

Pflegefachkräfte in psychiatrischen Behandlungs- und Betreuungskontexten

INTERVIEWS MIT PFLEGENDEN IN DER EINGLIEDERUNGSHILFE UND IN AMBULANTEN DIENSTEN

Pflegerische Expertise ist in allen Bereichen der psychiatrischen Betreuung und Versorgung im interdisziplinären Team ein wichtiger Bestandteil. Dies möchten wir am Beispiel zweier Pflegefachkräfte, die in der Eingliederungshilfe tätig sind, verdeutlichen. Michael Bormke und Patrick Nieswand haben für die »Soziale Psychiatrie« mit zwei Mitarbeitenden der Regenbogen Duisburg gGmbH Interviews über ihr Selbstverständnis und ihre Tätigkeit geführt. Ergänzt wird die Interview-Reihe durch das Gespräch mit einem Mitarbeiter des Teams der Ambulanten Psychiatrischen Pflege.

Die Regenbogen Duisburg gGmbH engagiert sich seit 1983 für seelisch kranke Menschen und Menschen mit anderen Handicaps. Mit seinen Einrichtungen und Angeboten und über 200 Mitarbeitenden spannt Regenbogen ein Netzwerk der Hilfen für Menschen aus allen Kulturbereichen. Sie bietet ihren Nutzern und Nutzerinnen unterschiedliche Wohn- und Tagesstrukturangebote in Duisburg und den angrenzenden Städten an.

Daniel Risthaus:

»Für mich ist die Tätigkeit in der Pflege eine Berufung«

Soziale Psychiatrie: Lieber Daniel, was ist deine aktuelle Tätigkeit?

Daniel Risthaus: Ich bin als Pflegefachkraft bei der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) der Regenbogen gGmbH in Duisburg tätig.

SP: Welche Erfahrungen machst du im APP-Team?

D.R.: Es gibt in unserem APP-Team unterschiedliche Auffassungen darüber, was ambulante psychiatrische Pflege überhaupt ist. Viele Pflegefachkräfte neigen dazu, sich dem Tätigkeitsbereich der Sozialen Arbeit anzunähern und eher soziale Begleitung zu machen. Ich finde wichtig, die Klienten mit Psychoedukation zu stärken sowie Symptome und die daraus entstehenden Probleme zu beobachten und darauf zu reagieren. Dabei hilft mir meine jahrelange Erfahrung in der Klinik.

SP: Was bedeutet das für dich im Sinne einer sozialen Psychiatrie?

D.R.: Mir war es als Mitarbeiter der Klinik wichtig, die Lebenswelten der Patienten zu kennen, und ich habe daher die Gelegenheiten für Hausbesuche gesucht und genutzt. In welchen Strukturen lebt der



Mensch, in was für einer Ordnung oder Unordnung? Ich wollte die Patientinnen und Patienten auch auf diesem Weg kennenlernen. Die Lebenswelten zu erkennen als Grundlage einer guten Nachsorge, das ist für mich sozialpsychiatrisch.

SP: Warum bist du von der Klinik zur APP gewechselt?

D.R.: Es hat sich viel geändert durch den Personalmangel, aber auch durch fehlende Wertschätzung der Arbeitgeber. Das hat vor allem inhaltliche Folgen. Die Einarbeitung funktioniert nicht, Erfahrung von Mitarbeitern bricht weg. Innerhalb eines psychiatrischen Teams ist der Einfluss der Pflege größer als in der Somatik, es gibt weniger Hierarchie und Entscheidungen werden in der Regel berufsgruppenübergreifend getroffen. Leider ist das Konfliktverhalten in Teams verloren gegangen. Das sollten wir vor allem jungen Menschen und Pflegeschülern vermitteln, denn Konflikte im Team sind konstruktiv.

Hausbesuche im stationären Bereich haben wegen des Personalmangels nachgelassen. Man kann das mit APP auffangen, aber dann können die Kollegen der Station keine Hausbesuche mehr machen. Wir verlieren beispielsweise den Kontakt, wenn ein Patient wegen einer Krise einen Klinikaufenthalt benötigt. Wir versuchen immerhin, einen Besuch zu ermöglichen, wenn wir zeitliche Kapazitäten haben.

In der APP besprechen wir uns wöchentlich in einer Teamsitzung. Wir betreuen die Klienten in der Regel allein, ei-

nige wenige werden im Tandem betreut. Die Arbeit ist deutlich effektiver als auf Station, denn unsere Zeit kommt ja exklusiv den Patienten zugute. Die Arbeit ist daher befriedigender und der Aufwand gefühlt weniger. Aber sie ist intensiver und wird von den Patienten sehr wertgeschätzt.

Positiv ist außerdem, dass die Patientinnen und Patienten benennen können, was ihnen guttut: Wann und wo treffen wir uns? Was machen wir? Ist die Pflegeperson der richtige Ansprechpartner?

Die daraus entstehenden flexiblen Arbeitszeiten ohne Wochenendeinsätze sind natürlich sehr attraktiv.

SP: In der DGSP wird die Gabe von Psychopharmaka, besonders die Dauermedikation bei Psychosen und Depressionen sehr kritisch gesehen. Wie stehst du dazu?

D.R.: Psychopharmaka können sehr hilfreich in Krisen und dadurch Ausgangspunkt für die Behandlung mit Beziehungsarbeit sein. Die Beziehungsarbeit ist vor allem die Grundlage für eine gute Behandlung, durch die auch Zwangsmedikation überflüssig wird. Aus meiner Sicht trägt die Beziehungsarbeit, die auf Augenhöhe gestaltet ist, zu 60 bis 70 Prozent zur Genesung bei. Aufklärungsarbeit ist Beziehungsarbeit, dazu muss man sich Zeit nehmen.

Zum kritischen Umgang mit Psychopharmaka möchte ich noch erwähnen, dass Medikation auch zur Teilhabe und Eingliederung beiträgt, da die verloren gegangene soziale Kompatibilität verbessert werden kann. Leider entwickelt es sich in Kliniken so, dass große Teile des Personals inklusive der Ärzte nicht wissen, was medikamentös geboten ist.

SP: Was zeichnet vor allem vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels einen guten Arbeitgeber für dich aus?

Foto: Regenbogen e.V.



Gestaltete Mauer an der Verwaltung des Regenbogen e.V.

D.R.: Wichtig ist für mich die Wertschätzung durch den Arbeitgeber. Diese kann sich in verschiedenen Formen zeigen, beispielsweise als Anerkennung für gute Arbeit, aber auch in Zeiten, wenn es mal nicht so läuft. Die Arbeitgeber sollten Rückendeckung in schwierigen Situationen bieten, kritikfähig sein und sie sollten auch Berufs- und Lebenserfahrung anerkennen. Die Haltung gegenüber Menschen, sowohl den Kollegen als auch den Patienten, muss gewahrt bleiben. Wir begleiten Menschen, die in Lebenskrisen sind, die sie oft hilflos machen.

Beziehungsarbeit ist keine Zeitfrage, sondern kann in fünf Minuten oder durch Gesten und Blicke geschehen. Wichtig ist für mich, dass konsequent aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten gehandelt wird und nicht nach den Bedürfnissen der Station bzw. Institution. Daher benötigen wir Transparenz, Aufklärung, Haltung. Das trägt auch dazu bei, Fixierungen zu vermeiden, die sowie so nur Schutz sein dürfen und keine Bestrafung. Bei allen Maßnahmen ist Aufklärung notwendig.

SP: Wie ist dein persönliches Rollenverständnis als Pflegekraft?

D.R.: Erst mal ganz generell, auch wenn es pathetisch klingt: Für mich ist die Tätigkeit in der Pflege eine Berufung und nicht nur ein Job.

In erster Linie möchte ich etwas bei den einzelnen Menschen bewirken und nicht Karriere machen. Ich liebe meinen Job und möchte nichts anderes machen. Die Menschen, die wir betreuen, sind oft authentisch und sagen ungefiltert, was sie denken. Daher ist es ein spannender und schöner Job. Ich lerne jeden Tag Neues hinzu, lerne spannende Geschichten kennen und erlebe andere Blickwinkel durch Patienten. Neben der APP arbeite

ich an einem Wochenende im Monat in der Klinik Essen, da ich am Thema Akutversorgung und der Stationsarbeit dranbleiben möchte.

Die Wertschätzung bei der Regenbogen gGmbH habe ich zu Beginn erst überhaupt nicht kapiert. Das kannte ich aus der Klinik so nicht, diesen menschlichen Umgang. Vor allem muss sich innerhalb der Pflege das Bild von der psychiatrischen Pflege verbessern, denn die intensive Beziehungsarbeit mit dem Patienten ist sehr wichtig.

Mit meiner eigenen Krisenerfahrung gehe ich offen um. Anderenfalls würde ich mich ja selber stigmatisieren, außerdem ist sie ein hilfreicher Baustein in der Beziehungsarbeit.

SP: Lieber Daniel, vielen Dank für deine offenen Antworten und das Gespräch.

Kathrin Radermacher:

»Mir ist es wichtig, viel Zeit für das einzelne Individuum zu haben«

Soziale Psychiatrie: Liebe Kathrin, bitte berichte uns doch von deinem Berufsweg und wie du zum Regenbogen gekommen bist?

Kathrin Radermacher: Ich habe die Ausbildung von 1995 bis 1998 gemacht, damals noch mit der Berufsbezeichnung Krankenschwester. Mein Berufsweg hat mich über die mobile Pflege, eine Rheumaklinik und ein Brustkrebszentrum einer Privatklinik 2002 zur Regenbogen gGmbH geführt. Meine erste Begegnung mit der Psychiatrie hatte ich in der Ausbildung beim Psychiatrieeinsatz im Alexianer Krefeld. Damals gab es noch Methoden wie das Reihenduschen auf einer chronischen Station, was für mich sehr befremdlich war.

SP: Wie ist deine Tätigkeit beim Regenbogen?

K.R.: Ich arbeite in der Außenwohngruppe (AWG) in der Stadtmitte mit Nähe zum Innenhafen. Dort leben zehn männliche Bewohner unterschiedlichen Alters (23–65 Jahre). Dass es ausschließlich Männer sind, ist nicht konzeptionell begründet, sondern hat sich so ergeben. Generell ist die AWG für alle Personen offen. Die AWG gilt als vollstationär, die Bewohner haben also einen Heimvertrag. Wir haben eine Kernarbeitszeit von 8 bis 19 Uhr in drei Schichten, bei Anliegen außerhalb dieser Zeiten wenden sich die Bewohner an die Zentrale in der Heiligenbaumstraße. Dort sind auch Wohngruppen, und dort sind rund um die Uhr Mitarbeiter vor Ort. Wir selbst haben auch ein bis zwei Mal im Monat einen Tag Wochenenddienst.

SP: Wie sehen euer Team und eure Zusammenarbeit aus?

K.R.: Unser Team ist interdisziplinär, neben mir ist eine Kollegin Heilerziehungspflegerin und eine zweite ist Pädagogin. Ergänzt werden wir durch eine Haushaltskraft.

Zum festen Tagesablauf gehört die Haushaltsführung, das heißt, wir bereiten das Essen zu und die Bewohner haben Küchen- und Einkaufsdienst, auf Wunsch mit Begleitung. Das Stellen und Verarbeiten von Medikamenten gehört auch dazu inklusive der Aufklärung über ihre Wirkungen. Diese aufklärenden Gespräche wünschen die Bewohner aktiv und infolgedessen begleiten wir sie auch zum behandelnden Psychiater. Bedarfsmedikamente werden von ihnen teilweise kompetent in Eigenregie genutzt.

SP: Was für Menschen leben in der AWG?

K.R.: Die meisten der Bewohner haben eine schizophrene Psychose, eine Persönlichkeits- oder bipolare Störung. Diagnosen spielen jedoch im Alltag keine Rolle. Es besteht die Möglichkeit, Hausdienste mit geringer Bezahlung zu übernehmen (Blumendienst, Gartendienst, Mülltonnendienst), dies dient vor allem der Motivation der Bewohner. Sie können alle an tagesstrukturierenden Maßnahmen (LT24) teilnehmen.

Ein Bewohner beginnt derzeit eine Schreiner-Ausbildung, ein anderer hat das Fachabitur gemacht, ist ausgezogen und macht eine Ausbildung zum Elektromechatroniker.

Wenn uns jemand durch Auszug verlässt, dann meist ins Betreute Wohnen oder in die eigene Wohnung.

SP: Was verstehst du unter psychiatrischer Pflege und wie kannst du sie ins Team einbringen?

K.R.: Medizinisches Fachwissen ist mir wichtig. Die Betreuung umfasst wenig somatische Grundpflege, aber regelmäßig Behandlungspflege in Form von Verbandswechseln und intramuskulären (i.m.) Injektionen. Es wurde im Team kontrovers diskutiert, ob wir in Ausnahmefällen, in denen Bewohner es aus unterschiedlichen Gründen nicht zu ihrem niedergelassenen Facharzt schaffen, die i.m.-Injektionen selbst übernehmen. Ich persönlich bin darin sehr sicher.

Über somatische Pflege kann man aus meiner Sicht auch Beziehungsarbeit leisten und aufbauen, da es Wohlfühlelemente wie das Eincremen und Kämmen gibt, man aber auch aktiv Ängste nehmen kann, beispielsweise bei den Injektionen oder der Medikamentengabe.

Wichtiges Element der Pflege ist natürlich die professionelle Krankenbeobachtung, die hilft, präventiv und akut Phänomene zu erkennen und mit dem Bewohner und dem Team zu bearbeiten. Beispielsweise nimmt man wahr, wenn Personen vermehrt Stimmen hören. Das ist ein Alarmsignal, und ich gehe darüber mit dem Bewohner in den Kontakt.

SP: Was ist denn das Besondere für dich an der psychiatrischen Pflege in der Eingliederungshilfe?

K.R.: In der psychiatrischen Pflege ist es für mich wichtig, viel Zeit für das einzelne Individuum zu haben, und zwar so viel Zeit, wie jemand benötigt. Das große Los für mich ist, dass ich selbst sagen kann: Diese Person hat jetzt Priorität.

Entlastende Gespräche helfen den Bewohnern. Ich biete täglich von mir aus Kontakte an, die Bewohner wenden sich aber auch vertrauensvoll an mich oder meine Kolleginnen. Wir haben ein sehr

gutes Gespür für die Bedürfnisse unserer Bewohner entwickelt.

In unserer AWG lebt man miteinander. Ganz viel läuft über Beziehungsarbeit. Wir haben ein Bezugsbetruersystem, aber alle Teammitglieder werden auch von allen Bewohnern angesprochen. Wir bilden mit unserem Team wirklich ein »Dreamteam«. Wir ergänzen uns in der täglichen Arbeit, benötigen auch kein Übergabebuch. Entscheidungen, auch kontrovers in Abstimmungen getroffene, werden gemeinsam getragen. Daher benötigen wir auch keine Teamleitung. Es läuft aus unserer Sicht so gut, dass die AWG vom Leitungsteam des Regenbogens zeitweise vergessen wird.

Im Krankenhaus kann ich nicht so arbeiten, wie ich möchte, weil dort viel zu wenig Personal ist, um das umzusetzen, was man gelernt hat und wofür man den Beruf eigentlich mal ergriffen hat. Hier beim Regenbogen kann ich das umsetzen, wie ich es mir wünsche.

SP: Zurzeit gibt es ja die Diskussion um die ambulante ärztliche Zwangsbehandlung in Wohneinrichtungen. Was denkst du darüber?

K.R.: Eine solche Maßnahme würde das Vertrauen ins Betreuungsteam und auch in die gesamte Wohnumgebung zerstören. So etwas ist abzulehnen.

SP: Liebe Kathrin, vielen Dank für das freundliche Gespräch.

Raoul Schmidt:
»Pflege ist ein megaguter Beruf«

Soziale Psychiatrie: Hallo Raoul, was ist deine aktuelle Tätigkeit und wie bist du dorthin gekommen?

Raoul Schmidt: Ich bin im Haus 1 der Regenbogen gGmbH in Duisburg beschäftigt. Das ist eine besondere Wohnform mit 19 Bewohnern, davon 2 weibliche und 17 männliche.

Ich war nach meiner Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger zunächst auf einer geschlossenen akutpsychiatrischen Station tätig, dann auf einer offenen Aufnahmestation in einer Suchtklinik. Nach einem kurzen Ausflug ins

Eventmanagement eines Eishockeyvereins bin ich zur Pflege zurückgekehrt, erst in einem ambulanten Pflegedienst, dann bin ich hier zum Regenbogen gekommen.

SP: Was macht deine Arbeit im Haus 1 aus?

R.S.: Die Arbeit hier ermöglicht es mir, sehr intensiv und langfristig mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zusammenzuarbeiten. Die Angebote sind oft niederschwellig, einige arbeiten in Werkstätten. Die Bewohner kommen auf verschiedenen Wegen ins Haus 1, aus der eigenen Wohnung, aus der Klinik, aber auch aus der Obdachlosigkeit. Der Einzug ist für manche Menschen wie der Einzug in die eigene Wohnung. Von 19 Bewohnern haben 17 einen rechtlichen Betreuer.

SP: Wie arbeitet ihr im Team im Haus 1 zusammen, und wie kannst du deine Expertise als Gesundheits- und Krankenpfleger einbringen?

R.S.: Wir sind vier medizinische Fachkräfte, also ich als Gesundheits- und Krankenpfleger sowie zwei Heilerziehungspfleger und eine weitere Pflegefachkraft, dazu zwei Sozialarbeiter und eine Sozialpädagogin. Wir arbeiten eng und gut im Team zusammen. Die Bezugspflegepersonen haben wir über alle sieben Kollegen aufgeteilt. Aus meiner Sicht unterscheidet sich die Herangehensweisen der medizinischen Fachkräfte von der der Sozialarbeiter schon deutlich. Gerade ich als Pflegeperson helfe den Bewohnern, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen und Skills zu erarbeiten. Zudem ist die Krankenbeobachtung eine wesentliche Expertise der Pflege. Da fallen mögliche Nebendiagnosen und somatische Symptome eher auf, was sich im Team als hilfreich erwiesen hat. Beim Erstellen und Aufrechterhalten wichtiger Kontakte, beispielsweise zu Ärzten und Therapeuten, unterstützen wir die Bewohner sehr gut gemeinsam im Team. Ihnen hilft es, ein gutes Netzwerk zu haben.

Natürlich kenne ich mich auch gut mit Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten aus. Wir stellen die Medikamente wöchentlich mit den Bewohnern gemeinsam. Durch diese Anleitung haben die Bewohner die Gelegenheit, sich mit

der Medikation auseinanderzusetzen, und ich kann sie unterstützen, wenn sie ihre Medikation verändern oder reduzieren möchten. Dabei möchte ich auch deutlich machen, dass Medikamente allein nicht helfen, sondern nur in Kombination mit weiteren Therapien.

Wichtig ist mir, die Bewohnerinnen und Bewohner individuell zu sehen, so dass nicht die Diagnose im Vordergrund steht. Die meisten haben die Diagnose paranoide Schizophrenie, aber die persönlichen Bedarfe sind dennoch ganz unterschiedlich.

Generell wünsche ich mir, dass mehr Zeit für die Arbeit mit den Bewohnern zur Verfügung stehen würde. Eine zweite Pflegefachperson im Haus 1 zu haben, wäre daher sehr schön. Formale Angelegenheiten, also eher sozialarbeiterische Tätigkeiten, liegen mir nicht so und fallen mir schwer.

SP: Eine Besonderheit des Hauses 1 ist die Nachsorge von Menschen aus dem Maßregelvollzug. Wie sieht das aus?

R.S.: Hier leben fünf Personen, die in forensischer Nachsorge sind. Die Aufnahmen dieser Personen und auch Aufnahmen aus der Klinik bereite ich teilweise vor und begleite die Menschen schon im Vorfeld des Einzugs sehr eng. Das kann ich in Zukunft durch meine Weiterbildung bei der DGSP intensivieren.

Das sieht dann so aus, dass ich zunächst ein Infogespräch mit der jeweiligen Person in der Klinik führe und wir dann einzelne Probetage vereinbaren und durchführen. Da kann der Mensch sein zukünftiges Zuhause kennenlernen, mit dem Umfeld und den zukünftigen Mitbewohnern in Kontakt treten. Oft sind die Erwartungen an die »neue Freiheit« sehr groß, und es treten schnell Überforderungen auf, schon bei Kleinigkeiten. Nach dem Einzug betreuen wir den neuen Bewohner intensiv im Rahmen der forensischen Überleitungs- und Nachsorge-Ambulanz (FÜNA).

SP: Du hast die Weiterbildung der DGSP erwähnt. Derzeit absolvierst du den Zertifikatskurs der DGSP »Nachsorge psychisch kranker Straftäter«. Was bringt dir das für deine tägliche Arbeit?

R.S.: Die Weiterbildung der DGSP mit Kursleiter Friedhelm Schmidt-Quernheim ist sehr gut, und vieles ist in der Praxis anwendbar. Auch die Erfahrungen der anderen Teilnehmenden mitzunehmen, ist für mich eine Bereicherung. Außerdem konnte ich durch das Praktikum im Klinikum Essen viele neue Erkenntnisse gewinnen. Gerade weil dort viel mit dem § 67b StGB gearbeitet wird, also die Aussetzung der Unterbringung auf Bewährung, womit den Betroffenen eine frühe Möglichkeit zur Rehabilitation außerhalb der Klinik gegeben wird. Essen hat wegen der Unterbringung nach § 126 StPO, also der Untersuchungshaft, einen Sonderstatus. Wobei ich es als diskussionswürdig sehe, ob eine dreimonatige Substanzabstinenz in einer geschützten Umgebung tatsächlich als abstinenz gewertet und dadurch eine Aussetzung nach § 67b ermöglicht werden kann.

Die Weiterbildung hat mich zu dem Verbesserungsvorschlag für die zukünftige Arbeit in unserem Team angeregt, dass jeweils zwei bis drei Kolleginnen und Kollegen vor der Aufnahme eine unabhängige Prognose zu den Ressourcen des neu einziehenden Menschen machen, und wir darauf aufbauend ein präventives Setting erstellen. So können wir mögliche Problemlagen im Vorfeld identifizieren und ggf. gegensteuern.

SP: Wie erlebst du deine Arbeit in der Eingliederungshilfe auch in Abgrenzung zu den klinischen Erfahrungen?

R.S.: In der Eingliederungshilfe habe ich mehr Zeit, mit den Menschen zusammenzuarbeiten, als in der Klinik. Das Netz, beispielsweise mit den Ärzten, muss auch funktionieren. Die Kooperationen mit den »normalen Kliniken«, also der Akutpsychiatrie, sind verbesserungswürdig. Mit forensischen Kliniken läuft es besser.

SP: Wie versuchst du, den Bewohnerinnen und Bewohnern im Alltag Teilhabe zu ermöglichen?

R.S.: Klientinnen und Klienten mit schweren Erkrankungen haben bei kleinen Dingen Schwierigkeiten. Das Gefühl von Normalität zu ermöglichen, ist für mich aktive Teilhabe. Die Menschen sollten keine Angst haben und sich der Gesellschaft

zugehörig fühlen. Wir wissen viel zu wenig über die Individuen und ihre Lebenswelten. Probleme entstehen oft unter der sichtbaren Oberfläche und werden so nicht oder viel zu spät wahrgenommen.

Auszugwünsche werden gemeinsam kritisch und realistisch bewertet wie auch die Anregung zum Auszug vom betreuenden Team aus.

SP: Sag uns noch bitte noch, wie du den Pflegeberuf siehst.

R.S.: Ich bin gerne Pflegekraft und gerne hier im Haus 1 tätig. Der gefühlte und tatsächliche Personalmangel ist aber hinderlich. Es kann leider nicht alles so umgesetzt werden wie gewünscht. Grundsätzlich ist Pflege ein megaguter Beruf, und ich freue mich, wenn das im Umfeld anerkannt wird. Ein Freund von mir, der mich hier besucht hat, war beispielsweise sehr beeindruckt, wie wir mit unseren Bewohnern kommunizieren und wie respektvoll und einfühlsam wir miteinander umgehen.

Sehr angeregt hat mich das Buch »Irre – wir behandeln die Falschen« von Manfred Lütz, in dem die Frage gestellt wird, wer oder was normal ist.

SP: Lieber Raoul, vielen Dank für dieses Interview. ■

Die Interviews wurden von Michael Bormke und Patrick Nieswand im Mai und im Juli 2024 geführt.

Daniel Risthaus, Gesundheits- und Krankenpfleger, Pflegefachkraft bei der ambulanten psychiatrischen Pflege (APP), Regenbogen Duisburg gGmbH

Kathrin Radermacher, Krankenschwester, Betreuungsfachkraft in einer Wohneinrichtung für psychisch kranke Erwachsene, Regenbogen Duisburg gGmbH

Raoul Schmidt, Gesundheits- und Krankenpfleger, Betreuungsfachkraft in einer Wohneinrichtung für psychisch kranke Erwachsene, Regenbogen Duisburg gGmbH

Michael Bormke, Altenpfleger und Dipl.-Psychologe, Geschäftsfeldleiter besondere Wohnformen Heiligenbaumstraße und Worringer Reitweg, Regenbogen Duisburg gGmbH

Patrick Nieswand, Krankenpfleger, Politikwissenschaft M.A., Geschäftsführer DGSP e.V.