

Ausgabe 17 / März 2007



Das Infomagazin des
Landeskrankenhauses Mostviertel
Amstetten-Mauer

KlinikForum

Ihr persönliches Exemplar
zur freien Entnahme!

Österreichische PostAG
InfoMail-Entgelt bezahlt

Berichte:
Neuerungen 2007

WATSU®

»Dinnen-Draußen«

Mystik des Lebens

Demenz

News, Sport,
Kultur,
Personelles
und vieles mehr



WATSU®



Sonja Kirchweger
KlinikForum

Sehr geehrte Leserinnen, sehr geehrte Leser unsere Klinikzeitung!

In der ersten Ausgabe des neuen Jahres ist es mir eine besondere Freude, Ihnen eine neue Mitarbeiterin in unserem Redaktionsteam vorstellen zu dürfen. Karin Zehetgruber, seit 1984 Ergotherapeutin in unserer Klinik, wird unser Team verstärken. Im Blattinneren lesen Sie einen kurzen Steckbrief von ihr. Wir freuen uns sehr über ihre Bereitschaft, am Entstehen der Zeitung mitzuwirken und begrüßen sie ganz herzlich in unserer Runde.

Unsere Klinikzeitung befasst sich diesmal mit unterschiedlichen Schwerpunkten, die ich Ihnen kurz präsentieren möchte. Als wesentliche nonverbale Therapiemethode wird Ihnen Watsu (Wasser-Shiatsu) vorgestellt. Eindrucksvolle Fotos und ein ebenso eindrucksvoller Text verschaffen einen Einblick in die Tätigkeit unserer Therapeutinnen.

Dr. Peter Eichhorn stellt sein Projekt „Schneerose“ vor, eine naturnahe professionelle Begleitung von Menschen, die lebensbedrohlich erkrankt sind.

Weiters finden Sie in dieser Ausgabe wieder einzelne Berichte der Veranstaltung „Drinne-Draußen“ vom vergangenen Jahr sowie einen Einblick in die Arbeit der Psychologin auf der Therapiestation für Alkoholranke. Unsere Personalnews, Sportbericht sowie Kurznachrichten runden unser Gesamtangebot der Zeitung in gewohnter Manier ab.

Viel Freude und Interesse beim Blättern im KlinikForum wünscht Ihnen

DSA Mag. (FH) Sonja Kirchweger
Chefredaktion

Reaktionsschluss für die kommenden Ausgaben:

15.04.2007

15.07.2007

Sie finden unsere Zeitung nun auch im Internet auf der homepage des Landeskrankums unter www.mauer.lknoe.at.

Inhalt

Neuerungen 2007	
Aufwertung des Psychiatriestandortes	Seite 3
Adventausstellung	Seite 3
Therapie	
5 Jahre WATSU®	Seite 4
Tagungsbericht	
Fortbildungsveranstaltung „Drinne-Draußen“	Seite 6
Kurznews	Seite 9
„Schneerose“ in Planung	
Mystik des Lebens	Seite 10
Schwerpunkt Alkohol	
Klinisch-psychologische Diagnostik im Suchtbereich	Seite 12
Demenz	Seite 14
weitere	
Personal	Seite 15
Sport/Kultur	Seite 16

Impressum:

Medieninhaber, Herausgeber und für den Inhalt verantwortlich:

Landeskrankum Mostviertel Amstetten-Mauer – Zentrum für seelische und körperliche Gesundheit, 3362 Mauer/Amstetten

Chefredaktion: Sonja Kirchweger

Redaktionsteam: Ingrid Aigner, Iris Deutschbauer, Harald Höllmüller, Prim. Dr. Ingrid Leuteritz, Günter Schaub, Thomas Schweiger, Karl Bachler, Peter Strasser, Karin Zehetgruber

Online-Redaktion: Peter Strasser

Adresse: 3362 Mauer/Amstetten, Telefon: 07475/501-0,

E-Mail: linikzeitung@mauer.lknoe.at

Layout: Werbeagentur Erhart, Amstetten, www.erhart.biz

Herstellung: Druckerei Queiser GmbH, Amstetten, www.queiser.at

Das KlinikForum ist eine vierteljährlich erscheinende Informationsschrift für die Bediensteten des Landeskrankums Mostviertel Amstetten-Mauer, für die PatientInnen und deren Angehörige sowie für Einrichtungen, mit denen die Klinik zusammenarbeitet. Mitarbeiter des Landeskrankums Mostviertel Amstetten-Mauer haben auch die Möglichkeit, die Onlineausgabe des KlinikForums im Intranet abzurufen.

Neuerungen 2007

Aufwertung des Psychiatriestandortes



Prim. Dr. Berthold Kepplinger

Das Jahr 2007 wird, wie bereits im KlinikForum der Dezemberausgabe angedeutet, eine Reihe von Neuerungen bringen. Als abgeschlossen können die substantiellen Renovierungsarbeiten im Bereich von Pavillon 1 (Akutpsychiatrie) und die durch die partielle Neuwidmung notwendig gewordenen Adaptierungs- und Renovierungsarbeiten auf Pavillon 3 (Forensische Psychiatrie) gelten.

Ausgehend vom NÖ Psychiatrieplan wird die Zielplanung für unsere Klinik zügig vorbereitet und diese in den nächsten Monaten den MitarbeiterInnen vorgestellt werden können.

Bereits jetzt ist so gut wie sicher, dass noch in diesem Jahr aus mehreren derzeit noch als Departments geführten psychiatrischen Spezialeinheiten eigene Abteilungen geschaffen werden.

Mit diesem gewichtigen Schritt soll dem bereits jetzt bestehenden Aufgabenvolumen beziehungsweise dem im Psychiatrieplan prospektierten Aufgabenvolumen sowie dem überregionalen Versorgungsauftrag dieser Einheiten Rechnung getragen werden.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird zu einer vollwertigen Abteilung (Primariat) mit selbständiger Ausbildungsmöglichkeit im genannten Facharztbereich.

Ebenso werden die Forensische Psychiatrie, die mit 22. Jänner 2007 auf 60 Behandlungsplätze aufgestockt wurde und die Drogenentzugsstation, welche vorrangig auf 30 Behandlungsplätze ausgebaut werden soll, zu eigenen Abteilungen.

Die Leitung der Abteilung für Alkoholerwöhnung und Psychosomatik, die seit der Pensionierung von HR Prim. Dr. Karl Werner Boissl unter (provisorischer) interemistischer Führung steht, wird nun endgültig zur Besetzung ausgeschrieben. Diese Abteilung wird im Endausbau 50 stationäre und 5 ambulante Behandlungsplätze für die Alkoholerwöhnung und 30 Behandlungsplätze für die stationäre Psychotherapie erhalten.

Mit der Zielplanung und dem hier kurz skizzierten organisatorischen Ausbau der Klinikstrukturen werden wesentliche Weichenstellungen für eine gedeihliche Weiterentwicklung unseres Klinikums gesetzt. Mit der Besetzung der Leitungen der angeführten vier Abteilungen, welche alle einen überregionalen Versorgungsauftrag nachzukommen haben, wird die Psychiatrielandschaft in Niederösterreich maßgeblich beeinflusst.

Diesem Versorgungsauftrag gerecht zu werden soll ein vorrangiges Ziel für die kommenden Jahre sein.

Prim. Dr. Berthold Kepplinger
Ärztlicher Direktor

Adventausstellung im Festsaal des Landeskrankums Mostviertel Amstetten-Mauer



Wie jedes Jahr fand im Dezember 2006 die Adventausstellung im Festsaal des Landeskrankums Mostviertel Amstetten-Mauer statt. Zahlreiche Besucher konnten wieder wunderschöne kreative Geschenksideen für Weihnachten bewundern und kaufen.



Bewegung im schwerelosen Raum

„Plötzlich diese Leichtigkeit ...“

5 Jahre WATSU®

Ein Resümée von Mag. Lieselotte Mayer

Der Begriff **Watsu** setzt sich zusammen aus **Wasser** und **Shiatsu**, der japanischen Druckpunktmassage. Dies ist eine vielseitig anwendbare **Körpertherapie**, die sich die unterstützende Qualität des ca. 35° warmen Wassers zu Nutze macht. Watsu für psychisch kranke Menschen als mögliche Therapieform wurde erst in den vergangenen 15 Jahren entwickelt und gewinnt immer mehr an Bedeutung. Am Klini-



kum wird Watsu als alternativ-komplementäre Therapieform seit über 5 Jahren angeboten.

Seitens der Klinikleitung erhielt ich im Herbst 2001 die Gelegenheit, Watsu – zunächst als Therapieprojekt – anbieten zu dürfen.

Auf Grund äußerst positiver Rückmeldungen der PatientInnen, hat sich seit damals die Anzahl der zuweisenden Stationen von zunächst 2 auf nunmehr 8 erhöht. Diese sind die Psychosomatik, die Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, 3 Behandlungsstationen der Neurologie, sowie 3 Akutpsychiatriestationen (vgl. Statistik). Da Wasserarbeit für die ausführenden Therapeutinnen besonders anstrengend ist, war mit der zunehmenden Zahl an Zuweisungen eine zweite Therapeutin unabdingbar. Frau Elisabeth Dirnberger, die die Watsu-ausbildung ebenfalls mit dem Diplom abgeschlossen hat, arbeitet seit Ende 2004 nun auch am Landeskrankenhaus.

Watsu ist die **einzige Therapieform**, bei welcher sich Bewegung im **dreidimensio-**

nalen und gleichzeitig schwerelosen Raum erleben und erfahren lässt. Es werden v. a. Körper- und Sinneswahrnehmung speziell geschult, wodurch PatientInnen einen schnellen und direkten Zugang zu ihren Gefühlen und Emotionen bekommen und sie in eine tiefe Entspannung hineingeführt werden. Im Körper gespeichertes Wissen kann damit wieder bewusst gemacht werden.

Mit Fritz Pearls, dem Begründer der Gestalttherapie, könnte man das Besondere bei Watsu wie folgt beschreiben: „... den Verstand verlieren und zu seinen Sinnen kommen.“

Unabhängig vom Alter der PatientInnen, in zunehmenden Maße aber bei immer jüngeren Menschen, treten Depressionen, Essstörungen, diverse Verhaltensauffälligkeiten oder Angst- sowie Zwangsstörungen auf. Hyperaktivität, Substanzabhängigkeiten, Selbstverletzungstendenzen und Suizidgefährdung sind leider keine Seltenheit mehr. Fehlende Geborgenheit in der Familie, seelische Verwahrlosung, gewaltsame Übergriffe, eine erschreckende Anzahl an diversen Missbrauchsfällen sind Symptome einer morbiden Sozietät und machen krank.

In unserer schnelllebigen Zeit sind nicht nur Erwachsene sondern auch Kinder und Jugendliche einem zunehmenden Leistungsdruck unterworfen. Stress, Rastlosigkeit und innere Ruhelosigkeit sind Kennzeichen einer fehlenden Entspannung, die sich auf 3 Ebenen äußert: der **körperlichen Ebene** durch schmerzhaftes Muskelverspannung, der **psychoemotionalen Ebene**, wo Spannungen und Konflikte als Stress erlebt werden, sowie auf der **mental geistigen Ebene**, wo fehlende Entspannung sich in innerer Ruhelosigkeit manifestiert. Die Möglichkeiten, wie Entspannung gelingen kann, sind so vielfältig, wie es unterschiedliche Persönlichkeiten gibt.

Bei Watsu, als passiver Körpertherapie, geht es eben um Entspannung. Watsu

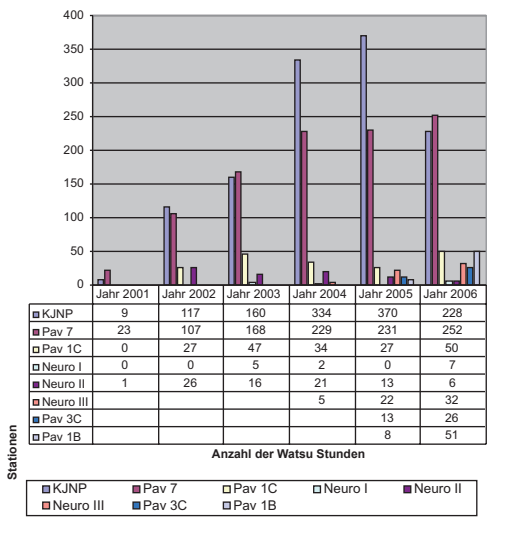
geht **nicht analytisch** vor und ist kinästhetische Kommunikation – also **Kommunikation über die Bewegung**. Ähnlich wie bei einem Tanz, erfolgt Kommunikation **nonverbal**. Die Lust und Freude an der Bewegung – meist nur noch bei gesunden Kindern vorhanden – wird über die **passive Bewegung** durch die Therapeutinnen wieder geweckt. Für Kinder der Jugendstation, aber auch für Erwachsene ist das spielerische Element im Wasser ganz wesentlich, da es Unbeschwertheit und Unbekümmertheit vermittelt. Für die Therapeutinnen bedeutet dies uneingeschränkte Akzeptanz dessen, was gerade ist – ohne Wertung, ohne Interpretation! Intuition und Spontaneität sind gefragt.

Wesentliches Prinzip ist: Du bist, wie Du bist! Du wirst mit allen Stärken und Schwächen angenommen. Wenn auch Du deine Schattenseiten annehmen und akzeptieren kannst, dann ist Balance – Gleichgewicht möglich. Dieser Zugang nimmt den PatientInnen den Druck, in irgend einer Weise – wie im Alltag üblich – entsprechen zu müssen.

Watsu nährt über Zuwendung und Berührung die Seele und schafft als Ruhepol Geborgenheit und einen wohlthuenden Ausgleich. Ein Zuviel an Zuwendung kann andererseits **erdrücken** und so die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit **unterdrücken**. Watsu Sessions sind immer ein Balanceakt zwischen Nähe und Distanz, Sich-Öffnen und Sich-Verschließen, Ruhe und Bewegung. Die im fernöstlichen Denken verankerten Pole Yin und Yang, die sich gegenseitig bedingen und sich auch kontinuierlich wandeln, kommen hier zum Tragen.

Intuitiv und verantwortungsvoll gilt es zu entscheiden, ob wir die uns anvertrauten Menschen möglichst frei schweben lassen, oder ihnen Sicherheit im Gehaltenwerden geben, ob wir Stille, oder über dynamisches Arbeiten Lebendigkeit vermitteln. Je akuter Beschwerden auftreten, desto behutsamer erfolgt die Integration.

Therapiestunden 2001 - 2006



Unterstützt wird v.a. das Gegenteil dessen, was ist, damit Balance wieder erlebt werden kann.

In einer geborgenen Umgebung haben PatientInnen die Möglichkeit, wieder „aufzutanken“, da sie sich um nichts kümmern müssen und Verantwortung abgeben können. Durch die Kombination aus Wasser, Wärme, Zuwendung, Berührung und Mobilisation entspannt Watsu über den Körper auch die Seele, was wiederum den Zugang zur ureigenen Persönlichkeit erleichtert. Gleich einem Fötus im Mutterleib erlebt der Mensch sich selbst und das Umfeld nicht mit dem Verstand, sondern über das Spüren und gedämpfte Hören als Vibrationen, die die Haut, unser größtes Sinnesorgan, stimulieren. So ist es zu erklären, warum Berührung berührt und eine rasche Entspannung von Geist und Körper bewirkt.

Psychische Beschwerden gehen oft Hand in Hand mit körperlichen Symptomen, was zu einer Minderung der Lebensqualität führt. PatientInnen betrachten chronische Schmerzen meist nicht als psychisch bedingt, und ihre Bereitschaft, sich auf dieser Ebene mit ihnen auseinander zu setzen, ist zunächst oft gering. Über die Entspannung im warmen Wasser in einem schwerelosen Zustand, erleben PatientInnen aber häufig eine schmerzfreie Phase und sind daher meist offen, tiefer in sich hineinzuspüren. Über das kinästhetische Erinnerungsvermögen (Kindheitserinnerungen, Traumata, etc.) gewinnen sie Erkenntnisse, die für ihr Leben häufig hilfreich

sind. Immer wieder ergibt sich dann die Gelegenheit, in einzeltherapeutischen Gesprächen an den Stationen die Ursache der psychosomatischen Störungen weiter zu erforschen.

Für **chronische SchmerzpatientInnen** bedeutet Watsu, dass die Wirbelsäule, im Wasser vom Körpergewicht entlastet, in einer Weise bewegt werden kann, wie es an Land nicht möglich wäre. Spiraldynamische Bewegungen ebenso wie Kreuzbein-Schädelbasis-Dehnung im Schwebzustand eröffnen einfache Möglichkeiten, Blockaden zu lösen. Rhythmische, harmonisch fließende Bewegungen verbessern den Bewegungsradius, fördern die Entspannung der Muskeln und stärken reflektorisch die Organe. All diese Faktoren, zusammen mit dem Gefühl der Schwerelosigkeit im Wasser bewirken, dass der Schmerzkreislauf unterbrochen wird. Dies gibt vielen PatientInnen wieder neue Hoffnung.

Wilhelm Reich sprach als erster von dem Muskelpanzer, den wir bei andauernder psychischer Be- und Überlastung aufbauen. Dieser ist nichts anderes, als ein chronisch erhöhter und willentlich nicht mehr kontrollierbarer Muskeltonus, nicht nur der quergestreiften Muskulatur. Über die Senkung der Pulsfrequenz und einer allgemeinen Verlangsamung der Stoffwechselfvorgänge kommt es auch zu einer Reduzierung der Atemzüge pro Minute. Dies trägt in Verbindung mit der reflektorischen generellen Senkung des Muskeltonus auch auf Ebenen, wo Psyche und Physis nicht mehr voneinander zu trennen sind, höchst wirksam zur raschen Tiefenentspannung der PatientInnen bei.

Um einen erfolgreichen Klinikaufenthalt zu gewährleisten, ist ein vielfältiges Therapie-

angebot gleich einer Kombination von vielen Mosaiksteinen notwendig: einfühlsame Behandlung der ÄrztInnen, die den Menschen in seiner Gesamtheit sehen, psycho- als auch physiotherapeutische Behandlung, alternativ-komplementäre Körpertherapien, oder ausdrucks-therapeutische Ergänzungstherapien, um nur einige zu nennen. In diesem Kanon kann Watsu eine durchaus wichtige Rolle spielen.



Die Ausbildung zum Dipl. Watsu®-Praktizierenden wird vom Institut für Aquatische Körperarbeit (IAKA) angeboten und umfasst sowohl theoretisch als auch praktisch ein breites Spektrum an Inhalten, die in Österreich, Deutschland und der Schweiz einheitlich sind. Die Unterrichtseinheiten im Wasser, wo differenzierte Bewegungsabläufe erlernt, Sensibilität im Umgang mit Nähe und der Aufbau einer Behandlung geübt werden, sind ebenso vielfältig und wichtig wie jene „an Land“, da sie die notwendige Grundlage für eine sachgerechte Wasserarbeit bilden. Sie umfassen Anatomie, Physiologie, Spiraldynamik, Bewegungsbewusstsein, Körperbewusstsein, Prozessarbeit und Prozessbegleitung sowie Gesprächsführung. Die Qualitätssicherung erfolgt durch einen, alle 2 Jahre obligatorisch erforderlichen Fortbildungsnachweis. Erst nach 2 Jahren Praxis und einem zusätzlichen Intensivtraining erlangt man den Diplomabschluss. www.watsu.at

Fortbildungsveranstaltung „Drinnen-Draußen“



Michaela Amering

Frau Univ. Prof. Dr. Michaela Amering eröffnete die Tagung im Mai 2006 mit folgenden Vortrag:

Während über lange Zeit die Klinik traditionell als Zentrum des psychiatrischen Geschehens funktionierte, ist heute eine integrierte gemeindenahe Versorgung der „state-of-the-art“ der psychiatrischen Behandlung von Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen. Das bedeutet unter anderem, dass es keinen Sinn mehr macht, die gemeindenahe Betreuung als Vor- und Nachbehandlung zur Krankenhausbetreuung zu verstehen. Statt dessen sind Klinikaufenthalte heute spezifisch indizierte Interventionen zur kurzzeitigen Unterstützung intensiver personenzentrierter Interventionen zu sehen, die sich durch Lebensfeldorientierung, mobile Multidisziplinarität und Kontinuität auszeichnen. Dabei geht es nicht nur um die Kontinuität der Personen des Betreuungsteams, sondern auch um Kontinuität des integrativen Behandlungsmodells, Kontinuität der Information und das Durchhalten der Kontinuität bei flexiblen Behandlungsbedarf im gemeindepsychiatrischen Verbund.

Es ist heute eine wesentliche Frage, wie die Akutbehandlung aussehen soll und welche Rolle Betten dabei spielen sollen bzw. wo diese Betten sein sollen. Klassische Spitalsbetten übersiedeln von wohnortfernen Großkliniken in gemeindenahe Allgemeinspitäler. Aber auch andere Modelle gemeindeintegrierter Akutversorgung wie Tageskliniken als Akuthilfe und Modelle zur akuten Behandlung von PatientInnen zu Hause in enger organisatorischer Zusammenarbeit zur Nutzung der diagnostischen

und therapeutischen Möglichkeiten der Krankenanstalten entwickeln sich in integrierten Versorgungssystemen.

Multiprofessionelle Teams sollen Kontinuität über die Zeit und über verschiedene Phasen, Schwerpunkte und Orte der Betreuungsepisode garantieren. Dabei entstehen neue Anforderungen für alle Berufsgruppen und es wäre günstig, wenn ein Gutteil der Ausbildung an den Orten, wo sich die Behandlung psychisch erkrankter Menschen hauptsächlich abspielt, nämlich in der Gemeinde, stattfinden würde.

„State-of-the-art“ Behandlungskonzepte sind integrativ und bestehen aus der Erarbeitung eines Störungskonzeptes und einer personenzentrierten phasenspezifischen Kombination aus Pharmakotherapie, störungsspezifischen psychotherapeutischen Hilfen, rehabilitativen Hilfen, Psychoedukation, sozialen Hilfen, Selbsthilfe und Angehörigenarbeit. Manche Hilfeangebote, deren Nutzen wissenschaftlich bereits erwiesen ist, stehen jedoch noch kaum zur allgemeinen Verfügung oder haben den Nachteil, dass sie außerhalb des Lebensfeldes der PatientInnen angeboten werden und die Situation des sozialen Umfeldes nur mühsam mitbetreuen können.

Auch in Bezug auf die Arbeitsrehabilitation weisen die wenigen wissenschaftlichen Daten darauf hin, dass es günstiger ist, Arbeits- bzw. Ausbildungsplätze zu finden bzw. zu erhalten und die Menschen mit spezifischen Schwierigkeiten dort gezielt zu betreuen und zu fördern, anstelle sie vorher in Einrichtungen zu trainieren und dann zu vermitteln. Also: ‚erst platzieren, dann dort trainieren‘. Das kann dann funktionieren, wenn es enge Kooperationen zwischen dem klinischen und dem arbeits- bzw. ausbildungsrehabilitativen Bereich gibt.

Personenzentrierte psychiatrische Hilfe muss sich den Bedürfnissen der PatientInnen anpassen (und nicht umgekehrt). Oft geht es dabei auch um Bedürfnisse der Angehörigen und anderer Menschen im

nahen Umfeld der Betroffenen. Professionelle HelferInnen müssen in der Lage sein, Bedürfnisse und Ressourcen der Familien festzustellen und eng mit ihnen zusammenzuarbeiten – oft auch auf deren Terrain, etwa im Rahmen eines Hausbesuchs. Selbsthilfe und Interessensvertretung von Familien und seit einigen Jahren auch von Betroffenen spielen eine wesentliche Rolle für die Verbesserung der Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Selbsthilfe zu fördern ohne sie als „Profi“ zu vereinnahmen ist eine komplexe Aufgabe. Auf der Ebene der therapeutischen Beziehung lösen partizipative Modelle zur geteilten Entscheidungsfindung paternalistisch geprägte Compliance-Modelle ab. Auch das braucht neue Fähigkeiten sowohl von Betroffenen als auch von Profis. Gerade wenn es darum geht, über längere Zeit Hilfen in Anspruch zu nehmen, muss gemeinsam geplant und entschieden werden. Medikamentöse Langzeitbehandlung muss auf Basis erwünschter und unerwünschter Wirkungen im aktuellen Alltag im realen Lebensfeld geplant und gegebenenfalls angepasst werden.

Die spannendsten Herausforderungen für die psychiatrische Praxis und Forschung kommen derzeit aus den erfolgreichen Konzepten der internationalen Betroffenenbewegung. Selbsthilfe und Interessensvertretung haben seit vielen Jahren Empowerment als Modell für ihre Arbeit angewandt und für die Probleme mit Menschen mit Psychiatrieerfahrung spezifisch weiterentwickelt. In den letzten Jahren ist in der englischsprachigen und skandinavischen Szene eine neue Idee wirksam geworden – Recovery. Recovery-Konzepte beschäftigen sich mit der Förderung von Resilienz und Gesundheit von Personen mit psychiatrischen Störungen mit dem Ziel eines selbstbestimmten und sinnerfüllten Lebens. Die Überwindung der häufig(en) skeptischen Einschätzung der Chancen von Genesung von psychiatrischen Erkrankungen und der Erhalt berechtigter Hoffnung auf positive Veränderungen spielen dabei eine Hauptrolle. Selbstbestimmung, individuelle Zielepla-

nung und Alltagsorientierung im therapeutischen Kontakt sind wesentliche Recovery-Faktoren. In Empowerment-Modellen psychiatrischer Arbeit können PatientInnen selbst als TrägerInnen der Information sowie durch ihre aktive Rolle bei der Auswahl und bei der Abstimmung und Vernetzung der von ihnen genutzten Hilfeangebote einen wesentlichen Beitrag zur Kontinuität der therapeutischen Anstrengungen leisten.

Quellennachweis:

Amering M (2006) *Wie könnte eine sinnvolle Frührehabilitation für an Schizophrenie Erkrankte in der Gemeinde aussehen? – Wege zu einem neuen Standard in der Gemeindepsychiatrie.* Wien Med Wochenschr. 156: 79-87.

Amering M, Schmolke M (2006) *HOFFNUNG-MACHT-SINN. Recovery-Konzepte in der Psychiatrie.* MANAGED CARE. Schweizer

Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie 1: 20-22

Amering M (2005) *Psychotherapie bei Stimmenhören.* In: Katschnig H, Amering M (Hrsg.) *Stimmenhören. Medizinische, psychologische und anthropologische Aspekte.* Facultas, Wien.

Amering M (2004) *Was tun mit den „schwierigen Fällen“? – Konzeptionen und Erfahrungen mit der Umsetzung personenzentrierter Hilfen.* gemeindenaher psychiatrie 25: 43-60

Amering M, Sibitz I, Gössler R, Katschnig H (2002) *Wissen-genießen-besser leben. Ein Seminar für Menschen mit Psychoseerfahrung.* Psychiatrie-Verlag, Bonn.



Amering M (2002) *Multiprofessionelle Behandlung (fast) ohne Bett: Beispiele und Diskussion aus UK und USA.* In: Regina Schmidt-Zadel, Heinrich Kunze/Aktion Psychisch Kranke (Hg.) (2002) *Mit und ohne Bett: personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund.* Psychiatrie-Verlag, Bonn. Seiten 242-258

Zusammenfassung des Workshops „Helferkonferenz“ geleitet von Mag. (FH) Martin Zauner und Dr. Christian Korbel

Die Helferkonferenz ist ein Vernetzungsgespräch in einer schwierigen Betreuungssituation.

Ihr Ziel ist die gemeinsame Erarbeitung von Lösungsansätzen durch professionelle HelferInnen, Angehörige und – wenn möglich – die KlientInnen.

TeilnehmerInnen:

Zu Helferkonferenzen werden alle Menschen eingeladen, die für die medizinische, pflegerische und soziale Situation eines Klienten/einer Klientin wichtig sind – also sein/ihr relevantes soziales Umfeld; je nach konkretem Fall auch Angehörige, Arbeitgeber aber auch der/die Betroffene selbst. Üblicherweise lädt der „Bedarfserkennner“ ein.

Wie lange dauert eine solche Konferenz?

Die Dauer ist abhängig von der Anzahl der TeilnehmerInnen und der Komplexität des Anlasses; im Durchschnitt 1 bis 2 Stunden.

Wann ist eine Helferkonferenz erforderlich?

Viele verschiedene Helfer arbeiten in unterschiedlichen Settings mit unterschiedlich vielen Aufgaben.

Dabei kann es zu

- Spaltungen –intern/extern-
- Konflikten zwischen den Helfern
- divergenten Einschätzungen kommen.

Ebenso kann auch das Auftauchen von „Grenzfragen“ Anlass für eine Helferkonferenz sein. Diese können zwischen den verschiedenen Institutionen (Kompetenz/Auftrag), durch unklare Zuständigkeit, oder aber auch z.B. durch Überstrapazierung einzelner Helfer entstehen.

Ziele der Helferkonferenzen:

- Verbesserung der Lebens- und Betreuungsqualität des/der Klienten/in
- Festlegung von Zielen im Betreuungsprozess
- Klärung unterschiedlicher Ziele und Bedürfnisse
- Festlegung der Betreuungskompetenzen
- Entlastung der professionellen MitarbeiterInnen und des sozialen Umfelds

Vorgangsweise:

- Einberufung (durch jede/jeden Mitarbeiter möglich)
- Im Vorfeld Bestimmung von Moderation und Protokollführung

- Erhebung der Ist-Situation aus der Sicht aller Beteiligten
- Zielformulierung jedes/jeder Beteiligten
- Diskussion/Austausch
- Gemeinsame Zielformulierung
- Verbindliche Vereinbarungen
- Dokumentation und Übermittlung des Protokolls an alle Teilnehmenden

Durch den Austausch im Workshop wurden aber auch die „Unschärfen“ und offenen Fragen dieser Vorgehensweise gut beleuchtet.

Die Frage nach der optimalen Zusammensetzung einer Helferkonferenz und dabei vor allem die Frage nach der An- oder Abwesenheit des/der Betroffenen und/oder der Angehörigen rief in unserem Workshop stark divergierende Fachmeinungen hervor. Hier gilt es, professionelle Kriterien herauszuarbeiten. Ethische wie auch fachliche Überlegungen konnten hier gesammelt werden und werden von uns PSD-intern weiterbearbeitet.

In Zeiten verstärkter Schnittstellenarbeit stellt die Verbesserung dieses Instrumentes eine wichtige qualitätssichernde Maßnahme für unsere Dienstleistung dar.

Mag. (FH) Martin Zauner

Zusammenfassung des Workshops „Das könnt ihr nicht verstehen! – Oder?“

Dr. Michael Steffen

Vorgeschichte:

Netzwerk Spinnen wurde 1999 als Verein von Psychiatrieerfahrenen für Psychiatrieerfahrene gegründet und wurde im Lauf der Zeit zu einer ernstzunehmenden Interessensvertretung in Oberösterreich.

Durch Veranstaltung eines regelmäßigen Tetraloges (Triialoges) und Teilnahme an Veranstaltungen wird versucht, Ansprechpartner für Institutionen, Politik und Professionisten zu sein und durch Teilnahme an Arbeitsgruppen der oberösterreichischen Sozialabteilung die Interessen der Betroffenen zu vertreten. Nicht zuletzt wurde ein Lehrgang („Peer-coach“) für Betroffene ausgearbeitet und auch 2003 abgehalten. Dadurch ist der Verein und dessen Geschäftsführer über Oberösterreich hinaus bekannt geworden.

Die Patientenanwaltschaft des LKM Mauer wollte den geplanten Workshop Vertretern jener Gruppe, die sie vertreten, überlassen und haben uns deshalb Anfang des Jahres kontaktiert.

Überlegungen in der Vorbereitungszeit:

Da die Tagung unter dem Titel „Drinne und Draußen“ stehen sollte, entstand die Idee den Workshop von zwei verschiedenen Vereinsmitgliedern abhalten zu lassen um zu zeigen dass die Patienten „Drinne“ zwar ähnliche Symptome und die selben Diagnosen teilen, „Draußen“ aber ganz unterschiedliche Menschen mit verschiedenem Bildungsgrad, Beruf, sozialem Umfeld und Persönlichkeitsmerkmalen sind. Diese spielen aber neben der Kommunikation, für den Verlauf eines Aufenthaltes und später eine entscheidende Rolle.

Eine Kommunikation mit den Betroffenen ist aber oft sehr schwierig und zeitaufwendig.

Oft bleibt der Eindruck vom anderen nicht verstanden worden zu sein.

Der Titel des Workshops lautete deshalb: **„Das könnt ihr nicht verstehen! – oder?“**

Anmerkung:

Es ist für Betroffene keineswegs selbstverständlich an einem Ort einen Workshop zu leiten an dem sie selbst stationär behandelt worden sein könnten oder behandelt werden könnten. Sie machen dies nicht aus einem Bedürfnis nach Selbstdarstellung heraus, sondern vor allem in der Hoffnung, die Situation anderer Betroffenen verbessern zu können.

Schilderung des Workshop vom Vormittag:

Der Workshop wurde von Stephanus Binder geleitet. Er ist langjähriger Geschäftsführer und Obmann des Vereins. Dabei wurde er von Manuel Klammer, dem Vereinssekretär, und Margit Niedereder, einem Vorstandsmitglied, unterstützt.

Am Beginn las Hr. Klammer die Geschichte vom Eskimo und dem Medizinmann vor (s. Anhang), daran folgte ein theoretischer Text und ein plötzlich den Raum betretender Hr. Binder, der den Vortrag mit seinen Kommentaren unterbrach und mehrmals im Raum seine Position wechselte. Verhalten und Auftreten von Herrn Binder waren dem von Betroffenen in Akutsituationen nachempfunden.

Den Anwesenden sollte dadurch verdeutlicht werden, wie wenig theoretisches Wissen in konkreten Situationen nutzen kann, und wie hilflos selbst Professionisten in diesen sein können. Auch der Betroffene ist ähnlich hilflos und wird in seinem Alltag durch Störfaktoren (Symptome?) stark eingeschränkt. Die einen (ver-)zweifeln an ihrem Wissen, die anderen an ihrer Wahrnehmung.

Nach dieser improvisierten Darstellung verließ Hr. Binder den Raum, betrat ihn aber kurz darauf wieder um sich nun in seiner Rolle als Workshop-Leiter vorzustellen. Daraufhin fragte er die Anwesenden nach den gerade empfundenen Eindrücken und stand selbst für Fragen zur Verfügung.

Willst du etwas wissen, so frag keinen Gelehrten, sondern einen Erfahrenen.

Schilderung des Workshop vom Nachmittag:

Der Workshop am Nachmittag wurde von Hans Nussbaumer geleitet. Er ist seit 2002 Mitglied im Verein, nahm 2003 am Peer-Lehrgang teil und arbeitet bei Exit-sozial als Peer.

Er verwies am Beginn auf den Leitsatz Descartes', über Wahrgenommenes nachzudenken, daran zu zweifeln und neue Zusammenhänge zu erkennen. **„cogito – dubito – cognito“**

Dadurch ist es möglich sich wechselnden Bedingungen (Draußen) anzupassen ohne daran zu scheitern, mit der Umwelt in Kontakt zu bleiben und so seine eigene Weltanschauung (Drinne) zu festigen. Was ist aber wenn man ein Gefangener der eigenen Wahrnehmung und Gefühle (im Workshop am Vormittag eindrucksvoll dargestellt) ist?

Menschen in dieser Situation durchleben eine „akute Krise“ und werden oft stationär in psychiatrischen Krankenhäusern aufgenommen. Nachdem Fr. Niedereder die Geschichte vom Eskimo und dem Medizinmann vorgelesen hatte, wurde den Anwesenden die Möglichkeit gegeben Fragen zu stellen. Die wichtigsten werden hier wiedergegeben:

Eine Frage betraf das Problem der Resignation.

Resignation stellt sich vor allem dann ein, wenn Erfolge und Ziele an allgemeinen gesellschaftlichen Werten gemessen werden. In akuten Krisen ist die Sicherstellung der Grundbedürfnisse und die Sicherheit des Betroffenen am wichtigsten.

Es wurde auch gefragt, ob eine „Behandlungsvereinbarung“ sinnvoll sei?

Dies macht sehr viel Sinn, da sie den Beteiligten einen groben Leitfaden gibt und so das gegenseitige Vertrauen unterstützt.

Und nicht zuletzt wurde gefragt, ob die Betroffenen nicht sehr unter ihren Lebensbedingungen leiden? Dies ist nicht bei allen der Fall. Manchmal dämpfen die Medikamente die Wahrnehmung der eigenen Le-

bensumstände sehr stark. Einige Betroffene haben auch Lebensmodelle entwickelt, die Ihren Möglichkeiten entsprechen und mit denen sie durchaus zufrieden sind. Überhaupt gilt es dies zu respektieren und als gesellschaftliches Alternativmodell anzuerkennen. Dies ist besser als der Versuch die Betroffenen verstehen zu wollen.

Die Geschichte vom Eskimo und dem Medizinmann:

Ein junger Eskimo fuhr mit seinem Kajak los um Robben zu jagen. Nachdem er bereits einige erlegt hatte, zog er das Kajak auf das Eis um sich an ein Rudel schlafender Robben anzupirschen. Die erlegten Robben hatte er in seinem Kajak verstaut. Der Geruch dieser lockte einen Eisbären an. Dieser tauchte aus dem Wasser auf und riss das Kajak blitzschnell in das eisige Wasser.

Der Eskimo glaubte seine letzte Stunde hätte geschlagen und lief in Todesangst über das Eis davon. Dabei verlor er jede Orientierung und lief auf ein Stück Eis, das hinter ihm losbrach.

In diesem Jahr herrschte eine noch nie da gewesene Wetterlage.

Ein ungeheurer Sturm peitschte Eisschollen mit großer Geschwindigkeit nach Süden.

Auf einer lag der erschöpfte Eskimo mehr tot als lebendig. Bis an die afrikanische Küste trieben einzelne Schollen. So fanden einige Schwarze den bewussten Eskimo. Einen derartigen Fremden hatten sie noch nie gesehen. Klar war, dass es ein Mensch sein musste und er noch lebte. So trugen sie ihn in das Dorf zu ihrem Medizinmann, der alles Wissen ihrer Welt kannte. Der Medizinmann pflegte den Eskimo und zu Beginn verstand keiner den anderen. Über Wochen konnten sie einander gegenseitig ihre Sprache lehren. Eines Tages fragte der Medizinmann den Eskimo der immer noch Schmerzen zu haben schien, was der Grund dafür sei. Die Erfahrung der Todesangst des Hungers oder was sonst?

Der Eskimo hielt sich die Hand vor das Gesicht und zeigte mit der Anderen auf die Sonne.

Er sagte es sei ihr brennend gleißendes Licht, das noch immer in seinen Augen brenne.

Der Medizinmann schüttelte den Kopf und meinte:

Die Sonne ist doch das Beste bei uns, das verstehe ich nicht, du musst verrückt sein!



Frau Dr. Beate Hasslinger hat im Zeitraum 2001 bis 2007 die psychiatrische Facharztausbildung am Landeskrankenhaus Mostviertel Amstetten-Mauer absolviert und am 2. Oktober 2006 die kommissionelle Facharztprüfung bestanden. Sie wird im März 2007 ihre fachärztliche Tätigkeit als Oberärztin an der Sozialpsychiatrischen Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt beginnen.

Die gesamte Kollegenschaft gratuliert ihr zum Abschluß der Ausbildung, dankt ihr für Engagement und Kollegialität und wünscht ihr alles Gute für die Zukunft.
Die ärztliche Direktion



Nach 27 Jahren aktiver Dienstzeit im Landeskrankenhaus Mostviertel Amstetten-Mauer wechselte **Franz Schlager**, stellvertretender Kaufm. Direktor, nun in die NÖ Landeskliniken Holding nach St. Pölten. Herr Schlager wird für den Aufbau und die Umsetzung einer zentralen Serviceeinheit für die Wartung und Pflege der gesamten Finanzgebarung der NÖ Landeskliniken-Holding im Bereich Finanzbuchhaltung, Anlagenbuchhaltung und Zahlungsverkehr zuständig sein.

Das Redaktionsteam wünscht Herrn Schlager für seine neue Aufgabe viel Kraft und Energie. Wir blicken auf eine lange Zeit sehr guter Zusammenarbeit zurück und freuen uns mit ihm über seine neue Herausforderung.

Für das Redaktionsteam: DSA Mag. (FH) Sonja Kirchweger

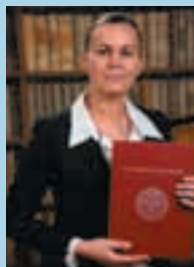


Wir begrüßen ganz herzlich unser neues Mitglied im Redaktionsteam, **Karin Zehetgruber**. Sie arbeitet seit Jänner 2007 im Redaktionsteam mit. „Die Arbeit an der Zeitung interessiert mich sehr, weil ich selber gerne schreibe und auch lese und gestalte“.

Karin Zehetgruber arbeitet als Ergotherapeutin auf der Neurologie, sie war 1984 die erste Ergotherapeutin im Haus, kennt viele MitarbeiterInnen unserer Klinik und auch die institutionellen Gegebenheiten.

Wir freuen uns sehr über die Verstärkung in unserem Team und wünschen ihr ganz persönlich viel Spaß und Freude an der Mitgestaltung unserer Klinikzeitung.

Für das Redaktionsteam: DSA Mag. (FH) Sonja Kirchweger



Frau Mag. Martina Radner hat an der Naturwissenschaftlichen Fakultät der Paris Lodron Universität in Salzburg Biologie, mit dem Schwerpunkt Physiologie bzw. Zoologie/Tierbiologie studiert und im Oktober 2006 in der Mindeststudienzeit abgeschlossen.

Seit 1.12.2006 arbeitet sie bei Frau Univ.-Prof. Dr. Halina Baran im Karl Landsteiner Forschungsinstitut für Schmerztherapie und Neurorehabilitation am Landeskrankenhaus Mostviertel Mauer/Amstetten an ihrer Dissertation. Das Thema der Dissertationsarbeit umfasst biochemische Studien zum Tryptophanstoffwechsel bei entzündlichen Prozessen des Zentralnervensystems.

Wir wünschen Frau Mag. Radner alles Gute für die kommenden zwei Jahre, um die gestellte Herausforderung zu realisieren.

„Schneerose“ in Planung

Mystik des Lebens



Dr. Peter Eichhorn

Als der italienische Volksheld Garibaldi am 2. Juni 1882 fühlte, dass seine Seele seinen Leib verlassen werde, ließ er sich zu den Klippen seiner Insel Capriera führen. Im Bett liegend, mit dem Blick aufs Meer, schaute er der untergehenden Sonne nach und verstarb in Ruhe, umgeben von seinen nächsten Angehörigen, die friedlich mit ihm die letzten Stunden verbrachten.

Als Maria im Juni 2006 mit 93 Jahren im Waldviertel aus ihrem Fenster sieht und spürte, dass sie stirbt, verständigten die Angehörigen nervös den Notarzt. Das System kommt in Gang. Der Hubschrauber landet, sie wird intubiert, reanimiert und auf unsere Intensivstation eingeliefert. Kurze Zeit später treffen die Angehörigen hektisch und nervös ein, erkundigen sich nach Computer, Laborwerten und möglichst vielen Befunden. Wir führen sie zu ihrer Mutter, die an einer Beatmungsmaschine und Elektroden hängend kaum in dem riesigen Bett auszumachen ist. Bestürzt stehen die Angehörigen um sie, und nach einer Weile sagt die Tochter: „So etwas hat sich meine Mutter nie gewünscht.“

Als ich das Zimmer betrete, fallen mir seine große Nase und seine leuchtenden Augen auf. Diese zeigen noch die Spuren von seinen unzähligen Bergtouren, von denen er gerne erzählt. Der übrige Körper ist gezeichnet durch sein schweres Krebsleiden.

„Heute konnte ich mit meinen Fingern keine Aschantinuss mehr öffnen“, erzählt er mir frustriert: „Mein Körper stirbt, nur mein Geist bleibt noch wach. Was soll ich mit den vielen Fernsehprogrammen, und der weißen Mauer? Wohin ich schaue, alles ist unnatürlich/künstlich und steril. Nur noch einmal möchte ich den Wind und den Duft meiner Alm erleben“ Sein einziger Wunsch. Bevor er stirbt nehmen wir ihn mit zu unserer Hütte. Dort lässt er sich noch ein letztes Mal tragen von der Luft, dem Wasser und der Erde.

Die Brust seines sportlich trainierten Körpers ist aufgebrochen worden. Eine dicke Operationsnarbe erinnert, dass die Integrität seines Körpers zerstört wurde. Er wird nie mehr das sein was er mal war. Er wird verzichten müssen auf Sachen, die ihm wichtig waren. Wohin er auch den Kopf wendet, überall der gleiche Geruch nach Sterilität. Er flüchtete in seine Hütte am Teich, um wieder Kraft und Leben aus der Natur zu schöpfen.

Durch solche oder ähnliche Erfahrungen erwachte schlussendlich aus mir Intensiv- und Schulmediziner die andere Seele. Vielleicht hat man als jemand, der vom Tod gestreift wurde, ein anderes Verständnis für Leute in vergleichbaren Situationen. Vielleicht sind es jene Momente, in denen



man spürt, dass zum Schluss doch nur die Mystik des Sterbens und die Rückkehr zur Natur bleiben.

Dass diese einfachen Sehnsüchte, – den Wind zu spüren, – den Wald zu erleben, – etwas sehr wichtiges für Schwerkranke sind, zeigt, wie glücklich sich Patienten fühlen, die wir kurzzeitig von dem Intensiv – Monitoring abdocken, um mit ihnen einige Zeit in der Natur zu verbringen. Wir

konnten jedes Mal erleben welch großen Fortschritt die Genesung nach einem kurzen Ausflug weg von der Einengung durch die Übertechnisierung nimmt.

Mit dem Wandel unserer Gesellschaft, dem Zerfall der Großfamilie und Familie, wo Schwerkranke sonst Trost und Hilfe finden würden, wird das Sterbebett von zuhause immer mehr ins Krankenhaus verlegt. Wir sind immer stärkeren Argumenten einiger Angehörigen ausgesetzt, warum ein Sterben in Ruhe zuhause nicht möglich ist. Offen gesagt werden jedoch



schwerkranke Menschen immer mehr auch ins Krankenhaus zum Sterben abgeschoben. Unsere jugendorientierte, sport- und körperbetonte Zeit will mit dem Tod, dem Altwerden nichts mehr zu tun haben.

Unser Weltendasein besteht meiner Meinung nach aus drei großen Abschnitten: 1) die Geburt, 2) das Leben, 3) das Sterben. Damit gibt es auch die Mystik der Geburt, des Lebens, und des Sterbens.

Die Mystik der Geburt, haben wir schon teilweise an- die Mediziner verloren – doch haben wir dafür, mit all dem technischen Support eine verminderte Säuglingssterblichkeit gewonnen. Dennoch gibt es den dringlichen Wunsch nach Mystik im Kreissaal – eine Unterwassergeburt, Musik bei der Geburt, Anwesenheit des Partners, Hautkontakt und Wärme. Dies sind Möglichkeiten, die zu Beginn meiner ärztlichen Laufbahn noch tabu waren. Ich bin überzeugt, dass wir dort eine adäquatere Aufteilung von Mystik und Technik gefunden haben.

Die Mystik unseres Lebens ist geprägt durch den Verlust dieser. Dass Sehnsucht danach herrscht, zeigt schon der Boom an

Esoterik, die wir im Laden nebenan kaufen können. Wir haben verlernt, dass die Natur sie uns geben kann.

Ein Lagerfeuer am Ufer eines Sees mit Musik kann uns viel mehr Wärme geben als jegliche Infrarotlampe in einer Saunakabine.

Und schon haben wir die Elemente die für unser Wohlergehen nötig sind:

1)- Die Erde, 2)- Das Wasser, 3)- Den Wind, 4)- Das Feuer. Und mit der Musik unseren Rhythmus, unsere Kultur. Mit wenig- nahe viel erreichen, wäre das Ziel.

Im Zeitgeist beschäftigen wir uns viel lieber mit indianischer, tibetanischer, chine-



sischer Tradition und Kultur. Glorifizieren diese ohne sie richtig zu kennen. Erkunden schwarzafrikanische Rhythmen und verlieren unsere. Wir können unsere Wurzeln nicht einfach abhaken, und sie ersetzen. Wir sind ein Teil von ihnen, und sie sind ein Teil von uns. Aus ihnen sind wir gewachsen, und aus ihnen können wir Kraft und Leben schöpfen.

Im Gegensatz zur Geburt kann man beim Sterben wenig falsch machen, außer – und dazu tendieren wir immer mehr – den unheilbaren, schwerkranken Menschen nicht sterben zu lassen, sondern ihn zum Leben zu zwingen. Wie viele Computertomographien, Laborbefunde, Ultraschallbefunde und Gutachten wird ein Mensch in Zukunft benötigen, um sterben zu dürfen. Der Tod wird von Schreibtischakteuren, Bürokraten, Juristen, Medizinern standardisiert, formuliert, dokumentiert und entweicht.

So sollten auch im 21. Jahrhundert die Seelen ohne technischen Stress ihre letzte Ruhe finden können. Und statt des dröhnenden Flatterns der Hubschrauberblätter, vielleicht eher das rauschende Flattern der Blätter im Wind als letztes Geräusch im Gedächtnis mit hinüber nehmen.

Wenn uns durch einen Schicksalsschlag die Begrenztheit unseres Lebens aufgezeigt wird, besteht darin die Möglichkeit nach Neuorientierung. Diesen Weg produktiv im Sinne des Menschen zu unterstützen ist ein wichtiges Ziel.

Der Arzt sollte wieder mehr Medizinmann, und weniger Statistiker sein. Er sollte im Hintergrund schützend helfen. Künstler, Architekten, Musiker, Philosophen sollen die treibenden Kräfte sein, hier in der Na-

tur mit einfachen Mitteln, ein Basislager zu schaffen.

Dieses Zentrum soll nicht erstarren und blockieren durch streng definierte Strukturen, sondern für weitere Entwicklungen



offen sein. Es soll nicht nur vorgeben, sondern den Menschen, die darin wirken, Möglichkeiten für Veränderung geben. Ziel wäre es mehr von der Mystik unseres Lebens und damit auch mehr von der Mystik unseres Ablebens erfahren zu können.

Unter Schirmherrschaft des Landes Niederösterreich und der Direktion des Landesklinikum Mostviertel-Mauer wäre hier ein Zentrum zur „Neuorientierung aus der Natur“ geplant.

Die Umsetzung sollte im Rahmen eines Ideenwettbewerbes, ausgeschrieben für Künstler, Architekten, Philosophen und Denker, erfolgen.

Dr. Peter Eichhorn

Projektbeschreibung „Schneerose“

Projekthintergrund

Ein Mensch fühlt dass er sterben wird. Früher konnte er sich in Ruhe in der Natur zurückziehen. Heute wird er mit Hubschrauber in die Intensiv geflogen, mit Geräten versorgt um in Hektik sein Leben zu beenden. Warum nicht beides verbinden? Personen stehen vor schweren Operatio-



nen, lebensbedrohlichen Diagnosen, vor dem Tod, haben eine schwere Operation



hinter sich. Sie möchten in der Natur über Ihre Situation nachdenken, in Ruhe sterben, in der Natur Kraft schöpfen, zu sich finden oder mit Ihren Angehörigen dort alleine sein. Fachpersonal soll Sie dabei begleiten und grundversorgen. Sie entscheiden sich selbst für diese Auszeit außer-

halb des Krankenhaus Systems. Die Lebensqualität soll in dieser schweren Zeit für den Patienten verändert werden. Die Natur gibt Ruhe, Kraft und Klarheit. Unter diesen Bedingungen können die Menschen glücklicher ihre Wege gehen.

Projektziel

Errichtung und Betrieb des Zentrums „Schneerose“ für lebensbedrohlich erkrankte Menschen.

In einem Naturareal sollen Gemeinschaftsgebäude, Versorgungsgebäude und Wohnhäuser naturverbunden mit den 5 Elementen (Erde, Wasser, Feuer, Luft und Äther) stehen. Im Gelände sollen die Menschen Ruhe, sich selbst finden und die Natur erleben können.

Leitlinien für das Projekt

- Projekt für lebensbedrohlich erkrankte Menschen
- Natur- Kunst- Spiritualität- Mensch sein
- Fünf Elemente (Erde, Wasser, Feuer, Luft, Äther)
- Ressourcen und gesunde Kräfte im Menschen fördern
- Einfachheit
- Würde des einzelnen im Mittelpunkt
- Selbstbestimmung des Einzelnen in seinen Bedürfnissen
- Einbeziehung seiner Umwelt (Familie/Tiere)

Zielgruppe: Patient befindet sich in außerordentlichen Situationen wie

- Menschen mit Neuorientierung nach Diagnosestellung
- Erholung nach schwerer Operation oder Intensivstation
- Klärung seiner Lebensfragen in Ruhe
- Entlastung von Familien bei Langzeitpatienten
- In Ruhe im Einklang mit der Natur sterben

Selbstversorger Patienten: Eigenverantwortlich mit medizinischer Basisversorgung wohnen in naturnahen Gebäuden
 Ambulante Patienten nehmen an Angeboten am Tag teil

Warum kommen Menschen dort hin?

- möchte einige Zeit in der Natur außerhalb der klinischen Umgebung verbringen
- benötigt Ruhe für seine Entscheidung
- möchte Zeit in der Natur verbringen

- möchte in der Natur sterben
- benötigt Beratung
- möchte seine Lebensfragen in Ruhe klären

Was können die Menschen dort machen?

- in der Natur sein mit oder ohne klinischer Einrichtung
- Individuelle Tätigkeiten werden organisiert
- Spazieren gehen
- Meditieren
- Natur spüren, fühlen
- Die Elemente der Natur erleben
- Ruheplätze
- Sich zurückziehen
- Sich mit Angehörigen zurückziehen
- Gespräche mit Therapeuten

Angebote:

- Palliative Betreuung
- Kunsttherapeutische Betreuung
- Meditation
- Naturelemente erleben
- Spirituelle Unterstützung

Projektort: Möglicher Projektort ist das Holding Areal Naturgebiet des Landesklinikums Mauer

Infrastruktur: Das Freigelände in der Natur soll ermöglichen:

- Natur erleben, in der Natur sein, zur Natur zurückfinden, -kehren
- Themenschwerpunkte fünf Elemente (Erde, Wasser, Feuer, Luft und Äther)
- Zentraler Platz
- Zentrale Gebäude für Seminar u. Betreuung

Meditationsgebäude eventuell extra in der Natur

Gebäude für den persönlichen Rückzug von Selbstversorger. Gebäude sollen einzeln in der Natur stehen, die 5 Elemente einbeziehen, es soll zu unseren Wurzeln zurückführen

Tiere (Hunde, Katze) / Pferdekoppel

Versorgungsgebäude: Waschgelegenheit, Waschmaschine, Medikamente, Telefon, Internet, ... Räume für Personal (1 Arzt, 2 Schwestern, Therapeuten)

Außenstellen: Therapie auf dem Bauernhof, Ausflüge in die Natur pur, z.B. Puchentstuben

Basisversorgung:

Basisinfrastruktur soll vom Landesklinikum Mauer zur Verfügung gestellt werden (Reinigung, Technik, Essen, Wäsche, medizinische Versorgung (Medikamente), Pflege)

Wer pflegt die Personen?

Basisversorgungsteam und ambulante Versorgung von der jeweiligen Station

Wer betreut die Personen?

Zentrales Team das den Urgedanken dieser Einrichtung trägt und verfolgt führt Erstgespräche, organisiert Basisangebot, koordiniert Zusatz und Künstler ist therapeutisch und organisierend tätig

Wer trägt das Projekt, gibt vor, koordiniert und setzt um?

Das Kernteam rund um Peter Eichhorn sorgt für die Einhaltung der Grundphilosophie des Projektes und weitere Mitarbeiter

Klinisch-psychologische Diagnostik im Suchtbereich – Schwerpunkt Alkohol



Mag. Renate Dirnberger

Klinisch-psychologische Diagnostik kann durch Alkohol verursachte Verhaltensänderungen und kognitive Defizite gezielt erfassen und damit eine anschließende Behandlung möglich machen.

Psychologisches Diagnostizieren beschreibt einen Prozess, der mithilfe von verschiedenen Verfahren zielgerichtete Informationen über psychische und kognitive Eigenschaften eines Menschen gewinnen soll. Dieser Prozess lässt sich in verschiedene Stadien einteilen:

1. Klärung der Fragestellung

Die Fragestellung wird von den Ärzten der Station vorgegeben. Sie kann allgemein gehalten sein, kann aber auch spezifische Störungsbilder zur Abklärung beinhalten, je nach klinischer Notwendigkeit oder Auffälligkeit der Person in eine bestimmte Richtung. Der Hauptanteil der Fragestellungen betrifft die kognitiven Fertigkeiten – insbesondere verbale, visuelle Merkfähigkeit und Konzentration, kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit und Demenz, die Stimmungslage, Suizidalität und die Persönlichkeitsstruktur (diese wird entweder in einem ganzheitlichen Zusammenhang

oder in Hinblick auf bestimmte Persönlichkeitsstörungen untersucht).

2. Auswahl der diagnostischen Verfahren

Die Auswahl der Verfahren obliegt dem Psychologen. Es werden Intelligenztests, kognitive Leistungstests und Persönlichkeitsfragebögen vorgegeben. Wichtig ist eine vorherige Abklärung über eventuell beeinträchtigtes Sehvermögen, das die Bearbeitung eines Verfahrens beeinflussen könnte. Zudem sollten die Verfahren je nach kognitiven Fähigkeiten vorgegeben werden, da manche von diesen Testbatterien ein gewisses Maß an Sprachverständnis erfordern.

3. Anwendung und Auswertung der diagnostischen Verfahren

Ein Grundvoraussetzung für eine aussagekräftige Diagnostik ist der Aufbau einer guten Atmosphäre zu Beginn der Testung. Der Patient soll sich in der für ihn eher unangenehmen Situation wohlfühlen können, und es soll ihm möglich sein, seine Nervosität ablegen zu können.

Es wird das Vorgehen besprochen, wobei die einzelnen diagnostischen Schwerpunkte näher erläutert werden.

Gedächtnistests werden zu Beginn durchgeführt, außer der Patient wirkt sehr nervös und unkonzentriert. Es folgt dann meist ein kurzes Zwischengespräch als Überleitung zur Befindlichkeitsabklärung. Die Persönlichkeitstestung steht am Ende der Testbatterie.

4. Interpretation und Befunderstellung

Im Anschluss an die Testung erfolgt die Auswertung der Verfahren. Die Ergebnisse werden interpretiert und in einem Befund zusammengefasst.

Ein notwendiger Aspekt im Abschluss der Testung des einzelnen Patienten ist die Befunderklärung. Es können in diesem Gespräch die detaillierten Ergebnisse präsentiert und mit dem Patienten durchbesprochen werden. Wichtig dabei ist es, die Ressourcen der Person hervorzuheben und mögliche Konsequenzen der Testergebnisse wie Hirnleistungstraining näher zu bringen und zu erklären.

5. Mögliche Interventionen

Da der übermäßige Konsum an Alkohol langfristig gesehen zu Schädigungen des

Gehirns führen kann, ist ein gezieltes Training, abgestimmt auf den beeinträchtigten kognitiven Bereich, eine sinnvolle Unterstützung in der Therapie.

Das Hirnleistungstraining kann auf die jeweilige Person angepasst werden: Manche Programme setzen ein gewisses Intelligenzniveau voraus oder sind nur für den verbalen Bereich bestimmt. Andere sollen das visuelle Gedächtnis stärken oder die Konzentrationsfähigkeit steigern.

Eine Trainingseinheit dauert 25 Minuten. Das Leistungsniveau kann je nach Konzentration des Patienten im Verlauf gesteigert werden. Die optimale Anzahl, um einen Verlauf gut darstellen und interpretieren zu können, liegt bei ca. sechs Trainingseinheiten.

Um die Konzentration selbständig weitertrainieren zu können, wurden spezielle Übungen für diesen Bereich zusammengestellt, die vom Patienten allein bearbeitet werden können und zwischendurch das Konzentrationsniveau wieder anheben können.

Ein spezielles Trainingsprogramm kann mit dementen Patienten durchgeführt wer-

den. Es handelt sich dabei um ein Training, das es den kognitiv beeinträchtigten Patienten möglich machen soll, gewisse Alltagsfähigkeiten zu trainieren und danach zu festigen. Ein Nebeneffekt dieses Programms ist es, eine gewisse Stabilität in den Alltag zu bringen: Es kann auch schon ein positiver Erfolg sein, wenn der Patient nach einigen Trainingstagen selbständig registriert, dass er um eine bestimmte (wenn möglich täglich dieselbe) Uhrzeit eine bestimmte Tätigkeit zu erledigen hat oder den Gebrauch der Computermaus erlernt und sich merken kann.

Im Verlauf eines Trainings können wertvolle Informationen über Lösungsstrategien des Patienten gewonnen werden. Das Training kann helfen, den Selbstwert zu steigern oder Frustrationen auszuhalten. Viele Patienten können im Training Leistungsängste abbauen und ihre eigenen Leistungen realistisch einschätzen lernen.

Demnach ist Hirnleistungstraining nicht nur als objektiver Leistungsnachweis zu sehen, sondern kann dem Patienten auch wertvolle Hinweise über seine vorhandenen und oft nicht ausgeschöpften Ressourcen geben.



Viele Menschen klagen im Alter über eine Verschlechterung der Gedächtnisleistungen und meinen, dass dies unvermeidlich sei. Die Wissenschaft hat jedoch gezeigt, dass Altern sehr individuell verläuft. Ob sich der Alterungsprozess positiv und erfolgreich entwickelt, hängt nicht nur von biologisch/ körperlichen, sozialen, psychologischen und umweltbeeinflussenden Faktoren ab, sondern auch vom Verhalten der Betroffenen selbst. (Gatterer & Croy 2000, *Geistig fit ins Alter*, Springer Verlag)



Univ.-Prof. Dr. Anton Amann



Mag. Elisabeth Wappelshammer

Eine Folge zunehmender Hochaltrigkeit ist, dass immer mehr Menschen an demenziellen Erkrankungen leiden. In Niederösterreich gilt das derzeit für rund 19.000 Menschen. Die Folgen davon spüren nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch ihre Angehörigen, die behandelnden Ärzte und Ärztinnen und das Pflegepersonal in Krankenhäusern, ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen. Darauf beziehen sich auch brennende Fragen an Forschung, Fortbildung und Sozialplanung: Wie können möglichst früh präzise Diagnosen gestellt und adäquate medizinische Behandlungen gewährleistet werden? Welches Netz an beratenden Einrichtungen für Betroffene und Angehörige braucht es? Wie sehen angemessene Strukturen für die Bewohnerschaft von Pflegeheimen und Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern aus, um Betroffene und Personal möglichst zu entlasten? Welche Impulse braucht es für einen differenzierten und toleranten öffentlichen Diskurs zu Demenz in einer Gesellschaft, in der kognitive Orientiertheit einen so hohen Wert darstellt? Welchen Bedarf an Koordination zwischen verschiedenen Professionen und Einrichtungen gibt es? Solche Fragen erfordern interdisziplinäre Kooperationen. Daher ist das sozialwissenschaftlich aus-

Interdisziplinäre Kooperation für Menschen mit Demenz

Univ.-Prof. Dr. Anton Amann, Mag. Elisabeth Wappelshammer

Zentrum für Alternswissenschaften, Gesundheits- und Sozialpolitikforschung, Niederösterreichische Landesakademie

gerichtete Zentrum für Alternswissenschaften, Gesundheits- und Sozialpolitikforschung an der Niederösterreichischen Landesakademie (ZENTAS) an die neurologische Abteilung des Landeskrankenhauses Mauer herangetreten, um eine solche Kooperation zu entfalten. Am 7.12.2006 hat ein erstes Gespräch stattgefunden: Univ.-Prof. Dr. Anton Amann und Mag. Elisabeth Wappelshammer haben Herrn Dir. Prim. Dr. Berthold Kepplinger und Univ.-Prof. Dr. Halina Baran vom hiesigen Karl Landsteiner Institut erste Überlegungen zu einem Forschungs- und Entwicklungsprojekt im Interesse des Landes NÖ vorgestellt. Hier eine Skizze möglicher Projektteile:

1. Fachgerechte Diagnosen – Förderung von Früherkennung

Zutreffende epidemiologische Prognosen brauchen fachgerechte Diagnosen, Früherkennung entlastet die Familien und fördert die Erkrankten. Zugleich ist es schwierig, demenzielle Veränderungen insbesondere in ihrem Frühstadium zu erkennen und adäquat zu behandeln. Eine gemeinsame Erhebung sollte sich daher diesbezüglichen Fragen widmen: Wie kann die Ärzteschaft entsprechend unterstützt werden bzw. wie lassen sich Einschätzungen der Ärzteschaft für eine Optimierung der Diagnostik und relevanter Strukturen nutzen?

2. Modelle der Entlastung

Die Hauptlast des Drucks, den demenzielle Erkrankungen mit sich bringen, liegt auf den Angehörigen und auf MitarbeiterInnen von Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. Belastende Situationen entstehen vor allem durch die Differenz zwischen der „Normalität“ von gesellschaftlichen Strukturen und Erwartungen und der Unberechenbarkeit von Verhaltens- und Ausdrucksweisen der Erkrankten. Eine Erhebung sollte sich daher mit Modellen der Entlastung befassen – in unterschiedlichen Settings von medizinischer und therapeuti-

scher Behandlung, Hilfe und Pflege: Welche Veränderungen sollten zur Entlastung der Betroffenen, der Angehörigen und des Personals von Krankenhäusern, Diensten und Einrichtungen vorgenommen werden? Welchen Mix an Professionen braucht es zur Behandlung und Pflege von Menschen mit Demenz? Welche Fortbildungsbedarfe gibt es?

3. Angebote der Fortbildung

Im Rahmen einer interdisziplinären Kooperationsplattform werden im kommenden Jahr zwei Tagungen geplant:

Zukunft Wohnen Demenz, Kardinal König Haus Wien am 13.04.2007. Nähere Informationen bei Mag. Petra Rösler, roesler@zweiunddrei.at. Tel.: 0650 686 76 54
Theater Pflege Demenz, Landhaus am 21.09.2007, St. Pölten. Nähere Informationen bei Mag. Elisabeth Wappelshammer elisabeth.wappelshammer@noe-lak.at Tel.: 02742/294/17445

Erste gemeinsame Überlegungen der Kooperation zwischen Landeskrankenhaus Mauer und ZENTAS

Ein zentraler Gegenstand medizinischer Forschung sind biochemische Veränderungen der Gehirnstruktur. Hier leistet das Karl Landsteiner Institut mit Univ.-Prof. Dr. Halina Baran am Landeskrankenhaus Mauer bereits international beachtete Forschungsarbeit und bringt diese Kompetenz gerne in das angedachte Projekt mit ein. Erste Schritte zu einer Annäherung der beiden Kooperationspartner sind eine „Verlinkung“ der Websites der beiden Institute und Überlegungen für eine gemeinsame Untersuchung zu Erfahrungen und Problemen von niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen in Niederösterreich. Um möglichst alle Perspektiven und Kompetenzen bei der Konzeption dieser Kooperation zu bedenken, sind auch die Leser und Leserinnen des KlinikForums gefragt, ihre Anregungen und Ideen mit einzubringen (elisabeth.wappelshammer@noe-lak.at)

Zugänge 2006:



16.11.: Bettina **Paus**,
Ergotherapeutin



01.12.: Sandra **Hölesberger**,
Diplomschwester



01.12.: Petra **Wernhör**,
Diplomschwester



01.12.: Sandra **Stolz**,
Diplomschwester



01.12.: Paul **Wemer**,
Diplompfleger



01.12.: Carina **Wesely**,
Diplomschwester



01.12.: Sylvia **Hintersteiner**,
Diplomschwester



01.12.: Andreas **Stolz**,
Diplompfleger



01.12.: Dietmar **Huber**,
Diplompfleger



01.12.: Karin **Offenthaler**,
Diplomschwester



01.12.: Gabriela **Höllsberger**,
Pflegehelferin



01.12.: Monika **Offenberger**,
Pflegehelferin
VS v. LKM Amstetten



01.12.: Cornelia **Löb**,
Sozialarbeiterin



04.12.: Claudia **Lanschützer**,
Physiotherapeutin



11.12.: Elke **Schirmer**,
Küchengehilfin

Zugänge 2007:



01.01.: Dr. med. Ljupka
Rasperger, Assistentin



01.01.: Manfred **Kogler**,
Pflegehelfer, VS vom PBZ Mauer



02.01.: Dr. med. Awini
Barwari, Assistentin



02.01.: Mag. rer.nat. Julia
Füreder, Psychologin



03.01.: Bernhard **Leitinger**,
Hausarbeiter



22.01.: Prim. Dr. Ferdinand
Schönbauer, Primararzt



01.02.: Theresia **Loibl**,
Diplomschwester



01.02.: Herbert **Beneder**,
Diplompfleger

01.02.: Gabriele **Kogler**, Pflegehelferin
VS vom PBZ Mauer

02.01.: Mag. Dr. Markus **Kvasnicka**, Assistent

(Bilder folgen in der nächsten Ausgabe!)

Abgänge 2006 bzw. 2007:

Datum	Titel	Zuname	Vorname	Grund
31.12.2006	Dr. med.	Ljubojevic-Dragoslavac	Sanja	Beendigung des DV
31.12.2006	Dr. med.	Trimborn	Sophie	Kündigung
31.12.2006		Fischer	Wolfgang	VS zum PBZ Mauer
28.01.2007	Ass. Dr.	SEDLAK	Kurt	Kündigung
31.01.2007	OA Dr.	HÄUSLER	Ferdinand	Kündigung
31.01.2007		WASER	Franz	Pensionierung

NÖ Landesbedienstete am Semmering



Die Zentralpersonalvertretung und der Zentralbetriebsrat veranstalteten am 25. und 26. Jänner 2007 am Semmering zwei Schitage für Niederösterreichs Landesbedienstete.

Bei gutem Wetter und griffiger bis harter Piste konnte die Veranstaltung wie geplant durchgeführt werden. Frau Landesrat Dr. Petra Bohuslav betonte in Ihrer Ansprache die Leistungen des WSV Semmering und bedankte sich bei der Organisation und den anwesenden Teilnehmern.

Im Rahmen dieser Sporttage werden auch die Landesmeisterschaften im RTL ausge-

tragen. Ein begehrtes Ziel ist es, neben guten Einzelleistungen auch eine Top-Platzierung in der Mannschaftswertung zu erreichen.

Für die Mannschaft Landesklinikum Mostviertel Amstetten-Mauer/ Psychosoziales Betreuungszentrum Mauer waren am Start:

Christine Leitner, Josef Leitner, Robert Maischberger, Günter Schaub, Andreas Peham und Stefan Höfinger.

Die Mannschaft LKM Amstetten-Mauer/ PBZ Mauer erreichte Rang drei.



Die Ergebnisse der Einzelplatzierungen:

AK II Damen
7. Rang Christine Leitner

AK IIIa Herren
Rang 1 Josef Leitner

AK IIb Herren
Rang 3 Robert Maischberger

AKIIa Herren
Rang 1 Andreas Peham

AKIb Herren
Rang 3 Stefan Höfinger

Günter Schaub

Kultur in der Klinik

Im vergangenen Jahr konnten wieder zwei regionale Künstler dafür gewonnen werden, ihre Werke in unserer Klinik der Öffentlichkeit zu präsentieren.

Erwin Kastner stellte am 14.12.2006 sein Buch „Emotionen“ vor und gleichzeitig fand eine Vernissage seiner Bilder statt.



Erwin Kastner (re.) übergibt das Bild „Mostviertel“ an Pflegedirektor Josef Leitner.

Seine Bildsprache variiert zwischen Detailtreue, Reduktion und Abstraktion und findet sich nicht nur in Aquarellen, sondern auch in großformatigen Werken auf Leinwand umgesetzt. Als Dank dafür, dass er einen Querschnitt seines Schaffens im Landesklinikum zeigen durfte, stellte sich Erwin Kastner mit einem besonderen Geschenk ein. Er spendete sein bekanntes Bild mit dem Titel „Mostviertel“. Dieses Werk, das den Blick auf den Sonntagberg zeigt, wird in Zukunft die Pflegedirektion zieren.

Ferdinand Viertlmayer präsentierte am 17.11.2006 seine Aquarelle unter dem Thema „Impressionen“. Er beschäftigt sich seit 1998 mit der Malerei. In seiner Ausstellung zeigt er Aquarelle, Mischtechniken und Acrylarbeiten, in dem er sein Arbeitsmotto „Gib jedem Tag die Chance, der Schönste deines Lebens zu werden.“ zum Ausdruck bringt.

DSA Mag. (FH) Sonja Kirchweger

