipolaren Störungen stellen die Medikamente die Basis einer langfristigen Behandlung dar. Darüber hinaus gibt es kaum eine psychische Störung, die nicht unterstützend oder symptombezogen mit Psychopharmaka behandelt wird. Beispiele sind Zwangsstörungen, Depressionen, Ess-

störungen, Persönlichkeitsstörungen, Abhängigkeitsstörungen, ADHS oder dementielle Erkrankungen. Allerdings ist die Indikation zur psychopharmakologischen Therapie vom Krankheitsstadium abhängig. Ein Beispiel: Man hat inzwischen festgestellt, dass bei leichten Depressionen eine psychopharmakologische Behandlung keine Vorteile bringt, hingegen eine frühzeitige pharmakologische Behandlung bei der Alzheimer-Demenz hilfreich ist.

Leider können alle Psychopharmaka zum Teil erhebliche Nebenwirkungen mit sich bringen. Insofern setzt eine gute Psychopharmakotherapie immer eine kontinuierliche und engmaschige Betreuung der Patienten voraus, um etwaige Nebenwirkungen rasch zu erkennen. In der Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll wird in der Regel einer psychopharmakologischen Monotherapie der Vorzug vor einer Mehrfachbehandlung gegeben. Der Grund: Mit jeder Kombinationstherapie steigt die Adhärenz mit der Folge eines sinkenden Therapieerfolges und wachsenden Risikos von Interaktionen. Zusätzlich werden in unserer Klinik jedoch auch komplexe psychische Störungen behandelt, etwa bei therapieresistenten Patienten, bei denen unter Umständen auch eine Kombinationstherapie notwendig wird, oder psychisch kranken Patientinnen werden während der Schwangerschaft und Stillzeit behandelt und begleitet. ▲

ETHISCHE WACHHEIT.

Das Ethik-Komitee der Asklepios Klinik Nord ist sowohl für Heidberg als auch für Ochsenzoll zuständig. Interdisziplinär besetzt fördert es ein ethisches Denken, Handeln und Miteinander im Klinikalltag

Eine ethische Fallbesprechung (EFB) zu organisieren zählt zu den Aufgaben des Ethik-Komitees der Asklepios Klinik Nord. Dabei handelt es sich um ein strukturiertes Gespräch innerhalb eines Behandlungsteams. Es kann angefordert werden, sobald sich ein Team akut oder retrospektiv mit ethischen Fragestellungen konfrontiert sieht und Klärungsbedarf anmeldet.

Seit 2004 moderiert Britta Stieglitz die ethischen Fallbesprechungen. Sie sagt: »Eine Fallbesprechung weckt oft das gegenseitige Verständnis von Ärzten und Pflegeern. Aber sie dient auch der Entlastung, Offenheit und Selbstreflexion innerhalb eines Teams.« Stieglitz, leitende Psychologin der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, ist froh, dass es mittlerweile einen Pool von Moderatoren gibt, die sie als Vorsitzende des Ethik-Komitees selbst ausgebildet hat. Die Moderatoren sorgen vor Ort in Ochsenzoll und Heidberg dafür, dass eine ethische Wachheit etabliert bleibt. Im arbeitsreichen klinischen Alltag, sei es auf der Intensivstation oder in der Geriatrie, bleiben oft nur 30 Minuten Zeit für ein solches Gespräch. Deshalb muss es gut strukturiert sein. Nicht selten kreist eine EFB um die ethischen Aspekte lebensverlängernder Maßnahmen. Die Autonomie der Patienten zu respektieren, ihnen keinen Schaden zuzufügen, ihrem Wohl zu dienen, gerecht zu entscheiden und zu handeln sowie ihre Würde zu achten: Das sind maßgebliche Behandlungsprinzipien, die das Ethik-Komitee hervorhebt. Viermal im Jahr tagt das Gremium, um das Direktorium bei der Entwicklung von Leitlinien zu beraten und Fortbildungsinhalte für Mitarbeiter und Interessierte zu konzipieren. ▲



Pastor Nils Kiesbye arbeitet für die evangelische, Pastoralreferentin Elisabeth Frost für die katholische Kirche.

VON MENSCH ZU MENSCH.

Das Angebot der Krankenhausseelsorge in der Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll gilt unabhängig von Kirchenzugehörigkeit oder Weltanschauung

Dass sie sich als Seelsorger Zeit für Ochsenzolls Patienten nehmen können – und zwar außerhalb des therapeutischen Settings –, das empfindet Nils Kiesbye als großen Luxus. Der Pastor und seine Kollegin, die Pastoralreferentin Elisabeth Frost, haben sich auf ihre seelsorgerische Arbeit in der Psychiatrie gut vorbereitet: Beide haben eine pastoralpsychologische Zusatzausbildung absolviert. »Ich muss die Dynamik einer Begegnung verstehen können, um ein hilfreiches Gegenüber zu sein«, sagt Kiesbye. Den Seelsorgern geht es darum, zuallererst dem Menschen zu begegnen, nicht dem Patienten. Worüber gesprochen wird, verlässt unter keinen Umständen den Raum – es gilt die seelsorgerliche Verschwiegenheit. Für Trost, Unterstützung und Sinngebung sorgen Frost und Kiesbye auch mit Kurzandachten und regelmäßigen Gottesdiensten. Kiesbye: »Ich habe noch nie so intensive Gottesdienste wie in Ochsenzoll erlebt.« ▲

HILFE, MEIN PATIENT IST SUIZIDAL – WAS TUN?

Ob ein Patient ernsthafte suizidale Absichten hat, ist für den behandelnden Arzt oft schwer einzuschätzen – Menschen, die sich entschieden haben, wirken in der Regel nicht mehr suizidal. Doch wie geht man vor, wenn sich die Zeichen nicht von der Hand weisen lassen?



Nach Erwin Riegel, Suizidforscher und Facharzt für Psychiatrie, können im Vorfeld eines Suizids oft präsuizidale Syndrome festgestellt werden. Zentral ist die Fokussierung der Werte- und Gedankenwelt des Patienten auf den Selbstmord aufgrund einer stark lebensverneinenden Haltung. Autoaggressives Verhalten, Schuldzuweisungen oder Selbstwürfe wechseln mit Phasen, in denen alles als sinnlos empfunden wird, verbunden mit einem großen Bedürfnis nach Zuwendung, Verständnis und Ruhe. Wenn ein Mensch den festen Entschluss zum Selbstmord aber gefasst hat, kann er nach außen hin paradoxerweise gelassen und entlastet wirken.

NICHT BAGATELLISIEREN

Psychisch kranke Menschen äußern auch im Gespräch mit ihrem Hausarzt oder Internisten nicht selten lebensmüde Gedanken. Ist dies der Fall, dann muss der betreffende Kollege im Rahmen seiner Möglichkeiten die Frage klären, ob der Patient akut selbstmordgefährdet ist. Es empfiehlt sich daher, den Patienten sensibel und vorsichtig auf seine emotionale Situation anzusprechen und durchaus direkt nach Selbstmordabsichten und vor allem konkreten Plänen zum Selbstmord zu fragen. Wenn der Patient sich von seiner Suizidalität klar distanzieren und sich bereiterklärt, einen Psychiater oder Psychotherapeuten zeitnah aufzusuchen, dann kann er, am besten in Begleitung eines Angehörigen oder Freundes, nach Hause gehen. Dieser Vorgang und der Inhalt des Gesprächs sollten aber vom Arzt gut dokumentiert werden. Äußert der Patient jedoch klare und konkrete Suizidabsichten, sollte der Arzt

versuchen, ihn von der Notwendigkeit eines Klinikaufenthaltes zu überzeugen. Willigt der Patient ein, darf er nur in Begleitung den Weg zur Klinik antreten. Ist der Patient aber hierzu nicht bereit und äußert weiterhin, dass er sich etwas antun möchte, wird möglicherweise eine Zwangseinweisung nötig. Hier die Schritte:

- verdeutlichen, dass der Patient nicht einfach gehen kann und noch einmal die Klinik als Lösung empfehlen
- bei weiterer Verweigerung den Sozialpsychiatrischen Dienst, den Zufühdienst vom Ordnungsamt oder die Polizei kontaktieren, damit der Patient gegen seinen Willen in eine psychiatrische Klinik gebracht wird
- bis zu deren Eintreffen muss der Patient nach Möglichkeit festgehalten werden
- der Patient wird in eine psychiatrische Klinik gebracht
- innerhalb von 24 Stunden erfolgt eine richterliche Anhörung und die Einschätzung eines Psychiaters über die Fortsetzung des Aufenthalts

Juristisch gesehen ist eine Zwangseinweisung ein Eingriff in das Persönlichkeitsrecht. Entscheidend, ob es zu dieser letzten Maßnahme kommt, ist die Frage, ob eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt. Um eine Zwangseinweisung zu rechtfertigen, muss die Gefährdung deutlich und erheblich sein.

Eine Zwangseinweisung ist zwar die Ultima Ratio in der Behandlung eines suizidalen Patienten, kann aber lebensrettend sein. In der Regel sind die betroffenen Patienten nach Abklingen der suizidalen Krise dankbar für die Hilfe, auch wenn diese anfangs gegen ihren Willen erfolgt ist. ▲

MULTIZENTRISCH UND MULTIPROFESSIONELL.

Die Hemmschwelle senken und dorthin gehen, wo die Patienten sind – unter Federführung von Chefarzt Sarang Thakkar entsteht derzeit eine neue ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Struktur, die gleich mehrfach in Hamburg präsent ist



Warum liegt Ihnen die Optimierung von Ambulanzen so am Herzen?

Weil wir in den letzten zehn Jahren eine immer größere Differenz zwischen Angebot und Nachfrage verzeichnen. Während bundesweit die Zahl der rund 480 Ambulanzen annähernd gleich geblieben ist, ist die Zahl der versorgten Patienten von 450 000 pro Jahr auf mehr als eine Million gestiegen. Die Leistung hat sich also mehr als verdoppelt. Entsprechend muss sich das Versorgungsnetzwerk anpassen. Wir können ganz anders behandeln, wenn wir unsere Ressourcen besser strukturieren.

Zum Beispiel wie?

Indem wir uns neu aufstellen. An den Standorten Ochsenzoll, Volksdorf und Steilshoop schaffen wir drei Behandlungszentren mit einer Institutsambulanz und einer Tagesklinik. In Heidberg das Zentrum für Verhaltensmedizin. Dort geben wir schwer körperlich oder chronisch erkrankten Menschen mit psychischen Störungen die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung und Beratung.

Wer kommt zu Ihnen?

Ein Großteil der Patienten kommt nach einem stationären Aufenthalt. Ziel ist, die seelische Stabilität zu festigen, eine Brücke in den Alltag zu bauen und damit Drehtüreffekte zu vermeiden. Ein zweiter Teil kommt auf Veranlassung zuweisender Ärzte. Viele Menschen suchen uns aber auch aus eigenem Antrieb auf, weil sie entweder in einer Krise sind oder keine passenden Angebote finden können.

Wie geht es dann weiter?

Wir prüfen, ob die Schwere oder Dauer der Erkrankung die Behandlung in einer Institutsambulanz rechtfertigt. Beim größten Teil der Patienten sind die Kriterien erfüllt. Danach ähnelt unsere Arbeit der einer Praxis – auf Terminbasis, mal in Form von Einzel-, mal in Form von Gruppentherapien.

Wo und wie gewichten Sie neu?

Mit einer optimierten Personaldichte und -zusammensetzung stellen wir für Hamburg und den Süden Schleswig-Holsteins eine professionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung sicher. Wir sind kein Teil des Ausbildungsbereichs, sondern beschäftigen nur ausgebildete Fachärzte und Psychotherapeuten oder solche, die kurz vor der Approbation stehen. Wir setzen einen Schwerpunkt auf verhaltenstherapeutisch orientierte Methoden, erweitern unsere gruppentherapeutischen Angebote und binden zunehmend Sozialpädagogen oder Ergotherapeuten in unsere Arbeit ein. ▲

SARANG THAKKAR

Chefarzt des Psychiatrisch-Psychotherapeutischen Ambulanzentrums (PAZ),

Telefon: (040) 18 18-87 21 60, Email: s.thakkar@asklepios.com

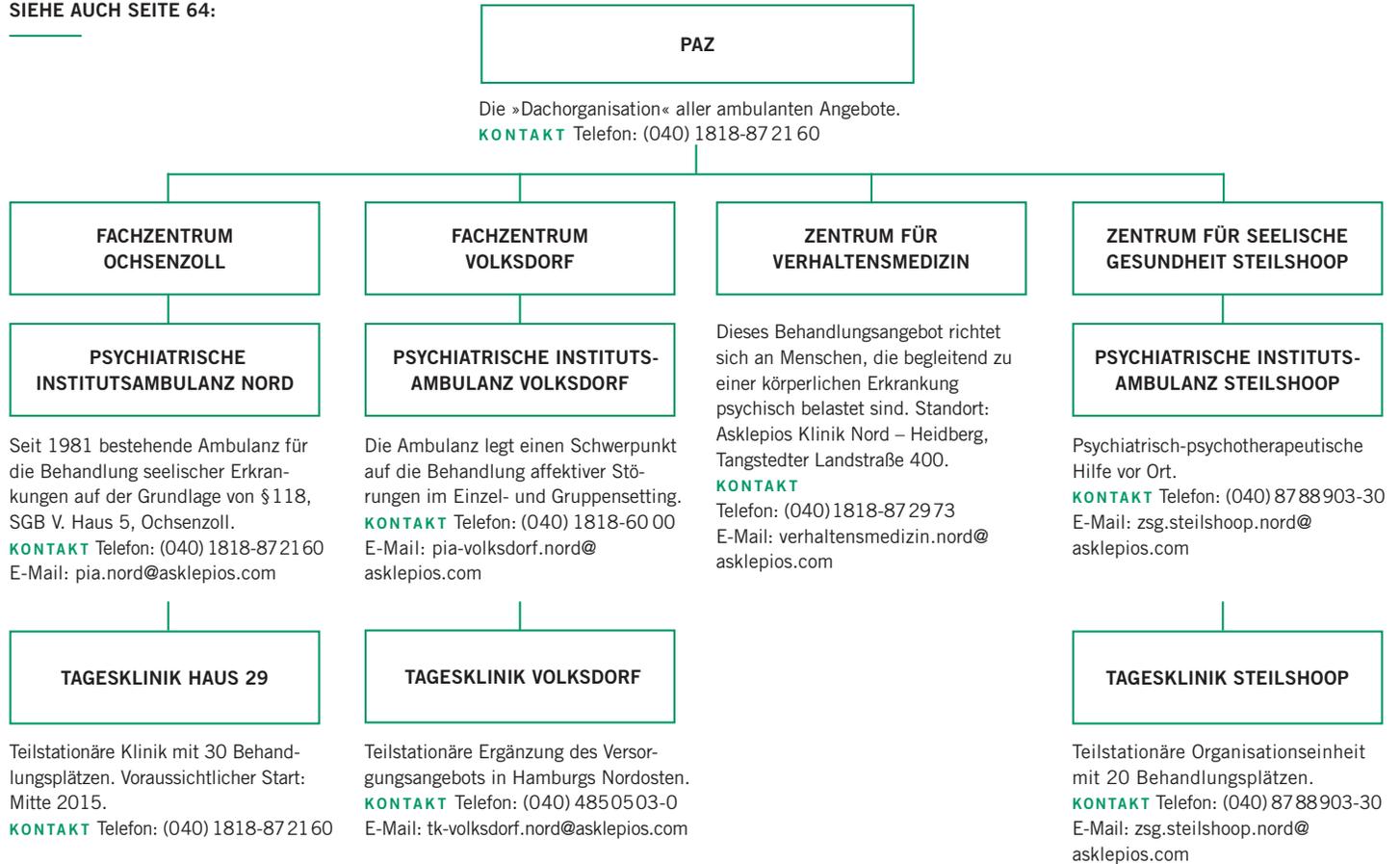
Schon einmal machte Sarang Thakkar Station in Ochsenzoll – 1996, als frischgebackener Assistenzarzt. Zuletzt baute er als leitender Oberarzt am Asklepios Westklinikum in Rissen ab 2007 die

Psychiatrische Institutsambulanz aus. Den Arbeitskreis der Hamburger Ambulanzleiter vertritt Thakkar als Sprecher in der Bundesdirektorenkonferenz.



*Vorsorge, Begleitung, Nachsorge:
Vertreter aller in Ochsenzoll und in der
Psychiatrie Wandsbek vertretenen
therapeutischen Disziplinen stehen
Menschen mit psychischen Erkrankungen
auch ambulant zur Verfügung.*

SIEHE AUCH SEITE 64:



*Das Psychiatrisch-
Psychotherapeutische
Ambulanzzentrum ist
mit Institutsambulanzen
und Tageskliniken an den
Standorten Heidberg,
Ochsenzoll, Volkisdorf
und Steilshoop präsent.*

UNSERE ANGEBOTE IN GANZ HAMBURG.

Unsere teilstationären Tageskliniken bieten vor oder nach einem Klinikaufenthalt für eine Weile intensiven Halt. Das Zentrum für Seelische Gesundheit Horn ergänzt neben der Tagesklinik das Angebot der Asklepios Klinik Nord – Psychiatrie Wandsbek



TAGESKLINIK NORD

Das Behandlungsspektrum umfasst die Borderline- und andere Persönlichkeitsstörungen, Traumafolge- und psychosomatische Störungen, Depressionen sowie Angst- und Zwangsstörungen. Die Behandlungsdauer beträgt zwischen acht und zwölf Wochen und findet von montags bis freitags statt. Für einen optimalen Behandlungserfolg wird ein individueller Therapieplan erarbeitet. Die Kosten des teilstationären Aufenthalts werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

KONTAKT

*Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen
Telefon: (040) 18 18-87 26 22
Tagesklinik4.nord@asklepios.com*



SUCHTTAGESKLINIK ALSTERTOR

Das Angebot der Suchttagesklinik Alstertor richtet sich an Menschen mit problematischem Alkohol- oder Medikamentengebrauch. Mitten in der Innenstadt (Große Bleichen 22) gelegen, verfügt sie über 24 Behandlungsplätze. Unser Ziel ist, erstens zur Krankheitseinsicht und zweitens zur Aufnahme einer Therapie zu bewegen. Eine entsprechende sechswöchige Motivationsbehandlung findet von Montag bis Freitag statt. Die Suchtklinik gehört der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen an.

KONTAKT

*Suchttagesklinik Alstertor
Telefon: (040) 325 43 60
TKAlstertor.nord@asklepios.com*



GERONTOPSYCHIATRISCHE TAGESKLINIK

Depressionen, wahnhafte Störungen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen oder beginnende Demenzen werden in der Gerontopsychiatrischen Tagesklinik in Ochsenzoll therapiert. In der teilstationären Einrichtung im Zentrum für Ältere werden Patienten ab 50 Jahre tagsüber von 8.00 bis 16.00 Uhr ganzheitlich behandelt. Zur Bandbreite altersgerechter Therapiemethoden gehören neben der Psychopharmakotherapie viele sozialtherapeutische Angebote.

KONTAKT

*Gerontopsychiatrische Tagesklinik
Telefon: (040) 18 18-87 25 92
c.nebermann@asklepios.com, a.feige@asklepios.com*

FÜR DEN OSTEN HAMBURGS:

FACHZENTRUM DER PSYCHIATRIE WANDSBEK

Unter dem Dach der Asklepios Klinik Nord – Psychiatrie Wandsbek gibt es ambulante Angebote im benachbarten Horn. Telefon: (0 40) 18 18-83 7008



TAGESKLINIK DER PSYCHIATRIE WANDSBEK

Hier stehen 20 Behandlungsplätze zur Verfügung. Die Therapie findet montags bis freitags von 8.00 bis 16.30 statt. Telefon: (040) 1818-837020

ZENTRUM FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT HORN

Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik – unter diesem Dach wird ein ganzheitliches Therapiekonzept entwickelt. Telefon: (040) 87 88 903-660

PSYCHIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZ HORN

Beratung, Einzeltherapie, Gruppentherapie auf Basis von § 118, SGB V für Hamburgs Südosten
Telefon: (040) 87 88 903-660

TAGESKLINIK HORN

In der Tagesklinik Horn gibt es 20 Behandlungsplätze.
Telefon: (040) 87 88 903-660

Zum Angebot der Asklepios Klinik Nord – Psychiatrie Wandsbek zählen die Tagesklinik und das Zentrum für seelische Gesundheit Horn mit angegliederter Institutsambulanz und Tagesklinik.



OCHSENZOLL GESTERN UND HEUTE.

Viel Grün, keine Zäune, sinnstiftende Arbeit in der Landwirtschaft – aus heutiger Sicht waren Ochsenzolls Anfänge wegweisend. Die Katastrophen des 20. Jahrhunderts ließen die Institution jedoch nicht unberührt und brachten sie wiederholt an den Rand ihrer Kapazitäten. Anhand beispielhafter Jahre haben wir die wechselvolle Chronik der Psychiatrie von den Anfängen bis heute für Sie zusammengestellt



In den Vorkriegsjahren trug die Landwirtschaft erheblich zur Versorgung der Patienten bei.

1893

Weit vor den Toren der Stadt Hamburg wird die »Landwirtschaftliche Colonie für Geisteskranke Langenhorn« gegründet. Sie dient der mit 1200 Betten am Rande ihrer Kapazität arbeitenden Irrenanstalt Friedrichsberg als Außenstelle. Sechs Jahre später wird sie in »Irrenanstalt Langenhorn« umbenannt.

1908

Analog zum Bevölkerungswachstum steigt auch die Zahl der psychisch Kranken in Hamburg. Die Colonie verzeichnet 1908 eine Belegung von 1039 Kranken.

1914

Gleich zu Anfang des Krieges wird ein großer Teil des männlichen Personals einberufen. Mit den verbliebenen Kräften, in der Mehrzahl weiblich, werden 1900 Patienten betreut. An deren Verpflegung wird bis nach Kriegsende radikal gespart. In der Folge führen Mangelernährung und Tuberkulose zu einem Massensterben. Bis 1919 geht die Zahl der Kranken um 40,4 Prozent zurück.

Aus der »Irrenanstalt Langenhorn« wird 1918 die »Staatskrankenanstalt Langenhorn«

1922

In der »Staatskrankenanstalt Langenhorn« wird eine Irrenpflegeschule eröffnet.

1925

Die in Pavillonbauweise errichteten Häuser sind auf eine Belegung

zur Versorgung psychisch Kranker verbleiben. Vom Klinikgelände aus werden während der Zeit des Nationalsozialismus 4097 Patienten im Rahmen des nationalsozialistischen »Euthanasie-Programms« in Tötungs- und Verwanstalten abtransportiert. Dabei finden 3755 Menschen den Tod. Es gab auch Zwangssterilisationen, deren Zahl ist jedoch nicht dokumentiert.

Die Colonie verzeichnet 1908 eine Belegung von 1039 Patienten

mit 60 Betten ausgelegt. In den Jahren der Weimarer Republik werden neben psychisch Kranken auch Tuberkulosepatienten und Waisenkinder aufgenommen. 1930 liegen hier 2279 Menschen. Säle mit 24 Betten sind keine Seltenheit.

1933

Kurz nach der Machtergreifung durch die Nationalsozialisten tritt das »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« in Kraft.

1938

Die »Staatskrankenanstalt Langenhorn« wird in »Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn« umbenannt. Seit 1936 ist sie als einzige große staatliche Institution

Psychisch Erkrankte werden 1971 erstmals somatisch Erkrankten gleichgestellt

1945

Nach Kriegsende heißt die Klinik »Allgemeines Krankenhaus Langenhorn« mit 1717 somatischen und 1191 psychiatrischen Betten. Bis 1947 ist das ausgebombte Bernhard-Nocht-Institut für Tropenkrankheiten einquartiert.

1953

Das Krankenhaus wird in »Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll« umbenannt. Psychiatrie und Teile der Somatik bleiben bis Anfang der 1990er Jahre vereint.

1960–1970

Im »Allgemeinen Krankenhaus Ochsenzoll« existieren in den 1960er Jahren fünf psychiatrische Abteilungen, in den 1970er Jahren sind es acht.

1971

Im Auftrag des Bundestags nimmt die Enquetekommission Psychiatrie ihre Arbeit auf und initiiert mit ihrem 1975 vorgelegten Bericht eine Neuausrichtung der Psychiatrie in ganz Deutschland.

1974

Der Freundeskreis Ochsenzoll e. V. wird von Mitarbeitern des Krankenhauses Ochsenzoll und Angehörigen der dort behandelten Patienten gegründet.

1989

Statt sie mit Psychose- oder Schizophreniepatienten auf eine Station zu betten, werden Menschen mit Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen erstmals auf einer eigenen Station

Damals hieß es noch nicht Theaterlabor wie heute – doch der Ausdruck ist ähnlich expressiv.



Weberei und andere Handwerkskünste haben in Ochsenzoll Tradition.

Das Gelände der »Landwirtschaftlichen Colonie für Geisteskranke Langenhorn« sollte bewusst dörflichen Charakter erhalten. Auf insgesamt 130 Hektar Waldgebiet wurden kreisförmig Straßen angelegt, an denen kleinere Gebäude lagen. Die 15 Kilometer vom Hamburger Stadtzentrum entfernte Anlage erhielt ein eigenes Wasserversorgungssystem, dessen Wasserturm heute zusammen mit einigen anderen älteren Gebäuden unter Denkmalschutz steht.



Menschen mit Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen werden 1989 erstmals in eigenen Stationen therapiert

therapiert. Wegen des Erfolges macht dieser Ansatz bis heute Schule.

1991

Die zehn ursprünglich selbstständigen allgemeinen Krankenhäuser der Stadt werden im Landesbetrieb Krankenhäuser Hamburg (LBK) zusammengefasst.

1998

Das AK Heidberg und das AK Ochsenzoll fusionieren zum Klinikum Nord.

2004

Der Hamburger Senat beschließt den Verkauf des LBK an die Asklepios Kliniken GmbH. Bis 2007 werden 74,9 Prozent der Anteile übergeben, eine Sperrminorität von 25,1 Prozent verbleibt bei der Stadt.

Mehr Nähe zu den Menschen durch neue ambulante Angebote

2006

Sukzessive wird die Struktur der Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll im Sinne einer

stärkeren Spezialisierung der einzelnen Bereiche modernisiert. Sie verfügt über 768 stationäre und über 100 tagesklinische Behandlungsplätze.

2011

Mit fünf Stationen zu je 22 Betten wird die Asklepios Klinik Nord um die Psychiatrie Wandsbek erweitert – plus Ambulanz und Tagesklinik. Die neue Klinik wird ein Einzugsgebiet von geschätzten 218000 Einwohnern versorgen.

2015

Neue ambulante Angebote, etwa in Horn oder Steilsloop, bringen die Psychiatrie näher zu den Menschen.



ASKLEPIOS KLINIK NORD

Telefon: 040 – 1818-87 0
info.nord@asklepios.com



ASKLEPIOS

Klinik Nord, Hamburg
Heidberg • Ochsenzoll • Psychiatrie Wandsbek