Ulf Boger und Phoebe Koch

Das Gezeiten-Modell in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

-

Adaption und Implementierung eines recovery-orientierten Versorgungsmodells

Ulf Boger
Klinikum am Weissenhof, Weinsberg,
u.boger@klinikum-weissenhof.de

Phoebe Koch
Evangelisches Klinikum Bethel, Bielefeld
phoebe.rubia@evkb.de

Abkürzungsverzeichnis

DFPP	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KJPP	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
PED	Pflege- und Erziehungsdienst
SGB	Sozialgesetzbuch

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 1

2. Hintergrund 2

2.1 Recovery 2

2.2 Das Gezeiten-Modell 3

2.3 Das DNQP-Phasenmodell 6

3. Das Gezeiten-Modell in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (GM-KJP) .. 7

3.1 Adaption 7

3.2 Implementierung am Klinikum am Weissenhof 10

4. Diskussion 13

5. Fazit und Ausblick 15

Literatur 16

ANHANG – Das angepasste ganzheitliche Assessment 20

1. Einleitung

Eine Recovery-Orientierung gilt als ein Kriterium guter psychiatrischer Pflege (Richter et al., 2014) und ist in den englischsprachigen Ländern bereits seit längerem als Ziel der psychiatrischen Versorgung in den Gesundheitsplänen verankert. Es ist daher wenig überraschend, dass eine Recovery-Orientierung auch hierzulande von psychiatrischen Fachgesellschaften wie der DGPPN und der DFPP (DGPPN, 2019, Sahm et al., 2021) empfohlen wird. Um die Jahrtausendwende wurde durch Barker und Buchanan-Barker (2005) ein Versorgungsmodell mit dem Ziel Recovery strukturiert in der Praxis zu verankern für die psychiatrische Versorgung entwickelt: das Gezeiten-Modell. Das Gezeiten-Modell ist ein philosophisch-narratives Modell, dass sich dadurch kennzeichnet, dass es den Fokus von den Fachpersonen auf die hilfesuchende Person und ihre Geschichte, ihr Narrativ, und ihre eigenen Lösungsansätze legt. Die Fachperson wird zum Lehrling und lernt von der betroffenen Person, was getan werden muss. Seit der Veröffentlichung einer deutschen Version 2013, findet es zunehmend auch im deutschsprachigen Raum Verbreitung. So hat beispielsweise das Uniklinikum Köln zur Standardisierung der Bezugspflege das Gezeiten-Modell in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie implementiert (Bohlscheid & Kirchhoff, 2018, Kirchhof, 2020, Schulz et al., 2020).

Im Rahmen unserer Abschlussarbeit im Bachelor-Studiengang Psychiatrische Pflege/Psychische Gesundheit an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld haben wir uns mit der Frage auseinandergesetzt, wie das Gezeiten-Modell in seiner deutschen Version (Barker & Buchanan-Barker, 2020) für die Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie adaptiert werden muss und wie eine solch komplexe Intervention implementiert werden kann. Die vorgeschlagenen Adaptionen des Gezeiten-Modells ergaben sich überwiegend aus der multiprofessionellen Gestaltung der direkten Versorgung durch den Pflege- und Erziehungsdienst (PED), sowie dem Erleben von Recovery durch Kinder und Jugendliche und den Bedarfen dieser Patient:innengruppe. Die Implementierung wurde zunächst theoretisch anhand des Phasenmodells des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP, 2019) entworfen und mittlerweile wurde in der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums am Weissenhof bereits auf zwei vollstationären und einer tagesklinischen Station mit der Implementierung begonnen.

2. Hintergrund

2.1 Recovery

Der Begriff *Recovery* ist spätestens seit der Veröffentlichung von „Recovery-Das Ende der Unheilbarkeit“ von Amering und Schmolke (2012) auch in der deutschsprachigen psychiatrischen Versorgungslandschaft angekommen. In einer qualitativen Studie von Richter und Kolleg:innen (2014), in der Betroffene, Angehörige und Fachpersonen befragt wurden, wird Recovery-Orientierung als eines von vier Kriterien guter psychiatrischer Pflege beschrieben. Der Begriff stammt aus der Betroffenenbewegung und lässt sich ins Deutsche mit Genesung, Heilung oder Gesundung übersetzen. Die deutschen Begriffe werden dem Konzept jedoch nicht vollumfänglich gerecht. Verschiedene Versuche Recovery zu beschreiben kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen, denen gemein ist, dass das Ziel der Gesundheitsversorgung nicht mehr Heilung im Sinne von Symptomfreiheit ist, sondern ein gutes Leben trotz psychischen Erkrankung führen zu können. Leamy und Kolleg:innen (2011) fassten die Komponenten von Recovery unter dem Akronym CHIME zusammen. CHIME steht für *Connectedness* (Verbundenheit), *Hope* (Hoffnung), *Meaning* (Bedeutung, Sinn) und *Empowerment* (Selbstermächtigung). Rabenschlag und Leuenberger (2023, S. 960) definieren Recovery wie folgt: „Recovery ist eine gesundheitsorientierte und prozesshafte Einstellung, welche Hoffnung, Wissen, Selbstbestimmung, Lebenszufriedenheit und vermehrte Nutzung von Selbsthilfemöglichkeiten fördern will und damit auf die (subjektive) Lebensqualität trotz psychischer Krankheit zielt.“

Kinder und Jugendliche erleben im Laufe des Erwachsenwerdens verschiedene Stufen und Herausforderungen. Die amerikanischen Psychologen Havighurst (1972) und Erikson (1974) prägten dafür den Begriff der Entwicklungsaufgaben. Als Entwicklungsaufgaben gelten die Entwicklung der Kognition, der Selbstregulation, der Sozialkompetenz, der Autonomie, der Identität und der Sexualidentität. Dies muss bei der Arbeit mit psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mitgedacht werden. Sie haben die Doppelaufgabe ihre Entwicklungsaufgaben und ihr Erkrankungserleben zu bewältigen. Es kommt daher bei Betroffenen häufig zu dem Phänomen, dass die Entwicklung denen gesunder Gleichaltriger hinterherhinkt und die Entwicklungsaufgaben erst nach Bewältigung der Erkrankung nachgeholt werden. Hier zeigt sich der Nutzen einer Recovery-Orientierung in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, weil verschiedene Aspekte, wie der Aufbau von sozialen Netzen, die Identitätsbildung und Autonomie im Sinne von Empowerment auch Entwicklungsaufgaben sind und so gleichzeitig gefördert werden können.

2.2 Das Gezeiten-Modell

Das Gezeiten-Modell wurde entwickelt, damit in der Versorgung die Bedingungen geschaffen werden unter denen Menschen ihren persönlichen Recovery-Prozess gestalten können (Barker & Buchanan-Barker, 2005, S. 11 f.). Der Fokus des Gezeiten-Modells liegt auf der Person und ihrer Geschichte, ihrem Narrativ von sich selbst und den Auswirkungen der Erkrankung. Es bietet hier einen radikalen Ansatz in welchem sich die Fachperson zurücknimmt und die Person als Experte für die Erkrankung und ihr Erleben akzeptiert und ihr zuhört anstatt zu erklären. Die Verantwortung und auch die Kompetenz zur Krankheitsbewältigung wird der Person überlassen. Daher geht man im Gezeiten-Modell weg von biopsychosozialen Erklärungsmodellen und arbeitet mit dem Erklärungsmodell, das die Person für ihr Krankheitserleben hat. Die Auswirkungen psychiatrischer Erkrankungen werden im Gezeiten-Modell als Lebensprobleme gesehen und es wird die zentrale Frage gestellt: „Wie können wir Menschen helfen ihre Probleme menschlichen Lebens zu bewältigen oder sich mit ihnen zu arrangieren?“ Statt systematischer Pflegediagnosen werden die Herausforderungen und Einschränkungen der betroffenen Personen in ihren Worten und Metaphern festgehalten. Menschliche Erfahrung wird im Gezeiten-Modell als sich ständig verändernd gesehen. Barker und Buchanan-Barker arbeiten mit der Metapher des Wassers. Das Leben wird als eine Reise auf dem Ozean der Erfahrung, auf welchem Menschen in stürmische Gewässer geraten oder zu neuen Ufern ins Unbekannte aufbrechen, beschrieben. Es werden Segel gesetzt, Brücken gebaut oder durch die Helfenden Rettungsleinen ausgeworfen und Rettungsboote bemannt (Barker & Buchanan-Barker, 2005, S. 22 f.). Die recovery-orientierte Grundhaltung wird durch sechs Leitprinzipien ausgedrückt (Tab. 1).

Tabelle 1:Leitprinzipien der recovery-orientierten Haltung (Buchanan-Barker & Barker, 2008, S. 15).

Neugierde	Die Person ist die Autorität für ihre Welt. Durch ehrliche Neugierde können die Helfenden etwas über ihre Geschichte lernen.
Ressourcenorientierung	Statt sich auf Probleme, Defizite und Schwächen zu fokussieren, sollen personelle und interpersonelle Ressourcen gesucht werden.
Respektieren der Wünsche	Es soll nicht davon ausgegangen werden, dass die Helfenden am besten wissen, was gut für die Betroffen ist.
Krise als Chance	Herausfordernde Ereignisse im Leben zeigen, dass „Etwas getan werden muss“.
Orientierung an der Person	Alle Ziele müssen die Ziele der Person sein.
Eleganz anstreben	Es sollen möglichst einfache Mittel gewählt werden, um die Person bei ihrer Veränderung zu unterstützen.

Der Weg der Betroffenen im Gesundheitssystem wird im Gezeiten-Modell als Kontinuum gesehen (Abb. 1), das mit dem Ziel gestaltet wird, dass die Person zum einen immer weniger Hilfe

und Unterstützung benötigt und zum anderen die Ursache ihrer Lebensprobleme in der Tiefe erkennen und bewältigen kann. Hier wird deutlich, dass die Begleitung der Betroffenen über Versorgungsgrenzen hinweggedacht wird. Das Versorgungskontinuum beginnt in der Krise mit der umittelbaren Versorgung in welcher kurzfristige Lösungen angeboten und auch vorgegeben werden. Am anderen Ende steht die Wachstumsbegleitung in welcher, die Ursachen der Problematik herausgearbeitet werden. Das Ziel ist, dass die Person ein Verständnis ihrer Probleme entwickelt und langfristige Lösungsstrategien herausarbeitet. Ähnlich wie die Gezeiten kommen und gehen, geht auch die angebotene Hilfe. Professionell Helfende sind in Krisenzeiten nah an den Personen und bieten viel Hilfe an, geben auch Angebote vor, und ziehen sich wieder zurück, wenn weniger Hilfe benötigt wird.

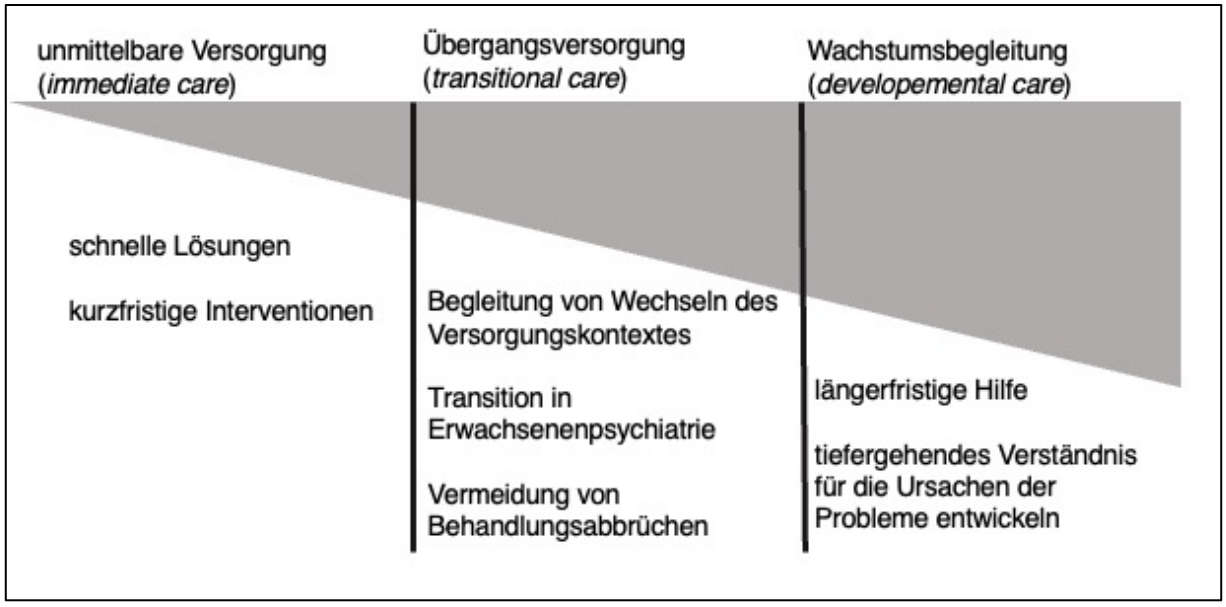


Abbildung 1: Versorgungskontinuum (eigene Darstellung nach Barker & Buchanan-Barker, 2005).

In der Arbeit mit dem Gezeiten-Modell wird der Menschen ganzheitlich in den drei Dimensionen Selbst, Welt und Andere betrachtet. Das Selbst bildet die erste Dimension und ist die innerste Gefühlswelt der Person, die nicht nach außen dringt. Hier liegt der Fokus auf der Schaffung eines physischen und emotionalen Sicherheitsgefühls. Barker und Buchanan-Barker beschreiben psychische Erkrankungen als „Krise des Selbst“ und legen den Fokus auf die Bedrohung der Person durch die Person selbst, in Form von Suizidalität oder selbstverletzendem Verhalten, oder durch ein Bedrohungserleben von außen in Form von Verfolgungserleben, Intrusionserleben, Halluzinationen (Barker & Buchanan-Barker, 2005, S. 52 ff.). Die Hauptaufgaben in der Dimension des Selbst sind das Aufheben der Isolation der Person, durch Brücken schlagende Beziehungen und das Vermitteln von Sicherheit durch die Erarbeitung eines persönlichen Sicherheitsplans. Professionell Helfende ermöglichen den betroffenen korrigierende

Beziehungserfahrungen und sind zuverlässige Begleitende auf der Recovery-Reise. Als Instrument in der Dimension des Selbsts bildet der persönliche Sicherheitsplan den Wechsel von der Pflege zur Selbstpflege und übergibt der Person die Verantwortung für ihre Sicherheit und Unversehrtheit. Er beinhaltet die Fragen, was die Person tun kann, um ihre Sicherheit zu gewährleistet und welche Hilfe sie sich bei anderen Personen einfordern kann. Im Originalwerk (Barker & Buchanan-Barker, 2005) ist auch das Nurses‘ Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) und damit die Einschätzung der Basissuizidalität Teil der Arbeit mit dem Gezeiten-Modell. Dies wurde in der deutschen Version ausgelassen.

In der zweiten Dimension, der Dimension Welt, erlangt die Person die Kontrolle über ihr Narrativ zurück. Das ist in der Recovery-Reise ein wichtiger Schritt, von dem viele Betroffene berichten. Psychische Erkrankungen sind mit Narrativen und Stigmata belegt, was für die Betroffenen eine zusätzliche Belastung darstellt. Durch ein leitfadengestütztes Gespräch, dem „ganzheitlichen Assessment“ oder Aufnahme-Assessment (Kirchhof, 2020), wird der Person die Möglichkeit gegeben ihr Krankheitserleben und ihre Theorie der Krankheitsentstehung in ihren Worten und Metaphern wiederzugeben und ihre Lebensprobleme zu beschreiben. Abschließend werden die Ressourcen der Person und ihre Wünsche und Werte beschrieben und eine Zukunftsvision („Wie würde mein Leben aussehen, wenn die Probleme gelöst wären? Woran würde ich merken, dass es mir wieder gut geht?“) entworfen. Diese Zielvorstellung ist der Ausgangspunkt der Pflegeplanung, daraufhin sollen die Maßnahmen wirken, um die Menschen dabei zu unterstützen das subjektiv gute Leben trotz psychischer Erkrankung zu leben.

In der letzten Dimension (Andere) steht die Person in Kontakt mit ihren Mitmenschen und erlebt, dass sie auch mit psychischer Erkrankung Beziehungen eingehen kann und anderen helfen kann. Es kommt dadurch zum Erleben von Selbstwirksamkeit und der Fokus wird auf die gesunden Anteile gelegt. Im Gezeiten-Modell werden drei Gruppenangebote vorgeschlagen, welche von den selbst moderiert werden sollen. Die Lösungsgruppe ist gestaltet wie eine Selbsthilfegruppe und ermöglicht es Menschen die Erfahrung zu machen, dass sie auch mit psychischer Erkrankung einen positiven Einfluss auf ihre Mitmenschen haben können und wertvoll sind. Die Entdeckungsgruppe dient der Bildung einer Identität abseits der „kranken“ Anteile. In ihr werden Menschen durch Leitfragen (Was würdest Du tun, wenn Du morgen im Lotto gewinnst?) dazu animiert über sich selbst nachzudenken. Die dritte Gruppe ist die Informationsgruppe und dient der Selbstermächtigung, dem Empowerment. In ihr werden Informationen zum Hilfesystem und zu Erkrankungen vermittelt. Das soll den Betroffenen ermöglichen, ihren Behandlungsverlauf selbst planen zu können.

Die verschiedenen Elemente des Gezeiten-Modells ermöglichen es, dass die verschiedenen Komponenten von Recovery gefördert werden.

2.3 Das DNQP-Phasenmodell

Es gibt verschiedene Modelle, die die erfolgreiche Implementierung von komplexen Interventionen ermöglichen sollen. Das Phasenmodell des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) wurde mehrstufig entwickelt und getestet, um Expertenstandards erfolgreich zu implementieren. Es orientiert sich am Qualitätszyklus der stationsgebundenen Qualitätsentwicklung (DNQP, 2019) und basiert auf dem PARIHS-Framework. Da es eine systematische Vorgehensweise für die Implementierung komplexer Interventionen, wie z. B. Expertenstandards, bietet, eignet es sich auch für die Implementierung eines Versorgungsmodells (Moers et al., 2014). Die Phasen (Abb. 2) sind die Vorbereitungsphase, die Fortbildungsphase, die Konkretisierungsphase, die Einführungs- bzw. Anwendungsphase und die abschließenden Auditphase (DNQP, 2019). In der Vorbereitungsphase wird das Wissen der Pflegenden und die internen Prozesse an die Intervention angepasst. Die Einführungsphase beinhaltet die erstmalige praktische Anwendung der konkretisierten Standardinhalte, während das abschließende Audit zur internen Überprüfung der Umsetzung aller Standardkriterien dient. Das Implementierungsprojekt sollte sich insgesamt über einen Zeitraum von sechs Monaten erstrecken (Schiemann & Moers, 2006, Moers et al., 2014).

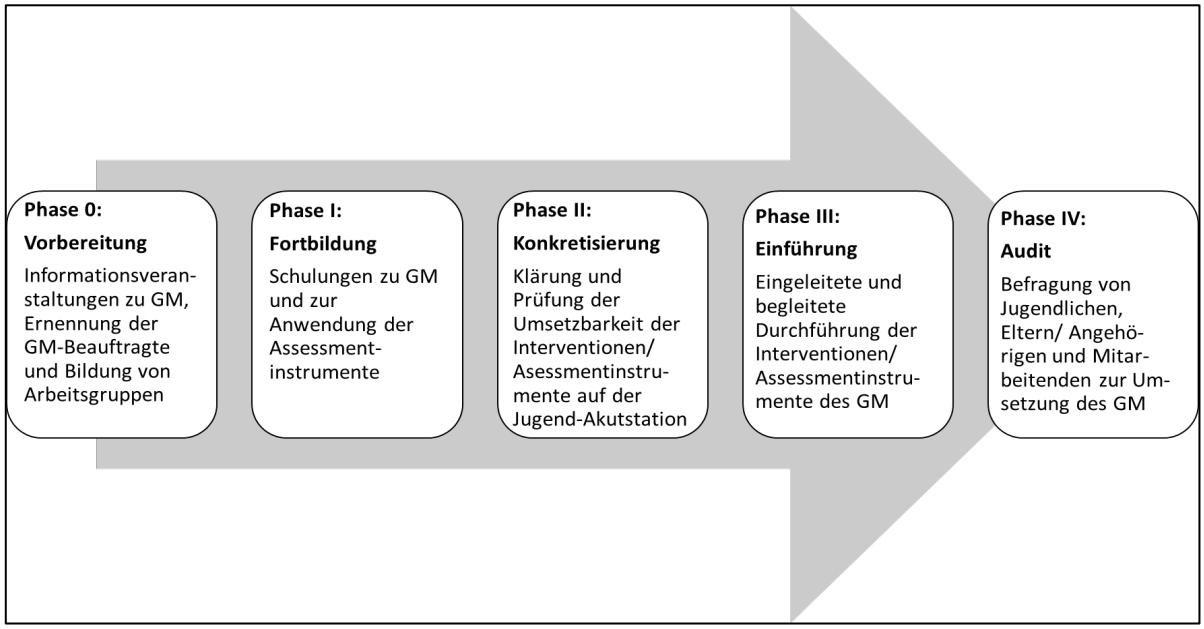


Abbildung 2: Implementierung des Gezeiten-Modells anhand des Phasenmodells des DNQPs (eigene Darstellung).

3. Das Gezeiten-Modell in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (GM-KJP)

3.1 Adaption

Das Gezeiten-Modell wird international in verschiedensten Behandlungskontexten angewendet (Schulz et al., 2020). Zu seiner Anwendung in der Kinder und Jugendpsychiatrie wurden von uns international jedoch nur zwei Arbeiten identifiziert (Vella et al., 2014; Silva et al., 2023). Eine Arbeit beschreibt die Veränderungen, die durch die Implementierung des Gezeiten-Modells auf einer Akutstation für adoleszente Patient:innen in Sydney, während sich die andere damit auseinandersetzt, ob das Gezeiten-Modell theoretisch für die Arbeit mit adoleszenten Patient:innen unter Freiheitsentzug geeignet ist. In beiden Arbeiten wird jedoch nicht auf die besonderen Bedürfnisse und das Verständnis von Recovery von Kindern und Jugendlichen eingegangen.

Wir haben daher das Gezeiten-Modell an die Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im deutschen Versorgungssystem angepasst. Zunächst wurde die Nomenklatur auf den multiprofessionellen PED angepasst (Tab. 2). Das Gezeiten-Modell wurde zwar ursprünglich als Pflegemodell entwickelt, richtet sich im englischen Original jedoch an *Mental Health Professionals* und wird von verschiedenen Berufsgruppen angewendet (Barker & Buchanan-Barker, 2020, S. 21). Dieser multiprofessionelle Ansatz wurde in der deutschen Übersetzung vernachlässigt und Zielgruppe sind nun Pflegefachpersonen. Kinder und Jugendliche haben nach der UN-Kinderrechtekonvention und dem SGB VIII ein Recht auf Erziehung (BMFSFJ, 2022). Die direkte Versorgung wird deshalb durch den multiprofessionellen Pflege- und Erziehungsdienst gestaltet. Dieser setzt sich aus verschiedenen pädagogischen und pflegerischen Berufsgruppen zusammen. Aktuell verfügen im stationären Behandlungskontext ca. 60 % der Mitarbeitenden über eine pflegerische und ca. 40 % über eine pädagogische Ausbildung (Kuchenbecker, 2023, S. 1373). Auch der Pflegeprozess lässt sich in der KJP nicht vom Erziehungsprozess abtrennen, da die Lebensprobleme der Betroffenen häufig Ausdruck gestörter Entwicklungsprozesse sind, vielmehr wird von einem integrierten Pflege- und Erziehungsprozess gesprochen (BAG PED, 2019). Der Begriff Pflege wurde soweit sinnvoll mit Versorgung übersetzt. Dies war möglich, da Barker und Buchanan-Barker im Original von *care* schreiben.

Ohne ins Detail zu gehen, muss angemerkt werden, dass die KJPP wie auch der Maßregelvollzug vor der besonderen Herausforderung steht bei der Gestaltung des Versorgungsprozesses die Besonderheit des Pflegeprozesses abzubilden und die Vorbehaltsaufgaben nach §4 Pflegeberufegesetz zu beachten (Lautenschlager et al., 2024). Um dem Auftrag Pflege und Erziehung gerecht zu werden und um den Pflegeprozess soweit möglich vom Erziehungsprozess

abzutrennen, haben wir in Weinsberg ein Bezugspersonensystem in Form eines Tandem-Systems implementiert. Den Betroffenen wird aus dem PED-Team jeweils eine pflegerische und eine pädagogische Fachperson zugeteilt, die gemeinsam die Fallverantwortung tragen. Im Sinne eines Skill-Mixes legen dabei die pflegerischen Fachpersonen den Fokus auf die Unterstützung bei der Bewältigung des Krankheitserlebens, während die pädagogischen Fachpersonen den Fokus auf die Unterstützung bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben legen.

Tabelle 2: Anpassung der Begrifflichkeiten für das adaptierte Gezeiten-Modell in der KJP (GM-KJP) (eigene Darstellung; englische Begriffe nach Barker & Buchanan-Barker, 2005, deutsche Begriffe nach Hermann (Barker & Buchanan-Barker, 2020)).

englisch	**deutsch**	**GM-KJP**
continuum of care	Pflegekontinuum	Versorgungskontinuum
immediate care	unmittelbare Pflege	unmittelbare Versorgung
transitional care	Übergangspflege	Übergangsversorgung
developemental care	Wachstumsbegleitung	Wachstumsbegleitung

Betrachtet man die Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen des Versorgungskontinuums, so fällt ein Bereich der Übergangsversorgung besonders ins Gewicht. Die Transition, der Wechsel aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie, ist eine Besonderheit der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung und stellt eine Herausforderung für die Patient:innen dar (Mayr et al., 2015, S. 161). Häufig haben psychisch erkrankte Jugendliche die Entwicklungsaufgaben Verselbstständigung und stabile Identitätsbildung nicht erfolgreich abgeschlossen, da die Bewältigung des Krankheitserleben sie in der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben einschränkt. Sie können daher aufgrund individueller Defizite nicht von einer Therapie in der Erwachsenenpsychiatrie profitieren. Die Folge sind hohe Raten an Therapieabbrüchen und wiederkehrende Krisen kombiniert mit häufigen Notfallkontakten (Karow et al., 2018, S. 249). Rein formal müssen sich die Patient:innen auf einen Behandler:innen- und Bezugspersonen-wechsel sowie einen niedrigeren Betreuungsschlüssel einstellen. Da das Recht auf Erziehung mit dem achtzehnten Lebensjahr endet und der Fokus in der Erwachsenenpsychiatrie auf der Pflege liegt, ist diese mit weniger Personal ausgestattet (Mayr et al, 2015., S. 159). Auf die Begleitung der Transition sollte im Rahmen der Übergangsversorgung besonders Wert gelegt werden, um den Sorgen und Befürchtungen der Patient:innen entgegenzukommen. Jugendliche geben in Studien an ein überwiegend schlechtes Bild von der Versorgung in der Erwachsenenpsychiatrie zu haben und sind nach der ersten Aufnahme in der Erwachsenenpsychiatrie von der anderen Art der Versorgung häufig so abgeschreckt, dass sie weitere Kontakte zur Psychiatrie vermeiden (Singh et al., 2005, S. 292). Paul

und Kolleg:innen (2013, S. 37) definieren vier Kriterien für eine optimal gestaltete Transition. An diesen Kriterien sollte Übergangsversorgung, die die Sicherstellung eines geordneten Übergangs zwischen Versorgungskontexten als Ziel hat (Barker und Buchanan-Barker, 2020, S. 61), ausgelegt sein. Das erste Kriterium ist Versorgungskontinuität. Die Patient:innen sollten drei Monate nach der Transition entweder in der Erwachsenenpsychiatrie angebunden oder nach Behandlungsende entlassen sein (Paul et al., 2013, S. 37). Das zweite Kriterium ist, dass die Transition durch eine Phase der parallelen Versorgung gekennzeichnet ist. In dieser Phase haben die Patient:innen Kontakt zu den Behandelnden der KJP und der Erwachsenenpsychiatrie (ebd.). Dies impliziert einen Auftrag an die professionellen Bezugspersonen. Wenn es absehbar wird, dass Patient:innen mit Vollendung des achtzehnten Lebensjahres weder in der KJP weiterbehandelt noch ins häusliche Umfeld entlassen werden können, sollte durch die Bezugspersonen Kontakt mit der weiterversorgenden Station gesucht werden. Die Bezugsperson auf der weiterversorgenden Station sollte festgelegt werden und der Bezugspersonenwechsel frühzeitig durch Treffen eingeleitet werden. Das dritte Kriterium ist, dass vor Verlegung mindestens ein Transitionstreffen stattfindet. Daran sollten die Patient:innen sowie die Bezugspersonen und Therapeut:innen der aktuell behandelnden und der weiterversorgenden Station teilnehmen (Paul et al., 2013, S. 37). Diese Treffen sollten in den Bezugspersonengesprächen vor- und nachbereitet werden. Das letzte Kriterium ist die Sicherstellung der Informationsweitergabe. Barker und Buchanan-Barker (2020, S. 59 f.) erweitern die Informationsweitergabe über bloße formale Informationen und weisen darauf hin, dass es elementar ist sicherzustellen, dass Informationen darüber weitergeben werden, welche Versorgung angeboten wurde und welche Versorgung sich die Person auf der weiterbehandelnden Station erwartet.

Informationen über die Versorgungsmodalitäten in der Erwachsenenpsychiatrie sollten Inhalt der Informationsgruppe sein. Hier kann auch über Hilfsangebote für Erwachsene, wie Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen, informiert werden und das Behandlungsangebot und die Versorgungsmodalitäten können vorgestellt werden. Die Angebote des Jugendhilfesystems stehen Erwachsenen nicht mehr zur Verfügung und daher benötigen sie Alternativangebote, um eine nahtlose Weiterversorgung und Unterstützung zu ermöglichen. Der Einbezug der Sorgeberechtigte in die Versorgungsplanung ist eine Besonderheit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und diese sollten, wenn sich die Patient:innen nicht dagegen aussprechen, mit in die Transition einbezogen werden. Den Sorgeberechtigten steht ebenfalls ein Rollenwechsel bevor, auf den sie vorbereitet werden müssen (Singh et al., 2005). Die Behandlung in der KJP ist systemisch geplant, d.h. die Sorgeberechtigten sind informiert, nehmen regelmäßig an Familienterminen teil und sind an Entscheidungen maßgeblich beteiligt (Kuchenbecker, 2023, S. 1373). In der

Erwachsenenpsychiatrie ist dies nicht mehr der Fall. Der therapeutische Kontakt beschränkt sich auf Kontakte zwischen Patient:innen und Behandler:innen (Mayr et al., 2015, S. 159).

Die Instrumente des Gezeiten-Modells, besonders das Aufnahme-Assessment, wurden sprachlich an die Zielgruppe angepasst und einerseits neu gestaltet und andererseits sprachlich neu formuliert (s. Anhang). Da das Konzept Recovery und auch recovery-orientiertes Fragen (Schulz & Zuaboni, 2012) den Mitarbeitenden des PEDs ebenfalls neu waren, wurde eine Version des Aufnahme-Assessments mit Hilfestellungen, Erklärungen und Anregungen entworfen. Die Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger:in" sowie die Bezeichnung „Pflegekraft" wurde durch „PED" ausgetauscht.

3.2 Implementierung am Klinikum am Weissenhof

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am ZfP Klinikum am Weissenhof besteht aus fünf vollstationären Angeboten, vier tagesklinischen Stationen und zwei Angeboten der stationsäquivalenten Behandlung. Nachdem das Gezeiten-Modell in unserer Abschlussarbeit theoretisch angepasst wurde und ein Implementierungsplan anhand des Phasenmodells erstellt wurde, wurde im August 2024 begonnen das angepasste Gezeiten-Modell zu implementieren. Der Ablauf wird hier exemplarisch anhand der geschützt geführten Kriseninterventionsstation (KIB) dargestellt. Mittlerweile wird das Gezeiten-Modell auch auf einer tagesklinischen Station angewendet und bis 2026 soll es in der gesamten Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums am Weissenhof implementiert sein.

Phase 0: Vorbereitungsphase

Der Arbeitsauftrag ein Bezugspflegekonzept vor dem Hintergrund des Gezeiten-Modells für die Kriseninterventionsstation zu entwerfen entstand während eines Teamtages, der die Schärfung der Rollenprofile und die Professionalisierung des Pflege- und Erziehungsdienstes zum Thema hatte. Unter den Mitarbeitenden herrschte das Gefühl vor, in ihrer Profession nicht anerkannt zu sein und keinen Einfluss auf die Versorgung zu haben. Hinzu kam, die Beobachtung, dass die Patient:innen selbst sehr passiv an der Behandlung teilnehmen würden. Auch auf Seiten der Jugendlichen zeigte sich Veränderungsbedarf. In den auf den weiterführenden Stationen nach der Entlassung durchgeführten Zufriedenheitsbefragungen zeigte sich, dass sie Verbesserungsbedarf in den Items „Die Mitarbeitenden haben mir zugehört", „Die Mitarbeitenden waren verständnisvoll", „Ich habe mich von den Mitarbeitenden verstanden gefühlt" und auch in den Items, die das Gefühl der Partizipation abfragten.

Zunächst wurde eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe bestehend aus zwei pflegerischen und zwei pädagogischen Fachpersonen gebildet. Diese entwickelte ein auf den Krisenbereich angepasstes Bezugspersonenkonzept basierend auf dem Gezeiten-Modell und stellte dies den ärztlichen und pflegerisch-pädagogischen Leitungen vor. Die Rolle der Arbeitsgruppenmitglieder besteht auch darin, innerhalb des Stationsteams als Multiplikatoren und Vermittelnde zu wirken. In dieser Phase wurden auch die Aufgaben des Projektbeauftragten definiert. Dazu gehört das Organisieren, die Planung und teilweise die Durchführung von Fortbildungen, die Begleitung und die Dokumentation des Implementierungsprozesses und im späteren Verlauf die Durchführung und Auswertung des Audits (DNQP, 2019). In erster Linie gelten die Beauftragten als erste Anprechpartner:innen des Implementierungsprojektes. In der Vorbereitungsphase liegt der Fokus darauf, die organisatorischen Rahmenbedingungen für die Implementierung zu schaffen und sicherzustellen, dass die Führungskräfte das Vorhaben unterstützen.

Phase I: Fortbildung

Zu Beginn dieser Phase wurde der Fortbildungsbedarf der Mitarbeitenden erfasst. Hier zeigte sich, dass sowohl das Konzept Recovery und das Gezeiten-Modell unter den Mitarbeitenden des PEDs kaum bekannt waren. Da auch die Jugendliche oft Herausforderungen beim Verständnis des Recovery-Konzepts haben (Law et al., 2020, S. 471), war eine umfassende Schulung des gesamten Stationspersonals unerlässlich, damit die Mitarbeitenden den Patient:innen das Konzept erklären können. Im Phasenmodell finden Schulungseinheiten nicht nur zu Beginn, sondern auch in fortgeschrittenen Stadien der Implementierung statt und auch bei uns hat sich gezeigt, dass die Inhalte immer wieder wiederholt und angepasst werden müssen. Die Fortbildungsphase kann sich über vier bis zu zwanzig Wochen erstrecken (DNQP, 2019). Die Schulungen können im Verlauf und auch nach Abschluss dieser Phase angepasst werden (Moers et al., 2017). Insbesondere die regelmäßigen Rückmeldungen aus dem Team sind hierbei wichtig. Da die Mitarbeitenden abhängig von der Dienstplangestaltung unregelmäßig auf Station anzutreffen waren, dauerte es ca. zwei Monate bis alle einmal an der Schulung teilnehmen konnten. Es hat sich auch gezeigt, dass es notwendig ist die Inhalte regelmäßig zu wiederholen. Die Vermittlung von der recovery-orientierten Haltung stellt eine Herausforderung dar. Bis zum Beginn der Auditphase soll der Bedarf an zentralen Fortbildungen abgedeckt sein (DNQP, 2019). Als Vermittelnde auf Station wurde drei Mitarbeitenden die Verantwortung für die pflegerische und die pädagogische Organisation und für die Recovery-Orientierung übertragen.

Phase II: Konkretisierung

Während der Konkretisierungsphase wird die Durchführbarkeit der Implementierung detailliert betrachtet (DNQP, 2019). Dies umfasst etwa die Planung der Einführung des Gezeiten-Gruppenprogramms in akuten Behandlungssituationen, wobei die kurze Aufenthaltsdauer der Patient:innen (Amberger, 2023, S. 533 f.) und die begrenzte Verfügbarkeit des Personals in der Akutpsychiatrie, zum Beispiel durch unerwartete Notfälle, berücksichtigt werden müssen (Buchard & Diebenbusch, 2017, S. 17). Bisher ist es im Kriseninterventionsbereich nicht gelungen ein Gruppenangebot zu implementieren. Die Einbindung von Fachtherapeut:innen und anderen Berufsgruppen kann helfen, das Gruppenangebot auch bei unvorhergesehenen Ereignissen wie Krisensituationen aufrechtzuerhalten und fördert die Kooperation sowie die Abstimmung von Prozessen mit anderen beteiligten Berufsgruppen (DNQP, 2019), wobei auch die Unterstützung durch Führungskräfte von Vorteil ist.

Bei der detaillierten Umsetzungsplanung ist es ratsam auch zu prüfen, ob es im Tagesablauf der Station geeignete Zeiten gibt, in denen die Anwendung von Assessment-Instrumenten möglichst wenig durch den Stationsalltag gestört wird. Dem war nicht so. Die Mitarbeitenden vereinbaren nach dem Erstgespräch individuell Termine mit den Patient:innen für das Aufnahme-Assessment und auch ein erstes Bezugspersonengespräch. Im Krisenbereich kann es jedoch immer unvorhergesehenen Situationen kommen, so dass die Termine nicht einzuhalten sind. Zudem sollten die Intervalle der Interventionen und Zuständigkeiten in dieser Phase definiert werden (Moers et al., 2017). Eine enge Zusammenarbeit mit der Zielgruppe, in diesem Fall mit den Jugendlichen und ihren Angehörigen, wird empfohlen, um gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen, etwa bei den Assessment-Instrumenten, wenn beispielsweise Sprachbarrieren aufgrund kultureller Unterschiede offensichtlich werden. Eine Anpassung der Instrumente aufgrund von Sprachbarrieren war bisher nicht notwendig. Wir haben jedoch die Fragen des Aufnahme-Assessments sprachlich immer weiter angepasst (s. Anhang). Die Phase der Konkretisierung dauert etwa acht Wochen und sollte direkt nach der Fortbildungsphase beginnen, abhängig vom Wissensstand der Arbeitsgruppenmitglieder bezüglich der Interventionsinhalte (DNQP, 2019). Diese Phase ist gekennzeichnet durch eine gründliche Prüfung der Praktikabilität der Interventionen, wobei notwendige Anpassungen vorgenommen werden, um den speziellen Bedürfnissen der Zielgruppe und der Einrichtung gerecht zu werden. Dabei wird auch die Zusammenarbeit und Abstimmung mit anderen Berufsgruppen organisiert.

Phase III: Einführung

In der Einführungsphase werden die Instrumente des Gezeiten-Modells angewendet und weiter angepasst. Zuerst wurde den Mitarbeitenden die Möglichkeit für praktische Übungen unter Anleitung gegeben. Laut DNQP (2019) ist vorgesehen, dass die gesamte Einführungsphase acht Wochen andauern sollte und mit genügend Personal ausgestattet wird. Auf diese Weise wird soll auch ein Raum für Reflexion des Einführungsprozesses geschaffen (Moers et al., 2014) und dem Stationsteam die Gelegenheit gegeben werden, Empfehlungen für Anpassungen und Optimierungen der modifizierten Verfahrensweisen zu unterbreiten (DNQP, 2019). Die Projektverantwortliche:n und Arbeitsgruppenmitglieder begleiten die Mitarbeitenden durch diese Phase, indem sie eine beratende und motivierende Rolle als Mentor:innen einnehmen (DNQP, 2019). In der Phase der Einführung findet die praktische Durchführung der Interventionen statt. Hierbei agieren die Implementierungsverantwortlichen als zentrale Begleitpersonen im Prozess der Umsetzung.

Phase IV: Audit

Das Audit bildet den Abschluss der Implementierungsphase und soll vier Wochen andauern. Da wir uns aktuell noch in der Einführungsphase befinden, steht das Audit noch bevor. Es sollen der Erfolg der Implementierung und die Implementierungsschritte evaluiert werden. Geplant ist dies im Rahmen einer Fokusgruppe. Hierbei kann beispielsweise die Frage behandelt werden, ob die zu Beginn identifizierten Herausforderungen bewältigt wurden. Ein weiterer Teil der Auditphase ist die Dokumentation der Implementierungsschritte (DNQP, 2019). Ziel ist es, ein möglichst vollständiges Bild zu gewinnen (Moers et al., 2014), um insbesondere weitere Anpassungen der Interventionen vorzunehmen und Hinweise auf weiteren Schulungsbedarf zu erhalten.

4. Diskussion

Wir haben das Gezeiten-Modell im Rahmen unserer Bachelorarbeit an die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen angepasst. Soweit bekannt ist dies die erste Arbeit dieser Art. Die Datenlage zur Anwendung des Gezeiten-Modells in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist sehr gering. In den beiden identifizierten Arbeiten aus Australien und Brasilien (Vella et al., 2014, Silva et al., 2023) wurde zwar berichtet, dass es generell geeignet sei und auch die Ergebnisse positiv seien, es wurde jedoch nicht an die speziellen Bedürfnisse und Herausforderungen von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen angepasst.

Limitationen unserer Arbeit ergeben sich daher aus der geringen Datenlage und dass wir nicht auf die Erfahrungen anderer Arbeitsgruppen zurückgreifen konnten. Es handelte sich zunächst um eine rein theoretische Arbeit, die auch nicht konsentiert wurde. Aus der Praxis lässt sich mittlerweile anekdotisch berichten, dass sich seit Implementierung des Gezeiten-Modells die Haltung der Fachpersonen hin zu einer Personenzentrierung verändert hat. Die Beziehung zu den Patient:innen wird partizipativer gestaltet. Dies wird von diesen positiv hervorgehoben. Die Patient:innen fühlen sich mehr gesehen und wertgeschätzt. Die Fachpersonen berichten, von Selbstwirksamkeitserfahrungen und einer steigenden Zufriedenheit.

Es hat sich im Laufe der Implementierung auch gezeigt, dass das Phasenmodell des DNQPs ein geeignetes Modell war. Dadurch, dass die Instrumente des Gezeiten-Modells nur theoretisch adaptiert wurden und nicht getestet wurden, wurden Defizite in der direkten Anwendung offensichtlich. Die Flexibilität des Phasenmodells ermöglichte es, auch nach Implementierung der Instrumente diese weiterhin regelmäßig zu überprüfen und weiter an die Bedarfe der Betroffenen und der Fachpersonen anzupassen. Obwohl die Recovery-Orientierung in der Fachliteratur bereits als Standard vorausgesetzt wird und sich mehr mit der Frage beschäftigt wird, wie sie strukturiert umgesetzt werden kann, ist der Begriff in der direkten Versorgung zumindest in unserem Projekt kaum bekannt. Es sind daher immer wieder Schulungen nötig, um den Mitarbeitenden das Konzept Recovery nahezubringen. Wie Björkdahl und Kolleg:innen (2010) feststellten, gibt es unter psychiatrischen Fachpersonen, die die eher autoritär-bestimmend auftreten und Fachpersonen, die, teilweise auch ohne mit dem Konzept vertraut zu sein, eine recovery-orientiert partizipative Haltung vertreten. Letztere, von Björkdahl und Kolleg:innen als Ballett-Tänzer bezeichnet, sind leicht mit ins Boot zu holen. Für den Krisenbereich ist daher eine Mitarbeitende als „Recovery-Verantwortliche“ benannt worden.

Die Implementierung der Gezeiten-Gruppen wie sie von Barker und Buchanan-Barker konzipiert wurden ist bisher nicht gelungen. Auf der Kriseninterventionsstation ist dies unter anderem bedingt durch die fluktuierenden Belegungszahlen. Die Belegung auf Krisenstationen in der KJP entwickelt sich hin zu mehr Fallzahlen, bei kürzerer Verweildauern und mehr ungeplanten Aufnahmen (Burchard & Diebenbusch, 2017, S. 11). Ursprünglich war angedacht und auch vom PED-Team befürwortet, dass für den Kriseninterventionsbereich eine Gruppe angeboten wird und diese je nach Bedürfnis der Patient:innen als Lösungs-, Informations- oder Entdeckungsgruppe angeboten wird. Hintergrund ist, dass auch Patient:innen, die nur kurze Zeit auf Station sind, angeben, dass sie von Gruppenangeboten profitieren (Moses, 2011, S. 133).

5. Fazit und Ausblick

Eine komplexe Intervention in einer Klinik zu implementieren, birgt verschiedenste Herausforderungen. Am Ende zeigen die Literatur und auch erste anekdotische Ergebnisse aus unserem Projekt, dass sowohl die Patient:innen als auch die Mitarbeitenden davon profitieren. Kinder und Jugendliche profitieren, obwohl sie Recovery anders erleben, genau wie Erwachsene von einer recovery-orientierten Versorgung. Das Gezeiten-Modell ist ein zeitgemäßes, partizipativ gedachtes und personenzentriertes Versorgungsmodell, dass es ermöglicht die Recovery-Orientierung in der Praxis strukturiert umzusetzen. Die von uns erarbeitete Anpassung des Gezeiten-Modells an ihre Bedarfe und an die Versorgungsrealität der Kinder- und Jugendpsychiatrie bildet daher einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung dieser besonders schutzbedürftigen Gruppe.

Aktuell befinden sich verschiedene Stationen der KJP in Weinsberg in unterschiedlichen Phasen des Implementierungsprozesses und es zeigt sich, dass die Stationen einen unterschiedlichen Zeitbedarf haben. Teams auf Stationen, die bereits mit einem Bezugspersonensystem arbeiten, können die Gezeiten-Interventionen schneller in ihren Arbeitsalltag integrieren. In kleineren Teams gelingt die Durchdringung besser und schneller. Auf manchen Stationen sind auch Fachtherapeuten bereits mit dem Konzept Recovery und dem Gezeiten-Modell vertraut und daher gehen wir davon aus, dass es möglich sein wird Mitarbeitende über den PED hinaus zu begeistern. Für die Zukunft haben wir geplant das Gezeiten-Modell bis 2026 in der gesamten Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums am Weissenhof zu implementieren und im Folgenden die Auswirkungen strukturiert zu evaluieren. Wir planen einen Prä-/Post-Vergleich der Patient:innenbefragungen sowie eine zumindest qualitative Auswertung. Hierfür sollen die Mitarbeitenden der einzelnen Stationen im Rahmen von Fokusgruppen interviewt werden. Die Patient:innen werden, zumindest ist dies aktuell der Plan, anhand von Fragebögen bei Entlassung befragt. Die Veröffentlichung der Ergebnisse wird einen wichtigen Beitrag zur recovery-orientierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen leisten.

Literatur

Amberger, S. (2023). Gruppenarbeit. In: D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham und S. Wolff (Hrsg.) *Lehrbuch psychiatrische Pflege* (4. Auflage) (S. 522-537). Hogrefe.

Amering, M. & Schmolke, M. (2012). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. Psychiatrie Verlag.

BAG PED (2019). *Stellungnahme zur Umsetzung des Pflegeberufegesetzes ab dem 1.1.2020 und dessen Auswirkungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter besonderer Berücksichtigung des §4 „vorbehaltene Tätigkeiten“.* gefunden unter: https://bag-ped.de/wp-content/uploads/2023/07/Stellungnahme_BAGPED_PflBG-2019-8-05.pdf

Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model. A Guide for Mental Health Professionals*. Routledge.

Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2020). *Das Gezeiten-Modell. Der Kompass für eine recovery-orientierte psychiatrische Pflege* (2. Auflage). Deutsche Übersetzung durch M. Herrmann, herausgegeben von G. Zuaboni, C. Burr und M. Schulz. Hogrefe.

Björkdahl, A., Palmstierna, T. & Hansebo, G. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17,* S. 510-518.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2022). *Übereinkommen über die Rechte des Kindes. VN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien.* Gefunden unter: https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93140/78b9572c1bffdda3345d8d393acbbfe8/ uebereinkommen-ueber-die-rechte-des-kindes-data.pdf

Bohlscheid, J. & Kirchhof, J. (2018). Das Gezeiten-Modell. Erfahrungen und Evaluation nach drei Jahren Projekt. *Psychiatrische Pflege, 3 (3),* S. 21-24.

Buchanan-Barker, P. & Barker, P. (2008). Eine Klärung der grundlegenden Werte von Recovery: Die 10 Tidal Verpflichtungen (dt. Übersetzung von Ruth Schröck). *Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit, 2 (1),* S. 12-22.

Burchard, F. & Diebenbusch, T. (2017). Krisenintervention in einer Versorgungsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 66,* S. 5-25.

Büscher, A. & Stehling, H. (2020). Die modellhafte Implementierung des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz: Was befördert eine gelingende Beziehungsgestaltung? *Pflege & Gesellschaft, 1,* S. 5–20. DOI: 10.3262/P&G2001005.

Cook, N. R., Phillips, B. N. & Sadler, D. (2005). The tidal model as experienced by patients and nurses in a regional forensic unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12,* S. 536-540.

Damschroder, L. & Hagedorn, H. (2011). A guiding framework and approach for implementation research in substance use disorders treatment. *Psychology of addictive behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 25 (2),* S. 194–205. DOI:10.1037/a0022284.

DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) (Hrsg.) (2019). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen.* Springer.

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2019). *Die modellhafte Implementierung des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Projektbericht und Ergebnisse.* DNQP.

Erikson, E. H. (1974). *Jugend und Krise: Die Psychodynamik im sozialen Wandel* (2. Auflage). Klett.

Havighurst, R. J. (1974). *Developmental tasks and education* (3. Auflage). McKay.

Karow, A., Lipp, M., Schweigert, E., Sengutta, M., Wiltfang, G., Wittmann, L., Lambert, M., Bindt, C., Gallinat, J. & Schulte-Markwort, M. (2018). Alters-, diagnose- und fachübergreifende stationäre Behandlung für Jugendliche und junge Erwachsene (16-25 Jahre) in der Adoleszenzpsychiatrie. *Psychiatrische Praxis, 45,* S. 248-255.

Kirchhof, J. (2020). Erfahrungen mit dem Gezeiten-Modell. In: P. Barker und P. Buchanan-Barker, *Das Gezeiten-Modell. Der Kompass für eine recovery-orientierte psychiatrische Pflege* (2. Auflage) (S. 169-200). Deutsche Übersetzung durch M. Herrmann, herausgegeben von G. Zuaboni, C. Burr und M. Schulz. Hogrefe.

Kuchenbecker, A. (2023). Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham und S. Wolff (Hrsg.) *Lehrbuch psychiatrische Pflege* (4. Auflage) (S. 1372-1378). Hogrefe.

Lautenschlager, E., Thissen, K., Dörschlen, J., Eisold, A., Genge, U., Groß, D., Koch, P., Linnemann, T., Sauter, D., Schädle-Deininger, H., Trost, A., von Ungern-Sternberg, G., Witzmann, M. & Tschinke, I. (2024). *Vorbehaltsaufgaben in der psychiatrischen Pflege: Positionen und Forderungen der DFPP*. gefunden unter: https://dfpp.de/wp-content/uploads/2024/11/DFPP-Positionspapier-VorbehaltsaufgabenPflege_Nov2024.pdf

Law, H., Gee, B., Dehmahdi, N., Carney, R., Jackson, C., Wheeler, R., Carroll, B., Tully, S. & Clarke, T. (2020). What does recovery mean to young people with mental health difficulties?

"It's not this magical unspoken thing, it's just recovery". *Journal of Mental Health, 29 (4),* S. 464-472.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C, Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry, 199,* S. 445-452.

Mayr, M., Kapusta, N., Plener, P., Pollak, E., Schulze, U., Freyberger, H. & Fegert, J. (2015). Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 63 (3),* S. 155-163.

Moers, M., Schiemann, D. & Stehling, H. (2014). Expertenstandards implementieren-Spezifika gelingender Einführungsprozesse. In D. Schiemann, M. Moers und A. Büscher (Hrsg.) *Qualitätsentwicklung in der Pflege-Konzepte, Methoden und Instrumente* (1. Auflage) (S. 70-101). Kohlhammer.

Moses, T. (2011). Adolescents' perspectives about brief psychiatric hospitalization: What is helpful and what is not? *Psychiatric Quarterly, 82,* S. 121-137.

Rabenschlag, F. & Leuenberger, G. (2023). Recovery. In: D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham und S. Wolff (Hrsg.) *Lehrbuch psychiatrische Pflege* (4. Auflage) (S. 959-976). Hogrefe.

Richter, D., Schwarze, T. & Hahn, S. (2014). Was ist gute psychiatrische Pflege? *Psychiatrische Pflege Heute*, *20 (3)*, S. 125-131.

Sahm, D., von dem Berge, U., Mayer, M., Sauter, D. & Rixe, J. (2021). *Primary Nursing/Bezugspflege. Positionspapier der DFPP*. gefunden unter: https://dfpp.de/wp-content/uploads/2021/06/2021-06-07-DFPP_Position_PrimaryNursingBezugspflege.pdf

Savaşan, A. & Çam, O. (2017). The effect of the psychiatric nursing approach based on the Tidal Model on coping and self-esteem in people with alcohol dependency. A randomized trial. *Archives of Psychiatric Nursing,* DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2017.01.002

Schiemann, D. & Moers, M. (2006). Entwicklung und Anwendung nationaler Expertenstandards in der Pflege. In: S. Dieffenbach, K. Harms, M. Heßling-Hohl, J. Müller, T. Rosenthal, H.-U. Schmidt & G. Thiele (Hrsg.) *Management Handbuch Pflege* (S. 75-78) (7. aktualisierte Auflage). Economica.

Schulz, M. & Zuaboni, G. (2012). Recovery-orientiert fragen. *Psychiatrische Pflege Heute, 18,* S. 230-235.

Schulz, M., Zuaboni, G. & Burr, C. (2020). Das Gezeiten-Modell im Spiegel der wissenschaftlichen Diskussion. In: P. Barker und P. Buchanan-Barker, *Das Gezeiten-Modell. Der Kompass für eine recovery-orientierte psychiatrische Pflege* (2. Auflage) (S. 151-168). Deutsche

Übersetzung durch M. Herrmann, herausgegeben von G. Zuaboni, C. Burr und M. Schulz. Hogrefe.

Silva, A. C., Moura, R. A., de Oliveira, D. R., Martins, Á., Albuquerque, G. A. & Borges, J. W. P. (2023). Usefulness of the Tidal Model concepts to the care of adolescents deprived of liberty. *Revista Gaúcha de Enfermagen.* DOI: 10.1590/1983-1447.2023.202210340.en.

Singh, S., Evans, N., Sireling, L. & Stuart, H. (2005). Mind the Gap: the interface between child and adult mental health services. *Psychiatric Bulletin, 29,* S. 292-294.

Vella, N., Page, L., Edwards, C. & Wand, T. (2014). Sustaining a culture of practice development in an acute adolescent inpatient mental health unit. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 27*, S. 149-155.

ANHANG – Das angepasste ganzheitliche Assessment

AUFNAHME

NAME: DATUM:

PED: UHRZEIT:

WER IST NOCH DA:

ZUSAMMENFASSUNG:

Warum wurdest Du aufgenommen?

BEZUGSPERSONEN AUS DEM PED-TEAM:

WIE HAT ALLES ANGEFANGEN?

So hat es angefangen

So hat es sich auf mich ausgewirkt

So habe ich mich damals gefühlt

So hat es sich mit der Zeit verändert

Das ist mit meinen Beziehungen passiert

2

WAS BEDEUTET DAS FÜR DICH?

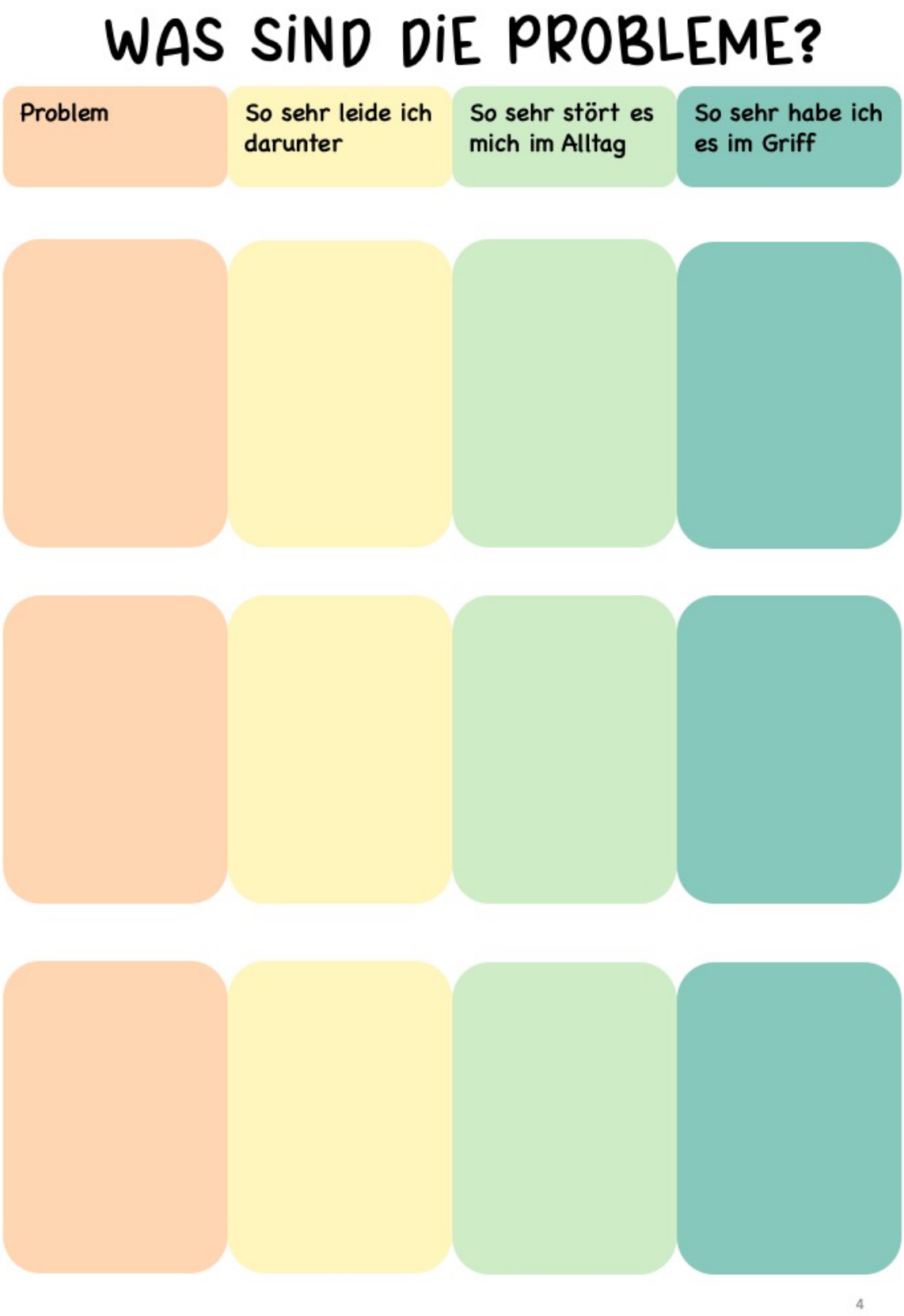
Wie geht es Dir jetzt?

Was glaubst Du warum es Dir so geht? Wie erklärst Du es Dir?

Was bedeutet das für Dich als Person?

Was brauchst Du jetzt? Was können wir für Dich tun?

3


WAS SIND DIE PROBLEME?
Problem
So sehr leide ich darunter
So sehr stört es mich im Alltag
So sehr habe ich es im Griff
4

WAS HILFT DIR?

Wer ist mir wichtig?

Was ist mir wichtig?

Das sind meine Werte

5

WO GEHT DIE REISE HIN?

Daran würde ich merken, dass es mir wieder gut geht

Das müssen wir jetzt tun!

6