



Stadt Zürich
Soziale Einrichtungen und Betriebe

Polikliniken Lifeline und Crossline

Jahresbericht 2007



Inhalt

Adrian Adé
Andreas Moldovanyi
Anna Schumacher



Barbara Brunner
Christian Stäheli
Ivo Schweizer



Maria Böni
Roger Bruderer
Saleem Ali



Suna Yamaner
Susanne Flückiger
Ursi Stiefel



03 **Editorial**

05 **Abschaffung von Sanktionen**
Interviews mit acht Mitarbeitenden

10 **2007 in Zahlen**

11 **Übersicht Klientinnen und Klienten**
Budget und Rechnung



Im Geschäftsjahr 2007 wurde ich als externe Organisationsberaterin und Supervisorin schwerpunktmässig mit der Überarbeitung der internen Hausordnung für beide Polikliniken beauftragt. Anlass waren diverse Vorfälle und Gewalteskalationen in beiden Polikliniken, die unterschiedliche Vorstellungen über die Massnahmen und Sanktionen zutage förderten. Insbesondere wurde auch das Gefahrenpotential der einzelnen Vorfälle für die Mitarbeitenden unterschiedlich eingeschätzt. Für die einen war das bestehende Massnahmenpapier zu streng, für andere genau richtig oder zu wenig griffig. In der Folge habe ich im Herbst 2006 einen Reader für alle Mitarbeitenden zum Thema zusammengestellt, der die Motivation hinter den Massnahmen bei Zuwiderhandlung beleuchtet und eine Auswahl einschlägiger Literatur zum Umgang mit «schwierigen Patienten» enthält. Dieser Reader und die gemeinsame Diskussion darüber bildeten die Basis für eine Projektgruppe, welche die Überarbeitung der Hausordnung in Angriff nahm und im Frühsommer ein neues Massnahmenpapier vorlegte. Augenfällig ist, dass eine Erweiterung der Interventionspalette vorgenommen wurde, die höhere Anforderungen an die Kommunikation der Massnahmen im Sinne einer Deeskalation stellt. Deshalb wurden sämtliche Mitarbeitende in der Methode der Gewaltfreien Kommunikation geschult, um sie für die Einführung im Herbst optimal vorzubereiten. Der Erfolg dieser neuen Hausordnung wird im Folgejahr evaluiert werden. Gewalt kann mit diesen Erneuerungen nicht verhindert werden. Es kann aber jetzt schon festgestellt werden, dass sich die Mitarbeitenden mit diesen neuen Regeln sicherer fühlen, der Betrieb mehrheitlich ruhiger abläuft und in einzelnen Fällen die neu eingeübten Interventionen zu einer Deeskalation der Gewalt geführt haben.

Das eigene Gewaltpotential erkennen

Bei der Recherche zum vorbereitenden Reader fiel mir auf, dass es wenig Literatur zum Thema Gewalt und Sanktionen gibt, die für die Situation der heroingestützten Behandlung aussagekräftig sind. Am griffigsten sind die Prinzipien der Gewaltfreien Kommunikation nach Marshall Rosenberg, die grundsätzlich zwei verschiedene Haltungen bei Massnahmen und Sanktionen unterscheiden, welche die Gewalteskalation wesentlich beeinflussen: die strafende Haltung und die schützende Haltung.

Es ist schnell einzusehen, dass die strafende Motivation bei der Anwendung von Sanktionen zu voreiligen und übertriebenen Entscheidungen und zu einer wertenden und Schuld zuweisenden Kommunikation führen kann. Dies kann Widerstände provozieren und zu einer Anheizung der Gewaltspirale führen, weil die betreffenden Klienten und Klientinnen darauf entsprechend aggressiver reagieren.

Eine weitere Hürde bestand in der Diskussion der Frage, ob es vertretbar ist, Patienten zu bestrafen, die sich den Anordnungen des Personals widersetzen. Die Schwierigkeit besteht darin, dass es zahlreiche Gesetze und weitere

Vorschriften der Gesundheitsbehörden für die Polikliniken gibt. Andererseits sind die einzelnen Zuwiderhandlungen leicht mit dem Krankheitsbild von abhängigen Menschen zu erklären. Hier mussten klare Regelungen gefunden werden, die einerseits die Mitarbeitenden, die Patientinnen und Patienten schützen und gleichzeitig dem Gesundheitszustand der Betroffenen Rechnung tragen. Bei dieser Arbeit wurden uns die Grenzen des ambulanten Kontextes im Gegensatz zum stationären bei der Behandlung von psychisch kranken Personen sehr bewusst.

Die Gefahr richtig einschätzen

Wie reagieren Mitarbeitende im Behandlungsraum, wenn sie beschimpft werden, Schuldzuweisungen erhalten oder wenn ihre Anweisungen ignoriert werden? Sind das bereits Vorseignale für die bevorstehende Eskalation? Was tun, wenn Gegenstände durch die Luft fliegen oder Drohungen ausgesprochen werden? Es wurde schnell klar, dass das persönliche Empfinden alleine nicht reicht, um das Gefahrenpotential richtig einzuschätzen. Es ist ein grosser Unterschied, ob sich die betreffende diensthabende Person ärgert oder ob sie Angst hat. Aus dem

Ärger heraus werden spontan Strafmassnahmen ergriffen, was aus Sicherheits- und Fairnessgründen zu verhindern ist. Andererseits ist Angst ein wichtiges Alarmsignal einer möglichen eigenen Gefährdung, das niemals ignoriert werden sollte, auch wenn es nicht immer verlässlich ist.

Anhand der Gewalteskalationen von Friedrich Glasl und der sprachlichen Dominanzstrategien der Gewaltfreien Kommunikation haben wir von der Metapuls ein neues Instrument entwickelt, wie wir durch die Analyse der sprachlichen Formulierungen u. a. das Gewaltpotential und die Eskalationsstufen der Gewalt erkennen können. In Anlehnung an Glasl definieren wir 9 Eskalationsstufen, die aufeinander aufbauen. Die Stufen 1–4 gehören zum gewohnten Alltag der Polikliniken und können als «Sprachprobleme» behandelt werden. Das sind zum Beispiel wertende Kritiken, Schuldzuweisungen, Beschimpfungen, generalisierende Vorwürfe, Psychologisierungen bis hin zu Pathologisierungen. Ab Stufe 5 wird die Situation immer unberechenbarer, weil wir nicht mehr abschätzen können, wie die Konfliktführenden weiter agieren. Diese Stufe ist erreicht, wenn den Beteiligten eine schlechte Absicht unterstellt wird. Schlechte Menschen verdienen kein Mitgefühl und haben in der Logik der Gewalt Strafe verdient. Hingegen werden kranke Menschen auf Stufe 4 nicht ernst genommen, oder man hat eventuell sogar Mitleid mit ihnen – beides schützt die betroffenen MitarbeiterInnen vor Gewalt. Man ist aber immer noch empathisch verbunden und tendiert deshalb dazu, nicht zuzuschlagen. Aus diesem Zusammenhang heraus haben wir die Massnahmen bis Stufe 4 entschärft und ab 5 verschärft, um einen besseren Schutz der Mitarbeitenden und der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Die Kommunikation der Massnahmen verbessern

Aufgrund zahlreicher Erfahrungen aus anderen Projekten im öffentlichen Raum, in Schulen, im Strafvollzug, in Verkaufsläden oder an Kundenschaltern wissen wir, dass Sanktionen als Strafe empfunden und somit als Unterwerfung und persönliche Erniedrigung gewertet werden. Dementsprechend klein ist der nachhaltige sozialisierende Effekt, weil die freiwillige Kooperation damit nicht gefördert wird und weil die Reaktion auf die Sanktionen unberechenbar ist. Allen mir bekannten Amokläufen in Schulen ging eine Sanktionsmassnahme oder deren Androhung voraus, wie zum Beispiel Rückstufung, Ausschluss u.ä.

Deshalb war es wichtig, nicht nur die Massnahmen neu zu regeln, sondern auch die Kommunikation so zu gestalten, dass für die betreffenden KlientInnen sichtbar wird, dass die Massnahme nicht als Strafe, sondern als Schutzmassnahme ausgesprochen wird. Dazu wurde die Gewaltfreie Kommunikation als Kommunikations- und Konfliktmodell für alle Mitarbeitenden gelehrt und in den monatlichen Supervisionen angewendet und vertieft. Insbesondere wurde geübt, wie wir Beobachtungen von Interpretationen unterscheiden, wie wir uns Gehör verschaffen können, ohne zu werten, wie wir, statt mit Regeln und Gesetzen zu argumentieren, unsere eigenen Bedürfnisse vermitteln können und wie wir eine handlungsorientierte, gegenwartsbezogene Bitte so formulieren können, dass der Betroffene kooperieren kann, ohne sich unterwerfen zu müssen. Zudem wurde eingeübt, wie wir Menschen in Zuständen starker Gefühle mit empathischen Coaching-Fragen wieder handlungs- und entscheidungsfähig machen können.

Fazit

Für mich war der ganze Prozess eine sehr lehrreiche und spannende Erfahrung. Vom Grundsatz her haben alle Regeln und Erneuerungen, die wir implementierten, ihren Anwendungsbereich nicht nur im speziellen Kontext der beiden Polikliniken, sondern können universell auf Menschen in Konfliktsituationen übertragen werden. Die Patientinnen und Patienten der beiden Polikliniken sind eben auch Menschen, trotz aller zusätzlichen Herausforderungen und Schwierigkeiten, und wollen auch als solche gesehen und behandelt werden. Ich hoffe, dass die gemeinsame Arbeit zu mehr Sicherheit und Freude für alle – Mitarbeitende und Patientinnen und Patienten – führen wird.

Abschaffung von Sanktionen

von Susanne Flückiger



Der Weg der Gewaltfreien Kommunikation und die Abschaffung der Sanktionen in einer Institution sind ein Weg des Experimentierens und Ausprobierens. Erwähnenswert ist die Tatsache, dass dieser Versuch – soweit uns bekannt – ein Novum in einer schweizerischen Einrichtung ist. Ein gewisses Risiko birgt der Versuch. Doch die bis heute eingetretenen Veränderungen, über die Mitarbeitende in den folgenden Interviews berichten, sind erfreulich und lassen Zuversicht und Optimismus weiter wachsen. Die Überzeugung, dass alle einen Beitrag zu einem friedlichen Klima und zu konstruktiver Zusammenarbeit leisten wollen und Verantwortung für die eigenen Handlungen übernehmen möchten, hat uns auf diese Reise gehen lassen, und dieser Grundsatz begleitet uns weiter.

Interviews mit acht Mitarbeitenden

von Ursi Stiefel und Susanne Flückiger



1 – Was kommt dir in den Sinn, wenn du an die Methode der Gewaltfreien Kommunikation GFK denkst?

Adrian: Die erste Weiterbildung, die ich bei Metapuls gemacht habe. Ich war einer der Ersten unseres Betriebes, der das gemacht hat. Zur GFK habe ich gemischte Gefühle, ich habe gute und nicht so gute Erfahrungen damit gemacht. In der Klientenarbeit konnte ich damit einmal eine eskalierte Situation deeskalieren und sogar mehr als das, nämlich eine zerbröckelnde Freundschaft wieder kitten, obwohl die zwei Männer kurz vor der Tötlichkeit gegeneinander standen. Zum Schluss haben sie sich die Hand gegeben. In einem anderen Fall ist mit einem Menschen, bei dem ich das angewendet habe, die Situation noch mehr eskaliert – wahrscheinlich weil ich selbst in den Konflikt involviert war. Es wirkte wie ein rotes Tuch auf diesen Menschen, und ich glaube, es kann tatsächlich in einzelnen Situationen provokativ auf andere wirken. In einem kontinuierlichen Gesprächssetting angewendet, ist es eine gute Methode und kann sehr wohl fruchten.

Anna: Dass die GFK in meiner Erfahrung hier auch klare Grenzen hat. In einigen Situationen mit Klienten,

als wir es anwenden wollten, wurde es eher schwieriger, unsere Klienten brauchen manchmal eine ganz klare Haltung und ganz klare Regeln. Bei einem alkoholisierten Klienten zum Beispiel musste ich einmal sehr autoritär auftreten. Die Weiterbildungen, die wir als Aushilfemitarbeiterinnen bei Regula Langemann hatten, empfand ich als sehr positiv, auch dass wir da ein Beispiel durchgespielt haben.

Barbara: Gutes, Positives, Zeitaufwendiges zum Lernen. Etwas, was mir Freude bereitet. Etwas Interessantes.

Christian: Dass man selber einen ganz wichtigen Einfluss nimmt, wie eine Kommunikation verläuft.

Ivo: Suna Yamaner als Erstes, aber auch Weiterbildungen, Wolfsohren und Giraffenhoren, der Begründer der GFK, Marshall Rosenberg, dessen Lehrer, Rogers Carl, der historische Hintergrund der amerikanischen Jugendheime und die Frage, wieweit sich mit Klientinnen und Klienten im ambulanten Bereich eine gemeinsame Kultur entwickeln lässt.

Maria: Suna Yamamar, die Verkörperung von GFK, und Ayla, ihre Hündin, als Assistentin.

Roger: Mir kommen die Handpuppen Wolf und Giraffe in den Sinn. In den Einführungskursen, die ich besucht habe, habe ich sie als das typische Instrument für die bildhafte Darstellung der GFK erlebt. Die Giraffe als der Teil, der einführend und ohne Wertung ist, der Wolf als der bissige, nicht wirklich lösungsorientierte Teil, der aber trotzdem ein Teil in uns ist, den es gibt und der auch wichtig ist. Ich verbinde GFK auch noch mit Suna, unserer Dozentin, ich finde, sie ist eine eindruckliche Person. Es gefällt mir, wie sie GFK lehrt und vermittelt und wie sie klarmacht, dass mit GFK keinesfalls Liebsein und Angepasstsein gemeint ist.

Saleem: Suna mit ihrer Weiterbildung! Ihre lebendige Art, etwas zu vermitteln. Der Lernprozess war sehr interessant und erlebnisreich. Auch kommt mir der Gründer von GFK, M. Rosenberg, in den Sinn. Und dass Kommunikation eine Gefühlssache ist.

2 – Wie setzt du die GFK bei uns in die Praxis um? Kannst du ein Beispiel nennen?

Adrian: In Gesprächen, in denen ich den Leuten früher einfach den Tarif durchgegeben hätte – ich spreche unsere Klientinnen und Klienten mehr in einem allgemeinen Kontext an und versuche in Spannungssituationen unsere Bedürfnisse und Anliegen auf humanere Art und Weise näherzubringen. Ich versuche in Konfliktsituationen das Gespräch so zu leiten, dass auch sie zu ihrem Bedürfnis finden. Der Umgang mit ihnen ist behutsamer geworden.



Anna: Bei einem Klienten, der nach dem Konsum immer schläfrig war, haben wir abgemacht, dass wir ein Protokoll führen, anstatt ihn jedes Mal zurechtzuweisen. Er wurde dadurch mehr einbezogen, und aufgrund dessen konnten wir entscheiden, ob er seine Dosis beibehalten kann. GFK-mässig daran war, dass die Situation mit ihm angeschaut und mit ihm zusammen ausgewertet wurde.

Barbara: Es kommt mir nichts Konkretes in den Sinn. Ich entwickle eine andere Haltung gegenüber den Menschen generell. Ich höre den Menschen besser zu, und die Gleichwertigkeit ist wieder mehr im Vordergrund. Das bewährt sich allgemein, die Haltung des Gegenübers ist dadurch auch anders.

Christian: Gerade gestern, als ein Klient wütend wurde, habe ich ganz bewusst versucht, ruhig zu bleiben. Als er mich «Arschloch» nannte, habe ich das auf sich beruhen lassen und ihm damit nicht noch die Möglichkeit gegeben, weiter ausfällig zu werden.

Ivo: Es gibt verschiedene; gestern wurde jemand an der Theke ausfällig, und anstatt ihn schlicht der verbalen Gewalt zu bezichtigen, wies ich ihn darauf hin, dass er jemandem eine Schuld zuweise und über jemanden urteilte, was ihm doch nicht anstehe. Der Aspekt des häufig unterschwelligen Urteilens und Wertens wurde mir sehr bewusst. Auch in der Mediation zwischen Patientinnen und Patienten ist die GFK gut anwendbar: Ich frage, was faktisch vorgefallen ist, formuliere gemeinsam mit ihnen entstandene Gefühle, ihre Bedürfnisse und schliesslich die Wünsche bzw. Bitten an den Kontrahenten. So gingen zum Beispiel zwei Patienten aufeinander los, und ich konnte vermitteln. Bei beiden steckte hinter dieser Attacke Angst, und aus dieser Angst heraus schaukelte sich eine Situation hoch. Seit der Aufarbeitung dieser brenzligen Situation kommen die beiden besser miteinander aus als zuvor, weil sie sich und den anderen ein wenig besser kennen gelernt haben und weil sie wissen, dass beide ein Bedürfnis nach Respekt haben.



Maria: Z. B. bei Unruhe im Behandlungsraum, eine oder mehrere Personen sprechen laut miteinander, der Betrieb ist gestört. Den Klientinnen und Klienten ins Bewusstsein rufen, dass ihre Kooperation wichtig ist, um einen ruhigen, sicheren Betrieb führen zu können. Eigene Bedürfnisse formulieren. «Ich benötige Ruhe, damit ich mich konzentrieren kann und keine Fehler mache. Ich bedanke mich für die Mithilfe.»

Roger: Im Aufenthaltsraum oder an der Theke gibt es oft Situationen, in denen jemand unzufrieden ist und ausruft. Es ist eine gute Methode, nachzufragen, was so jemand wirklich will. Kürzlich wollte jemand eine Impfung gegen Kokain haben; die Person war gereizt. Ich konnte mit der Methode nach seinem dahinterliegenden Wunsch, seinem Bedürfnis fragen. Er hat alles, was ich abfragte, bejaht, hat sich beruhigt und sich am Schluss bedankt, obwohl ich ihm keine Impfung gegen Kokain anbieten konnte.

Saleem: Ein Patient kommt seit Wochen unregelmässig. Wir mussten die Medikation restriktiver verordnen. Er hatte Nebenkonsum. Der Kontakt mit ihm war fast schon abgebrochen. Ich ging wertschätzend auf ihn zu und konnte dadurch die Beziehung wieder aufbauen. Mein Patient kam dann wieder regelmässig, jetzt bereits mit Hund. Ich brachte ihm Empathie entgegen und begegnete seinem Fernbleiben nicht mit Ablehnung. Ich gab ihm zu verstehen, dass ich mich um ihn sorge, war nicht wertend und gab ihm nicht das Gefühl, falsch gehandelt zu haben. Er fühlte sich auf einer gleichwertigen Ebene. Er reagiert absolut positiv.

3 – Welche Unterschiede zu früher fallen dir auf im Kontakt mit den Patientinnen und Patienten, wenn du mit ihnen sprichst und GFK anwendest? Wie empfindest du diesen Wechsel im Umgang mit Verstössen gegen die Hausregeln?

Adrian: Die Zufriedenheit auf beiden Seiten ist grösser, die Übereinkommen, die wir finden, sind befriedigender. Ich selbst habe auch eher das Gefühl, authentisch zu sein, wenn ich mit einem Klienten zusammen einen Konsens gefunden habe und trotzdem sagen konnte, worauf ich oder die Institution Wert legt. Der Dialog wird gefördert, der Klient hat viel mehr Möglichkeiten, selbst etwas zu sagen, er hört nicht nur, wie er sich zu verhalten hat. Der Umgang ist respektvoller geworden.

Anna: Mir scheint, es braucht mehr Zeit, weil ich dann eigentlich mehr diskutiere und das Gegenüber auch wirklich hören will. Schon immer fand ich den Eintritt der Klienten in die Klinik am Morgen wegen der Ansammlungen eine schwierig zu managende Situation. Jetzt muss ich, wenn es Ansammlungen gibt, zwar mehr mit den Klienten über die Situation sprechen, aber die Leute reagieren besser darauf als früher, als sie einfach eine Sanktion bekamen, wenn sie zu früh da waren.

Barbara: Bei Briefen von der Leitung z. B. reagieren sie ganz anders als bei früheren Briefen wie «schriftliche Verwarnung». Die Angst, dass unsere GFK-Haltung ausgenutzt wird, hat sich nicht bewahrheitet. Es ist alles noch in den Anfängen. Bis man wirklich etwas darüber aussagen kann, braucht es noch ein wenig mehr Zeit.

Christian: Er wird teilweise von den Klientinnen und Klienten missbraucht, da früher nicht akzeptiertes Verhalten heute sozusagen keine Konsequenzen mehr hat. Seitens der Mitarbeitenden ist ein hohes Engagement zu verzeichnen. Da aber bei sogenannten Übertretungen nichts mehr passiert, ergibt sich teilweise eine lächerliche Situation. Einige Personen lehnen die unklare Regelung ab. Sie können damit nicht umgehen. Sie sind überfordert mit der Eigenverantwortung. Da nicht mehr konsequent durchgegriffen wird, entstehen Unruheherde

bei sich korrekt verhaltenden Klientinnen und Klienten.

Ivo: Grundsätzlich ist es positiv, gegenüber den Patientinnen und Patienten den Aspekt des Schutzes durch Hausregelungen hervorzuheben. Teilweise verläuft der Kulturwechsel aber harzig, im Besonderen in Bezug auf das Warten vor dem Haus. Es macht Mühe, sie erwarten für Übertretungen Strafen, und wenn diese ausbleiben, fragen sie sich: Wieso bekomme ich jetzt keine auf die Nuss? Und vor allem: Warum bekommt der andere, der etwas falsch gemacht hat, keine auf den Deckel? (Mir kommt das Bild eines Kuhzauns in den Sinn, dessen Batterien leer sind; es geht eine ganze Weile, bis die Kühe merken, dass es nicht mehr zwick. Bei unseren Leuten ist es ähnlich; sie merken erst allmählich, dass wir nicht mehr strafen.) Regeln, die nur noch mit Gesprächen, aber nicht mehr mit Strafen durchgesetzt werden, führen bei denjenigen Personen, die sich daran halten, oft zu Frustrationen. In der direkten Konkurrenz unter den Patientinnen und Patienten sehe ich Grenzen. So zum Beispiel beim Warten vor dem Haus, wer da bei Türöffnung vor wem konsumberechtigt sei. Dort ist halt auch die Schnittstelle zwischen unserer Klinik und ihrem öffentlichen Raum, und da stossen wir mit unserer GFK dann offensichtlich an Grenzen.



Maria: Im Gegensatz zu früher sind «Sanktionen» selten geworden. Es kommt weniger zu Konfrontationen, der Betrieb ist teilweise ruhiger und aggressionsärmer geworden. Wenn einzelne Leute aber bereits angetrieben erscheinen, z. B. unter Einfluss anderer Substanzen wie etwa Kokaïn, braucht es viel Übung, um GFK erfolgreich umzusetzen. Es gelingt nicht immer.

Roger: Ich benutze GFK mit den Patientinnen und Patienten nur teilweise. Wenn ich sie in bestimmten Situationen anwende, empfinde ich sie als ein sehr hilfreiches Instrument, manchmal gelingt es gut, manchmal weniger. Das Ergebnis ist nicht immer gleich, vielleicht ist die Technik nicht immer perfekt, oder vielleicht sprechen die Leute nicht alle gleich darauf an. Das Ergebnis merke ich am besten bei Leuten, die sehr wütend und geladen sind. Sie kommen herunter, wenn ich GFK anwende. Ich interpretiere, dass sie sich ernst genommen fühlen und dass sie dann ihre Anliegen besser herüberbringen können. Mir fällt aber auch auf, dass sie reklamieren, weil bei Verstössen keine rigiden Bestrafungen mehr erfolgen. Sie vermissen die Bestrafung eher; natürlich bei den andern.



Saleem: Zuerst beobachte ich vermehrt als früher wertfrei. Ich interpretiere nicht voreilig und achte vermehrt darauf, meine Betroffenheit und meine Gefühle mitzuteilen. Für mein Gegenüber ist es somit akzeptabler, eine Veränderung in den Griff zu nehmen. Sie sind gewillter, mitzumachen, wenn sie in den Behandlungsprozess möglichst gleichwertig mit einbezogen werden. Früher sagten die «schwierigen» Patientinnen und Patienten eher mal nein. Jetzt sind sie bereit hinzuhören, weil sie besser merken, dass es mir als Arzt ein Bedürfnis ist, zusammen eine Veränderung oder Verbesserung anzustreben. Sie fühlen sich akzeptierter, mehr als Mensch und eigenständiges Individuum.

4 – Was denkst du über den Prozess der GFK bei uns in den Polikliniken, fallen dir Besonderheiten und Neuerungen im Umgang unter den Mitarbeitenden auf?

Adrian: Untereinander merke ich nicht unbedingt etwas. Von der Leitung her habe ich schon den Eindruck, dass versucht wird, die Anliegen anders herüberzubringen. Seitens der Leitung ist es am ehesten spürbar, und dort fällt es auch am ehesten auf, wenn GFK nicht gelingt. Entgleisungen in die gewaltvolle Kommunikation fallen auf, und wir als Team stören uns sofort daran, und früher wäre es uns nicht mal aufgefallen. Ich kann mich an Zeiten erinnern, an denen wir auch untereinander im Team mehr Reibung hatten; ich weiss aber nicht, ob ich es der GFK zuordnen kann, dass das Klima harmonischer ist als früher, oder ob das andere Gründe hat.

Anna: Da fällt mir kein Unterschied auf, ich erlebte das Klima sowieso schon sehr gewaltfrei. Ich war aber noch nie in einen Konflikt unter Mitarbeitenden verwickelt. Ich hörte aber über unser rotes Heft über einen Konflikt zwischen zwei Mitarbeiterinnen, und ich fand es nicht gut, dass der dort beschrieben wurde. Ich hörte dann, dass die zwei diesen Konflikt bei der Leitung deponierten und dieser nach GFK angegangen wurde – das fand ich gut.



Barbara: Ja, für mich gibt es Unterschiede. Am meisten fiel mir auf, dass ich in Sitzungen ernster genommen werde. Der Respekt voreinander ist grösser. Im Speziellen in der Supervision fällt mir auf, wie viel sich verändert hat. Das kann eigentlich nur mit GFK zu tun haben. Wir können uns noch mehr verbessern, aber es ist ein rundum erfreulicher Prozess.

Christian: Nein!

Nach wie vor kommt es vor, dass die Absprache unter den Mitarbeitenden bei wichtigen Entscheidungen betreffend Klientinnen und Klienten mangelhaft ist. Beispiel: Ich vertrete unter Inkaufnahme von Beleidigungen eine Abmachung gegenüber einem Klient, der sich schnurstracks an jemanden vom Team wendet, und die Abmachung hintergeht, indem eine Ausnahme bewilligt wird. Dies schafft unnötig Spannungen!

Ivo: Der Prozess ist schwierig, ich denke, man muss GFK leben, sonst zerreisst es das Schafspelzmäntelchen im entscheidenden Moment. Es ist daher ein Prozess, bei dem man sich nicht schlagartig grossartige Veränderungen versprechen kann. Es braucht Zeit. Es gibt immer wieder Situationen, bei denen ich denke, das war jetzt aber nicht GFK-mässig, während ich früher bezüglich Gewalt in der Sprache wohl nicht so sensibilisiert war. Früher hatten wir im Team, wenn etwas in der Richtung vorgefallen war, vielleicht eine schlechte Stimmung, und heute denken wir eher, diese Situation wären wir besser mit GFK angegangen, und fragen uns, was wohl seine/ihre Bedürfnisse waren. Bei der Leitung erkennt man am ehesten die Bemühungen zur Gewaltfreien Kommunikation. Bei Reibungen im Team hat sich wenig verändert, weil es auch vorher kaum je wölfisch war. Bei kniffligen Situationen denke ich eher an den Umgang mit Patientinnen und Patienten. Bei kleinen Meinungsverschiedenheiten kommt die GFK bei mir kaum einmal bewusst zur Anwendung.

Maria: Im Umgang mit den Klientinnen hat sich GFK als Kommunikationsmittel im Betrieb etabliert. In der Kultur zwischen den Mitarbeitenden, zwischen Mitarbeitern und Leitung bzw. Co-Leitung hat sich GFK noch nicht vollständig durchgesetzt und wird zu wenig angewendet.



Roger: Ich finde es schwierig, so etwas als Bedingung in einem Betrieb einzuführen, und alle müssen es sich aneignen. GFK ist eine Methodik, die einem liegen muss, und wenn jemand keine Affinität dazu hat, ist es schwierig, sie anzuwenden. Oft wird GFK mit «Liebseinmüssen» verwechselt. Die Korrektur dieser Vorstellung ist im Team zu wenig behandelt und bearbeitet worden. Es gibt Leute, die glauben, sie müssten wegen der GFK die eigenen Bedürfnisse zurückstellen.

Saleem: Nicht so offensichtlich. Wir wenden im Alltag teilweise GFK an. Während hektischer Sitzungen beispielsweise kann GFK schon mal in den Hintergrund treten. Da geht es manchmal irgendwie nicht mehr. Ohne sich die GFK immer wieder bewusst vorzunehmen, ist sie nicht selbstverständlich. Der Kontakt im Team war aber schon vorher respektvoll.

5 – Gibt es kritische Bemerkungen zu GFK? Welche Vorteile siehst du, welche Nachteile?

Adrian: Mir ist es zuviel GFK im Betrieb. Das Konzept finde ich gut, aber es hat auch seine Schattenseiten. Ich fand es nicht so gut, dass wir es machen mussten, weil die Leitung das wollte. Ich konnte mich nicht frei entscheiden. Mir war GFK als Thema längere Zeit zu übermächtig, und ich fühlte mich steckenweise gezwungen, etwas zu machen, weil ich es machen musste, und nicht, weil ich es wollte. Das störte mich. Für mich ist Suna Yamaner eine sehr prägende Person in unserem Prozess; ihren Umgang mit GFK erlebe ich als sehr subtil, und ich merke gar nicht, wann sie GFK anwendet.

Anna: Der Nachteil ist, dass es mehr Zeit braucht, und da die Zeit beschränkt ist, ist da eine Grenze. Es braucht einfach viel Zeit.

Barbara: Ich habe das Lexikon mit den treffenden GFK-Wörtern nicht immer präsent. Es ist für mich wie eine Fremdsprache. Das richtige Wort kann eine enorme Wirkung haben. Leider habe ich das passende Wort nicht immer sofort zur Hand und muss es zuerst in der GFK-Liste nachschlagen.

Christian: Die Vorteile wurden erwähnt. Ein Nachteil ist ganz klar, dass bei schwereren Vergehen (Gewalt, Betäubungsmittel-Schmuggel) oft zu spät interveniert wird. Im schlimmsten Fall kann es passieren, dass ein Gespräch aus Zeitnot überhaupt nicht stattfindet. Wenn schon solche Vergehen nicht mehr sanktioniert werden, sollte doch eine Lernsituation für den «Täter» die Folge sein. Das neue System ist zeitraubend und aufwendig. Es ist für die Klientinnen und Klienten einfach, sich unangenehmen Situationen (Gespräch wegen Vergehen) zu entziehen.



Ivo: GFK hat Grenzen; es gibt Situationen, in denen man urteilen muss, und man darf auch mal die Wolfsprache gebrauchen. Selbstverständlich ist GFK nicht die einzige Methode, die zum Ziel führen kann. Manchmal ist es notwendig, das Instrument zu wechseln – so z. B. auch unter Zeitdruck an der Theke. Wir sind eben mit Strafen erzogen worden, unsere Sozialisation verlief nicht GFK-mässig, und es ist für viele – gerade auch bei unseren Leuten – sehr irritierend, wenn Strafen ausbleiben. Das ist ein Punkt, den wir auch im Kontakt mit ihnen bedenken müssen. Es ist bestimmt so, dass einige den ungewohnten Umgang zu schätzen wissen, während andere versuchen, ihn auszunutzen, im Sinne von ausprobieren, wo die Grenze ist. Aber mir selbst ist sehr bewusst, dass GFK nicht heisst, dass wir uns alles gefallen lassen. Bei den Patientinnen und Patienten ist es manchmal schwer, sie anzuwenden, denn draussen tigern sie als Wölfe herum, da kann man nicht erwarten, dass sie mit uns plötzlich eine ganz andere Kultur teilen. GFK ist aufwendiger für alle, und wir brauchen bedeutend mehr Zeit für die Kommunikation.

Maria: Ausschliesslich mit GFK zu arbeiten, empfinde ich als einseitig und in manchen Situationen sogar als überheblich, nämlich dann, wenn die sprachliche Überlegenheit der GFK anwendenden Person deutlich zum Vorschein kommt. GFK wirkt aus meiner Sicht manchmal etwas unnatürlich und aufgesetzt. Nicht in allen Fällen eignet sich GFK für eine Verbesserung der Situation. Bei Ansammlungen vor dem Haus (zu frühes Erscheinen vor der Öffnungszeit) komme ich mit GFK auf keinen grünen Zweig. Die Einsicht der Klientinnen und Klienten kann nicht erreicht werden, und die Ansammlungen sind stationär.

Einmal musste ich mit meinen GFK-Äusserungen sogar als Lachnummer herhalten. Mit viel Übung gelingt es, gewisse Situationen zu entschärfen. GFK bedeutet für mich eine Erweiterung der Arbeitsmethoden. Sie findet bei mir Anwendung, genau wie andere Arbeitsinstrumente, z. B. langjährige Erfahrung oder Ergebnisse aus einer anderen Kommunikationsweiterbildung.

Roger: Ich betrachte es als Gefahr, dass die eigenen Bedürfnisse vergessen und zurückgestellt werden gegenüber den Bedürfnissen des Anderen, dass GFK gleichgestellt wird mit «lieb zueinander sein». Ich finde es etwas Positives, dem aber je nach Situation auch Grenzen gesetzt sind, man muss es auch auf die Seite legen können, wenn es nicht passt.

Saleem: Die Anwendung der GFK in der Kommunikation beansprucht mehr Zeit. Die einzelnen Schritte können nicht übersprungen werden. GFK ist in Therapiegesprächen wichtig. Es ergibt sich oft eine Win-Win-Situation. Das Gegenüber fühlt sich gleichwertig und kann auch mit dem Herzen zu den anstehenden Handlungen ja sagen. Vor allem, wenn es um «nicht einfache Veränderungen» geht. Für das therapeutische Gespräch hat es nur Vorteile.



2007 in Zahlen

Dr. med. Andreas Moldovanyi, ärztliche Leitung



Eintritte

Die Anzahl Eintritte betrug 31, wovon 4 Frauen (= 12,5%) und 7 Wiedereintritte (= 22%). Alle Wiedereintretenden waren männlich und früher in unseren Polikliniken in einer heroingestützten Behandlung. Die grösste Latenz zwischen Aus- und Wiedereintritt betrug 9 Jahre, die niedrigste fünf Monate. Ersterer trat 1998 aus, machte einen nicht professionellen Entzug im Ausland und lebte mehrere Jahre drogenfrei. Nach seiner Rückkehr musste er wegen einer chronischen Hepatitis C während eines Jahres behandelt werden, wurde in dieser Zeit wieder rückfällig und trat schliesslich, nach zwei Jahren erneutem Drogenkonsum, wieder ein. Letzterer war in einer Entzugsbehandlung, brach diese ab, wurde in einer ambulanten Institution mit Burpenorphin behandelt und trat schliesslich wegen zunehmenden Beigebrauchs wieder in eine HGB ein. Die Anzahl der Eintritte weicht kaum vom langjährigen Mittel ab.

Charakteristika der Eintretenden

Bei Eintritt waren die Frauen deutlich jünger als die Männer. Auch waren die Wiedereintretenden (41,8 Jahre) älter als die Ersteintretenden (37,8). Der Gesamttrend des Alters bei Eintritt ist weiterhin ansteigend (Diagramm 1). Das mittlere Einstiegsalter in die Opiatabhängigkeit war 17 Jahre. Tendenziell ist der Anteil an Suchtjahren ebenfalls am Steigen. Mehr als die Hälfte (52%) der aufgenommenen PatientInnen sind bereits mehr als die Hälfte ihres Lebens abhängig, der höchste Anteil beträgt 73%. Auffallend stark ist die Zahl vorgängiger, gescheiterter Behandlungsversuche gestiegen, der Range betrug 1–20. Zwei Eintretende waren in institutionellen, bzw. betreuten Wohnungen untergebracht, zwei kamen direkt aus dem Gefängnis, zwei waren obdachlos, einer langzeithospitalisiert. Wie immer in den Fällen der Obdachlosigkeit konnte dem innert weniger Wochen Abhilfe geschaffen werden. Fünfzehn Eintretende waren Sozialhilfeempfänger,

elf bezogen eine Rente der Invalidenversicherung, und drei waren voll Verdienende, zwei bekamen Arbeitslosenunterstützung. Der Anteil an chronischen Infektionserkrankungen stagniert, Hepatitis C auf hohem, HIV auf niedrigerem Niveau (Diagramm 2). Der Anteil an kokainpositiven Urinalysen zeigt seit fünf Jahren eine leicht sinkende Tendenz. Alle Urinproben der Frauen wurden positiv auf Kokain getestet, ein Umstand, der seit fünf Jahren beobachtet wird. Bei den Obdachlosen war die Rate 50%, bei den institutionell Wohnenden 40%, bei den Wiedereintretenden 50% und bei den Arbeitenden null Prozent, also jeweils unterdurchschnittlich. Bei den IV-Berenteten war die Rate 66%, bei den Sozialhilfeempfängern 80%. Der Konsum von Benzodiazepinen hat sich mit ca 30% im Rahmen der Vorjahreswerte gehalten.

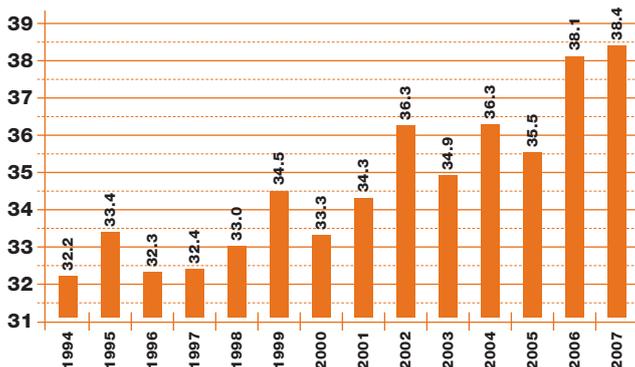
Austritte

Austritte können aufgrund verschiedener Initiativen zustande kommen, nämlich: • einer einvernehmlichen Behandlungsplanung, die eine andere Therapie (Substitution oder Abstinenz) zum Ziel hatte • aufgrund eines Entscheides des Patienten (meist Abbruch oder Entzug auf eigene Faust) • aufgrund eines Entscheides der Klinik (meist Ausschluss) • aufgrund Einwirkung Dritter (meist Gefängnis) • aufgrund einer Erkrankung, welche die weitere Behandlung in der Klinik verunmöglicht (meist längere Hospitalisation) • und durch Tod

Insgesamt sind 20 PatientInnen aus der Behandlung ausgetreten. Bei insgesamt 11 Patienten kam der Austritt über eine gemeinsame Planung zustande. Gegenüber dem Vorjahr ist die augenfälligste Veränderung die deutliche Zunahme der professionell begleiteten Entzugsbehandlungen. Wegen grober Gewaltandrohung wurde ein Patient ausgeschlossen. Todesfälle: Drei Patienten verstarben. Zwei an einem Tumor, einer verstarb unerwartet zu Hause, am wahrscheinlichsten an den Folgen exzessiven Beigebrauchs.

Entwicklung des Eintrittsalters

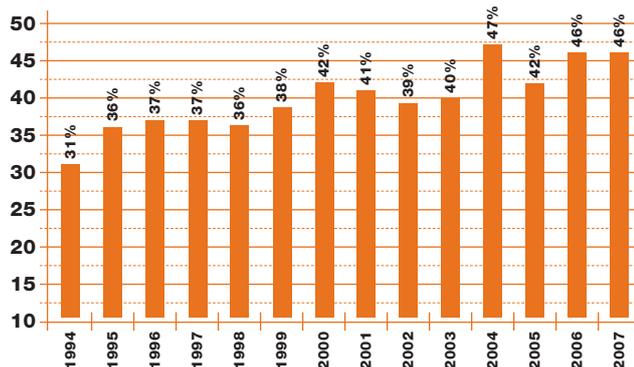
Diagramm 1



Entwicklung des Eintrittsalters 1994–2007

Anteil Suchtjahre in Prozenten bei Eintritt

Diagramm 2



Anteil Jahre mit Opiatkonsum in % zum Lebensalter bei Eintritt 1994–2007

Übersicht Klientinnen und Klienten

Susanne Flückiger, Betriebsleitung

In den Polikliniken werden im Jahr insgesamt 60'590 Behandlungstage angeboten. Die Plätze für die Heroingestützte Behandlung sind auf 152 limitiert, die Methadonplätze variieren je nach Kapazität in den Polikliniken.

Personenzahl Behandlung HeGeBe und Methadon:

In Behandlung Anfang 2007	160
Aufgenommen 2007	31 ¹
Total behandelte Personen 2007	191
Austritte 2006	- 19
In Behandlung Methadon und Diaphin Ende 2006	172

Personenzahl methadongestützte Behandlung

In Behandlung Anfang 2007	17
In Behandlung Ende 2007	27

Zusätzlich betreuten wir temporär 5 Personen aus anderen Zentren, alle über einen kurzen Zeitraum.

Durchschnittliche Belegung

Durchschnittliche Auslastung HeGeBe: 98 % resp. 59299 Behandlungstage (100% = 60'590 Behandlungstage).

Austrittsgründe 2007

Anzahl	Prozent	
11	58	Übertritt in externes Programm
1	5	Entzug, Therapie
4	21	drop-out
3	16	verstorben

¹ inklusive 6 Wiedereintritten

Budget, Rechnung 2007 und Budget 2008

Erfolgsrechnung

	Budget 2007	Rechnung 2007	Budget 2008
Personalaufwand	1'741'400	1'833'289	1'766'800
Umlagen Personalaufwand	126'691	130'435	155'447
Vergütung an SAD ärztliche Leistungen	538'700	446'054	592'900
Sachaufwand	1'046'700	1'026'143	1'058'100
Umlagen Sachaufwand	329'017	272'636	292'384
Total Aufwand	3'782'508	3'708'557	3'865'631
Kantonsbeiträge	159'700	159'726	159'700
Krankenkassenbeiträge	2'985'900	3'048'801	3'000'000
übrige Erträge	74'684	61'651	62'800
Total Ertrag	3'220'284	3'270'178	3'222'500
Überschuss/Defizit	562'224	438'379	643'131



Stadt Zürich
Soziale Einrichtungen und Betriebe
Polikliniken Lifeline und Crossline
Seilergraben 55, 8001 Zürich

Telefon 043 222 61 00
Telefax 043 222 61 18
www.stadt-zuerich.ch/hgb

© Mai 2008
Polikliniken Lifeline und Crossline
Redaktion: Ursi Stiefel, Zürich
Gestaltung: Monika Salzgeber, Zürich
Druck: GeoPrint, Zürich
Auflage: 500 Exemplare

Fotos Titelblatt: Niklaus Spoerri, Zürich