

„Fremdsein überwinden“

**Kompetenzen der psychiatrischen Pflege in Praxis
– Management – Ausbildung – Forschung**

**Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen
13. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld**

Herausgeber:

Michael Schulz, Susanne Schoppman, Anna Hegedüs, Caroline Gurtner,
Harald Stefan, Udo Finklenburg, Ian Needham, Sabine Hahn
Verlag Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege,
Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule
Murtenstrasse 10, 3008 Bern
September 2016

„Fremdsein überwinden“

**Kompetenzen der psychiatrische Pflege in Praxis –
Management – Ausbildung – Forschung**

**Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen
13. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld**

Herausgeber:
Michael Schulz, Susanne Schoppmann, Anna Hegedüs, Caroline Gurtner,
Harald Stefan, Udo Finklenburg, Ian Needham, Sabine Hahn
Verlag Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege,
Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule
Murtenstrasse 10, 3008 Bern
September 2016

„Fremdsein überwinden“

Kompetenzen der psychiatrische Pflege in Praxis – Management – Ausbildung
– Forschung

13. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld

Hrsg.: Michael Schulz, Susanne Schoppmann, Anna Hegedüs, Caroline Gurtner,
Harald Stefan, Udo Finklenburg, Ian Needham, Sabine Hahn

Verlag Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit
Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege,

September 2016

ISBN 978-3-033-05784-5

Druck und Verarbeitung: resch druck - Thomas Resch KG,
Rosinagasse 19, A-1150 Wien, office@resch-druck.at

Vorwort der Veranstalternden:

Der 13. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie zum Thema „Fremdsein überwinden“

Michael Schulz, Susanne Schoppmann, Anna Hegedüs, Caroline Gurtner, Harald Stefan, Udo Finklenburg, Ian Needham, Sabine Hahn

Liebe Leserinnen und Leser

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Als wir 2004 mit dieser Veranstaltungsreihe begonnen haben, fühlte sich das Ganze noch etwas fremd an. Wir mussten erst lernen, was ein „Call for Abstract“ ist, wieso man einen „Keynote“ braucht, wie man ein wissenschaftliches Poster gestaltet oder warum es sinnvoll ist, die Erfahrungen aus mindestens drei unterschiedlichen Ländern übereinanderzulegen. Inzwischen hat die psychiatrische Pflege im deutschsprachigen Raum ihr Fremdsein im Hinblick auf den Kongress überwunden und hat sich häuslich eingerichtet. Hier und da hört man bereits, dass der Kongress schon eine gewisse „Tradition“ habe, was dann ungefähr das genaue Gegenteil des Fremdseins wäre.

Die Flüchtlingskrise könnte fälschlicherweise die Überzeugung nähren, dass die Begegnung mit dem Fremden ein Phänomen der Gegenwart sei. Die Begegnung mit dem Fremden ist allerdings ein zentrales menschliches Phänomen, teils selber gesucht, oft aber von den Einflüssen des Umfeldes erzwungen.

Seit es Menschen gibt, sehen sie sich Fremdheitserfahrungen ausgesetzt und gehen mit der Fremde um, bis diese vielleicht zur Heimat wird. Dabei spielt der Blick auf das Fremde bisweilen eine wichtigere Rolle, als das Fremde an sich. Oder wie es der griechische Philosoph Epiktet (50-138 n. Chr.) formulierte: „Nicht die Dinge an sich beunruhigen den Menschen, sondern seine Sicht der Dinge.“ Oder: „Nicht die Tatsachen selbst machen das Leben schwer, sondern unsere Bewertung der Tatsachen.“

Psychiatrische Pflege hat vielfältige Berührungspunkte zum Thema Fremdsein. Denken wir an jene Menschen, die möglicherweise auch als Folge des Migrationsprozesses in eine kritische Lebenssituation geraten sind und nun psychiatrische Betreuung bekommen. Hier wird offensichtlich, wie unterschiedlich kulturelle Zugänge zum Thema seelische Gesundheit und Krankheit gelebt werden. Erforderlich ist hier ein kultursensibler Zugang, um die Chancen und Ressourcen kultureller Vielfalt nutzbar zu machen.

Psychische Erkrankung an sich, kann eine Fremdheitserfahrung sich selbst gegenüber sein. Riemann [1] belegt sehr eindrücklich, wie gerade chronisch psychisch erkrankte Menschen die eigene Biografie zunehmend fremder erleben. Als praktisch Tätige wissen wir, dass die Stigmatisierung psychisch Erkrankter natürlich ebenfalls mit der Angst vor dem Anderen, dem Fremden zu tun hat.

Psychiatrische Pflege selbst sucht in gegenwärtig unruhigen Gewässern der psychiatrischen Versorgung nach dem „richtigen“ Verständnis psychischer Krankheit, nach dem „richtigen“ Kurs. An vielen Stellen ist sie mit der Erweiterung des Tätigkeitsbereiches und einer Ausweitung von Interventionsmöglichkeiten befasst. An diesen Stellen fühlen sich psychiatrisch Pflegenden bisweilen auch fremd in neuen Rollen und müssen nicht nur Fremdsein sondern auch Grenzen überwinden. Denn erst wer fremd ist, weiß um den Verlust der Heimat. So wird die psychiatrische Pflege beispielsweise zunehmend die Psychiatrische Klinik als sicheren und heimischen Arbeitsort verlassen müssen, um stattdessen im grundsätzlich anderen Setting der häuslichen Versorgung beruflich aktiv zu werden. Dort herrscht eine andere Sprache, es fehlt an vertrauten Teammitgliedern und auch die Gastgeberrolle ist in anderen Händen. Umgekehrt gilt das natürlich ebenso: Sollte jemand vom ambulanten Setting auf eine Akutstation, vom psychiatrischen in den somatischen oder vom akuten in den langfristigen Bereich wechseln.

Der Verlust gewohnter Strukturen und Abläufe und die Aufgabe, in einer zunächst fremden Rolle heimisch zu werden, stellen Herausforderungen dar. Hierbei ist es manchmal leichter, in tradierten und über die Jahre gewachse-

nen Rollenbildern zu handeln. Dies ist mehr als verständlich, denn der Verlust der altbekannten Heimat psychiatrischer Pflege geht mit einer Erschütterung der Identität einher. Im schlimmsten Fall führt dies – wie bei vielen Flüchtlingen – zu Verzweiflung und Depression.

Der ungarische Schriftsteller György Konrád sagte einmal: „Wenn du alles verlässt, was zu dir gehört, verlässt du fast dich selbst.“ Gleichzeitig sehnen wir uns nach der Ferne, wollen auch in der psychiatrischen Pflege neue Ufer erreichen und neue Verantwortungsbereiche übernehmen. Sehnsucht nach Ferne und Sehnsucht nach Heimat sind also aufeinander bezogen. Aufbruch, Bewegung und Wandel braucht also auch Räume von Geborgenheit und Ruhe.

Der Kongressband dokumentiert die zahlreichen und wertvollen Beiträge des 13. Dreiländerkongresses für psychiatrische Pflege in Bielefeld 2016. Seit es den Dreiländerkongress für psychiatrische Pflege gibt, erscheint in jedem Jahr am ersten Kongresstag ein solch umfangreiches Buch und gibt Zeugnis über aktuelle Fragen, Diskurse und Antworten der Berufsgruppe. Gleichzeitig erscheint der Kongressband im Internet unter www.pflege-in-der-psychiatrie.eu und wie wir wissen, gibt es kaum eine Publikation der deutschsprachigen Psychiatrischen Pflege, die häufiger heruntergeladen und gelesen wird als dieser Kongressband. Das ist alles andere als selbstverständlich und erfüllt uns mit großem Stolz. All das ist nur durch die großartige Unterstützung von Institutionen und beteiligten Personen möglich, denen wir an dieser Stelle danken möchten.

Dank geht vor allem an die Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld und dem Evangelischen Krankenhaus Bielefeld. Diese beiden Institutionen veranstalten den Kongress vor Ort. Mario Haase und Manuel Buenemann haben in wunderbarer Weise den Internetauftritt besorgt, Sabine Urban hat wie gewohnt mit großartigem Engagement das Kongressbüro betrieben und Jacqueline Rixe hat die Vorbereitung und Durchführung des Kongresses inhaltlich und organisatorisch ungemein bereichert. Ebenso hat Michael Löhr durch inhaltliches und mediales Know-how wichtige Impulse gegeben.

Der Kongressband wurde zum wiederholten Male von der Berner Fachhochschule erstellt. Hier ist vor allem dem Team von Sabine Hahn ein großer Dank auszusprechen. In diesem Jahr waren es vor allem Caroline Gurtner und Maurus Ruf, die aus einer Menge unterschiedlicher Texte ein sinnvolles Ganzes haben entstehen lassen. Ohne ihre Kompetenz und ihre Geduld wäre ein solches Buch in den vorgegebenen, sehr engen Zeitkorridoren, nicht denkbar.

Dank geht auch an die Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege – DFPP, die als Partner diesen Kongress unterstützt hat und deren Wirken sich in den Inhalten dieses Buches in vielfältiger Weise widerspiegelt.

Als Veranstalter und Herausgeber wünschen wir Ihnen viel Freude mit den Beiträgen in diesem Band.

Michael Schulz, Susanne Schoppmann, Anna Hegedüs, Caroline Gurtner, Harald Stefan, Udo Finklenburg, Ian Needham, Sabine Hahn

Literatur

1. *Riemann, Gerhard: Das Fremdwerden der eigenen Biographie: narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. München: Fink, 1987 (Übergänge: Texte und Studien zu Handlung, Sprache und Lebenswelt 19). - ISBN 3-7705-2396-2. URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-10333>*

Inhaltsverzeichnis

Präsentationen und Workshops	18
1. Hoffnung vermitteln in der Ambulanten Psychiatrischen Pflege im Kontext traditioneller Pflegemodelle und dem Recoverymodell Dorothea Ambrosio	19
2. Welche Massnahmen unterstützen diplomierte Pflegende nach ihrer Ausbildung dabei, im Berufsalltag heimisch zu werden? Sven Andersson	25
3. RADIUS – Möglichkeiten von E-Mental-Health für suchtkranke Menschen Martina Bertino, Mario Gevers	29
4. Genesungsbegleiterinnen/EX-IN in der Akutpsychiatrie – Psychiatrie Erfahrene mischen mit Vera Bierwirth, Wolfgang Pohlmann, Elizabeth Schweika, Ute Walkenhorst	35
5. Tanzen entfremdet Cindy Bigesse, Ulrike Krombholz	39
6. Brückengruppe – eine Pflegeintervention zur Entlassungsvorbereitung mit Peer-Beteiligung Alexander Bluhm	44
7. Der eigene Genesungsweg braucht Zeit und Zuversicht Marie Boden, Doris Feldt, Vera Bierwirth, Silvia Hauck, Bärbel Maistrak, Anita Sporleder	46
8. Vom Fremdsein zur Begleitung – Theoriegestützte Bedürfnisklärung Barbara Boßler, Anna Heinsch, Martin Holzke	49
9. Interkulturelle Gerontopsychiatrie Ahmad Bransi	52

10.	Die Einführung der Behandlungskonferenz auf einer Akutstation – Die qualitative und quantitative Evaluation	53
	Christian Burr, Bernd Kozel, Susanna Flansburg, Andréa Winter, Sonja Reist	
11.	Erhöhtes Schizophrenierisiko – Früherkennung auf dem Prüfstand	59
	Ina-Elisabeth Deppe, Ann-Kristin Kömmling, Jacob Loeckle	
12.	Zusammenhang zwischen der Haltung von Pflegepersonen und dem Schweregrad von Aggressionsereignissen Resultate einer Querschnittstudie in der Akutpsychiatrie	63
	Michael Durrer, Sabine Hahn	
13.	Pflege von muslimischen Patienten – Eine Informationsbroschüre für professionell Pflegende	68
	Öznur Fettah	
14.	Welchen Beitrag können Pflegefachpersonen der Gemeindepsychiatrie bei der Aufnahme von Patienten aus dem Maßregelvollzug leisten?	71
	Susanna Flansburg	
15.	Implementierung systemischer Ansätze in der Psychose- behandlung am Beispiel des Open Dialog	74
	Susanna Flansburg, Tanja Beynon, Jutta Benz	
16.	Das Phänomen Stimmenhören: Subjektive Wahrnehmung und (Selbst-)Hilfestrategien	76
	Kerstin Freitag	
17.	Ein psychoedukatives Gruppenangebot für Angehörige von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung – Ergebnisse der ersten Münchner Pilotgruppe	81
	Doris Fuchs	
18.	Die Einführung der POP-Pflegediagnosen in einer forensischen Klinik	86
	Frank Gebler, Michael Mayer	

19.	Professionalisierung der psychiatrischen Pflege – quo vadis? Manuela Grieser	89
20.	„Think outside the Box“ – Das Überwinden von Fremdsein in Forschung und Lehre durch die Zusammenarbeit von Forschenden, Dozierenden und Krankheitserfahrenen Caroline Gurtner, Maurus Ruf, Sabine Rühle Andersson, Jelena Engler, Sabine Hahn	94
21.	Ethikberatung in der Psychiatrie in Deutschland und den USA – eine teilnehmende Beobachtung Birgit Hahn	100
22.	Barrieren des Fremdseins durch ethische Fallgespräche überwinden – Wertediskussionen als ein Element in der Behandlung von Menschen mit Psychosen Birgit Hahn, Klaus Kobert, Tanja Löbbing	105
23.	Was uns beschäftigt: Der Dreiländerkongress und die Entwicklung der Psychiatrischen Pflege im Deutschsprachigen Raum Sabine Hahn, Iris Lipp, Maurus Ruf, Thomas Schwarze	111
24.	Hoffnung vermitteln Michaela Hans, Manuela Grieser	117
25.	Interventionsstudien als Link zwischen Forschung und Praxis – wie geht das? Anna Hegedüs, Dirk Richter, Peter Wolfensberger, Simone Aquilante	122
26.	Psychiatrische Pflege auf politischem Parkett – Enquetekommission Pflege Baden-Württemberg Martin Holzke	125
27.	Neben der Spur und zurück – der Unwirklichkeit entkommen – Depersonalisations- und Derealisationserleben in Zuständen erhöhter Anspannung bei PatientInnen im Schwerpunkt Psychotherapie Fabienne Jaun, Jacqueline Schneider	128

28.	Entstigmatisierungstendenzen in Depressions-Online-Foren Christoph Karlheim	133
29.	Die Einführung des Gezeitenmodells in einer psychiatrischen Klinik Johannes Kirchhoff	137
30.	Dimensionen der kulturellen Fremdheit Alla Koval	139
31.	Kurzintervention Übergangsbegleitung – Ergebnisse einer Pilotstudie Bernd Kozel, Anna Hegedüs, Andreas Gschwind, Sara Schmitz, Ian Needham, Johann Behrens	144
32.	Wissensvermittlung für suizidgefährdete Menschen – eine manualisierte, recoveryorientierte Intervention Bernd Kozel, Sonja Marie, Konrad Michel	147
33.	Das Bild der Pflege in Deutschland – Wie können wir den Zugang zum Pflegeberuf für Geflüchtete ermöglichen? Petra Krause	150
34.	In einer Parallelwelt leben – den Weg zurück finden. Fremdsein überwinden mit einer Abhängigkeitserkrankung Sabrina Laimbacher	152
35.	Konzeptvorstellung der Station für somatoforme Störungen und Transkulturelle Psychotherapie (PT3) Münsterlingen Sven Lang, Nadine Schnider	157
36.	Auswirkungen von Migration und Akkulturation auf psychosoziale Gesundheit türkischer Migranten der ersten Generation Silke Laukamp	161
37.	Hometreatment für die psychiatrische Akutbehandlung Helmut Lerzer, Simona Jaun, Alexandra Kuhn, Niklaus Stulz, Urs Hepp	166

38.	Die Pflege/Patienten-Relationen in Psychiatrie und Psychosomatik (PPR-PP) – die pflegerische Basisbesetzung in der Behandlung Erwachsener	168
	Michael Löhr	
39.	Wahrnehmung der Effekte der Adherence Therapie bei psychoseerkrankten Menschen in einem forensischen Setting – Ergebnisse einer qualitativen Studie	171
	Michael Löhr, Herrmann Steffen und Michael Schulz	
40.	Fremd ist der Fremde nur in der Fremde. Die Auswirkungen der Übersiedlung einer psychiatrischen Abteilung vom spezialisierten psychiatrischen Großkrankenhaus am Waldrand in ein Schwerpunktkrankenhaus in die Mitte einer Großstadt	175
	Beate Mayer, Wolfgang Egger, Harald Stefan	
41.	Sinn und Unsinn der Pflegediagnostik in der psychiatrischen Pflege	178
	Michael Mayer	
42.	Eine Ethik der Begegnung. Der Umgang mit dem Fremden in der abendländischen Kultur	183
	Günter Meyer	
43.	Subjektive Krankheitskonzepte und interkulturelle Exploration in der psychotherapeutischen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen	190
	Jenny Mika	
44.	Psychiatrische Pflege in Syrien	196
	Mohab Naeem	
45.	Psychosen im kulturellen Kontext	200
	Nils Naumann, Richard Bodo, Kerstin Will	
46.	Fremdheitserfahrungen in Selbstzeugnissen von Remo Homer	203
	Ian Needham	
47.	Sexualität in Gesundheitseinrichtungen: Diskursanalytische und ethische Erwägungen	205
	Ian Needham, Michaela Simonik, Reto A Wernli Kaufmann	

48. „Immer jünger werden, je älter man wird, das ist die rechte Lebenskunst“ – Die Weiterbildung zur Fachpflege in der Psychiatrie wird 40 Jahre alt 209
Hajo Oetmann, Ute Sturm
49. Wir schaffen das – aber wie?! Wie (Gemeinde-)Psychiatrie und Flüchtlingshilfe einander fordern und fördern 215
Martin Osinski
50. Zur Bedeutung des Sozialen bei der Genese psychischer Erkrankung – Aussichten für die Praxis 221
Matthias Pauge
51. Pflegequalität von Menschen mit Demenz im Krankenhaus – Nationale Projekte und good practice Konzepte aus Großbritannien für ein demenzsensibles Krankenhaus 226
Klaus Pöschel, Stefan Spannhorst, Manuela Lautenschläger, Ulrike Höhmann
52. Ist Multiprofessionalität die Antwort auf die Herausforderung Demenz im Krankenhaus? 232
Klaus Pöschel, Stefan Spannhorst, Manuela Lautenschläger, Ulrike Höhmann
53. Die Einführung der Behandlungskonferenz auf einer akutpsychiatrischen Station – Erfahrungen aus einem Veränderungsprojekt 239
Sonja Reist, Bodil Eichmann, Christian Burr, Philipp Homan
54. Recovery, Genetik, Psychosoziales und mehr: Welche Auswirkungen hat die Vielfalt der psychiatrischen Gesundheits- und Krankheitskonzepte auf die psychiatrische Pflege und Rehabilitation? 245
Dirk Richter
55. Selbstständiges Wohnen mit Unterstützung: Eine systematische Übersicht über die empirische Evidenz 247
Dirk Richter, Holger Hoffmann

56.	Psychiatrische Pflege und Psychotherapie am Beispiel der Low Intensity CBT	249
	Jacqueline Rixe, Michael Schulz, Dorothea Sauter, Michael Löhr, André Nienaber, Pascal Wabnitz	
57.	Wie können Menschen beim Übergang vom Maßregelvollzug zurück in die Gemeinde(-psychiatrie) unterstützt werden?	256
	Stefan Rogge	
58.	Pflegetherapeutische Gruppen – wie sollen sie sein?	259
	Andreas Ruckstuhl, Manuela Grieser	
59.	Anwendung des Pflegekonzeptes Symptommanagement in der psychiatrischen Pflege	261
	Dorothea Sauter	
60.	Fremde Wege in der Pflegebildung?	265
	Hilde Schädle-Deininger	
61.	Optimale heilungsfördernde Umgebung (Optimal Healing Environments). Theoretische Hintergründe und Aspekte des therapeutischen Milieus in der stationären Psychiatrie	271
	Stefan Scheydt, Clara Römer	
62.	Angebotslandkarte Pflege – ein Praxisprojekt	274
	Martin Schmid, Jürg Dinkel	
63.	Die erfahrungsfokussierte Beratung (EFC) mit Stimmenhörerinnen als recoveryfokussierte Intervention in kurz- und langzeitpsychiatrischen Settings: Psychose und Stimmenhören im Lebenskontext verstehbar machen und konstruktiv für die gelungene Recoveryarbeit nutzen	279
	Joachim Schnackenberg, Christian Burr	
64.	Fremd(-bestimmt) sein überwinden. Auswirkung von Motivational Interviewing auf die therapeutische Haltung von Professionellen	282
	Florian Schneider, Roman Wyss	
65.	Sexualität im Alter – befremdet und verdrängt	287
	Michaela Simonik, Ian Needham, Reto A Wernli Kaufmann	

66.	Gründe für Krankenhauseinweisungen von Menschen mit Demenz. Ergebnisse einer Literaturanalyse	291
	Stefan Spannhorst, Klaus Pöschel, Ulrike Höhmann	
67.	Festhalten statt fixieren: Ein neues Deeskalationstraining in der akutpsychiatrischen Praxis	296
	Andrea Staude, Jacqueline Rixe, Tobias Weber, Christian Baumotte	
68.	Familiales Stigmamanagement am Beispiel von Familien mit Epilepsie	300
	Hermann-T. Steffen	
69.	„Ich fühlte mich normal“ – Die subjektive Seite der Sucht	304
	Regine Steinauer, Fabian Lötscher, Walter Marc	
70.	Aus der Fremde oder in die Fremde? Entweichungen in der stationären Forensik	306
	Christian Stricker, Susanne Schoppmann	
71.	Fremdsein verhindern: Faktoren für eine erfolgreiche Integration von Pflegeexpertinnen APN	311
	Karin Stutte, Ursina Zehnder, Kathrin Horlacher und Sabrina Laimbacher	
72.	Krank und/oder gefährlich?! Was sollen und können Pflegende im Rahmen des Übergangs vom Maßregelvollzug in die Gemeinde im Spannungsfeld zwischen Anforderungen und Möglichkeiten leisten?	317
	Andrea Trost	
73.	Betreuung und Behandlung von Êziden in der ambulanten psychiatrischen Pflege	320
	Ingo Tschinke	
74.	Enthospitalisierung von psychiatrischen Fachkräften in die ambulante psychiatrische Pflege	325
	Ingo Tschinke, Udo Finklenburg	

75.	Die Versorgung von Menschen mit Demenz in englischen Akutkrankenhäusern Benjamin Volmar	330
76.	Deeskalation durch die Kenntnis der Person – „Der Person-zentrierte Ansatz“ Benjamin Volmar	332
77.	Der Umgang mit suizidalen Krisen Mathias Welberts	335
78.	Gelebte und ungelebte Sexualität in Forensikeinrichtungen: Einstellungen des Personals Reto A Wernli Kaufmann, Ian Needham, Michaela Simonik	336
79.	Gespräch unter Freunden in der Fremde: Der Aspekt des Seins im Fremd sein und Auswirkungen des Fremd(-en) Seins in der psychiatrischen Pflege Pamela Wersin, Ian Needham	340
80.	Praktikabilität des State-Trait Angstinventar im Setting der ambulanten psychiatrischen Pflege Hansruedi Zölch, Manuela Grieser	343
81.	Protected Engagement Time: Kann man therapeutische Beziehungen durch strukturelle Vorgaben fördern? Gianfranco Zuaboni	349
	Posterpräsentationen	352
82.	Kettenmenschen in Westafrika Barbara Boßler, Debora Zwick	353
83.	Psychiatriepflege mit Migrationshintergrund Udo Finklenburg	355
84.	Drama-/Gewinner-Dreieck: Will ich Retter sein – oder Coach? Barbara Frey	356

85.	Bildungsdurchlässigkeit als innovative Möglichkeit in der psychiatrischen Pflege – Implementierung eines pauschalen Anrechnungsverfahrens	360
	Lisa Luft, Anja Kohlesch, Hilde Schädle-Deininger, Melanie Schmidt	
86.	Sekundäre Traumatisierung von psychiatrisch Pflegenden	363
	Jacqueline Rixe	
87.	Was beeinflusst die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme psychiatrisch Pflegender – eine qualitative Studie	366
	Jacqueline Rixe, Dorothea Sauter	
	Autorinnen und Autoren	369

Präsentationen und Workshops

Hinweise:

Für den Inhalt der Beiträge sind die Autorinnen und Autoren verantwortlich.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden die Autorinnen und Autoren der Beiträge meist nur die männliche oder weibliche Form. Selbstverständlich sind immer beide Geschlechter angesprochen.

Die von der deutschen und österreichischen abweichende S-Schreibweise der Schweiz wurde bei den Beiträgen von Schweizer Autorinnen und Autoren beibehalten.

1. Hoffnung vermitteln in der Ambulanten Psychiatrischen Pflege im Kontext traditioneller Pflegemodelle und dem Recoverymodell

Dorothea Ambrosio

Hintergrund

Recoveryorientierte Pflegehaltung etabliert sich in modernen psychiatrischen Behandlungsstrukturen und gilt auch im deutschsprachigen Raum als innovative Basishaltung der Psychiatrischen Pflege. Recovery steht für „Hoffnung“, so wie es auch im Gezeitenmodell nach Barker, dem Pflegemodell des Recovery, vermittelt wird [1]. „Hoffnung vermitteln“ gilt als Kernkompetenz des Recovery-Prozesses. Bereits bestehende Pflegekonzepte und Pflegetheorien, welche Pflegerealitäten im Kontext ihrer jeweiligen gesellschaftlichen Werterhaltung erfassen, strukturieren und vermittelbar gestalten, nehmen Beziehungspflege, Individualisierung der Pflege und auch die Kompetenz „Hoffnung vermitteln“ auf [2]. Im Arbeitsalltag der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) ist eine hoffnungsvermittelnde, auf einer positiven Grundhaltung aufbauende Begleitung, die sich nach den Bedürfnissen der Betroffenen richtet, gefordert.

In der Auseinandersetzung mit Recoveryorientierung geben Pflegende nun an, schon immer das Prinzip „Hoffnung“ in ihrem Berufsalltag umzusetzen, ohne sich explizit am innovativen Recoverygedanken zu orientieren. Es ist also davon auszugehen, dass pflegerisch-therapeutische, hoffnungsvermittelnde Haltung bereits in den traditionellen Pflegemodellen, wie sie von Peplau [3], Orem [4] und Käppeli [5] entwickelt wurden, vermittelt wird und massgeblich zur Bildung einer positiven Grundhaltung in der persönlichen beruflichen Entwicklung der Pflegenden beiträgt. Die Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) wird dadurch geprägt, dass die Pflegeprofis in einem sehr individuellen direkten Umfeld mit den Nutzenden arbeiten. Sie erleben diese als Persönlichkeiten mit ihrem sehr persönlichen Lebensentwurf.

Recoveryorientierung scheint hier besonders wirksam und tragfähig. Hoffnung vermitteln wird zentral.

Die Pflegenden innerhalb der APP, die in der Regel auf einen grossen Erfahrungsschatz aufbauen können, arbeiteten, eigenen Aussagen zufolge, bereits lange vorher recoveryorientiert, ohne dies bewusst so zu benennen, oder sich einer modernen Pflegehaltung bewusst zu bedienen.

Fragestellung

Wenn nun einerseits die Schulung der traditionellen Pflegemodelle zur Ausprägung einer positiven Pflegehaltung führt, andererseits „Hoffnung vermitteln“ zur Kernkompetenz des Recovery zählt, so stellt sich die Frage nach der Übereinstimmung der traditionellen Pflegehaltung mit der innovativen Recoveryorientierung. Auf Basis welcher Haltung und welcher Handlungsgrundlagen vermitteln Pflegende „Hoffnung“? Auf welchem Wissen bauen Pflegende auf? Ziel der Arbeit ist, darzustellen, wie ambulant Pflegende in ihrem Berufsalltag die Kompetenz „Hoffnung vermitteln“ handhaben, an welchen Handlungsgrundlagen sie sich orientieren und diese umsetzen und inwieweit sich dies mit der Neuorientierung hin zum Recoverykonzept in Einklang bringen lässt.

Methode und Material

In einer theoretischen Abhandlung wird zunächst die Entwicklung einer pflegerisch-therapeutischen Haltung, wie sie von Bandura [8] und Press & Gmelch [9] beschrieben werden, dargestellt und weiter die für die Kompetenz „Hoffnung“ relevanten, traditionellen Pflegekonzepte und -modelle dem Pflegemodell des Recovery gegenübergestellt und Gemeinsamkeiten und Unterscheidungen herauskristallisiert.

In einzelnen leitfadengestützten Interviews mit Pflegefachpersonen der APP wurden berufliche Haltung und mögliche Interventionen zu der Kompetenz „Hoffnung“ erfragt. Die Interviewfragen wurden gegliedert in Erzählen einer Fallstudie, in der aus Sicht der Pflegenden hoffnungsvermittelnd gearbeitet wurde, Fragen zur persönlichen Haltungsentwicklung und Erfahrung und

Fragen zur beruflichen Weiterentwicklung und Recoveryorientierung. Die Aussagen der Interviewfragen wurden inhaltsanalytisch nach Mayring [6] ausgewertet und den Kategorien Haltung, Beziehung, Massnahmen und Spezielle Aussagen zur APP zugeordnet.

Mittels der von Müller & Kals beschriebenen Q-sort Methode [7] konnten die jeweiligen Einzelfallstudien, die eine sehr subjektive Ausübung und Haltung der Kompetenz „Hoffnung vermitteln“ zeigen, in einem strukturierenden Ranking geordnet werden. Gerankt wurde von einer Expertengruppe, die jeden Fall anhand erstellter Statements diskutierte und zwischen zwei Polen einordnete:



-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
kann klar zugeordnet werden										kann klar zugeordnet werden
Haltung										
Beziehung										
Massnahmen										

Peplau/Orem/Käppeli

Barker

Abbildung 1: Ranking

Ergebnisse/Erfahrungen

In der theoretischen Abhandlung konnte gezeigt werden, dass Pflegebegriffe wie Beziehungspflege, Selbstreflexion, Hoffnung und Hoffnung vermitteln in den traditionellen Pflgetheorien bereits verankert sind. War bei Peplau [3] die Beziehungspflege von Bedeutung, so legte Orem [4] den Schwerpunkt auf die Selbstpflege und Selbstpflegedefizite. Später entwickelte Käppeli [5]

Konzepte, die Pflegephänomene themengeordnet erfassten, um sie vermittelbar zu gestalten, unter anderem auch ein Konzept zu „Hoffnung“ und „Hoffnungslosigkeit“. Dem gegenüber steht das Gezeitenmodell von Barker [1], welches die Betroffenen zu Experten ihrer Recoveryreise erhebt und eine partizipative Beziehungsarbeit möglich macht.

Die Auswertung der Inhaltsanalyse ergab, dass Pflegende eine hoffnungsvermittelnde Grundhaltung einnehmen, sie aber nicht immer bewusst handhaben. Die Entwicklung dieser Haltung ist sehr persönlich und auf die eigene Lebens- und Berufserfahrung zurückzuführen. Selbstreflexion ist ein wichtiger Teil dieser Entwicklung. Aussagen zu Beziehung und der Beziehungsgestaltung sind mehrheitlich bereits recoveryorientiert und reflektieren diese positive partizipative Grundhaltung. Auch konnten zahlreiche hoffnungsvermittelnde Massnahmen genannt werden, die sich nicht immer eindeutig einem Pflegemodell zuordnen lassen, aber auch hier eine Recoveryorientierung spiegeln. Konkrete Wünsche und Massnahmen für eine Entwicklung und Vertiefung recoveryorientierte Arbeit innerhalb der APP konnten zusammengestellt werden.

Mittels der Q-sort-Methode konnte dargestellt werden, wie die einzelnen Komponenten der zu vergleichenden Pflegemodelle ineinandergreifen und sich ergänzen:

Tabelle 1: Ranking Einzelfallstudien

	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+4,5	+5
Haltung						11			3	1		3
Beziehung						3			3		1	1
Massnahme		1				13	2	3	3	2	1	4

Die mehrheitlichen Nennungen bei null zeigen, dass im Ranking zwischen den Polen „Traditionelle Pflegemodelle“ und „Gezeitenmodell“ immer wieder ein „Sowohl, als auch“ möglich ist, die differenzierten Einteilungen zwischen null und +5 die Tendenz zur Recoveryorientierung darstellen. Die Nennung bei -4 zeigt auch, dass Handlungen, bei welchen die Pflegeperson den Lead übernehmen, möglich sind.

Schlussfolgerung

Die vergleichende Darstellung der traditionellen und der recoveryorientierten hoffnungsvermittelnden Haltung zeigt, dass die Kompetenz „Hoffnung vermitteln“ einer traditionellen Pflegeentwicklung folgt und eine sich etablierende Neuorientierung, welche einen Paradigmenwechsel möglich macht, zum Recoverygedanken erfährt. Es zeigt auch, dass sich die Modelle ergänzen und in verschiedenen Pflegesituationen schwerpunktmässig zum Tragen kommen können. Die Studie will sensibilisieren, will ein erweitertes Verständnis für die Ressource „Hoffnung vermitteln“ ermöglichen und für eine Weiterentwicklung der professionellen therapeutischen Haltung, im Besonderen in der Ambulanten Psychiatriepflege öffnen. Das „Fremdsein“ von Recovery in der APP lässt sich aufheben, wenn die Pflegefachpersonen erleben, dass sich das Neue im eigenen Erfahrungsschatz integrieren lässt.

Literatur

1. *Barker, P. & Buchanan – Barker, P.(2013). Das Gezeitenmodell, der Kompass für ei-ne recoveryorientierte psychiatrische Pflege; deutschsprachige Ausgabe, 1. Auflage, Hrsg. Zuaboni,G; Burr,Ch.,Schulz, M.; Verlag Hans Huber, Bern*
2. *Stemmer, R. (2003). Pflge-theorien und Pflgeklassifikationen. In: Pflge & Gesellschaft 2, S. 51–58. Online verfügbar unter <http://www.dg-pflgewissenschaft.de/pdf/PfleGe0203stemmer.pdf>, zuletzt geprüft am 09.07.2016.*
3. *Peplau, H. E. (1997). Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflge – Ausgewählte Werke; aus dem Amerikanischen von R. Raggenbass; Verlag Hans Huber, Bern*
4. *Orem, D. (2001). Selbstpflge- und Selbstpflgedefizit- Theorie, aus dem Amerik. Von Villwock,U; 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern*
5. *Käppeli, S., & Mäder, M.; & Zeller-Forster, F.(2004). Pflgekonzepte, Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld, Band 1, 4. Nachdruck, Verlag Hans Huber, Bern*
6. *Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken; Beltz Verlag. Weinheim u. Basel*
7. *Müller, Florian H. & Kals, Elisabeth (2004). Die Q-Methode. Ein innovatives Verfahren zur Erhebung subjektiver Einstellungen und Meinungen [69 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 5(2), Art. 34*
8. *Bandura, A. (1976). Lernen am Modell. Stuttgart, ISBN 3-12-920590-X.*
9. *Press, H. & Gmelch, M. (2014). Der Klient als Experte! Eine therapeutische Haltung, die Selbstmanagement ernst nimmt; in systema1/ 2014,28 Jahrgang, (S. 34 – 50)*

2. Welche Massnahmen unterstützen diplomierte Pflegende nach ihrer Ausbildung dabei, im Berufsalltag heimisch zu werden?

Sven Andersson

Hintergrund

Den Übergang von der Pflegeausbildung in den Berufsalltag erleben viele Berufseinsteigende als Herausforderung, viele berichten vom so genannten „Praxisschock“. Sie sind stark mit der Verantwortungsübernahme und den Bedingungen im Pflegealltag gefordert. Dies führt dazu, dass viele frisch diplomierte Pflegende im ersten oder zweiten Jahr nach ihrer Diplomierung bereits wieder ihre Stelle wechseln oder dem Pflegeberuf gar ganz den Rücken zu kehren [8]. Vor dem Hintergrund eines drohenden Personalnotstands angesichts der zukünftigen demografischen Entwicklung [9, 11, 12] und der Rekrutierungsschwierigkeiten im Gesundheitsbereich eine nicht hinzunehmende Tatsache.

Problemstellung

Dies wirft die Frage auf, wie Berufseinsteigende besser bei ihrem Übergang ins aktive Berufsleben unterstützt werden können, um diesen Schritt als positive Herausforderung erleben zu können und nicht als frustrierendes Überforderungserlebnis.

Ziele

Erkenntnisse darüber gewinnen, welche Massnahmen frisch diplomierte Pflegende beim Berufseinstieg unterstützen, mit dem Ziel die Fluktuation zu vermindern.

Grundlagen zum Aufbau eines Coachingprogramms in der Praxis erarbeiten.

Vorgehen

Dazu wurde zuerst eine Literaturrecherche in Cinahl, Medline und Web of Science mit den Suchbegriffen: „New graduate nurses, beginner nurs* & coaching, mentoring, transition program“ durchgeführt. Es wurden 9 Studien und ein Journal Artikel aus dem angelsächsischen Raum berücksichtigt [1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 13, 14]. Basierend auf den Resultaten der Literaturrecherche wurde ein Kategoriensystem für strukturierte Interviews mit neu diplomierten Pflegenden abgeleitet. Es wurden sechs Interviews in drei verschiedenen Institutionen durchgeführt. Diese wurden danach anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [6] ausgewertet.

Ergebnisse und praktische Umsetzung

Dabei zeigt sich, dass unterstützende Massnahmen vor allem in den Kategorien „Wertschätzung und Unterstützung“, „Struktur im Arbeitsalltag“ und „Lebenslanges Lernen“ möglich sind. Während in den ersten beiden Kategorien vorwiegend Empfehlungen an das Pflegemanagement resultieren, wird in der Kategorie „Lebenslanges Lernen“ ein Coaching Programm entwickelt, welches den frisch diplomierten Pflegenden beim Berufseinstieg die notwendige Unterstützung bieten soll. Das Programm beinhaltet 2 ganze und sechs halbe Tage und läuft über 8 Monate. Zugang zu einem e-learning Programm und die Möglichkeit ein Mentoring zu Nutzen gehören ebenfalls dazu. Neben Wissensauffrischung beinhaltet das Programm viele Fallbesprechungen, damit die Teilnehmenden von ihren gegenseitigen Erfahrungen ihren Nutzen ziehen können. Nach vier durchgeführten Programmen ergeben sich erste Praxiserfahrungen und Hinweise auf Optimierungsbedarf

Diskussion

Es zeigt sich, dass Massnahmen im Bereich Wertschätzung und Unterstützung durch das Team, Struktur im Arbeitsalltag, sowie Lebenslanges Lernen sowohl im angelsächsischen Raum, wie auch in der deutschsprachigen Schweiz eine massgebliche Rolle spielen. Trotz der unterschiedlichen Ausbil-

dungsstrukturen und Unterschieden im psychiatrischen Versorgungssystem ergeben sich inhaltlich einige Empfehlungen zur Umsetzung im untersuchten Gebiet.

Schlussfolgerung

Die Massnahmen in den Kategorien „Wertschätzung und Unterstützung“ und „Struktur im Arbeitsalltag“ sind wohl die Selben wie in anderen Berufsgruppen und bei jeder Einführung gültig. Im Wesentlichen geht es darum, dass sich neue Mitarbeitende willkommen fühlen können und es schriftlich formulierte Checklisten, Standards, Handlungsanweisungen und Ähnliches gibt. Das Coaching Programm hingegen bewährt sich für die untersuchte Adressatengruppe und ist bereits durch seine Existenz [10] wirksam. Es unterstützt die Teilnehmenden darin, sich mit Fallbeispielen von Peers auseinanderzusetzen [3, 14]. Dies ermöglicht ihnen alternative Interventionsmöglichkeiten in vergleichbaren Situationen zu erkennen oder sich in ihrer Handlungsweise bestätigt zu sehen, sowie ihr Wissen zur Pflege in der Psychiatrie aufzufrischen.

Literatur

1. Chin H.,(2008), *„Making a fresh start“*, *nursing management* 15(2), p.18-20
2. Clark C.M., Springer P.J.,(2011), *„Nurse residents‘ first-hand accounts on transition to practice“*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2011.08.003>
3. Cleary M., Matheson S., Happell B.,(2008), *„Evaluation of a transition to practice programme for mental health nursing“*, *Journal of Advanced Nursing* 65(4), p.844-850
4. Cleary M., Happell B.,(2005), *„Promoting a sustainable mental health nursing workforce: An evaluation of a transition mental health nursing programme“*, *International Journal of Mental Health Nursing* (2005) 14, p.109-116
5. Johnstone M-J., Kanitsaki O., Currie T.,(2008), *„The Nature and Implications of Support in Graduate Nurse Transition Programs: An Australian Study“*, *Journal of Professional Nursing*, Vol 24, No1, 2008,p.46-53
6. Mayring Ph.,(2010), *„Qualitative Inhaltsanalyse“*, 11. Auflage, Beltz

7. Procter N., Beutel J., Deuter K., Curren D., de Crespigny Ch., Simon M.,(2011), "The developing role of Transition to Practice programs for newly graduated mental health nurses", *International Journal of Nursing Practice* 2011; 17: p.254-261
8. Rhéaume A., Clément L., LeBel N.,(2010), "Understanding intention to leave amongst new graduate Canadian nurses: A repeated cross sectional survey", *International Journal of Nursing Studies* 48 (2011) p.490-500
9. Ruedin J.H., Weaver F., Roth.M., Widmer M., (2009), « Personnel de santé en Suisse –Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020 », OBSAN Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/01/02.html?publicationID=3208>
10. Rush K.L., Adamack M., Gordon J., Lilly M., Janke R.,(2012), "Best practices of formal new graduate nurse transition programs: An integrative review", *International Journal of Nursing Studies* (2012), <http://dx.doi.org/j.ijnurstu.2012.06.009>
11. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Bundesamt für Statistik,(2009), „Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020“, <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/03.html?publicationID=3207>
12. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (Oda Santé), (2009), „Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009“; http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Bildung/Versorgungsbericht/Versorgungsbericht_Deutsch_20091201_def.pdf
13. Waite R.,(2006), „The psychiatric educational experiences of advance beginner RNs“, *Nurse Education Today* (2006) Vol. 26, p. 131-138
14. Wright D., Lavoie-Tremblay M., Drevniok U., Racine H., Savignac H.,(2011), *Relational Dimensions of a Positive Integration Experience for New Mental Health Nurses*“, *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 25, No 3, 2011: p164-173

3. RADIUS – Möglichkeiten von E-Mental-Health für suchtkranke Menschen

Martina Bertino, Mario Gevers

Hintergrund

Die Verfügbarkeit von gesundheitsspezifischen Informationen im Internet ist groß. Nach Belieben lassen sich Krankheitsbilder, Symptome und Therapieempfehlungen durch gängige Suchmaschinen ausfindig machen. Dabei kann man das Internet als Informations- oder Kommunikationsmedium nutzen. Bei rein webbasierten ungeleiteten Selbsthilfeangeboten steht der Informationsgehalt an erster Stelle [1]. Bei Chat-Therapien, E-Mail oder videokonferenzbasierten Therapien wird das Internet als Kommunikationsmedium genutzt. Die Häufigkeit des therapeutischen Kontakts ist hier vergleichbar mit einer klassischen Face-to-Face Therapie. [1].

Geleitete Selbsthilfeprogramme basieren auf einem reduzierten therapeutischen Kontakt im Gegensatz zur Face-to-Face Therapie. Dabei sind geleitete Selbsthilfeprogramme eine Kombination aus Informations- und Kommunikationsmedium [1]. Dabei zeigen sich auch eine deutlich höhere Wirksamkeit und eine geringere Abbruchrate bei den geleiteten Selbsthilfeprogrammen im Gegensatz zu den ungeleiteten Programmen [2]. Bzgl. der Wirksamkeit und der Belastbarkeit der Patient-Therapeut-Beziehung zeigt sich kein Unterschied zwischen den internetbasierten Angeboten und den Face-to-Face-Therapien [2]. Besonders für Depression, Angst- und Zwangsstörungen, sowie PTBS konnte die Wirksamkeit von geleiteten Programmen belegt werden [3].

Die Behandlung von Suchtkranken erreicht lediglich einen geringen Anteil derer, die Hilfe benötigen. Viele suchen Hilfe auf, werden aber nicht angemessen behandelt bzw. weitervermittelt und ein weiterer Anteil bleibt Behandlung fern, obwohl eine deutliche Behandlungsbedürftigkeit vorliegt. Oft sind Scham und Stigmatisierung ursächlich für das Fernbleiben von Hilfeangeboten. Das Internet bietet Personen, die durch Arbeit oder private Belas-

tung eine zeitliche Flexibilität benötigen eine flexiblere Unterstützung und Versorgungslücken können so geschlossen werden [1].

Die Abwesenheit des physischen Kontaktes kann vorteilhaft ausgelegt werden, wenn weniger soziale Barrieren und eine geringere Hemmschwelle für die Betroffenen von Bedeutung sind. So haben diese die Möglichkeit offener zu kommunizieren, sich selbst über das Geschriebene zu reflektieren und ein hohes Maß an Selbstbestimmung zu erfahren. Auch ist eine aktive Teilnahme zwingend erforderlich, da der Prozess ansonsten nicht vorangetrieben werden kann [2].

Aus der Behandlung auf Distanz können aber auch Risiken hervorgehen in Krisensituationen und bei der Datenvermittlung [1]. Diese Art der Kommunikation setzt eine gewisse Schreibfertigkeit voraus, was als anstrengender empfunden wird als das Sprechen. Bei vergleichsweise geringem Kostenaufwand lässt sich eine dauerhaft hohe Qualität der Therapie erzielen [2].

Problemstellung

Im Community Reinforcement Approach (CRA) [4] bieten intern geschulte Consultants schon länger nachstationäre Kontakte für Patienten an, um die Veränderungsprozesse weiter im Alltag zu begleiten. Die Gespräche werden bisher telefonisch oder am Arbeitsplatz der Therapeuten durchgeführt. Diese zeigten sich als erfolgreich und zielführend. Vielen Patienten konnte dadurch geholfen werden. Dennoch war es häufig schwierig für diese Patientengruppe mit häufig chronischen Verläufen und einem Defizit im Bereich der Impulskontrolle und dem Bedürfnisaufschub ihre Therapiecompliance auch nach Rückfällen und schwierigen Situationen wieder zu reaktivieren. Weiter war es für die Patienten nicht einfach erarbeitete Strategien in Risikosituationen abzurufen und diese umzusetzen. Auch wenn die Consultants ein hohes Engagement in ihrer Arbeit und Ansprechbarkeit zeigten, hatte dieses besonders in den Abendstunden und am Wochenende Grenzen. Eine 24-Stunden-Erreichbarkeit war nicht mit den bisherigen Ressourcen umsetzbar.

Ziele

Der Einschluss einer größeren Klientengruppe und die Optimierung der nachstationären Begleitung sind Ziele des Programms RADIUS, welches eine internetgestützte Erweiterung der nachstationären ambulanten Behandlung des CRA ist.

Durch die Nutzung der Homepage des Programms ist es Klienten neben den ambulanten Kontakten möglich, therapeutische Unterstützung zu erhalten, ohne zusätzlich die Klinik aufsuchen zu müssen.

Derzeit wird das Programm auf zwei Stationen im Bereich für Abhängigkeitserkrankungen im Patientenkontakt genutzt. Eine Ausweitung auf weitere Stationen, die Tagesklinik und die ambulante Versorgung sind geplant. Zur Evaluation und Überprüfung der Wirksamkeit sind eine Pilotstudie, sowie weitere Forschung geplant.

Vorgehen

Nach der erfolgreichen Durchführung eines qualifizierten Entzugs wird der Patient vor seiner Entlassung in das Programm eingewiesen. Nach der Entlassung beginnt dann die nachstationäre, ambulante Arbeit. Die Einpflegung in das Programm erfolgt derzeit durch Mitarbeiter des multiprofessionellen Behandlungsteams während des stationären Aufenthaltes. Nach Entlassung wird die Behandlung ambulant weitergeführt und die therapeutische Beziehung aufrechterhalten. Es können das Erarbeitete der Sitzung, aber auch eigene Ziele und Interventionen eingepflegt, Termine verwaltet und wiederkehrende Risikosituationen festgehalten werden. Die Erstellung eines Notfallkoffers, inklusive Bewältigungsstrategien und Notfallkontakten ist ebenfalls Bestandteil des Programms.

Angelehnt an den Behandlungsansatz CRA werden Klienten zur täglichen Einschätzung von Stimmung, Schlaf und Suchtdruck und einer wöchentlichen Einschätzung der Zielzufriedenheit angehalten. Somit wird der Klient täglich zur Auseinandersetzung mit seiner aktuellen Lebenssituation veranlasst. Die Achtsamkeit für die eigene Vulnerabilität soll so gesteigert werden.

Rückfälle sollen durch die Klienten frühzeitig erkannt und bewältigt werden können. Bei Rückfällen ist eine bessere Steuerung der Therapiezugänge möglich, falls dies erforderlich ist.

Ergebnisse/Erfahrungen

Derzeit sind ca. 30 Patienten in das Programm aufgenommen worden. Es arbeiten 6 Mitarbeiter (1 Arzt, 2 Psychologinnen und 3 Pflegekräfte) mit RADIUS. Die Möglichkeiten des Programms werden von den einzelnen Klienten unterschiedlich genutzt. Während die tägliche Einstufung der Befindlichkeit von nahezu allen Teilnehmern regelmäßig genutzt wird, werden die Aufnahme von Risikosituationen, die von den Therapeutinnen und Therapeuten aufgegriffen werden können, weniger genutzt.

Die Kommunikation über Nachrichten wird zum Teil für Terminabsprachen aber auch für konkrete Fragen genutzt. Es bietet sich auch die Möglichkeit Materialien im Anhang hinzuzufügen oder hilfreiche Links zu versenden. Die Verankerungen von Interventionen bedürfen häufig einer Anleitung durch den Therapeuten und werden auch dann unterschiedlich frequentiert. Bisher fehlen zwar aussagekräftige Zahlen, der erste Eindruck nach 6 Monaten Benutzung zeigt eine hohe Annahme durch Patienten ab dem 30. Lebensjahr. Dabei scheint der Schweregrad der Alkoholabhängigkeit nur eine geringe Rolle zu spielen.

Diskussion

Das Programm bietet für suchtkranke Menschen die Möglichkeit, auch nach der Entlassung aus dem stationären Setting, die ambulante Arbeit zu stabilisieren. Die ambulante Arbeit mit einer als schwierig geltenden Patientengruppe kann somit besser an deren Bedürfnisse angepasst werden. Dabei ist kein großer Mehraufwand für den Behandler nötig, wie dies bei Telefonaten oder zusätzlichen ambulanten Terminen der Fall ist. Zudem bleibt für den Behandler eine Flexibilität in der Ausübung seiner Arbeit. Die Intensität, mit der das Programm genutzt wird, ist nicht von extern vorgegeben und kann frei gewählt werden.

Der anonyme Zugang von extern, zu Zwecken der Früherkennung oder Prävention, wird derzeit noch nicht vom Programm abgedeckt. Hier leistet beispielsweise das Programm „click for support“ wirksame Arbeit, gerade für junge Konsumenten. Seit dem letzten Jahr liegt auch eine entsprechende Leitlinie für effektive, webbasierte, präventive Suchtinterventionen für Kinder und Jugendliche vor [5].

Schlussfolgerungen

Eine zufriedenstellende therapeutische Beziehung zu den Klientinnen und Klienten kann von jeder Berufsgruppe in der psychiatrischen Pflege erreicht werden und dies nicht nur im Face-to-Face-Kontakt [2]. Die Kosten belaufen sich überwiegend auf die Programmierung des Programms, die Verwaltung der Daten und die Wahrung der Qualität in Bezug auf die Datensicherheit. Die Kontakte zwischen Anbieter und Nutzer sind eher mit niedrigen Kosten verbunden, könne durch die Asynchronität zeitlich flexibel gewählt werden und sind im Vergleich zu Sitzungsterminen weniger zeitintensiv. Die Möglichkeit für alle Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams sich an der Betreuung der Patientinnen und Patienten gleichermaßen zu beteiligen, kann zu einer größeren Wertschätzung und produktiverer Zusammenarbeit zwischen den Professionen führen.

Literatur

1. Berger, T. (2015). *Internetbasierte Interventionen bei psychischen Störungen. Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 58*. Göttingen: Hogrefe.
2. Berger, T., & Caspar, F. (2011). *Internetbasierte Psychotherapien. Psychiatrie und Psychotherapie up2date, 5(01), 29–43*. <http://doi.org/10.1055/s-0030-1265934>
3. Cuijpers, P., Straten AM van, Andersson, G. (2008). *Internet administered cognitive behavioral therapy for health problems: a systematic review. Journal of Behavior Medicine 31: 169-177*.
4. Meyers, R. J., Smith, J. E., & Lange, W. (2008). *CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit: erfolgreicher behandeln durch positive Verstärkung; [inklusive Arbeitsmaterialien auf CD-ROM] (2. Aufl)*. Bonn: Psychiatrie-Verl.
5. Sarrazin, D., Steffens, R. (2015) *Guideline for effective web-based interventions in selective drug prevention*. www.clickforsupport.eu

4. Genesungsbegleiterinnen/EX-IN in der Akutpsychiatrie – Psychiatrie Erfahrene mischen mit

Vera Bierwirth, Wolfgang Pohlmann, Elizabeth Schweika, Ute Walkenhorst

Hintergrund

EX-IN steht für Experienced-Involvement-Einbeziehung von Psychiatrie Erfahrenen. Ursprünglich als EU-Projekt kam EX-IN im Jahr 2006 nach Hamburg und Bremen. Seither sind EX-IN-Kurse in verschiedenen deutschen Städten angesiedelt. Menschen, die eine psychische Krankheit erlebt haben, werden als Expertinnen für diese existenzielle persönliche Erfahrung angesehen und ausgebildet mit dem Ziel, zum Beispiel als GenesungsbegleiterInnen oder als DozentInnen in Aus-, Fort- und Weiterbildung arbeiten zu können. Zahlreiche Untersuchungen haben inzwischen nachgewiesen, dass die Beteiligung psychiatrieerfahrener Menschen in Forschung, Ausbildung und psychiatrischen Diensten einen großen Einfluss auf die Verbesserung der Angebote hat. Ausgebildete Psychiatrie Erfahrene verfügen über ein großes Wissen in Bezug auf Haltungen, Methoden und Strukturen, das bisher noch wenig in die bestehende Versorgung einfließt. Als EX-IN Genesungsbegleiter oder EX-IN Multiplikatoren gewähren sie anderen Menschen Innenansichten von bekannten und irritierenden Wahrnehmungswelten in psychischen Ausnahmesituationen. Sie liefern neue Erklärungsansätze für den tieferen Sinn psychischer Krisen und sind ausgewiesene Experten für praxistaugliche Bewältigungsstrategien [1].

Ziel des Workshops

In unserem Workshop wollen wir exemplarisch Erfahrungswissen erarbeiten und teilen. Wir möchten uns diesem mit unterschiedlichen Methoden aus der EX-IN Weiterbildung nähern. Eine Philosophie von der EX-IN-Idee ist das generieren von „Wir-Wissen“ [1]. Wir wollen den Versuch unternehmen, dieses in der Gruppe zu entwickeln. Der Begriff des Wir-Wissens ist theoretisch schwer zu erklären. Er vermittelt sich über reflektierten Austausch,

Erleben und Erfahren in einer Gruppe. Es ist uns wichtig, durch lebendiges Gestalten, mit den Teilnehmern von der Theorie auf die Handlungsebene zu kommen. Ein Ziel des Workshops ist auch, nicht nur das Positive zu verdeutlichen, sondern uns auch kritischen Fragen und Bedenken zu stellen.

Unterschiedliche Erfahrungen der AutorInnen, die als KollegInnen in unserer Klinik arbeiten

A. hat das Praktikum und das erste Jahr im Mini-Job auf der Akutstation erlebt von der Zeit, als noch ein Fremdheitsgefühl vorherrschte bis zum jetzigen Zeitpunkt, an dem sie Aufgaben gefunden hat, die sie selbständig gut durchführen kann. Dazu werden Erfahrungen einbezogen, die sie selbst als Patientin gemacht hat, weil diese auch prägend für ihre Arbeit sind. Angesprochen werden auch kritische Aspekte, sei es die Größe der Station, fehlende Rückzugsmöglichkeiten, das unübersichtliche Gesamtsystem, Zwangsmaßnahmen u.a. Anhand von verschiedenen beispielhaften Situationen wird dargestellt, wie die Patienten, wie die Profis, wie die Atmosphäre und die Genesungsbegleiterin selbst von der EX-IN Tätigkeit profitieren können. Ihre kritische Haltung begründet sich auch in ihrer dialogischen Arbeit.

B. Ihr Qualifikations- und Erfahrungsweg in den letzten 11 Jahren, die Teilnahme an einer Stabilisierungsgruppe [2], Teilnahme an der EX-IN Fortbildung, Teilnahme an einer Recovery-Schulung [3] bis hin zu ihrer Arbeit als Genesungsbegleiterin sind die Grundlage ihrer Arbeit. Einer ihrer Tätigkeitsschwerpunkte ist das Angebot einer sogenannten Teezeit-Gruppe. Sie wird Erfahrungen und Eindrücke aus dieser Gruppe anhand eines Fallbeispiels verdeutlichen. Dabei wird sie die besondere Rolle einer Genesungsbegleiterin im Stationssetting herausstreichen. Ein recovery-orientiertes Arbeiten ist der Autorin hierbei besonders wichtig.

C. Eine Genesungsbegleiterin hat die Schwerpunkte Peer Counseling, Moderation einer Stabilisierungsgruppe [2] und die Durchführung von Recovery-Schulungen [3] als Aufgaben gewählt. Die Autorin gibt einen Einblick über ihre Tätigkeit in dem seit 2007 bestehenden Projekt „Zeit für Gespräche“ –

Beratung auf der Grundlage eigener Betroffenheit. Des Weiteren geht es um ihre Erfahrungen als Moderatorin einer Stabilisierungsgruppe für Menschen mit Psychose- und Krisenerfahrung. Seit 2014 beteiligt sich die Autorin auch an der Moderation und Durchführung von Recovery-Schulungen für Fachkräfte und Psychiatrie Erfahrene. Auch dieses wird sie einbeziehen. Ihr Anliegen ist es, nach jahrzehntelanger Tätigkeit im Bereich der Selbsthilfe durch die Teilnahme am EX-IN-Kurs die Brücke zu schlagen hin zu ihrer heutigen Tätigkeit in der Peer-Beratung und Fortbildung. Hierbei dient ihr die eigene Lebens-, Berufs- und Krisenerfahrung als Fundus, aus denen sie ihre Recovery-Geschichte entwickelt, die sie als fortlaufenden Prozess versteht.

D. Aus der Perspektive der Profirolle als Stationsleiter und als EX-IN Trainer der einen EX-In Kurs moderiert wird sein Beitrag zum Workshop sein, den Schwerpunkt der kollegialen Zusammenarbeit zu entwickeln. Wichtig ist dem Autor dabei Begegnung auf Augenhöhe mit Leben zu füllen. Aus den Erfahrungen des Autors sind konstruktive Auseinandersetzung, fruchtbare Kommunikation, Orientierung und Entwicklung fördern, Gestaltungsspielräume auszuloten und vieles mehr erforderlich.

Ablauf

Starten werden wir mit einer Blitzlichtrunde zum kurzen Kennenlernen. Auch wollen wir abfragen mit welchen Fragen und Anliegen die Teilnehmer in den Workshop gekommen sind.

Mit einem Instrument aus der EX-IN Weiterbildung werden wir kurz ins Thema einführen.

In Kleingruppen sollen die Teilnehmer unter gezielten Fragestellungen eigene Erfahrungen und Sichtweisen erarbeiten.

Nach anschließendem Austausch und Diskussion über die Ergebnisse möchten wir die geteilte Erfahrung mit einer Vertrauensübung abrunden.

Nach der aktiven Teilnahme an einer „Tee Zeit Gruppe“, Auszug aus einem Element, welches auf einer Station angewendet wird, möchten wir den Workshop mit einem Abschlussblitzlicht beenden.

- Im Sinne von Recovery geht es um die Rückgewinnung von Gesundheit und neue Wege aus der Krise unter Berücksichtigung des Erlebten, Erfahrungsaustausch
- Wir wollen den Teilnehmern Gelegenheit geben, die eigene Haltung zu überprüfen
- Wir hoffen, dass die Teilnehmer einen Teil Selbsterfahrung gewinnen, unter anderem, durch sich einlassen auf eine Vertrauensübung
- Wir würden gerne Offenheit fördern, GenesungsbegleiterInnen im Team haben zu wollen
- Die Teilnehmer sollen erkennen wie wichtig es ist, achtsam mit sich und anderen umzugehen
- Wir wünschen uns, bei den Teilnehmern, Bereitschaft zu wecken, auch mal quer zu denken, oder auch nur einfach.

Literatur

1. *Aus dem Curriculum zur EX-IN Ausbildung von EX-IN Deutschland*
2. *Boden, M., Feldt, D. (2012) Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen. Ein Handbuch zur Gruppenmoderation und Selbsthilfe*
3. *Zuaboni, G., Abderhalden, Ch., Schulz, M., Winter, A. (2012) Recovery praktisch! Schulungsunterlagen*

5. Tanzen entfremdet

Cindy Bigesse, Ulrike Krombholz

Hintergrund der Tanztherapie

„Tanz ist Bewegung und Bewegung ist Leben“

Tanz befreit den Menschen von der Schwere des Lebens und verbessert die seelische Gesundheit durch eigene Aktivität.

Der „Sitztanz“, als Form der Tanztherapie, ist in der Gerontopsychiatrie als fester Bestandteil der Bewegungsförderung und der Konzentrationsschulung integriert. Psychomotorische Störungen werden durch das Zusammenwirken von Musik, Rhythmus, Kinästhetik und Emotionen überwunden. Die Sitztanztherapie ermöglicht allen Patienten, auch denen mit körperlichen und kognitiven Einschränkungen, ein verbessertes Lebensgefühl und ein gesteigertes Selbstwertgefühl zu erhalten.

Einleitung

Als Pflegende werden wir oft mit Äußerungen, wie: „Da waren fremde Menschen in meiner Wohnung“, „Nein, das ist nicht mein Mann!“, „Meine Mama in fremde Hände geben?“, „Das sind nicht meine Sachen“, „Ich fühle mich anders, so fremd hier“ konfrontiert.

Die Patienten in der Gerontopsychiatrie kommen aus ihrem gewohnten und vertrauten Umfeld in eine fremde Umgebung mit fremden Menschen. Patienten, Angehörige und Pflegende finden sich oft in einem Dilemma aus Selbstbestimmtheit, Akzeptanz und Umgang mit ihrer psychischen Erkrankung, Emotionen, Schuldgefühlen auf der einen Seite und Obhuts-, Sorgfalts- und Betreuungspflichten auf der anderen Seite wieder.

Oft zeigen sich fremde Verhaltensweisen einer stark veränderten Persönlichkeit, wie Unruhe, Gereiztheit, Laufdrang, Traurigkeit, Hilflosigkeit, Angst und Panik auf unseren Stationen. Trotz der sich veränderten Persönlichkeit und der Angst in der „Fremde“ gelingt es, durch Klänge, Rhythmen und Mu-

sik eine Brücke zum Vertrauten zu schlagen. Man hört Musik, nimmt vertraute Klänge wahr, ein kleiner Saal wie früher in der Tanzschule, der Takt wird angegeben, die Schritte werden gezeigt, Angst verfliegt, man fasst sich an, ein angenehm vertrautes Gefühl von Leichtigkeit entsteht, man klatscht und wiegt sich zur Musik. Für einen Moment verwandelt sich die Gerontopsychiatrie in einen Tanzsaal mit Freude, Anmut und Vertrautheit.

Thema

Das Tanzen liegt jedem von uns im Blut, schon als Kleinkind bewegten wir uns fast von selbst, wenn wir Musik hörten und das verbindet uns mit anderen. Tanzen und den Drang sich zur Musik zu bewegen, ist bei Menschen tief verwurzelt. Musik wird emotional erfasst und diese Emotionen können genutzt werden, um Anstrengungen und Sorgen zu vergessen. Wer sich im Takt der Musik bewegt, betritt eine fröhliche und vom Kummer befreite Welt. Tanzen vermittelt pure Lebensfreude und ist gut für die Seele. Der Tanz fördert alle Bereiche von Körper, Geist und Seele, er regt die Kreativität für den Körper und die Psyche an. Dem mitreißenden Charakter der Musik kann man sich nicht entziehen. Wenn man Menschen beobachtet, die Musik hören, sind die Gesichtsmuskeln entspannter, ein Fuß wippt und es wird im Takt leicht hin und her geschwungen. Die Bewegungen zur Musik geschehen intuitiv. Die körperliche Aktivierung von älteren Menschen stellt den wichtigsten Faktor zur Erhaltung der Selbstständigkeit und somit zu einer guten Lebensqualität dar. Daher ist die körperliche Aktivierung in die psychiatrische Behandlung fest integriert. Ältere Menschen und vor allem Demenzerkrankte benötigen eine ausgewogene und individuelle Mischung aus Entspannung- und Aktivierungsmöglichkeiten, sowie Beschäftigungsangeboten im Alltag. Des Weiteren ist eine feste Tagesstruktur im Stationsalltag von großer Bedeutung, sie schafft Rituale und diese geben den Patienten Sicherheiten.

Psychisch kranke ältere Menschen leiden häufig an körperlichen Störungen, welche Einfluss auf die Mobilität des Erkrankten, sowie auf die Selbstversorgung nehmen. Gerade bei älteren Menschen wirken sich Immobilität, soziale

Isolierung und Vereinsamung auf den Krankheitsverlauf negativ aus. Die Demenz und Depressionen sind die häufigsten psychiatrischen Störungen im Alter. Bewegung sollte ein wichtiger Bestandteil für älter werdende Menschen sein. Sie dient auch der Demenzprävention. Studien haben belegt, dass Menschen die sportlich aktiv sind, ein geringeres Risiko für den kognitiven Abbau haben. Tanzen kann dem Verlust der kognitiven Leistungsfähigkeit vorbeugen. Gerade das Tanzen spielt durch die motorischen Aufgaben, in Verbindung mit Denk- und Erinnerungsprozessen, eine große Rolle bei der Prävention von Demenz. Dadurch wird das Gedächtnis trainiert. Da man sich beim Tanzen konzentrieren muss, wird das Reaktionsvermögen gesteigert, die Orientierung verbessert sich und die Koordinationsfähigkeiten werden geschult.

Tanzen dient als Prophylaxe vor Verletzungen, die durch Stürze entstehen können. Ältere Menschen benötigen Muskeltraining, welches durch Leichtigkeit und Beschwingtheit beim Tanzen trainiert werden kann. Durch ausreichend Muskelkraft wird die Koordination verbessert, die Trittsicherheit erhöht sich und somit werden Unfälle durch Stürze reduziert und man verbessert die Gangsicherheit. Wie schon erwähnt, dient das Tanzen für ältere Menschen auch als Gesundheitsvorsorge, es ist als Herz-/Kreislauftraining, als Muskeltraining und als Ausdauertraining anzusehen. Tanzen bringt den Kreislauf in Schwung, hält die Gelenke fit und erhöht die Konzentrationsfähigkeit. Das Tanzen verbessert die Körperhaltung und belastet den Bewegungsapparat nur leicht. Der Seniorentanz und vor allem Sitztänze können von jedem Patienten, auch mit eingeschränkter Mobilität und reduzierten kognitiven Fähigkeiten durchgeführt werden. Trotzdem haben ältere Menschen den Nutzen von Bewegungstraining noch nicht erkannt. Bei nachlassender Kraft fallen bereits die einfachsten Alltagsbewegungen schwer, „Wenn es durch mangelnde Kraft schwerfällt, aus dem Sessel aufzustehen, dann bleibt man häufiger sitzen“ [1]. Ein Teufelskreis entsteht und dadurch die völlige Kraftlosigkeit. Zitat von einem Studienteilnehmer und Mitglied eines Fitnessstudios: „Ich kann kaum noch sehen. Nächstes Jahr werde ich blind sein. Ich kann auch kaum noch hören. Nächstes Jahr werde ich taub

sein. Daran kann ich nichts ändern. Aber dass ich auf den Beinen bleibe, dafür kann ich etwas tun“ [1].

Aus therapeutischer Sicht zählt das Tanzen zur Bewegungstherapie. Die aktive-therapeutische Wirkung in der Behandlung wurde bereits in zahlreichen Studien nachgewiesen und beschrieben. Durch die körperlichen Fähigkeiten, die der Patient selbst und aktiv ausübt, verbessert er seine seelische Gesundheit. Ein verbessertes Körperverständnis fördert andere Sichtweisen und trägt somit zu einer aktiven Mitwirkung an der Behandlung bei. Die Bewegungstherapie, zu dem das Tanzen und der Sitztanz zählen, soll eine langfristige Verhaltensänderung im Sinne eines körperlich-aktiven Lebensstiles erbringen. Es gelingt nicht jedem Patienten bestimmte Aktivitäten im Alltag weiterzuführen. Die Therapie soll den Patienten die Erfahrung zeigen bzw. die Möglichkeit bieten, eine Verschlechterung seines psychisch-gesundheitlichen Zustandes zu verhindern. Die Wirksamkeit der Therapie zur Verbesserung der körperlichen Fitness bei psychischen Erkrankungen wird von den meisten Ärzten/Therapeuten unterschätzt und sollten als präventiver/therapeutischer Ansatz angewendet werden, trotz aller Einschränkungen, die im Alter entstehen.

Gestaltung des Workshops

Ablauf

- Vermittlung des theoretischen Grundwissens
- Herausstellung der Wichtigkeit der Bewegung in der Gerontopsychiatrie
- Vermittlung praktischen Wissens, bspw. einer Durchführanleitung auf einer Gerontostation
- Praktische Übungen/geeignete Tänze & Lieder
- Reflektion/Diskussion

Lernziel

Die Teilnehmer des Workshops erlernen den theoretischen Ansatz der Tanztherapie und eine Anleitung, wie die Tanztherapie auf einer gerontopsychiatrischen Station umzusetzen ist. Sie erwerben das Verständnis für eine solche Therapiemöglichkeit. Ziel des Workshops ist es, die Möglichkeiten kennen zu lernen, wie solche Therapiestunden ablaufen können und wie die Therapie auf einfache Weise angegangen werden kann. Die Teilnehmer erlernen und verstehen die Wichtigkeit der Bewegungstherapie in der psychiatrischen Behandlung und deren Anwendung. Der Workshop soll den Teilnehmern den Sitztanz näher bringen, indem wir gemeinsam tanzen und singen. Es findet auch eine Reflektion über die Therapiemöglichkeit für die Teilnehmer statt.

Literatur

1. *Andreas Bredenkamp/Michael Humm (2011). Erfolgreich Trainieren*

6. Brückengruppe – eine Pflegeintervention zur Entlassungsvorbereitung mit Peer-Beteiligung

Alexander Bluhm

Hintergrund

Im Rahmen der Fachweiterbildung Psychiatrie sind die Teilnehmer gehalten, ein Projekt zu entwickeln, dass die Pflegepraxis durch neue Interventionen verbessern kann und im Bereich der Prävention angelegt ist. Die Projekte müssen ferner neu in der Einrichtung sein und eine Nachhaltigkeit der Intervention über den eigentlichen Projektzeitraum soll sichergestellt werden. Das vorgestellte Projekt ist eine teilstrukturierte pflegerische Gesprächsgruppe zur Entlassungsvorbereitung mit Begleitung durch eine erfahrene Peer-Person und ist im Rahmen der Tertiärprävention angelegt.

Thema

Derzeit erleben psychiatrische Patienten am Übergang von der stationären Behandlung in ambulante Versorgungsstrukturen oft Probleme, wie unzureichende Information über nachstationäre und andere weiterführende Behandlungsangebote. Sie fühlen sich teilweise wenig in den Entlassungsprozess einbezogen, erleben Unsicherheit, Besorgnis und fühlen sich wenig vorbereitet und allein gelassen. Daten zeigen, dass Wiederaufnahmeraten innerhalb der ersten 91 Tage bei bis zu 20,1 Prozent liegen können [1].

Die halbstrukturierte Gesprächsgruppe ist ein pflegerisches Angebot, welches vor der stationären Entlassung angeboten wird. Die Gruppe stützt sich auf wesentliche Aspekte des Transitional Discharge Model von Forchuk et al [2] (wie die poststationäre pflegerische Betreuung und die poststationäre Anbindung an eine Organisation Psychiatrie-Erfahrener) sowie die Bearbeitung typischer „Stolpersteine“ aus der Kurzintervention „Übergangsbegleitung“ [3]. Die Gruppe greift Ängste und Unsicherheiten auf und versucht, die Beteiligung der Betroffenen am Prozess der Entlassungsvorbereitung zu verbessern. Die Gruppe wird inhaltlich von einer erfahrenen Peer-Person

begleitet, was einerseits die Sicherheit durch unmittelbaren Erfahrungsaustausch verbessern kann und andererseits das Gefühl der Selbstwirksamkeit von Betroffenen stärkt, indem sie sich aktiv mit ihrem Übergang von stationärer zu nachstationärer Behandlung befassen.

Ziele

Der Vortrag möchte zeigen, dass ein Pflegeangebot zur Entlassungsvorbereitung sowohl Information über poststationäre, ambulante Versorgungsangebote bieten wie auch Unsicherheit und Ängste bearbeiten kann und durch den wertvollen Einbezug einer Peer-Person recovery-orientiert hoffnungsfördernd wirken kann.

Literatur

1. *Barmer GEK (2011) Barmer GEK Report Krankenhaus 2011. St. Augustin: Asgard-Verlag*
2. *Forchuk et al (2007) Transitional Discharge Based on Therapeutic Relationships: State of the Art Archives of Psychiatric Nursing 2007; 21 (02): 80 - 86*
3. *Hegedüs/Kozel et al (2013) Entlassungs- und Überleitungsmanagement - Brücken bauen. Psych Pflege heute 2013; 19: 99 - 103*

7. Der eigene Genesungsweg braucht Zeit und Zuversicht

Marie Boden, Doris Feldt, Vera Bierwirth, Silvia Hauck, Bärbel Maistrak, Anita Sporleder

„Wir können den Wind nicht ändern, aber wir können die Segel richtig setzen.“ (Aristoteles)

Hintergrund

Im Frühjahr 2017 wird unser 3. Handbuch mit den Themen: *Abschied/Trauer – Trost – Hoffnung und Neues wagen* im Psychiatrie-Verlag erscheinen. 2001 haben wir eine erste Stabilisierungsgruppe in der psychiatrischen Klinik/Bethel aufgebaut, moderiert und dahingehend weiterentwickelt, dass sie eine Projektgruppe für neue Themen wurde. Seit 2010 gibt es eine zweite Gruppe unter Einbeziehung einer Moderatorin mit Ex-IN-Ausbildung. Beide Gruppen richten sich an Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind oder sich in einer Krise befinden und setzen sich aus stationären und ambulanten Teilnehmern zusammen. Die Themen des neuen Handbuches wurden gemeinsam mit den Teilnehmern entwickelt, alle Arbeitsmaterialien sind wie unsere beiden anderen Handbücher praxiserprobt.

Einleitung

Das neue Handbuch basiert auf und verbindet DBT, Achtsamkeit, unser Gruppenkonzept und Recovery. Die oben genannten Themen werden umfang- und facettenreich bearbeitet, Abschiednehmen/Trauer bezieht sich hier auf nicht mehr gelebte Lebensentwürfe. Die Themen *Abschied/Trauer – Trost – Hoffnung und Neues wagen* sind leider im psychiatrischen Alltag häufig vernachlässigte und tabuisierte Themen, dabei sind sie beim Einzelnen intensiv vorhanden und brauchen unbedingt eine angemessene Beachtung sowie eine "heilsame Kommunikation". Darüber waren sich bei der Entwicklung des neuen Buches wir Profis, die Genesungsbegleiter und die Gruppenteilnehmer einig.

Themen

Der Weg des *Abschiednehmens/Trauerns* wird im Klinikalltag oft übersprungen, zu schnell wird der Focus auf vermeintlich positive Veränderung gelegt. Dabei ist es ungemein wichtig, der Traurigkeit über Verlorenes einen Raum zu geben, um später Alternativen und neue Lebenskonzepte entwickeln zu können.

Trost bedeutet Ermutigung, auch wenn das eigene Leid vielleicht nicht unbedingt gänzlich verschwindet, aber es kann gelindert werden. Schmerz anzuerkennen ist wichtig für den Heilungsprozess.

Zentral sind die *Hoffnung* und die Zuversicht, dass etwas wieder besser werden kann, und dabei geht es unter anderem um die Suche nach Hoffnungsträgern. Hoffnung ist der Motor für Veränderung und die Voraussetzung, etwas *Neues* zu wagen, das heisst, in kleinen Schritten *neu* zu beginnen.

Wir moderieren den Workshop gemeinsam mit Teilnehmern und einer Genesungsbegleiterin aus den Stabilisierungsgruppen.

Ziele

Ziel ist es, Menschen in der Behandlung eine Möglichkeit der Auseinandersetzung mit diesen zentralen Themen zu geben. Es geht um die Unterstützung beim Abschiednehmen von Lebenskonzepten, sich Trauer erlauben zu können, um sie später loszulassen, damit über *Trost* und *Hoffnung* Neues entstehen kann.

Bei der Bearbeitung dieser Themen ist es wesentlich, mit den Teilnehmern ein gutes Sicherheitsnetz zu spannen, zu stärken, Vorsorgemaßnahmen zu treffen und vertrauensvoll zusammen zu arbeiten, um einen guten Umgang mit diesen nicht einfachen Lebensthemen zu finden und sie als Teil der eigenen Biografie annehmen zu können.

Ablauf des Workshops

- Kurze Vorstellung und Verknüpfung der theoretischen Grundlagen
- Überblick hinsichtlich des Buchaufbaus
- Skizzierung der vier großen "Lebensthemen"
- Einblick in die Infoblätter, Vorsorgematerialien und in die sog. stärken-
den Unterbrechungen

Gestaltung

- Vermittlung bzw. Selbsterprobung der Arbeitsmaterialien und Übungen
- Teilnehmerzahl: max. 25 Personen

Lernziele

- Sensibilisierung für die vier "Lebensthemen"
- Ein Gespür für das Arbeiten auf "Augenhöhe" vermitteln
- Die Bedeutsamkeit einer heilsamen Kommunikation hervorheben

8. Vom Fremdsein zur Begleitung – Theoriegestützte Bedürfnisklärung

Barbara Boßler, Anna Heinsch, Martin Holzke

Hintergrund

Der Pflegeprozess lässt sich auf die ersten Pflege-theorien in Amerika in den 1950/60er Jahren zurückführen. An sich dient er theoriegeleitet zur Beziehungsgestaltung und Identifikation des Pflegebedarfs. Häufig werden jedoch im Pflegealltag standardisierte Planungen vorgezogen. Als Ursachen hierfür werden überbordende Bürokratie, Personalmangel oder Problematiken bezüglich der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit der Pflege-theorien und des Pflegeprozesses angeführt.

Problemstellung

Der Transfer eines theoriegeleiteten Pflegeprozesses in die Praxis ist im deutschsprachigen Raum ein Problemfeld. Es fehlt es an geeigneten Mitteln, die theoretischen Zusammenhänge für die Pflegepraxis nutzbar zu machen. Pflege-theorien oder Konzepte beinhalten die Möglichkeit, sich mit dem Professionalisierungsprozess auseinanderzusetzen. In der Pflegepraxis führt diese Auseinandersetzung jedoch immer wieder zu Widerständen, da bestehende Arbeitsmethoden der Pflegenden zur Diskussion gestellt werden und dadurch Unsicherheiten entstehen können.

Ziele

Es soll eine theoriegestützter Bedürfnisermittlung stattfinden, um das Fremdsein zu überwinden. Pflegenden sollen niederschwellig unterstützt werden, sich mit Inhalten unterschiedlicher Pflege-theorien und Konzepte auseinanderzusetzen. Dafür soll ein Instrument entwickelt werden, dass es ermöglicht Bedürfnisse zu erkennen, gemeinsam zu benennen und Handlungsfelder abzuleiten.

Vorgehen

In einem ersten Schritt werden die Schlüsselemente unterschiedlicher handlungsleitender Pflgetheorien und Konzepte identifiziert. Anschließend werden diese in einer praktikablen Form visualisiert und für die Pflegepraxis erlebbar gemacht. Das Instrument soll niederschwellig zugänglich und anwendbar sein, sodass es ohne großen Aufwand in Bezugspersonengesprächen, Therapiezielplanungen etc. Anwendung finden kann. Die Ergebnisprüfung soll mittels wichtiger Multiplikatoren wie z. B. PraxisanleiterInnen stattfinden. Ein erster Pre-Test wird mit der Pflgetheorie von Orem und dem Recovery-Konzept durchgeführt.

Ergebnisse/Erfahrungen

Die Schlüsselemente unterschiedlicher Theorien wurden in Form eines „Pflgetheorie-Rondells“ visualisiert. Es besteht aus mehreren Dimensionen (Ringe), die übereinander angeordnet und drehbar sind. Auf den unterschiedlichen Dimensionen sind die jeweiligen Schlüsselemente der Theorien formuliert und mit weiteren Hinweisen hinterlegt. In der Anwendung wird zunächst der äußerste Ring betrachtet und gemeinsam geprüft, welche Bedürfnisse vorhanden sind. Anschließend werden die Ringe nacheinander, in Richtung Zentrum betrachtet. Dadurch entsteht ausgehend von der Bedürfnisklärung ein klares Bild, welche Handlungsfelder der Patient zunächst bearbeiten möchte.

Die konkreten Erfahrungen in der Anwendung stehen derzeit noch aus, sind jedoch bis September abgeschlossen. Als Zwischenergebnis lässt sich aber bereits sagen, dass die Befragten die Anwendung des Pflgetheorie-Rondells in der Arbeit mit Schülern als geeignetes Instrument empfinden.

Diskussion

In der Auswertung zeigt sich, dass das Ergebnis, ob das „Pflgetheorie-Rondell“ anwendbar ist, stark von der Befragten Station/Wohnbereich ab-

hängt. Nicht jede Theorie oder Konzept lässt sich in jedem Bereich praktikabel umsetzen. Die weitere Auswertung läuft derzeit.

Schlussfolgerungen

Eine sich abzeichnende Schlussfolgerung ist, dass weitere Pflge-theorien und Konzepte auf ein Rondell übertragen werden sollten, da es als Instrument bei der Schüleranleitung als sehr hilfreich empfunden wird. Die weitere Auswertung läuft derzeit.

9. Interkulturelle Gerontopsychiatrie

Ahmad Bransi

Alte Menschen mit Migrationshintergrund sind eine bislang wenig bekannte Gruppe in der Gerontopsychiatrie. Diese Patienten kamen oft als junge Menschen als Arbeitsmigranten oder als (Spät-)Aussiedler nach Deutschland und haben ihre Primärsozialisation in ihren Heimatländern gehabt. Ihre Traditionen, Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit und evtl. geringe Sprachkenntnisse haben Einfluss auf ihr Krankheitsverhalten und auf die Behandlung. Diese Patienten tauchen zwar immer wieder mit verschiedenen Störungsbildern in gerontopsychiatrischen Abteilungen auf, bekommen aber aufgrund der Behandlungsstrukturen nur selten eine spezifische interkulturelle Behandlung. Oft muss sich das Behandlungsangebot auf die Medikamentenverordnung beschränken und auf Gespräche, die von Familienangehörigen übersetzt werden.

Ein entsprechendes interkulturelles gerontopsychiatrisches Behandlungsangebot bringt diesen Patienten deutliche Vorteile. Ein Beispiel dafür ist die Behandlung einer Patientin, die nach ihrer Flucht aus der Heimat und dem Verlust ihres sozialen Status unter einer schweren somatisierten Depression litt. Sehr viele Krankenhausaufenthalte und ambulante Behandlungen konnten nicht die gewünschte Linderung ihrer quälenden Beschwerden bringen. Erst die Behandlung im interkulturellen Setting, in ihrer Muttersprache, konnte Einfluss auf die Symptome nehmen.

10. Die Einführung der Behandlungskonferenz auf einer Akutstation – Die qualitative und quantitative Evaluation

Christian Burr, Bernd Kozel, Susanna Flansburg, Andréa Winter, Sonja Reist

Einleitung

Hintergrund

Das in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts in Finnland entstandene „Versorgungsmodell“ Open Dialogue [1] stellt neben dem konsequenten sprachlichen Austausch zwischen allen Involvierten den Recoveryprozess [2] und die wichtigsten Kernelemente von Recovery [3] ins Zentrum. Auch im deutschsprachigen Raum entstanden seitdem neue Modelle zum besseren Einbezug von Betroffenen in die Behandlung, wie z.B. das „Weddinger Modell“ [4] mit dem Fokus auf die gesamte Versorgung, oder wie die Einführung der Behandlungskonferenz (BK) [5] auf einer Akutstation als Teil des Open Dialogue Konzepts. Die Behandlungskonferenz hat zum Ziel, die Zusammenarbeit zwischen dem interdisziplinärem Team und den Patientinnen weniger hierarchisch zu gestalten (siehe Beitrag Reist et al. in diesem Kongressband).

Problemstellung

Eine Evaluation auf einer allgemeinspsychiatrischen Akutstation der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern zeigte auf, dass Patienten wenig in die Behandlungsgestaltung miteinbezogen werden. Zudem scheint es unnötige Wiederholungen zwischen interdisziplinärem Rapport (IDR) und der Oberarztvisite (OAV) zu geben. Als Projekt wurde deshalb von der ärztlichen und pflegerischen Leitung die Einführung der Behandlungskonferenz initiiert, welches die beiden bisherigen Gefässe ersetzen sollte.

Fragestellung und Ziel

In der hier vorgestellten Evaluation wurde untersucht, wie sich die Einführung der BK auf die Zufriedenheit und den Einbezug der PatientInnen und Angehörigen in die Behandlung sowie den Zeitaufwand auswirkte.

Methode

Design

Eine qualitative Evaluation bestehend aus einem gemischt deskriptiven Vorgehen (deduktiven und induktiven Elementen) diente der Überprüfung der definierten Zielthemen und der Identifizierung weiterer Aspekte [6]. Mit einem quasiexperimentelles Design führten wir eine prä-post Patientenzufriedenheitsmessung der Patienten (P), der Angehörigen (A) und der Fachpersonen (F) durch und erfasste den Zeitaufwand.

Datenerhebung

Qualitativ: Patientinnen, Angehörige und Gesundheitsfachpersonen führten Projektstagebücher, eine Expertin durch Erfahrung nahm beobachtend an den BK teil.

Quantitativ: Anhand des Weddinger-Patientenzufriedenheits-Fragebogens (WPZ-P/A/F) [4] wurde die Zufriedenheit mit der Behandlung aus Sicht der entsprechenden drei Perspektiven (P/A/F) gemessen. Die T1 Erhebung erfolgte in den drei Monaten vor Einführung der BK, die T2 über drei Monaten nach der Einführungszeit.

Datenanalyse

Qualitativ: Die Datenanalyse orientierte sich am Prozess der deduktiven und induktiven Inhaltsanalyse nach Elo und Kyngäs [7].

Quantitativ: Die Mittelwertvergleiche der Gesamtsummenwerte sowie die Summenwerte der einzelnen Domänen des WPZ-P/A/F der beiden Messzeitpunkte wurden insgesamt und innerhalb der einzelnen Gruppen (P/A/F) mit einem t-Test (nicht parametrisch) verglichen.

Qualitative Ergebnisse

„Positive“ und „negative“ Aspekte wurden identifiziert:

„Positive“ Aspekte

Partizipation: Die Fachpersonen nehmen die Anliegen der Patientinnen oft ernst und beziehen diese in die Behandlung mit ein. Sie fordern die Patienten direkt auf, in der Behandlung mitzuarbeiten. Die geteilte Entscheidungsfindung bezieht sich dabei nicht ausschliesslich auf die Konstellation zwischen „Arzt und Patient“. Insgesamt erleben Fachpersonen die BK positiv, weil sie das Zusammenarbeiten in den Vordergrund stellt: „Alles wird mit dem Patienten besprochen. Alle hören direkt vom Betroffenen, was für ihn wichtig ist, was ihn beschäftigt. Alle teilen die weiteren geplanten Schritte mit und hören sie.“ (Projekttagbuch Team (PT Team), 116)

Ganzheitliche Sichtweise: Durch den Einbezug des sozialen Umfelds erleben alle Teilnehmenden der BK eine Erweiterung ihres Blickwinkels. Insbesondere, dass wichtige Bezugspersonen direkt an der BK teilnehmen können, ermöglicht, Fragen der Angehörigen direkt zu klären und Informationen zu vermitteln. Angehörige können auch ihre Hilfe direkt einbringen: *„Ein portugiesischer Patient wird von seinem Sohn begleitet, der auch als Dolmetscher fungieren kann. Der Sohn wird über das Angebot der Angehörigenvertreterin in den UPD informiert.“* (TB, 31-33)

Ressourcen- und Zukunftsorientierung: Stärken und Leistungen der Patientinnen standen immer wieder in den Vordergrund, z.B. durch die Anerkennung des Umgangs mit schwierigen Situationen. Ziel- oder Zukunftsorientierung sind vermehrt Teil der Diskussionen, so auch die Situation Zuhause und Fragen wie: *„Was brauchen Sie, damit Sie Ihre Ziele erreichen können?“* (TB, 38).

„Negative“ Aspekte

Mangelnde Partizipation: Es zeigt sich teilweise, dass Fachpersonen Patientinnen nicht in die Diskussion und Entscheidungen einbeziehen oder diese

sogar aktiv ausladen, sich zu beteiligen: „Eine Fachperson sagte wohlmeinend zu einem Patienten: um die Therapie kümmern wir uns. Implizite Aussage: der Patient soll sich nicht darum kümmern.“ (TB, 110)

Mangelnde Wertschätzung bzw. Orientierung am Patienten: Spezifische Wünsche der Patientinnen werden zwar aufgenommen, ihnen dann letztlich aber nicht entsprochen, unverständliche Fachsprache stört die Kommunikation, „wenn z.B. von Denkstörungen gesprochen wird sollte immer auch gesagt werden, was das KONKRET [für einen Pat.] heisst.“ (PT Team, 53)

Quantitative Ergebnisse

Zeit und Personenaufwand

Durch die BK konnte die Anzahl der Fachpersonen pro Sitzung und der Zeitaufwand insgesamt gesenkt werden. Die Zeit, die mit den Patienten pro Sitzung verbracht wurde, erhöhte sich (Tabelle 1).

Tabelle 1: Veränderung der Zeitvariablen vor und nach Einführung BK

Zeit- und Personenaufwand			
Durchschnittswerte	t1 (N=39)	t2 (N=46)	Diff. t1/t2
Anzahl Fachpersonen pro Sitzung	9.2	7.2	-2.0
Anzahl Patientinnen pro Sitzung	*24.5	***12.3	0.1
Zeit pro Sitzung (min.)	123.3	114.2	-9.2
Zeit pro Pat./Woche (min.)**	6.2	9.3	3.1
Zeitaufwand gesamt/Woche (Zeit x Anzahl Fachpersonen in Min.)	1130.6	818.2	-312.4
Zeitaufwand gesamt pro Woche (Zeit x Anzahl Fachpersonen in Std.)	18.8	13.6	-5.2
<p>* Vor der BK wurden am IDR und der OAV jeweils alle Patienten besprochen.</p> <p>** Vor der BK nahmen die Patientinnen nur an der OAV teil. Der IDR war eine Besprechung unter Fachpersonen.</p> <p>***Jeweils die Hälfte der Patienten nimmt an der 1. BK resp. an der 2. BK pro Woche teil. Deshalb muss die Teilnehmerzahl beim Vergleich mit der OAV mit 2 multipliziert werden (= 24.6).</p>			

Zufriedenheit

Bezüglich der Zufriedenheit zeigten sich in dieser Untersuchung keine signifikanten Veränderungen der Gesamtsummenwerte (Tabelle 2).

Tabelle 2: Differenz der Gesamtsummenwerte vor und nach Einführung BK

Zufriedenheit pro Gruppe und gesamt				
Gruppe (n=t1/t2)	Patienten (n=15/36)	Angehörige (n=11/4)	Personal (n=13/6)	Alle (n=39/46)
Gesamtsummendifferenz t1/t2 (p-Wert)	-3.97 (.78)	12.41 (.85)	-1.88 (.70)	6.56 (.34)

Diskussion

Diese Resultate der qualitativen Evaluation zeigen, dass es teilweise gelungen ist, die definierten Zielsetzungen (Zielorientierung, Partizipation und Einbezug der Angehörigen) zu erreichen, wie bereits eine ähnliche Untersuchung zeigte [8]. Dennoch zeigen die „negativen Aspekte“ auch auf, dass noch mehr getan werden muss, um die Zielsetzungen nachhaltiger zu verankern und nicht nur an „guten Tagen“ zu gewährleisten.

Die positiven Aspekte der qualitativen Evaluation konnte mit den Ergebnissen der Zufriedenheitsbefragung nicht signifikant bestätigt werden, so wie sich dies auch schon bei der Einführung des Weddinger Modells gezeigt hat [4]. Dazu beigetragen haben könnte die Patientenzufriedenheit als zu komplexes Konstrukt [9]. Zudem könnte ein Leitungswechsel sowie auch sonstige Personalwechsel zu einer eher schwachen „Interventionstreue“ bei den Fachpersonen geführt haben.

Weiter zeigte sich, dass mit der BK insgesamt weniger Zeit benötigt wird für den interdisziplinären Austausch und im direkten Kontakt mit den Patientinnen und Patienten mehr Zeit zur Verfügung steht. Dies konnte auch schon anderenorts gezeigt werden [8] und scheint ein wichtiges „Nebenergebnis“ zu sein.

Schlussfolgerungen

- Die BK bietet Möglichkeiten, die Arbeit auf akutpsychiatrischen Stationen partizipativ und zielorientiert zu gestalten.
- Die Struktur der BK hilft, die zeitlichen Ressourcen besser zu nutzen.
- Interventionstreue und eine stetige Reflektion und Evaluation sind wichtig, um eine noch stärkere Wirkung bei den Patienten zu erzielen.

Literatur

1. Seikkula, J. and M.E. Olson, *The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. Family process, 2003. 42(3): p. 403-418.*
2. Leamy, M., et al., *Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. The British Journal of Psychiatry, 2011. 199(6): p. 445-452.*
3. Farkas, M., *The vision of recovery today: what it is and what it means for services. World Psychiatry, 2007. 6: p. 68-74.*
4. Mahler, L., et al., *Das Weddinger Modell. Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext 2013, Köln: Psychiatrie Verlag.*
5. Aderhold, V., E. Itten, and H. Hasslöwer, *Die Behandlungskonferenz - Dialog, Reflexion und Transparenz Psychiatrische Pflege Heute, 2010. 16: p. 142-152.*
6. Polit, D.F. and C.T. Beck, *Key Concepts and Steps in Qualitative and Quantitative Research, in Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, D.F. Polit and C.T. Beck, Editors. 2012, Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.*
7. Elo, S. and H. Kyngäs, *The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing, 2008. 62(1): p. 107-115.*
8. Aderhold, V., E. Itten, and H. Hasslöwer, *Die Behandlungskonferenz - Dialog, Reflexion und Transparenz Psychiatrische Pflege Heute, 2010. 16: p. 142-152.*
9. Elz, C.D., *Patientenzufriedenheit und therapeutische Allianz untergebrachter und freiwilliger psychiatrischer Patienten im Vergleich, in Medizinischen Fakultät 2015, Charité - Universitätsmedizin: Berlin.*

11. Erhöhtes Schizophrenierisiko – Früherkennung auf dem Prüfstand

Ina-Elisabeth Deppe, Ann-Kristin Kömmling, Jacob Loeckle

Hintergrund

Die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen stellt das Gesundheitssystem aufgrund der psychosozialen Komplexität der Erkrankung vor vielfältige Herausforderungen. Mit geschätzten Gesamtkosten von jährlich zwischen 4 bis 9 Milliarden Euro zählt die Schizophrenie zu den teuersten psychiatrischen Erkrankungen. Dabei liegt die Lebenszeitprävalenz bei nur durchschnittlich 1 % [1]. Schizophrene Erkrankungen beginnen oft in einer besonders vulnerablen Phase des Lebens zwischen dem 12. und dem 25. Lebensjahr. Psychosen mit erster Manifestation im Kindes- und Jugendalter, vor dem 18. Lebensjahr, werden hinsichtlich ihrer Prognose zumeist negativer eingestuft als Psychosen mit Erstmanifestation im Erwachsenenalter. Sie machen aber immerhin 15 % aller Fälle aus [8].

Unbestritten ist, dass schizophrenen Psychosen mehrheitlich eine oftmals mehrjährige Prodromalphase mit einsetzenden psychosozialen Funktionseinbußen vorangeht. Dadurch kommt es bei psychotischen Erkrankungen häufig zu einer Behandlungsverzögerung, welche weitreichende negative Auswirkungen auf Verlauf und Prognose haben kann. Oftmals bestehen schon beim Erstkontakt mit Behandlern komplexe soziale Probleme [7].

Fragestellung

Wie aussagekräftig sind Instrumente zur Früherkennung der Schizophrenie, welche Interventionen stehen bei einem positiven Ergebnis zur Verfügung und wie stellt sich die aktuelle fachliche Diskussion dar?

Methode

Zur Literaturrecherche verwendeten die Autoren die Freie Suche der Suchmaschinen Livivo und Pubmed. Zusätzlich wurde in den Datenbanken der

Zeitschriften „Clinical Psychology Review“ von Elsevier und „Clinical Psychology“ von Annual Reviews gesucht. Ebenso wurden die Literaturverzeichnisse der gefundenen Studien und Artikel gesichtet. Die Autoren beschränkten sich auf deutsch- und englischsprachige Literatur.

Ergebnisse

Aus der Mannheimer ABC-Schizophreniestudie ist bekannt, dass bei 73 % der untersuchten Erstepisodenstichproben die Erkrankung mit präpsychotischen Prodromalsymptomen beginnt. Die Schätzungen für die unbehandelte psychotische Frühphase liegen dabei zwischen einem Jahr und 4,4 Jahren [4]. Gegenwärtig werden in der Früherkennung von Psychosen zwei Kriterienansätze für das Vorliegen eines Psychose-Risikos angewandt: Die „ultra-high-risk Kriterien“ (UHR) und die „Basissymptom-Kriterien“ (BS). Bei den UHR werden drei Kriteriengruppen aufgezeigt → abgeschwächte psychotische Symptome (APS), kurze intermittierende psychotische Symptome (BLIPS) und Genetisches Risiko mit Reduktion des psychosozialen Funktionsniveaus [6]. Die BS sind unspezifische und subjektiv wahrgenommene Beschwerden. Es wird zwischen zwei Gruppen unterschieden, der kognitiv-perzeptiven Basisstörung (COPER) und der kognitiven Basisstörung (COGDIS). Die Ansätze sind durchaus komplementär zueinander, während die Basissymptome eher frühe Risikofaktoren definieren, setzen sich die ultra-high-risk Kriterien mit Symptomen auseinander die sich erst später manifestieren [3]. So konnten die Konzepte genutzt werden um zwei Prodromalstadien zu definieren. Das psychoseferne und das psychose-nahe Risikostadium [9].

Die Ziele einer Frühintervention liegen beim derzeitigen Stand der Forschung in einer Besserung der aktuellen Symptomatik, einer Vermeidung sozialer Behinderungen und in der Prävention oder in der Verzögerung und Abschwächung erster psychotischer Episoden [4].

Diskussion

Früherkennung von Schizophrenie beinhaltet die Chance, die Erkrankung in einer Zeit zu erkennen in der sie nicht voll ausgeprägt bis kaum vorhanden

ist. Probleme zeigen sich jedoch in der geringen Aussagekraft bezüglich des wirklichen Risikos und der hohen falsch positiven Ergebnisse. Dabei muss bedacht werden, dass bei einem falsch positiven Ergebnis keine Schizophrenie erkannt wird, jedoch ein generell erhöhtes Risiko für ein psychisches Leiden besteht [5]. Die Risikokriterien wurden vorwiegend an Erwachsenenstichproben entwickelt. Erste Studien sprechen dafür, dass diese Kriterien nur eingeschränkt auf Kinder und Jugendliche übertragbar sein könnten [8]. Im Rahmen der Frühintervention haben sich vorrangig medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungsansätze als hilfreich erwiesen. Aufgrund der geringen Studienzahl und des teilweise schwachen Designs sind diese Ergebnisse weiter zu evaluieren [4].

Schlussfolgerung

Dem Früherkennungsansatz liegt die Vorstellung zugrunde, dass ein früher Behandlungsbeginn mit einem günstigeren Outcome und Verlauf verbunden ist [4]. Operationalisierte Kriterien erlauben hierfür die Einschätzung eines (Psychose-) Risikos und eröffnen die Möglichkeit einer frühzeitigen Behandlung [6]. Die Identifikation von Risikosyndromen gestaltet sich aber schwierig. Früherkennungsinstrumente befinden sich derzeit in einer Konstruktionsphase und wirksame Frühinterventionen werden erst erforscht. Vor allem Behandlungsmaßnahmen sollten aber aufgrund ethischer Bedenken nicht voreilig angewandt werden [2]. Nach Meinung der Autoren, sollte geprüft werden, wo sich in diesem Konglomerat die psychiatrische Pflege positioniert. Welche sich nicht an medizinischen Diagnosesystemen orientiert, sondern sich auf die Probleme und Bedürfnisse des Individuums konzentriert. Dieser veränderte Blickwinkel hat das Potenzial zu neuen Ergebnissen und Ansätzen zu gelangen.

Literatur

1. Gaebel, W. & Wölwer, W. (2010). *Schizophrenie*. Berlin: Robert-Koch-Inst (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 50).
2. Hambrecht, M. (2003). Früherkennung von Psychosen in der Praxis. *Psychoneuro*, 29 (11), S. 518-521.
3. Klosterkötter, J. (2014). Prädiktion von Psychosen. *Nervenarzt* 85 (10), S. 1238–1248.
4. Maurer, K. & Häfner H. (2007). Früherkennung der Schizophrenie und die Bedeutung für Verlauf und Outcome. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 8 (2), S. 24–34.
5. McGorry, P. D.; Killackey, E. & Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 7 (3), S. 148–156.
6. Mossaheb, N. & Amminger, G. P. (2011). Früherkennung und Frühintervention bei Psychosen. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 12 (3), S. 294–298.
7. Schöttle, D.; Ruppelt, F.; Karow, A. & Lambert, M. (2015). Home Treatment - aufsuchende Behandlung im Hamburger Modell der Integrierten Versorgung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 65 (3-4), S. 140–145.
8. Schultze-Lutter, F.; Resch, F.; Koch, E. & Schimmelmann, B. G. (2011). Früherkennung von Psychosen bei Kindern und Adoleszenten. Sind entwicklungsbezogene Besonderheiten ausreichend berücksichtigt? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 39 (5), S. 301–312.
9. Schultze-Lutter, F.; Ruhrmann, S.; Berning, J.; Maier, W. & Klosterkötter, J. (2009). Basic Symptoms and Ultrahigh Risk Criteria: Symptom Development in the Initial Prodromal State. *Schizophrenia Bulletin* 36 (1), S. 182–191.

12. Zusammenhang zwischen der Haltung von Pflegepersonen und dem Schweregrad von Aggressionsereignissen

Resultate einer Querschnittstudie in der Akutpsychiatrie

Michael Durrer, Sabine Hahn

Hintergrund

Patientenaggression und Gewalt stellen für Pflegende in der Psychiatrie komplexe und gefährliche Herausforderungen in der täglichen Arbeit dar, die je nach Schweregrad und Häufigkeit negative Folgen für die betroffenen Personen haben. Bowers et al. [1] berichten von einer Inzidenz von 182.8 Vorfällen auf 100 Eintritte innerhalb eines Monats. Im Umgang mit diesen Aggressionsereignissen ist die persönliche Haltung der Pflegenden zentral. Sie hat einen Einfluss darauf, wie Pflegende die Ursachen von Aggressionsereignissen bewerten und beeinflusst ihr Aggressionsmanagement [2].

Duxbury et al. beschreiben drei Modelle der Haltung von Pflegenden gegenüber Aggressionsereignissen [2]. Beim internalen Modell werden als Ursache spezifische Charakteristika der Patienten bspw. die psychische Erkrankung oder die Persönlichkeit als aggressionsauslösend eingeschätzt. Beim externalen Modell werden Umgebungsfaktoren wie Raumaufteilung, Stationsatmosphäre und das Verhalten des Personals als aggressionsauslösend beurteilt. Beim situativ/interaktionalen Modell werden die charakterspezifischen Eigenschaften der Patienten, Umgebungsfaktoren sowie die Wechselwirkung in der Beziehung als Ursache gewertet.

Im Aggressionsmanagement verwenden Pflegende mit einer internalen Haltung eher traditionelle Massnahmen wie Zwangsmedikation, Isolation und Fixation. Im Gegensatz dazu wenden Pflegende mit externaler oder situativer Haltung vermehrt Präventionsmassnahmen, Kommunikations- und Deeskalationstechniken an [2].

Unklar ist, ob die Haltungen der Pflegenden eine Auswirkung auf die Häufigkeit und den Schweregrad der erlebten Aggressionsereignisse haben und ob

dadurch Pflegende wegen ihrer Haltung gefährdeter sind negative Folgen von Aggressionsereignissen zu erfahren.

Fragestellung

Die Fragestellung zu dieser Studie lautet daher: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit und dem Schweregrad von Aggressionsereignissen und der persönlichen Haltung von Pflegenden in der Akutpsychiatrie?

Methode und Material

Setting und Stichprobe

Die Studie wurde auf sieben psychiatrischen Akutstationen mit gleichem Versorgungsauftrag an zwei Standorten durchgeführt. Die Stationen weisen jeweils 17 Behandlungsplätze auf. Der Personalschlüssel und der Grade-Mix sind übereinstimmend. Die verwendete Gelegenheitsstichprobe umfasst 123 Pflegende (n = 53 am Standort 1 und n = 70 am Standort 2) und setzt sich aus diplomiertem Pflegefachpersonal, Fachangestellten Gesundheit und Hilfspersonal zusammen. Aufgrund der angestrebten Vollerhebung wurden alle Pflegenden eingeschlossen, welche sich zur freiwilligen Teilnahme entschieden hatten. Dazu mussten sie direkten Patientenkontakt haben und die Deutsche Sprache verstehen können.

Die zuständige Ethikkommission beurteilte die Durchführung der Studie als nicht bewilligungspflichtig.

Erhebungsinstrumente

Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R)

Jedes erlebte Ereignis dokumentierten die Pflegenden während drei Monate mittels SOAS-R [3], welche Aggressionsereignisse anhand von fünf Bereichen erfasst: Auslöser der Aggression, benutzte Gegenstände zur Aggressionsausübung, Ziel der Aggression, Konsequenzen für die Opfer und eingeleitete Massnahmen. Die SOAS-R weist nebst dem subjektiven einen objektiven

Schweregrad mittels Summenscore auf (0 leichteste bis 22 schwerste Aggression). Ab 9 Punkten gilt das Ereignis als schwerwiegend [4].

Skala der persönlichen Haltung zum Umgang mit Aggression und Gewalt (MAVAS-Swiss-German)

Die MAVAS-S-G [5] enthält soziodemografische Angaben und 27 Aussagen zu den drei Haltungen wie die Ursachen von Aggressionseignissen wahrgenommen werden und dem Aggressionsmanagement: Internal (9 Aussagen), external (6), situativ/interaktional (6) und der Umgang mit Aggressionen und Gewalt (6). Alle 27 Aussagen sind zur Beantwortung mit einer visuellen Analogskala (VAS) von 0 („völlig einverstanden“) bis 100 („gar nicht einverstanden“) hinterlegt.

Statistische Analyse

Chi-Square-Test`s wurden für die Zusammenhänge der Aggressionseignisse mit der persönlichen Haltung verwendet. Dazu identifizierte der kleinste Mittelwert (VAS 0 bis 100) der drei Haltungsdimensionen (internal, external und situativ) die vorherrschende Haltung der Pflegenden. Die statistischen Auswertungen erfolgten mittels IBM SPSS Statistics 23 und beziehen sich auf ein Vertrauensintervall von 95%.

Ergebnisse

Insgesamt beteiligten sich 110 von 123 Pflegenden an der Studie. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 89%.

Zusammenhang zwischen persönlicher Haltung, Häufigkeit und Schweregrad von Aggressionseignissen

43 Pflegende (42%) mit externaler Haltung geben 59% der Aggressionseignisse an. Dies weist im Verhältnis zu Pflegenden mit einer situativen (36%) und einer internalen (22%) Haltung auf mehr erlebte Aggressionseignisse hin (59% versus 26% respektive 15%). Ebenso geben Pflegende mit einer externalen Haltung mit 63% am meisten schwerwiegende und mit 56% nicht schwerwiegende Aggressionseignisse an. Im Chi-Square-Test zeigt

die persönliche Haltung keinen signifikanten Zusammenhang mit dem berichteten Schweregrad der Aggressionsereignisse ($\chi^2 = 1.006$, $df = 2$, $p = 0.605$).

Diskussion

Die teilnehmenden Pflegenden weisen am häufigsten eine externale Haltung auf. Dies entspricht den Studienergebnissen von Hahn et al. [5]. In ihrer Studie war ebenfalls die externale Haltung am häufigsten bei den Pflegenden vorzufinden. Im Gegensatz dazu ist in der vorliegenden Untersuchung die situative Haltung am zweithäufigsten vertreten, gefolgt von der internalen Haltung.

Statistisch besteht kein Zusammenhang zwischen persönlicher Haltung, Häufigkeit und Schweregrad der Aggressionsereignisse. Dieses Ergebnis erstaunt, da angenommen wurde, dass Pflegende mit internaler Haltung schwerwiegendere Ereignisse aufgrund der anzuwendenden Methoden im Aggressionsmanagement erleben. In welchem Ausmass Pflegende eine potenzielle Gefährdung durch die Aggressionsereignisse erleben, scheint dementsprechend nicht abhängig von der Art der Haltung zu sein. Viel mehr können die Umstände der Krisensituation, in der sich der Patient befindet und die Charakteristika der beteiligten Personen einen Einfluss auf die Schwere der Aggressionsereignisse haben. Als weitgehend beeinflussende Faktoren von Aggressionen nennen Simon and Tardiff [6] die Kultur, Religion, Umwelt, Biologie, Psychologie und Neurochemie der involvierten Personen. Zudem wird berichtet, dass unfreiwillige Hospitalisationen, längere Aufenthaltsdauer, und F2-Diagnosen (Schizophrenie) nach ICD-10 mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten von Aggressionen zusammenhängen [4].

Der nicht signifikante Zusammenhang könnte auch auf die verwendete Gelegenheitsstichprobe zurückzuführen sein. Sie ist als zentrale Limitation dieser Studie zu nennen, da sie mit 123 Teilnehmern eine kleine Stichprobe darstellt.

Schlussfolgerungen

Zwischen der persönlichen Haltung der Pflegenden und dem Schweregrad von Aggressionsereignissen konnte kein statistisch signifikanter Zusammenhang aufgezeigt werden. Pflegende mit internaler Haltung scheinen nicht einer höheren Gefährdung durch Aggressionsereignisse ausgesetzt zu sein als Pflegende mit externaler oder situativer Haltung. Trotzdem gilt es, in der Patientenversorgung eine externale oder situative Haltung von psychiatrischen Gesundheitsfachleuten zu fördern. Bei diesen Haltungen steht im Aggressionsmanagement die Prävention und Deeskalation und nicht die Anwendung von Zwangsmassnahmen im Vordergrund [2].

Literatur

1. Bowers, L., et al. *Inpatient violence and aggression: A literature review*. 2011.
2. Duxbury, J., et al., *The Management of Aggression and Violence Attitude Scale (MAVAS): a cross-national comparative study*. *Journal of Advanced Nursing*, 2008. 62(5): p. 596-606.
3. Nijman, H., et al., *Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2005. 111(1): p. 12-21.
4. Abderhalden, C., et al., *Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland*. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2007. 3(1): p. 30.
5. Hahn, S., et al., *The effect of a training course on mental health nurses' attitudes on the reasons of patient aggression and its management*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2006. 13(2): p. 197-204.
6. Simon, R. and K. Tardiff, *Textbook of Violence Assessment and Management*. 2008, American Psychiatric Publishing, Inc: Arlington.

13. Pflege von muslimischen Patienten – Eine Informationsbroschüre für professionell Pflegende

Öznur Fettah

Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland leben laut Bundesamt für Migration und Flüchtlinge ca. 3,8 bis 4,3 Millionen Menschen mit einem islamischen Hintergrund, was zwischen 4,6% und 5,2% der Gesamtbevölkerung darstellt. Nach den zwei großen Glaubensgemeinschaften der Protestanten und Katholiken bildet der Islam somit die zahlenmäßig drittgrößte Konfession.

Nicht nur aktuell, sondern bereits seit 40 Jahren spielt der Islam, durch die im Rahmen der Arbeitsmigration nach Deutschland gekommenen Menschen aus der Türkei, eine große Rolle. Dies bedeutet wiederum, dass immer öfter Pflegende des Gesundheitssystems Menschen aus anderen Ländern und Kulturen begegnen. Kulturelle Unterschiede werden auch von Pflegenden als Fremdheit erlebt und ein gegenseitiges Einlassen auf den anderen und seine Welt findet meist nicht statt, da unter der Bedingung knapper Zeitressourcen Distanz und Rückzug oft als Lösung dieser orientierungslosen Begegnungssituation gesehen werden.

Folgen kultureller Missverständnisse können zu Unverständnis, Fehleinschätzungen, Fehldiagnosen, Fehltherapien und Behandlungsabbrüchen führen und somit die Versorgungsqualität beeinträchtigen. Das kulturelle Verständnis ist daher von enormer Bedeutung, um Barrieren im Gesundheitssystem abzuschaffen.

Fragestellung

Im Rahmen einer Bachelorarbeit wurde der Frage nachgegangen, durch welche kommunikativen Möglichkeiten relevante Informationen über kultursensible Aspekte, die für eine gute Versorgungsqualität bei der pflegerischen Versorgung berücksichtigt werden sollten, die Pflegenden schnell und effektiv erreichen.

Methode und Material

Nach eingehender Sichtung von Literatur wurde eine Informationsbroschüre entwickelt, die einen auf das Wesentliche reduzierten Überblick über Pflegeinterventionen verschafft, die in der Versorgung muslimischer Patientinnen und Patienten schnell und effektiv eingesetzt werden können.

Ziele und Zielgruppe

Mit dieser Informationsbroschüre soll eine Aufklärung der professionell Pflegenden, die pflegerisch und medizinisch für muslimische Patienten verantwortlich sind, erreicht werden. Die Informationsbroschüre richtet sich in erster Linie an professionelle Pflegekräfte, die in einem Krankenhaus der Regelversorgung tätig sind. Auch das ärztliche Personal und das übrige Krankenhauspersonal können durch die Broschüre wichtige Informationen für sich entnehmen. Die Broschüre kann sich jedoch auch an alle richten, die in Kontakt mit muslimischen Patienten stehen und mit ihnen kommunizieren.

Die Entscheidungs- und Handlungsformen, die auf die islamischen Quellen zurückzuführen sind, stehen bei diesem Vermittlungsversuch im Mittelpunkt. Dabei sollte entscheidend beachtet werden, dass diese keinesfalls auf alle Muslime zutreffen. Die islamischen Pflichten werden von Muslimen durchaus unterschiedlich praktiziert, sodass eine große Spannbreite von persönlicher Religiosität und Religionsverbundenheit im Alltag entsteht.

Ergebnisse und Diskussion

Pflegende erhalten durch die Informationsbroschüre konkrete Tipps, um häufig auftretende Stress- und Konfliktsituationen mit muslimischen Patienten zu meistern. Die Broschüre stellt jedoch keine allgemeingültige „Checkliste“ für den Umgang mit muslimischen Patienten dar, sondern einen praktischen Leitfaden, der als Unterstützung und kleines Nachschlagewerk dienen soll.

Schlussfolgerung und Fazit

Um die Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund im Allgemeinen – und hier für muslimische Menschen im Besonderen – zu optimieren, erscheint es unerlässlich, kultursensible Aspekte zu berücksichtigen. Diese sollten im Versorgungskontext oder auch bereits in der Ausbildung thematisiert und Pflegenden mit Handwerkszeug ausgestattet werden. Die entwickelte Broschüre stellt eine Möglichkeit dafür dar, die sich auch unter den aktuellen Rahmenbedingungen und knappen Ressourcen implementieren lässt.

14. Welchen Beitrag können Pflegefachpersonen der Gemeindepesychiatrie bei der Aufnahme von Patienten aus dem Maßregelvollzug leisten?

Susanna Flansburg

Hintergrund

Die Psychiatrie Enquete liegt nun schon einige Jahre zurück und die hiernach mancherorts angestrebten sozialpsychiatrischen Reformbewegungen sind mehr oder weniger vollzogen worden, jedoch wurde der Maßregelvollzug hierbei außen vorgelassen. Auch nach Aufnahme der forensischen Ambulanzen in die Regelungen zur Führungsaufsicht gem. §68a StGB im Jahre 2007 lassen sich die Bemühungen um die Integration von forensischen Patienten in die Gemeindepesychiatrie vielerorts als zarte Pflänzchen bezeichnen.

Problemstellung

Der Maßregelvollzug wird in Deutschland noch zu sehr von der Klinik aus gedacht. Die Möglichkeiten und Chancen die durch eine fachlich qualifizierte Nachsorge bestehen sind noch nicht hinreichend nutzbar gemacht worden. Deutlich wird dies am Beispiel der Millionenstadt Köln. Seit 2009 wird in Köln eine forensische Nachsorgeambulanz betrieben, verbunden mit der Eröffnung der Maßregelvollzugsabteilung an der LVR Klinik Köln. Aufgrund des gut ausgebauten gemeindepesychiatrischen Systems der Stadt Köln hatte man die Hoffnung, dass die Aufnahme der forensischen Patienten in die Gemeindepesychiatrie keine große Herausforderung darstellt. Diese Hoffnung hat sich zum heutigen Zeitpunkt aus mehreren Gründen zerschlagen.

Ziele

Durch die Auseinandersetzung mit dem Thema soll verdeutlicht werden, welche Chancen und Aufgaben für die psychiatrisch Pflegenden der Gemeindepesychiatrie bei der Arbeit mit Patienten des Maßregelvollzugs beste-

hen. Es gilt dabei auch, eine weitere Ausgrenzung des forensischen Klientels zu verhindern.

Vorgehen

Anhand von Gesprächen mit in der forensischen Nachsorge tätigen MitarbeiterInnen, sowie mit Anbietern des betreuten Wohnens wurden die unterschiedlichen Problemlagen verdeutlicht.

Ergebnisse/Erfahrungen

Die bisherigen Erfahrungen, die seit Bestehen der Maßregelvollzugsabteilung am Standort Köln gemacht wurden, lassen sich für das weitere Vorgehen als erkenntnisreich bezeichnen. Anders als zu Beginn angenommen, gestaltet sich die (Re)Integration in die Gemeinde insbesondere von Patienten mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis als eher problematisch. Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Neben den sozialen und gesellschaftlichen Problemen innerhalb der Gemeinde (hohe Arbeitslosigkeit, hohe Lebenshaltungskosten, etc.) stehen vor allem Ängste und eine damit verbundene Abwehrhaltung bei den Anbietern der Gemeindepsychiatrie im Vordergrund. Auch die Auseinandersetzung mit der Befürchtung einer teilweise notwendigen erweiterter Überwachungs- und Kontrollfunktion der Betroffenen spielt eine Rolle. Dies könnte dem klientenzentrierten Anspruch der Gemeindepsychiatrie entgegenstehen.

Diskussion

Die Integration von forensischen Patienten in die Gemeindepsychiatrie ist kein Selbstläufer. Die Gemeindepsychiatrie sieht sich plötzlich mit der Situation konfrontiert, sich mit einer Klientel auseinandersetzen zu müssen, welche nicht selten Bezeichnungen wie „Systemsprenger“ oder „hoffnungsloser Fall“ mit sich trägt. Dass hierdurch Ängste und Abwehrhaltungen produziert werden, verwundert nicht. Gleichwohl ist es, vor allem auch im klientenzentrierten Sinne wichtig, ein Ziel zu formulieren und durch entsprechende

Maßnahmen zu gestalten, das die Verweildauern im stationären Maßregelvollzug verkürzt.

Schlussfolgerungen

Zur Erreichung dieses Ziels spielen die Pflegefachpersonen eine wichtige Rolle. Der Anspruch "Rehabilitationsprogramme für forensische Patienten" lässt sich unter anderem als patientenorientiert – supportiv und ausgerichtet auf die Verbesserung von Alltags – und Problemlösungsstrategien, sowie einer Verbesserung der Adherence bezeichnen. All diese Dinge sind ordinäre Aufgaben psychiatrischer Pflegefachpersonen. Es gilt diese Kompetenzen in die Gemeindearbeit zu integrieren. Hierdurch lassen sich Beispiele im „Best Practice“ Sinne erarbeiten und somit auch Ängste und Vorbehalte gegenüber forensischen Patienten abbauen.

15. Implementierung systemischer Ansätze in der Psychosebehandlung am Beispiel des Open Dialog

Susanna Flansburg, Tanja Beynon, Jutta Benz

Fragestellung

Unter welchen Rahmenbedingungen ist es möglich, die Methode des Open Dialog in ein klinisches oder ambulantes Setting zu implementieren?

Methode

Literaturrecherche

Ergebnisse/Diskussion

In der Behandlung und Forschung von psychischen Erkrankungen, insbesondere der Psychosen, liegt der Fokus weiter auf den biologischen und psychischen Veränderungen. Die psychosozialen Aspekte und deren Einflussfaktoren werden im Behandlungsverlauf nur gering oder unzureichend in den Prozess integriert. Wenig Beachtung findet hierbei die Korrelation zwischen der Lebenswelt und der Kommunikationsstruktur des Betroffenen und seinem direkten sozialen Bezugssystem. In der systemischen Therapie werden diese Faktoren berücksichtigt und sind ein wichtiger Bestandteil im Therapieverlauf. Hier wird versucht, zirkuläre Prozesse die das Problem verstärken zu identifizieren und das Spektrum von neuen Denk- und Verhaltensweisen anzuregen. Die systemische Therapie der Psychosen zeigt sich flexibel in der Wahl des Setting und der zeitlichen Struktur. Im Vordergrund sollte jedoch idealerweise die Familientherapie stehen.

1968 entwickelte Yrjö Alanen an der Universitätsklinik von Turku/Finnland eine Periode von intensiver milieutherapeutischer Behandlung. Innerhalb dieser Zeit wurde er zur Integrations- und Identifikationsfigur einer neuen Ausrichtung im gesamten skandinavischen Raum. Dem Werk Alanen folgend, startete 1984 im Keropudas Hospital in Torino/Finnland ein Versuch mit dem Ziel, eine neue Antwort auf eine akute psychotische Krise zu finden.

Man führte Netzwerktreffen ein, an dem nicht nur die Person in der Krise und alle an der Behandlung beteiligten professionellen Helfer teilnahmen, sondern auch das soziale Netzwerk des Betroffenen mit einbezogen wurde. Diese neue Form setzte sich 10 Jahre lang kreativ fort und wurde 1995 von Jaako Seikkula et al. als „Open Dialogue“ beschrieben. Eine 2006 veröffentlichte 5-Jahres-Follow-Up Fallstudie bestätigte die Wirksamkeit und gab deutliche Hinweise auf eine Überlegenheit dieses Ansatzes gegenüber traditionellen Behandlungsmethoden.

2013 wurden in Deutschland die S3 Leitlinien "Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen" veröffentlicht. Hier finden sich 3 Empfehlungen die Versorgungsansätze bestehend aus multiprofessionellen Teams empfehlen.

Aufsuchend teambasierte Behandlungsformen wie Home Treatment, Community Mental Health Teams oder Assertiv Community Treatment stehen in Deutschland jedoch weiterhin lediglich vereinzelt zur Verfügung. Teambasierte Behandlungsformen sind allerdings auch die Grundlage des Open Dialogs.

Schlussfolgerung

Durch die Veröffentlichung der Leitlinien 2013 wurde die Dringlichkeit des Ausbaus ambulanter Versorgungsstrukturen in Deutschland betont. Sowohl strukturell, ökonomisch wie auch konzeptionell sind die Bedingungen in Deutschland für die Einführung aufsuchender teambasierter Behandlungsformen nicht wirklich förderlich. Auch im Bereich der Qualifikationen der Mitarbeiter müssten für die Etablierung solcher Behandlungsformen Änderungen vorgenommen werden. Im Hinblick auf die Reformierung des Entgeltsystems Psychiatrie und zunehmender Ressourcenknappheit im Gesundheitssystem ist ebenfalls ein Umdenken in den gängigen bestehenden psychiatrischen Behandlungskonzepten zwingend erforderlich.

16. Das Phänomen Stimmenhören: Subjektive Wahrnehmung und (Selbst-)Hilfestrategien

Kerstin Freitag

Hintergrund

Stimmenhören wird heutzutage in der Gesellschaft sowie in der Fachliteratur überwiegend mit psychischer Krankheit, insbesondere Schizophrenie, verminderter sozialer Funktionsfähigkeit und erheblichen Beeinträchtigungen auf das Leben des Stimmenhörers assoziiert [1]. Zudem wird das Phänomen häufig als behandlungsbedürftig bewertet und geht mit enormer Stigmatisierung der Betroffenen einher [2]. Wissenschaftliche Erkenntnisse sowie eine Vielzahl von Erfahrungsberichten Betroffener deuten allerdings darauf hin, dass Stimmenhören nicht allein im Rahmen von Erkrankung, sondern vielmehr im Rahmen eines individuellen Lebenskontextes betrachtet werden sollte. Die subjektive Wahrnehmung von Stimmen, der Umgang mit dem Phänomen und angewandte Selbsthilfestrategien erscheinen zahlreichen Einflüssen zu unterliegen.

Fragestellung

Wie erleben Betroffene das Stimmenhören und welche Faktoren nehmen Einfluss auf das Erleben und den Umgang mit dieser Erfahrung?

Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede sind zwischen Stimmenhörern, die einen guten oder aber einen unzureichenden Umgang mit der Erfahrung beschreiben, beobachtbar?

Wie gestaltet sich der Umgang mit dem Erleben von Stimmen und welche Strategien werden zur Bewältigung dieser Erfahrung angewendet?

Methode

Systematische Literaturübersicht anhand einer Recherche in der Datenbank PubMed, Handsuche in 3 Bibliotheken und Anwendung des Schneeballsystems. Anhand der Datenbankrecherche wurden 47 Studien und 11 Reviews,

anhand der Handsuche und des Schneeballsystems weitere 16 Studien und 3 Reviews eingeschlossen. Zudem wurden weitere essentielle Erkenntnisse aus relevanten Veröffentlichungen einbezogen.

Ergebnisse und Diskussion

Studien unterschiedlichen Designs und variierender Qualität wurden eingeschlossen, die Stimmenhören zwischen oder in diversen Populationen vergleichen (mit/ohne professionelle Hilfe, diverse Diagnosen).

Stimmenhören kann als eine hoch komplexe, heterogene Erfahrung beschrieben werden. Zahlreiche Faktoren nehmen Einfluss auf das Erleben, den Umgang, die Bewertung sowie angewandte Bewältigungsstrategien. Stimmenhörer, die bereits professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben, berichten über häufigeres und längeres Stimmenhören [3, 4, 5, 6]. Gesunde Stimmenhörer sind zu Beginn der Erfahrung im Durchschnitt deutlich jünger [4, 5, 6, 7, 8]. Kommentierende und dialogisierende Stimmen (Erstrangsymptome F.20) werden ebenso bei Menschen ohne und bei anderen Diagnosen beschrieben [7, 9]. Die höchst komplexen Inhalte weisen häufig direkten oder indirekten Bezug zum Leben des Betroffenen auf. Es werden positive und negative Inhalte beschrieben, wobei Stimmenhörer mit Behandlung tendenziell weniger positive und erheblich häufiger über negative Inhalte berichten [4, 5, 6, 7, 8, 10]. Stimmen werden oft personifiziert und mit kognitiven, emotionalen und Verhaltenseigenschaften belegt [11, 12, 13, 14, 15]. Die Erfahrung löst unterschiedliche Emotionen aus, wobei positive Gefühle häufiger von Menschen ohne und negative häufiger von Stimmenhörern mit Behandlung beschrieben werden [1, 3, 8, 11]. Entsprechend sind Themen wie Stress, Angst, Depression und Suizidalität von hoher Bedeutung [1, 4, 7, 14]. Während bei einer Vielzahl klinischer Stimmenhörer Einschränkungen auf das Alltagsleben, das soziale Funktionsniveau sowie auf die Kommunikation beobachtbar sind, ist dies bei gesunden Stimmenhörern nur selten der Fall [1, 3, 4, 7, 8, 13, 14, 15]. Stimmenhörer ohne Behandlung weisen weitaus höhere Kontrolle gegenüber der Erfahrung auf und beschreiben die Intention der Stimmen als wohlwollend wohingegen klinische

Betroffene Stimmen häufiger als omnipotent mit böswilliger Intention beschreiben [4, 5, 7, 8, 12, 13, 16]. Die wahrgenommene Intention scheint Einfluss auf die Reaktion des Stimmenhörers zu haben, sodass auf böswillige Stimmen eher mit Widerstand und auf wohlwollende eher mit Kontakt reagiert wird. Die Beziehung zu den Stimmen wird vergleichbar sozialer Beziehungen beschrieben [15]. Betroffene nutzen zahlreiche Erklärungsmodelle, die ein unterschiedliches Maß an Einfluss auf das Erleben implizieren, und stellen die Erfahrung oft in direkten oder indirekten Bezug zu ihrem Leben und kritischen Lebensereignissen [11, 12, 14, 17]. Die zahlreichen Selbsthilfestrategien erscheinen höchst individuell und weisen eine unterschiedliche Effektivität auf [1, 17]. Mit den Stimmen in Kontakt zu treten und Kontrolle über das Erleben zu erlangen, stellt den vorliegenden Studien zufolge häufig eine wirksame Strategie dar.

Schlussfolgerung

Stimmenhören kann nicht nur im Rahmen psychischer Krankheit sondern vielmehr im individuellen Lebenskontext des Betroffenen betrachtet werden. Die Erfahrung ist über die Zeit veränderbar und zeigt keine Diagnose-spezifität auf. Viele Betroffene weisen über die Stimmen hinaus keinerlei diagnoserelevante Kriterien oder Funktionseinschränkung auf und zeichnen sich durch einen guten Umgang mit dem Phänomen aus.

Für einen erfolgreichen Umgang mit dem Erleben spielen Normalisierung, Verstehen und Akzeptanz ebenso wie das Erleben von Sinnhaftigkeit eine wichtige Rolle. Die Deklaration als Krankheit, das Gesellschaftsbild sowie die einhergehende Stigmatisierung lassen enormen Einfluss auf das Erleben von Stimmen erwarten.

Aufgrund der Komplexität des Erlebens, des Umgangs und der Auswirkungen auf das Leben des Betroffenen ist eine genaue Erhebung dieser Erfahrung von enormer Bedeutung. Nur auf dieser Grundlage kann eine individuell auf den jeweiligen Stimmenhörer angepasste Unterstützung von Seiten professioneller Helfer geboten werden, die eine effektive Arbeit an den subjektiven Problematiken gewährleisten kann. Ebenso sollten der Lebens-

bezug, kritische Lebensereignisse sowie Phänomene wie Stress, Angst, Depression und Suizidalität Beachtung finden. Akzeptanz gegenüber dem Phänomen Stimmenhören, der individuellen Interpretation und der Bewertung des Betroffenen sowie eine entsprechende Haltung von professioneller Seite erscheint für eine effektive Unterstützung von essentieller Bedeutung. Der erfolgreiche Umgang mit greifbaren Bewältigungsmethoden stellt neben der Integration der Erfahrung in das Leben des Betroffenen ein wichtiges Ziel professioneller Hilfe dar. Eine Kompetenzerweiterung psychiatrisch Pflegenden erscheint ebenso wie die Vermittlung von Hoffnung auf Genesung und der Einbezug Betroffener sinnvoll. Grundsätzlich stellt die Akzeptanz der Erfahrung, die Ausrichtung am subjektiven Verständnis, der persönlichen Interpretation des Erlebens, individuellen Wünschen und Zielen des Stimmenhörers einen guten Ausgangspunkt für eine recovery-orientierte Begleitung stimmenhörender Menschen dar.

Literatur

1. Romme, M. A., Escher, S. (2013) *Stimmenhören verstehen: Der Leitfaden für die Arbeit mit Stimmenhörern*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
2. Woods, A. (2013) *The Voice-Hearer*. *Journal of Mental Health*. 22 (3): p. 263-270.
3. Kråvkik, B., et al. (2015) *Prevalence of auditory verbal hallucinations in a general population: A group comparison study*. *Scandinavian Journal of Psychology*. 56 (5): p. 508- 515.
4. Honig, A., et al. (1998) *Auditory Hallucinations: A Comparison between Patients and Nonpatients*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 186 (10): p. 646-651
5. Daalman, K., et al. (2011) *The Same or Different? A Phenomenological Comparison of Auditory Verbal Hallucinations in Healthy and Psychotic Individuals*. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 72 (3): p. 320- 325.
6. Daalman, K., et al. (2012) *Childhood trauma and auditory hallucinations*. *Psychological Medicine*. 42 (12): p. 2475- 2484.
7. Sommer, I., et al. (2010) *Healthy Individuals with auditory verbal Hallucinations: Who are they: Psychiatric Assessment of a Selected Sample of 103 Subjects*. *Schizophrenia Bulletin*. 36 (3): p. 633- 641
8. Slotema, C. W., et al. (2012) *Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorder are similar to those in schizophrenia*. *Psychological Medicine*. 42 (9): p 1873- 1878.

9. *Dorahy, M. J., et al. (2009) Auditory Hallucinations in Dissociative Identity Disorder and Schizophrenia With and Without Childhood Trauma History: Similarities and Differences. The Journal of Nervous and Mental Disease. 197 (12): p. 892-898.*
10. *Hill, K., et al. (2012) The relationship between metacognitive beliefs, auditory hallucinations and hallucination-related distress in clinical and non-clinical voice-hearers. British Journal of Clinical Psychology. 51 (4): p. 434- 447.*
11. *Nayani, T. H., David, A. S. (1996) The auditory hallucination: a phenomenological survey. Psychological Medicine. 26 (1): p. 177- 189.*
12. *Cortens D., Longden, E. (2013) The origins of voices: Links between life history and voice hearing in a survey of 100 cases. Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches. 5 (3): p. 270- 285.*
13. *Woods, A., et al. (2015) Experiences of hearing voices: Analysis of a novel phenomenological survey. The Lancet Psychiatry. 2 (4): p. 323- 331.*
14. *Kalhovde, A. M., et al. (2013) Understanding the Experiences of Hearing Voices and Sounds others do not hear. Qualitativ Health Research. 23 (11): p. 1470-1480.*
15. *Holt, L., Tickle, A. (2014) Exploring the experience of hearing voices from a first person perspective: a meta-ethnographic synthesis. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 87 (3): p. 278- 297.*
16. *Birchwood, M., Chadwick, P. (1997) The omnipotence of voices: Testing the validity of a cognitive model. Psychological Medicine. 27 (6): p. 1345- 1353.*
17. *McCarthy-Jones, S., et al. (2013) Spirituality and hearing voices: Considering the relation. Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches. 5 (3): p. 247- 258.*

17. Ein psychoedukatives Gruppenangebot für Angehörige von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung – Ergebnisse der ersten Münchner Pilotgruppe

Doris Fuchs

Hintergrund

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine häufige und schwerwiegende Störung, die insbesondere auch die Angehörigen vor hohe Herausforderungen stellt. Dabei ist die Datenlage bezüglich spezifischer Belastungen und gezielter Interventionen für diese Gruppe der Angehörigen im Vergleich zu den anderen großen psychiatrischen Erkrankungen sehr gering [1]. Bisher beschäftigte sich die Forschung vor allem mit den psychopathologischen Auffälligkeiten in den entsprechenden Familien. So findet man eine erhöhte Rate an Gemüteskrankungen, Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen und Angststörungen [2]. Betroffene berichten häufig von frühkindlichen traumatischen Ereignissen [3] und sie schätzen ihre Angehörigen negativer ein, als das bei anderen psychiatrischen Erkrankungen der Fall ist [4]. Erst in letzter Zeit richtet sich das Augenmerk auf die spezifischen Belastungen, denen die Angehörigen ausgesetzt sind. So wurde herausgefunden, dass die Belastung signifikant höher ist als bei Angehörigen anderer psychisch Kranker [5] und dass die Schwierigkeiten auf typische Verhaltensweisen der Betroffenen zurückzuführen sind, wobei vor allem die emotionalen Schwankungen, die Aggressivität, die Selbstverletzungen und die häufigen Suizidversuche genannt werden [6]. Zudem empfinden insbesondere Eltern das Verhältnis zu den Professionellen als angespannt; sie beklagen fehlende und widersprüchliche Informationen bezüglich des Umgangs mit ihrem betroffenen Kind und mangelnde Einbeziehung in die Behandlung [7]. Gezielte Interventionen zur Unterstützung sind selten, wobei allgemein eine Kombination aus Wissensvermittlung und Fertigkeitentraining empfohlen wird [8]. Evaluerte Programme finden sich vor allem in den USA, wie zum Beispiel die professionell geleitete Mehrfamilien-Psychoedukation [9] oder die Family

Connections als Peer-to-Peer-Ansatz [10]. Im deutschsprachigen Raum scheinen spezifische psychoedukative Angebote kaum vorhanden zu sein und vorwiegend auf Einzelinitiativen zu beruhen, Publikationen zu deren Wirksamkeit konnten nicht gefunden werden.

Fragestellung

Auch für das Konzept aus dem Manual Psychoedukation Borderline-Störung für Betroffene und Angehörige [11] liegen bisher keine Daten vor. Ziel der vorgestellten Pilotstudie war es daher, dieses in die Praxis umzusetzen und es auf Durchführbarkeit, Akzeptanz und subjektiven Nutzen für die Angehörigen zu untersuchen. Das hier vorgestellte Projekt entstand dabei im Rahmen einer größer angelegten Forschungsarbeit zur Evaluation der Effekte für Betroffene und Angehörige [12].

Methode und Material

Im Rahmen einer geschlossenen Gruppe mit maximal zwölf Teilnehmern wurden die Angehörigen zu Wissen über die Störung und Fertigkeiten im Umgang mit den Betroffenen geschult. Das Programm war auf zehn Sitzungen angelegt, die wöchentlich abends stattfanden und jeweils 90 Minuten dauerten. Bearbeitet wurden die Themenbereiche:

- Klärung der Erwartungen, Achtsamkeitskonzept
- Krankheitsbegriff und Symptomatik
- Ursachenmodell und Krankheitsverlauf
- Komorbidität; Psychopharmakotherapie
- Psychotherapie (DBT/TFP)
- Dialektische Haltung und Validieren
- Innere Haltung
- Familiäre Kommunikation
- Umgang mit Krisen
- Offene Fragen, Resümee und Verabschiedung.

In Form von Fragebögen mit offenen und geschlossenen Fragen zu einzelnen Kategorien wurden die Angehörigen zu drei Messzeitpunkten (Prä: direkt vor der ersten Sitzung; Post: direkt nach der letzten Sitzung; Follow-Up: nach sechs Monaten) nach ihrer Bewertung der Gruppe und ihrem subjektiv empfunden Nutzen befragt.

Ergebnis

An der ersten Pilotgruppe nahmen elf Personen teil, sechs weiblich, fünf männlich. Bezüglich der Rückmeldungen konnten in der ersten (Prä) und der zweiten (Post) Messung alle Personen erfasst werden, nach sechs Monaten (Follow-Up) wurden noch acht Personen (72,7 %) erreicht.

Post beurteilten 81,8 % die Gruppe als sehr hilfreich und 18,2 % als hilfreich, die Erwartungen konnten für 63,6 % in vollem Umfang und für 36,4 % größtenteils erfüllt werden. Follow-Up gaben 87,5 % die Bewertung sehr hilfreich und 12,5 % hilfreich an, die Erwartungen waren für 75 % in vollem Umfang und 12,5 % größtenteils erfüllt worden, 12,5 % gaben die Bewertung teilweise erfüllt an. In beiden Messungen würden alle die Gruppe auf jeden Fall weiterempfehlen.

Vergleicht man die Belastung der einzelnen Teilnehmer anhand einer Kreuztabelle, so geben im Prä/Post-Vergleich 81,8 % und im Prä/Follow-Up-Vergleich 62,5 % eine Verbesserung um mindestens eine Stufe an; bei keinem verschlechterte sich das angegebene Belastungsniveau.

Der Umgang mit dem Betroffenen hatte sich Post insgesamt für 90,9 % und Follow-Up für 87,5 % zum Positiven verändert.

Weiterhin wurde nach sechs Monaten angegeben, dass versucht worden sei, die erlernten Strategien im Alltag umzusetzen (50-87,5 %), wobei insbesondere die Veränderung der eigenen inneren Haltung hilfreich schien (87,5%).

Diskussion

Die gestellten Forschungsfragen können positiv beantwortet werden. Die Angehörigen nehmen das Angebot dankbar an und sie können Nutzen aus

der Intervention ziehen. Die subjektive Belastung sinkt, der Umgang verbessert sich und die vermittelten Fertigkeiten scheinen hilfreich. Veränderungen in der Beurteilung im Zeitverlauf waren zu erwarten und die Einschätzung ist mit längerem Zeitabstand zur Intervention wahrscheinlich realistischer.

Einschränkend ist zu erwähnen, dass die untersuchte Gruppe sehr klein war und die Beurteilung anhand nicht validierter Fragebögen erfolgte, so dass nicht eindeutig gesagt werden kann, ob Veränderungen in der Belastung wirklich auf die Intervention zurückzuführen sind oder ob nicht andere Faktoren eine wichtige Rolle spielen.

Schlussfolgerung

Weitere Forschung zu dieser Thematik ist notwendig und sinnvoll, um zu prüfen, ob sich das positive Ergebnis der Pilotgruppe wiederholen und verallgemeinern und ob sich die Reduktion der Belastung objektivieren lässt.

Literatur

1. Martino F, Lia L, Bortolotti B, Menchetti M, Monari M, Ridolfi ME, Sanza M, Sasdelli A, Berardi D (2014). *The family of a patient with borderline personality disorder: burden of illness and interventions for caregivers*. *Riv Psychiatr*; 49: 199-206.
2. Zanarini MC, Barison LK, Frankenburg FR, Reich DB, Hudson JI (2009). *Family history study of the familial coaggregation of borderline personality disorder with axis I and non-borderline dramatic cluster axis II disorders*. *J Pers Disord*; 23: 357-369.
3. Bandelow B, Krause J, Wedekind D, Broocks A, Hajak G, Rütger E (2005). *Early traumatic life events, parental attitudes, family history and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls*. *Psychiatr Res*; 134: 169-179.
4. Sansone RA, Sansone LA (2009). *The families of borderline-patients: the psychological environment revisited*. *Psychiatry (Edgmont)*; 6: 19-24.
5. Bailey RC, Greyner BF (2014). *Supporting a person with personality disorder: a study of carer burden and well-being*. *J Pers Disord*; 28: 796-809.
6. Bauer R, Döring A, Schmidt T, Spießl H (2012). *Mad or Bad? – Burden on caregivers of patients with personality disorders*. *J Pers Disord*; 26: 956-971.
7. Giffin J (2008). *Family experience of borderline personality disorder*. *Aust New Zeal J Fam Ther*; 29:133-138.
8. Fruzzetti AE, Santisteban DA, Hoffman PD (2007). *Dialectical Behavior Therapy with families*. In: Dimeff LA, Koerner K (Eds). *Dialectical Behaviour Therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. New York: Guilford Press; 222-244.
9. Berkowitz C, Gunderson JG (2004). *Multifamily psychoeducational treatment of borderline personality disorder*. In: McFarlane WR (Ed.). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York: Guilford Press; 268-290.
10. Hoffman PD, Fruzzetti AE, Buteau E, Neiditch ER, Penney D, Bruce ML, Hellman F, Struening E (2005). *Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder*. *Family Process*; 44: 217-225.
11. Rentrop M, Reicherzer M, Bäuml J (2007). *Psychoedukation Borderline-Störung – Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. München: Urban & Fischer.
12. Pitschel-Walz G, Fuchs D, Spatzl A, Walker H, Rentrop M (2015). *Psychoedukative Gruppen für Angehörige von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung*. *PTT Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie*; 19:260-268.

18. Die Einführung der POP-Pflegediagnosen in einer forensischen Klinik

Frank Gebler, Michael Mayer

Hintergrund und Problemstellung

Die Arbeit in der forensischen Psychiatrie stellt Pflegende vor besondere Herausforderungen. Die Zusammenarbeit mit dem Patienten findet in einem Zwangssetting statt, in dem Pflegende neben therapeutischen Aufgaben, auch Aufgaben der Sicherung übernehmen.

Die Bezugspflege ist in der hier beschriebenen forensischen Klinik in Form von Bezugspflegegruppe etabliert. Vor Projektbeginn gibt es jedoch kein einheitliches Verständnis des Pflegeprozesses und auch das Selbstverständnis der psychiatrischen Pflege ist zwischen den einzelnen Stationen sehr unterschiedlich. Während die Pflegenden in einigen Bereichen ein eher therapeutisches Selbstverständnis entwickelt haben, sehen sie sich in anderen Stationen vor allem in einer paternalistischen Funktion. Diese Stationen sind durch ein starkes Machtgefälle zwischen „dem Personal“ und „den Patienten“ geprägt. Die Qualität des dokumentierten Pflegeprozesses ist auf allen Station verbesserungsbedürftig.

Ziele

Mit der Einführung von Praxis-Orientierten Pflegediagnosen (POP) [1] soll die Qualität der psychiatrischen Pflege verbessert und die Patientenorientierung gestärkt werden. Die Pflegenden lernen, in einer verstehenden Pflegediagnostik die individuellen Bedürfnisse ihrer Patienten zu verstehen. Durch die gezielte Arbeit an ihren Problemen soll die Therapiemotivation der Patienten gestärkt werden. Die psychiatrische Pflege kann ihren Beitrag in einer multiprofessionellen Therapieplanung durch eine qualitativ hochwertige Pflegeplanung deutlich machen.

Vorgehen

Nach einer Analyse der Ausgangslage wird eine Projektplanung erstellt. Für jede Station werden zwei Mitarbeiter als Multiplikatoren geschult. Der Vortrag beschreibt die Einführung der Pflegediagnostik am Beispiel einer forensischen Station. Er stellt die Methoden zur Förderung einer verstehenden Grundhaltung bei den pflegerischen Mitarbeitern dar und geht insbesondere auf die Rolle der Stationsleitung bei der Einführung ein.

Ergebnisse

Die Einführung einer verstehenden Pflegediagnostik wurde über mehrere Jahre gezielt begleitet. Durch die Teilnahme an pflegediagnostischen Fallbesprechungen [2] veränderte sich die Sichtweise der Mitarbeiter. Die Auseinandersetzung mit der individuellen Lebensgeschichte, mit dem Versuch die zentralen Probleme aus Sicht des Patienten zu verstehen, veränderte die Beziehungsarbeit. Die Transparenz der Behandlungs- und Therapieplanung ist für die Patienten gestiegen. Im Rahmen des Pflegeprozesses kann ihre Partizipation bei Behandlungsentscheidungen gefördert werden. Die Pflegenden erkennen ihre Rolle in der Behandlungsplanung. Die Dokumentation des Pflegeprozesses konnte mit dem Instrument Quality of Nursing Diagnosis, Interventions and Outcomes (Q-DIO) [3] nachgewiesen werden. Nicht allen Fällen kann die individuelle Problembeschreibung in eine offizielle Pflegediagnose überführt werden. Für die pflegerische Begleitung des Patienten ist dies nicht entscheidend. Für Patienten ist die neue Arbeitsweise der Pflege teilweise ungewohnt, da sie mehr Verantwortung für sich selbst übernehmen müssen.

Schlussfolgerungen

Das Projekt konnte zeigen, wie mit Hilfe der Pflegediagnostik die Partizipation von Patienten gefördert werden kann. Entscheidend war dabei die Art des Diagnostizierens. Die Pflegediagnosen werden auf Grundlage der individuellen Wahrnehmung des Patienten beschrieben. Idealerweise können die

Diagnosen im Dialog mit dem Patienten formuliert werden. Alternativ kann eine pflegediagnostische Fallbesprechung den verantwortlichen Pflegepersonen eine hilfreiche Orientierung bieten.

Die Pflegediagnostik als Prozess des Verstehens und basierend auf Interaktion bietet Chancen. Sie fördert die Zusammenarbeit mit dem Patienten im forensischen Zwangssetting und gibt dem Patienten mehr Verantwortung. Die Pflegediagnostik stellt damit ein hilfreiches Mittel dar, das Machtgefälle zwischen Pflegenden und Patienten zu reduzieren und Entscheidungen auf Augenhöhe zu treffen.

Literatur

1. Stefan, H., Eberl, J., Allmer, F., Hansmann, R., Jedelsky, E., Schalek, K., ... Tomacek, D. (2009). *POP. PraxisOrientierte Pflegediagnostik. Pflegediagnosen - Ziele - Maßnahmen*. Wien: Springer.
2. Müller-Staub, M., & Stuker-Studer, U. (2006). *Klinische Entscheidungsfindung: Förderung des kritischen Denkens im pflegediagnostischen Prozess durch Fallbesprechungen*. *Pflege*, 19(05), 0281–0286. <http://doi.org/10.1024/1012-5302.19.5.281>
3. Müller-Staub, M., Needham, I., Lunney, M., Odenbreit, M., Lavin, M. A., & van Achterberg, T. (2008). *Qualität von Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen: Kriterien und Operationalisierung des Messinstruments Q-DIO*. *Pflege*, 21(05), 0327–0338. <http://doi.org/10.1024/1012-5302.21.5.327>

19. Professionalisierung der psychiatrischen Pflege – quo vadis?

Manuela Grieser

Hintergrund

Die Professionalisierung der psychiatrischen Pflege wird in berufspolitischen Diskursen gern betont [1, 2, 3]. Der Begriff Profession ist noch nicht einheitlich definiert [4]. Dennoch müssen Berufe, die sich als Profession bezeichnen, einige Merkmale erfüllen [5]:

- Sie sollten über einen gesellschaftlich relevanten Problembereich und einen zugehörigen Bereich an Handlungs- und Erklärungswissen verfügen [6]. Die psychiatrische Pflege muss ihren Tätigkeitsbereich und ihre begründenden theoretischen Inhalte klar von anderen Berufsgruppen abgrenzen [2].
- Sie ist gemeinwohlorientiert, hat einen definierten Bezug zur Gesundheit und zeichnet sich durch Interventionen zur Prophylaxe und Therapie aus.
- Sie verfügt über eine akademische Ausbildung.
- Es gibt einen Berufsverband oder eine berufsständige Vertretung, welche das Ziel verfolgt, wirtschaftsregulierend aufzutreten und die Marktmacht für spezifische Dienstleistungen zu erlangen.

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf zwei Professionstheorien. Der merkmalthetheoretische Ansatz ist durch den Grad der Akademisierung und die Anwendung wissenschaftlichen Wissens gekennzeichnet [7, 8]. Ein neuerer handlungsorientierter Ansatz [9] versteht Professionalität als eine Fähigkeit, in konkreten Situationen spezialisiertes evidenzbasiertes Fachwissen anzuwenden und hermeneutische Kompetenz zu zeigen – das heißt einen Fall aus der Sicht des Gegenübers zu verstehen, die Probleme des Klienten vor dem Hintergrund seiner Biografie zu verstehen, dessen subjektive Betroffenheit zu rekonstruieren und die Autonomie seiner Lebenspraxis zu wahren [11].

Fragestellung

Um eine Einschätzung zum Stand der Professionalisierung psychiatrischer Pflege zu machen, werden gemäß der merkmalsorientierten und der handlungsorientierten Professionstheorie zwei Fragestellungen untersucht:

- (1) Wie kann der Stand der Akademisierung in der psychiatrischen Pflege der Schweiz beschrieben werden?
- (2) Welche hermeneutische Kompetenz zeigen psychiatrisch Pflegende in konkreten Fallsituationen und wie drückt sich diese aus?

Methode und Material

Zur Beantwortung der Fragestellung (1) wird eine beschreibende Studie durchgeführt. Sechs Mitglieder einer Arbeitsgruppe der Akademischen Fachgesellschaft führten mit 32 Pflegedienstleiterinnen Telefoninterviews durch. Grundlage war ein Fragebogen mit geschlossenen und offenen Fragen. Zielfokus waren die Qualifikationen Pflegenden Schweizer Psychiatrien und die Grundlage von Personalentscheidungen. Die quantitativen Daten zu Stellenprozenten wurden deskriptiv ausgewertet. Die qualitativen Daten zu den Personalentscheidungen wurden inhaltlich ausgewertet.

(2) Zur Exploration der hermeneutischen Kompetenz wurde auf die handlungsorientierte Methode der standardisierten Patientensituation zurückgegriffen. Pflegefachpersonen durchliefen standardisierte Situationen mit Schauspielern. Die Situationen wurden mit Videokameras dokumentiert. Es werden vorerst 2 Fälle nach den Kriterien „hohe“ und „niedrige“ hermeneutische Kompetenz für die Analyse ausgewählt (maximale Kontrastierung). Die Filmsequenzen werden transkribiert und nach dem rekonstruktionslogischen Ansatz nach Ulrich Oevermann [10] ausgewertet.

Ergebnisse

(1) In der Schweiz gibt es Ausbildungen auf Tertiärstufe A (Bachelor) und auf Tertiärstufe B (Pflegende mit Ausbildung an einer höheren Fachschule). In 28 von 32 der befragten Kliniken werden Pflegende mit Höherem Fachschul-

abschluss (HF) eingesetzt. 18 der befragten Kliniken geben an, Pflegende mit einem Bachelorabschluss einzusetzen. Die Bachelor machen rund 3 Prozent der Gesamtstellenzahl aus und die HF-Ausbildungen 73 Prozent.

Eine weitere Ausbildung im Pflegebereich erfolgt in der Schweiz auf Sekundarniveau. Es werden Fachangestellte Gesundheit und Betreuung ausgebildet, die wenig komplexe, standardisierte Aufgaben übernehmen und den diplomierten Fachpersonen unterstellt sind. Es werden in 26 Kliniken FaGe (Fachfrau/Fachmann Gesundheit), in 5 Kliniken FaBe (Fachfrau/Fachmann Betreuung) eingesetzt. Der Anteil an der Gesamtstellenzahl liegt bei 1 Prozent.

Vertiefte psychiatrische Fähigkeiten erwirbt man in der Schweiz im Weiterbildungsbereich. Hier unterscheidet man zwischen altrechtlichen Weiterbildungen (Höhere Fachausbildung Niveau 1 und Niveau 2) und neueren Weiterbildungen auf Tertiärstufe B (Nachdiplomstudiengänge Höhere Fachschule) und auf Tertiärstufe A (Weiterbildungstudiengänge Fachhochschule CAS, DAS und MAS). 25 Kliniken beschäftigen die altrechtlich ausgebildeten HöFa 1 (Höhere Fachausbildung) und 11 Kliniken Pflegende mit einem HöFa 2 Abschluss (5 Prozent vom Gesamtstundenanteil). Master in Nursing Science werden in 14 und PhD in 4 Kliniken beschäftigt. Diese haben Management-, Führungs- und Entwicklungsaufgaben und arbeiten nicht in der direkten Pflege. Fachpersonen, die einen Nachdiplomkurs (NDK) an der Höheren Fachschule besucht haben, werden in 1 Klinik beschäftigt. Fachpersonen mit spezifischer Weiterbildung an einer Fachhochschule sind hingegen deutlich mehr verbreitet: 23 Kliniken beschäftigen Pflegefachpersonen mit einem CAS-, 15 beschäftigen Pflegefachpersonen mit einem DAS- und 12 Kliniken beschäftigen Pflegefachpersonen mit einem MAS-Abschluss.

Auf die Frage, auf welcher Basis Entscheide getroffen werden, die Stellen der Klinik mit Personen dieser Qualifikation einzusetzen, wurden folgende Antworten gegeben:

- HF-Diplomierete werden eher für das Tagesgeschäft, FaGe für andere Aufgaben (z.B. Hotellerie, Materialbestellung) eingesetzt.

- Entscheide, wer welche Aufgaben übernimmt werden über Aufgabenanalysen getroffen
- Die Tendenz geht, vom Generalisten zum Spezialisten.
- Pflegefachpersonen mit akademischen Abschlüssen haben die Fachverantwortung inne und haben mehr Kompetenzen als HF-Diplomierte.
- Übergeordnete Aufgaben in der Pflegeentwicklung übernehmen höher qualifizierte Personen: HöFa-II, MNS, MAS, PhD.
- Pflegepersonal wird nach den anstehenden Aufgaben und nach dem Abteilungsprofil rekrutiert. Bei einem Weggang von Pflegepersonal werden diese durch mindestens gleich gut ausgebildetes Personal ersetzt.
- Ersetzt man höher qualifizierte Stellen mit niedriger qualifizierten, nutzt man die Fluktuation.

Ergebnisse zur Fragestellung 2 werden ab Juli 2016 erwartet.

Diskussion und Schlussfolgerung

Vom merkmalsorientierten Ansatz ausgehend, der die Akademisierung des Pflegeberufes als Kennzeichen der Professionalisierung sieht [7] kann man noch nicht hinreichend von einer Akademisierung der psychiatrischen Pflege sprechen. Es gibt jedoch Studien, die nachweisen konnten, dass es nicht ausschließlich am Bildungsabschluss liegt, ob eine Fachperson Kompetenzen für eine professionelle Pflege aufweist [12, 13]. Andere Untersuchungen betonen, dass der Bildungsabschluss mit einer professionellen Pflegeprozessgestaltung korreliert [14, 15]. Aus diesem Grund wird in einer zweiten Untersuchung vor dem Hintergrund des handlungsorientierten Professionsansatzes die Interaktion zwischen Pflegenden und Klienten genauer untersucht.

Literatur

1. *Schwerdt, Ruth (2004): Die Bedeutung der PFLEGE für die Professionalisierung der Pflegeberufe in Deutschland. In: Pflege 17 (05), p. 293–295.*

2. Schulz, M. (2003): *Rekonzeptionalisierung als wesentliches Element einer qualitativ hochwertigen Psychiatrischen Pflege*. In: *Pflege und Gesellschaft* 4, p. 140–145.
3. Arets, Jos (1997): *Professionelle Pflege*. Bocholt: Eicanos-Verl.
4. Bollinger, Heinrich; Gerlach, Anke; Pfadenhauer, Michaela (2005): *Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen*. Frankfurt am Main: Mabuse.
5. Miegl, Harald A.; Pfadenhauer, Michaela (2003): *Professionelle Leistung. Professional performance: Positionen der Professionssoziologie*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
6. Abbot, Andrew (1988): *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago, Ill: University of Chicago Press.
7. Isfort, M.: *Was ist Profession, was Professionalität, woran ist professionelles Handeln zu erkennen und wie wird es in der pflegerischen Praxis umgesetzt? Eine theoretische Abhandlung*. In: *Pflege Aktuell* (5), p. 274–277.
8. Isfort, M.: *Was ist Profession, was Professionalität, woran ist professionelles Handeln zu erkennen und wie wird es in der pflegerischen Praxis umgesetzt? Eine theoretische Abhandlung*. In: *Pflege Aktuell* (6), p. 325–329.
9. Weidner, Frank (2011): *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege*. 3. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.
10. Oevermann, Ulrich (1973, [1973]): *Zur Analyse der Struktur von sozialen Deutungsmustern*. [Frankfurt am Main]
11. Oevermann in Combe, Arno (Hg.) (1997): *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp. p. 70-182
12. Lang, Gary Morris; Beach, Nick Lee; Patrician, Patricia A.; Martin, Cheryl (2013): *A cross-sectional study examining factors related to critical thinking in nursing*. In: *Journal for nurses in professional development* 29 (1), p. 8–15.
13. Feng, Rung-Chuang; Chen, Mei-Jung; Chen, Mei-Chuan; Pai, Yu-Chu (2010): *Critical thinking competence and disposition of clinical nurses in a medical center*. In: *The journal of nursing research: JNR* 18 (2), p. 77–87.
14. Paans, Wolter; Nieweg, Roos Mb; van der Schans, Cees P; Sermeus, Walter (2011): *What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review*. In: *Journal of Clinical Nursing* 20 (17-18), p. 2386–2403.
15. Cheevakasemsook, Aree; Chapman, Ysanne; Francis, Karen; Davies, Carmel (2006): *The study of nursing documentation complexities*. In: *International journal of nursing practice* 12 (6), p. 366–374.

20. „Think outside the Box“ – Das Überwinden von Fremdsein in Forschung und Lehre durch die Zusammenarbeit von Forschenden, Dozierenden und Krankheitserfahrenen

Caroline Gurtner, Maurus Ruf, Sabine Rühle Andersson, Jelena Engler, Sabine Hahn

Hintergrund

Die Gesundheitsversorgung sieht sich auch in der Schweiz mit knapper werdenden Ressourcen und steigenden Anforderungen konfrontiert. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, werden innovative Ansätze in der Entwicklung und Implementierung von Gesundheitsdienstleistungen sowie die Kooperation mit Patientinnen und Patienten immer wichtiger. Eine partnerschaftliche Zusammenarbeit und der bewusste Einbezug der sogenannten „Betroffenenperspektive“ erlauben neue Herangehensweisen bei Forschungsprojekten und ermöglichen bei der Entwicklung von Gesundheitsdienstleistungen eine bessere Anpassung an die Bedürfnisse der nutzenden Personen [1, 2]. Mit der Recovery Bewegung hat der partizipative Ansatz vor allem im psychiatrischen Setting Beachtung erhalten und es ist davon auszugehen, dass sich die Rollen aller Beteiligten längerfristig verändern werden [3].

Im deutschen Sprachraum werden an Hochschulen für Gesundheit in Forschung, Lehre und Weiterbildung persönliche Krankheitserfahrungen von betroffenen Personen in der Zusammenarbeit noch kaum genutzt. Dabei könnten beispielsweise Kompetenzen im Umgang mit der eigenen Erkrankung in der Ausbildung künftiger Gesundheitsfachpersonen einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Pflege- und Behandlungsqualität leisten oder in der Forschung relevante Wissenslücken aufdecken [1, 2].

Auch an der Berner Fachhochschule (BFH) wird die Betroffenenperspektive erst ansatzweise genutzt. Dies bildete die Ausgangslage für das Projekt PIONEERS. Dieses hat zum Ziel, den Einbezug von Personen mit Krankheitserfahrung systematisch im Bereich der Forschung, Lehre und Weiterbildung an

einer Hochschule aufzubauen und zu evaluieren [1]. Bereits im Dezember 2015 konnten für die Mitarbeit im Projekt zwei Personen mit Krankheitserfahrung als wissenschaftliche Assistierende engagiert werden. Sie sind somit Pionierinnen dieser Entwicklung und betreten „*fremdes Terrain*“ im Bereich der Forschungs- und Projektarbeit an einer Hochschule.

Fokus

Das Projektteam geht in diesem Beitrag der Frage nach, welche Voraussetzungen auf Seiten der Hochschule den Einbezug der Betroffenenperspektive ermöglichen und wie Ängste, Bedenken sowie „Grenzen“ dieser Form der Zusammenarbeit gemeinsam thematisiert und überwunden werden können. Die Diskussionsgrundlage bilden die Ergebnisse aus den Fokusgruppeninterviews und die persönlichen reflektierten Erfahrungen des Projektteams.

Methode

Das Projekt orientiert sich konzeptionell am Ansatz der partizipativen Aktionsforschung (PAR) und wurde mehrstufig geplant [4]. Ziel der PAR ist es, alle involvierten Personen von Anfang an in alle Projektschritte einzubeziehen und darüber hinaus die persönlichen Erfahrungen regelmässig zu reflektieren [4]. Das Vorgehen mit der PAR beinhaltet verschiedene Zyklen, die im gesamten Projektverlauf immer wieder zur Überprüfung und gegebenenfalls Anpassungen der Zielsetzung, respektive der Fragestellung, der Projektaktivitäten sowie der Datensammlung und Auswertung führen [4, 5].

Mittels leitfadengestützten Fokusgruppeninterviews mit Forschenden und Dozierenden der BFH sowie Personen mit Krankheitserfahrung wurden Erfahrungen, Herausforderungen sowie Anliegen an eine künftige partizipative Zusammenarbeit mit Personen mit Krankheitserfahrung im Bereich der Forschung und Lehre diskutiert. Die Fokusgruppeninterviews wurden wörtlich transkribiert und mittels Inhaltsanalysetechnik nach Mayring regelgeleitet analysiert [6]. Die Erfahrungen des Projektteams in der Zusammenarbeit wurden in Form von persönlichen Tagebüchern und schriftlichen Reflexio-

nen festgehalten und gemeinsam besprochen. Sie dienen der inhaltlichen Ergänzung der Fokusgruppeninterviews.

Ergebnisse

Die hier dargestellten Ergebnisse geben eine erste Zusammenfassung der Gesprächsinhalte auf Stufe der zweiten Reduktion nach Mayring wieder [6]. Dabei orientieren sich die bisher ermittelten Themen an den Fragestellungen und werden im weiteren Projektverlauf laufend ergänzt und mittels übergeordneter Kategorien neu strukturiert [6]. Insgesamt wurden fünf Fokusgruppeninterviews mit je 5 bis 10 Teilnehmenden durchgeführt. Die Fokusgruppen setzten sich jeweils aus Mitarbeitenden der Forschung, der Lehre und Weiterbildung der BFH sowie Personen mit Krankheitserfahrung zusammen.

Erste Ergebnisse aus den Fokusgruppen

Die befragten Mitarbeitenden berichteten in den Fokusgruppeninterviews, dass krankheitserfahrene Personen an der Hochschule auf vielfältige Weise sowohl an Lehr- und Weiterbildungsveranstaltungen, als auch in der Forschung beteiligt werden. Betroffene berichteten beispielsweise im Unterricht den Studierenden von ihren persönlichen Krankheitserfahrungen, von Schwierigkeiten im Umgang mit Medikamenten und beantworteten deren Fragen. In der Forschung bewerteten krankheitserfahrene Personen verschiedene Instrumente oder technische Innovation und nahmen an Einzel- oder Fokusgruppengesprächen zu diversen Fragestellungen teil. Innerhalb der verschiedenen Disziplinen im Fachbereich (Ernährung & Diätetik, Hebammen, Pflege, Physiotherapie) wurden Personen mit unterschiedlichen Krankheitserfahrungen und/oder Behinderungen beschäftigt.

An den Fokusgruppeninterviews beteiligten sich krankheitserfahrene Personen aus der Deutsch- und der Westschweiz. Alle brachten bereits persönliche Erfahrungen mit dem Einbezug in Lehrveranstaltungen, als Referenten bei Vorträgen oder als Peer - Mitarbeitende in Gesundheitsinstitutionen mit und erlebten diese Form der Zusammenarbeit grundsätzlich positiv. Einige

der befragten Betroffenen berichteten aber auch von persönlichen Ängsten und einer Verunsicherung aufgrund der Krankheitserfahrung, den Anforderungen am Arbeitsplatz nicht zu genügen. Als wichtige Aspekte für künftige Entwicklungen nannten die Krankheitserfahrenen ein adäquates Entgelt für ihre Tätigkeiten sowie weniger niederschwellige und zeitlich begrenzte Tätigkeiten. In der Zusammenarbeit mit den Fachpersonen wünschten sie sich *„eine Begegnung auf Augenhöhe“*, *„Möglichkeiten zur Mitgestaltung“* sowie eine *„offene Haltung“* ihnen gegenüber.

Eine Mehrheit der Befragten erlebte durch die Erfahrung des Betroffenen-einbezugs eine *„Erweiterung der eigenen Perspektive“*. Als Herausforderung in der Zusammenarbeit von Mitarbeitenden der BFH und Personen mit Krankheitserfahrung wurden die Suche nach einer *„gemeinsamen Sprache“*, der *„Umgang mit krankheitsbedingten Ausfällen“*, *„die Rekrutierung von geeigneten Personen“* sowie *„die Planung und Koordination der Arbeitseinsätze“* genannt.

Auf Hochschulebene wünschten sich die befragten Mitarbeitenden aus Lehre/Forschung und Weiterbildung konkrete Rahmenbedingungen, welche zum Beispiel das Anstellungsprozedere sowie Begleitung und Ausbildung von Personen mit Krankheitserfahrung erleichtern sollten. Diese zusätzlichen Aufgaben erschweren zurzeit einen systematischen Einbezug von krankheitserfahrenen Personen und sind aufgrund knapper zeitlicher Ressourcen nur schwer durch die Forschenden und Dozierenden selber zu bewältigen.

Erfahrungen des Projektteams

Aus den Erfahrungen des Teams geht hervor, dass der partizipativen Ansatz *„viel Zeit für Gespräche“* und eine vertiefte *„Reflexion der Zusammenarbeit“* erfordert. Dieser zusätzliche Zeitaufwand sollte bei der Planung solcher oder ähnlicher Vorhaben unbedingt berücksichtigt werden und es muss aufgrund der zusätzlichen Ressourcen mit höheren Projektkosten gerechnet werden. Als fördernde Aspekte für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit wurden vom Projektteam *„klare Strukturen im Arbeitsprozess“*, *„gegenseitige Offen-*

heit und Vertrauen“, sowie die Gelegenheit, die Arbeit als Teil des persönlichen Recoveryprozesses zu sehen, identifiziert. Herausfordernd wurde der Zeitdruck, unter welchem Forschungsprojekte durchgeführt werden, erlebt.

Diskussion

Die Erweiterung der Perspektive in Forschung und Lehre scheint ein zentraler Vorteil des Einbezugs von Krankheitserfahren zu sein. Dies zeigen sowohl die ersten Ergebnisse der Analyse aus der Projektzusammenarbeit sowie den Fokusgruppeninterviews und wurde auch in anderen Forschungsprojekten beschrieben [2, 7]. Was diese Erweiterung genau beinhaltet und was sie für die qualitative Entwicklung von Lehre und Forschung bedeutet, bleibt im Moment noch offen und muss vertieft analysiert werden. Dies scheint sinnvoll, denn nur durch genaue Benennung kann dieser offensichtliche Gewinn durch den vermehrten Aufwand, der ebenfalls angesprochen wurde, gerechtfertigt werden.

Neben diesem offensichtlichen Vorteil scheint die Zusammenarbeit mit krankheitserfahrenen Personen wichtige Herausforderungen aufzuzeigen. Die Erfahrungen einer partizipativen Zusammenarbeit sowie die Erkenntnisse bezüglich der Notwendigkeit einer „gemeinsamen Sprache“, einer „Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe“, das Vermeiden von „Stigmatisierung“ und „Angst vor Überforderung“ sowie die Auseinandersetzung mit „krankheitsbedingten Belastungen und Arbeitsausfällen“ können zu einer innovativen Weiterentwicklung von Lehre und Forschung beitragen. Dazu müssen geeignete institutionelle Strukturen und Prozesse geschaffen werden, welche einen reflexiven Prozess ermöglichen und zu einer strukturierte Weiterentwicklung der Curricula sowie der Forschungsvorhaben (inklusive Forschungsmethodik) führen.

Schlussfolgerung

Das Projekt PIONEERS liefert erste Erkenntnisse bezüglich der partizipativen Forschung und Lehre mit krankheitserfahrenen Personen. Es gilt nun diese Erkenntnisse bis zum Ende des Projektes weiter zu vertiefen und klarer zu

beschreiben. Die Resultate des Projekts können als Grundlagen zur Erarbeitung eines Leitfadens für künftige Forschungsvorhaben und Lehrveranstaltungen mit Krankheitserfahrenen dienen. Das Projekt wird finanziell unterstützt vom Eidgenössischen Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen, von der Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit und einer Stiftung.

Literatur

1. Gurtner, C., & Hahn, S. (2016). *Mitgestalten in Forschung, Lehre und Weiterbildung durch Einbezug der Betroffenenperspektive*. *Psychiatrische Pflege*, 1(1), 25-27.
2. Niedermann, K. (2012). *Patient Research Partner—der Einbezug von Betroffenen in der Forschung*. *physioscience*, 8(01), 1-2.
3. Schmid, M., & Wang, J. (2003). *Der Patient der Zukunft: Das Arzt-Patienten-Verhältnis im Umbruch*. *Schweizerische Ärztezeitung*, 84(41), 2133-2135.
4. Genat, B. (2009). *Building emergent situated knowledges in participatory action research*. *Action Research*, 7(1), 101-115.
5. Stringer, E. T. (2007). *Action Research 3 rd*. America: SAGE Publications.
6. Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (Vol. 11. ed). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
7. Heron, J., Gilbert, N., Dolman, C., Shah, S., Beare, I., Dearden, S., Ives, J. (2012). *Information and support needs during recovery from postpartum psychosis*. *Arch Womens Ment Health*, 15(3), 155-165.

21. Ethikberatung in der Psychiatrie in Deutschland und den USA – eine teilnehmende Beobachtung

Birgit Hahn

Hintergrund

Die Wurzeln klinischer Ethik sind im 19. Jahrhundert in den USA sowie in Deutschland zu finden [1]. In den USA entwickelte sich die klinische Ethikberatung seit Mitte der 80er Jahre zunehmend und ist heute in den Krankenhäusern gut etabliert [9]. Demgegenüber nahmen Strukturen der klinischen Ethikberatung in Deutschland erst in den 90er Jahren ihren Anfang [4, 9]. Inzwischen hat die Ethikberatung im Krankenhaus in Deutschland zunehmend an Bedeutung gewonnen und stellt ein wichtiges Instrument im Gesundheitswesen dar. Das Ziel klinischer Ethikberatung bezieht sich dabei auf eine breite Palette von Aufgaben und umfasst ein Spektrum von „Patientenanwalt“ bis zum „Gewissen der Institution“ [10]. Diese Ziele beziehen sich damit auf die Ausbildung ethischer Sensibilität und Urteilsfähigkeit der Mitarbeitenden sowie die Förderung von Entscheidungshilfen in konkreten ethischen Konfliktfällen [5, 9].

Ethikberatung im psychiatrischen Setting hat sich in Deutschland dagegen bis heute nicht etabliert [6]. Dennoch kann ein Bedarf an ethischer Expertise und Beratung in psychiatrischen stationären Versorgungsbereichen ausgemacht werden. Die Erfahrung hat unterdessen gezeigt, dass fallbezogene ethische Konflikte in interdisziplinären psychiatrischen Behandlungsteams sowie die Abwägung der vielfältigen Werte einer komplexen Behandlungsentscheidung durch Ethikberatung bearbeitet werden können [3, 6].

Die Integration und Umsetzung klinischer Ethikberatung in psychiatrische Versorgungsbereiche ist indessen häufig begleitet von vielfältigen Wünschen und Hoffnungen, z.B. in Bezug auf die Vermeidung von Zwangsbehandlungen und -maßnahmen, konkrete Hilfestellung in Einzelfällen oder die Minimierung von Wertekonflikten in der Behandlung von Patienten oder im Team [6].

Fragestellung

Aufgezeigt werden die typisch psychiatrisch – ethischen Fragestellungen in der klinischen Ethikberatung. Außerdem werden strukturelle sowie inhaltliche Übereinstimmungen und Differenzen in der klinischen Ethikberatung, wie sie von der Autorin an drei Kliniken (Deutschland/USA) beobachtet werden konnte, dargestellt. In diesem Kontext werden spezifische ethische Themen der Psychiatrie (s. Ergebnisse) konkret erörtert.

Methode und Material

Während einer Hospitation an zwei Krankenhäusern der Maximalversorgung in den USA/OHIO konnte der jeweils etablierte klinische Ethikberatungsdienst in Bezug auf Strukturen sowie der Art und Weise klinischer Unterstützung genauer beobachtet werden.

Weitergehendes Material findet sich in der Darstellung der spezifischen ethischen Fragestellungen und der konkreten Beschreibung der Entwicklung einzelner Fallbeschreibungen. Obwohl überwiegend Patientenanliegen und Behandlungsfälle aus den somatischen Versorgungsfeldern beobachtet wurden, konnten auch mehrere psychiatrische Behandlungsfälle eingeschlossen und an den psychiatrisch-ethischen Fragestellungen partizipiert werden. Diese beziehen sich beispielsweise auf die Abwägung von Behandlungsangeboten zum Nutzen und Schadensvermeidung für Patienten, der Feststellung der Einwilligungsfähigkeit oder die Abwägung von Patientenwünschen in Bezug auf die weitere Behandlung.

Die gemachten Beobachtungen beruhen auf der Grundlage einer teilnehmenden Beobachtung in zwei Krankenhäusern der Maximalversorgung in den USA/OHIO, denen jeweils eine psychiatrische Fachabteilung angegliedert ist.

Ergebnisse

Vorgestellt werden die unterschiedlichen Ansätze und Durchführungsmöglichkeiten psychiatrischer Ethikberatung in drei Psychiatrischen Kliniken, davon zwei Kliniken in USA/Ohio als auch eine Klinik in Deutschland, NRW.

Dabei wird auf folgende Themen näher eingegangen:

- *Strukturen der unterschiedlichen Formen klinischer Ethikberatung*: vom einzelnen Berater zum großen Komitee [10]. Konkret werden die Ziele und Aufgaben als auch Vor- und Nachteile beschrieben.
- *Einwilligungsfähigkeit – „free decision making capacity“* [8]: Hier erfolgt eine Darstellung der Kompetenzprüfung von Menschen mit psychischer Erkrankung. Die Frage, wie sich die Einwilligungsfähigkeit feststellen lässt, schließt sich an.
- *Grundkonflikt der Psychiatrie in Bezug auf Autonomie und Selbstbestimmungsrecht der Patienten sowie der Fürsorgeverantwortung und Schadensvermeidung durch die Professionellen* [7]: Falldarstellungen, die den psychiatrischen Grundkonflikt beinhalten, sind im psychiatrischen Arbeitsalltag häufig zu finden.
- *Patientenverfügungen, Vollmachten, Behandlungsvereinbarungen*: Kann der vorausverfügte Wille in störungsfreien Zeiten für Krisenzeiten festgelegt werden? Welche Instrumente stehen zur Verfügung?
- *Psychisch erkrankte Menschen im Krankenhaus* bedürfen einer besonderen und sensiblen fächerübergreifenden Versorgungsstruktur.

Diskussion

Die verschiedenen Beratungsmodelle, zugrunde liegende Ansätze sowie werteorientierte Grundhaltungen der verschiedenen klinischen Ethikberatungsdienste werden beschrieben und dienen als Diskussionsgrundlage. Darüber hinaus können Beratungs- und Kommunikationswerkzeuge praxisnah dargestellt werden.

Probleme und ethische Fragestellungen psychisch erkrankter Patienten im Krankenhaus kommen weiterhin zur Sprache. Um den speziellen Bedürfnissen dieser Patientengruppe gerecht zu werden, braucht es spezifisches Wissen und ethische Sensibilität sowie ein fächerübergreifendes Versorgungsverständnis.

Schlussfolgerung

Obwohl in den USA unterschiedliche rechtliche als auch gesundheitspolitische Rahmenbedingungen vorliegen, kann ein Vergleich zur Praxis in Deutschland stattfinden. Die konkreten Erfahrungen an drei psychiatrischen Kliniken zum einen in Deutschland/NRW als auch in USA/Ohio zeigen Übereinstimmungen als auch Differenzen. Diese können der Reflexion der subjektiven und institutionellen psychiatrisch-ethischen Wertehaltungen dienen.

Literatur

1. Abraham, A. (2011). *Die Rolle der Pflege in der klinischen Ethik – Entwicklung klinischer Ethikberatung*. Karl Franzens Universität Graz (Hrsg.). Zugriff am 28.06.2016, <http://unipub.uni-graz.at/obvugrhs/download/pdf/216625?originalFilename=true>
2. Agich, G. (2003). *Joining the team: Ethics Consultation at the Cleveland Clinic*. Kluwer Academic Publishers/ HEC Forum 15 (310 – 322).
3. Evangelisches Krankenhaus Bielefeld gGmbH (2014). *Klinische Ethik – Jahresbericht 2014*. Zugriff am 28.06.2016, http://evkb.de/fileadmin/content/download/Klinische_Ethik/jahresbericht_2014_klinische_ethik_web.pdf
4. Kobert, K. et al (2008). *Der klinische Ethikberatungsdienst im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld*. Ethik Med 20 (122 – 133).
5. Reiter-Theil, S. (1999). *Ethik in der Klinik – Theorie für die Praxis: Ziele, Aufgaben und Möglichkeiten des Ethik-Konsils*. Ethik Med 11 (222 – 232).
6. Reiter-Theil et al (2014). *Klinische Ethik in der Psychiatrie: State of the Art*. Psychiatrische Praxis 41 (355 – 363).
7. Steinert, T. (2001). *Ethische Probleme in der psychiatrischen Behandlung und Pflege*. Psych Pflege 7 (01) (32 – 36).
8. Stoecker, R. (2011). *Grundlegende Überlegungen zur klinischen psychiatrischen Ethik*. Psych Pflege 17 (05) (233 – 239).
9. Vollmann, J. (2008). *Klinische Ethikkomitees und Ethikberatung in Deutschland. Bisherige Entwicklungen und zukünftige Perspektiven*. Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum (Hrsg.). Zugriff am 28.06.2016, http://www.bioethica-forum.ch/docs/08_1/1_08_8.pdf.
10. Winkler, E.C. (2009). *Sollte es ein favorisiertes Modell klinischer Ethikberatung für Krankenhäuser geben? – Erfahrungen aus den USA*. IEthik Med 21 (309 – 322).

22. Barrieren des Fremdseins durch ethische Fallgespräche überwinden – Wertediskussionen als ein Element in der Behandlung von Menschen mit Psychosen

Birgit Hahn, Klaus Kobert, Tanja Löbbing

Hintergrund

Im Tätigkeitsfeld der Psychiatrie ist die Durchführung von reflektierenden Fallgesprächen oder -supervisionen ein bewährtes interdisziplinäres Arbeitsmittel. Um ethische Fragestellungen, die innerhalb von Behandlungsentscheidungen in Krankenhäusern stark an Bedeutung gewonnen haben, in die Behandlungsverläufe zu integrieren, haben sich in der Psychiatrischen Klinik des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld (EvKB) ethische Fallgespräche bewährt.

Während diese in der somatischen Medizin zunehmend etabliert werden, sind sie im psychiatrischen Setting in Deutschland bis heute kaum zu finden. Im EvKB hingegen wurden in den vergangenen 10 Jahren über 450 ethische Fallgespräche durchgeführt, 20 % davon in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

Dabei treten im Tätigkeitsfeld der Psychiatrie ethische Fragestellungen im Hinblick auf fallbezogene Pflege- und Behandlungsentscheidungen häufig auf. Die Fragen entstehen jedoch nicht in Grenzsituationen am Lebensende sondern rund um Themen in der Mitte eines Lebens. Die Selbstverantwortung der Patienten ist zudem an die Seite der Expertenverantwortung getreten [1, 2]. Darüber hinaus können die in der Medizinethik akzeptierten und angewandten Konzepte wie z.B. die Prinzipienethik von Beauchamp und Childress oder das Konzept des Informed Consent auch im Bereich der Psychiatrie als gültig angesehen werden [3].

Problemstellung

Psychische Erkrankungen, insbesondere Psychosen, machen u.a. für die Betroffenen und deren Angehörigen zuvor nicht gekannte persönliche Gren-

zen und Barrieren erlebbar. Betroffene empfinden die Umwelt, in der sie sich sonst zu Hause gefühlt haben, als fremd und sonderbar. Sie selbst dagegen werden von ihren Angehörigen und Freunden als verändert und befremdlich erlebt.

Psychiatrische Behandlungsteams haben aufgrund ihres Behandlungsauftrags in diesem Konfliktfeld eine besondere Position und suchen nach Lösungsmöglichkeiten. Nicht selten sind dabei akute und latente Gefährdungslagen zu berücksichtigen. Zwangsunterbringungen, Behandlungen gegen den natürlichen Willen von Betroffenen, aber auch frühzeitige Behandlungsabbrüche, sind häufig die Folge.

Als bedeutungsvolle Themen einer Ethik in der Psychiatrie sind damit die besondere Achtung der Menschenwürde, der Konflikt zwischen dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten und der Fürsorgeentscheidungen durch die Klinik als auch die Durchführung von Zwangsmaßnahmen und -behandlungen zu nennen. Der Konflikt zwischen der Selbstbestimmung der Patienten und einer von Fürsorge geprägten paternalistischen Haltung der in der Psychiatrie tätigen Mitarbeiter wird als Grundkonflikt der Psychiatrie benannt [4]. Fragestellungen innerhalb dieses Grundkonflikts machen einen großen Stellenwert der psychiatrisch-ethischen Fragestellungen aus. In psychiatrischen Behandlungsverläufen ist es deshalb immer wieder erforderlich, die Balance zwischen diesen genannten Polaritäten zu suchen. Erhält die Autonomie das ausschließliche Leitprinzip, kann dies u. U. auch zum langfristigen Schaden der Patienten führen [2]. Dagegen fördert eine paternalistische Haltung der professionell Tätigen Regression und begünstigt die Durchführung von Zwangsbehandlungen und Zwangsmaßnahmen. Entscheidungen zugunsten von Zwang sind im Falle einer Anwendung besonders zu begründen.

Aufgrund der aus Sicht der Betroffenen besonders einschneidenden und kränkenden Erfahrungen in Bezug auf Zwangsmaßnahmen und -behandlungen sollten Maßnahmen gegen den natürlichen Willen eines nicht einwilligungsfähigen Patienten nach Möglichkeit vermieden werden [3].

Ziel

Ethische Fallgespräche können zu einem besseren Verständnis der unterschiedlichen Positionen führen und dabei helfen, Barrieren des krankheitsbedingten Fremdseins zu überwinden. Dabei entsteht durch ein ethisches Fallgespräch Transparenz der vorhandenen ethischen Wertehaltungen und die Entscheidung über das weitere Vorgehen kann ethisch sorgfältig begründet werden [5, 8].

Vorgehen

Zur Konkretisierung erfolgen die Falldarstellung einer Patientin mit psychotischer Symptomatik sowie die Beschreibung des langwierigen Behandlungsverlaufs. Die Patientin war aufgrund von veränderter Wahrnehmung und paranoidem Wahnerleben auf eine geschlossene Station mit Unterbringung nach BGB aufgenommen worden. Sie hatte kurz zuvor einen Sohn geboren. Aufgrund von zunehmendem Fremdempfinden lehnte sie wenige Wochen nach der Geburt ihren langjährigen Lebenspartner als auch ihren neugeborenen Sohn ab. Neuroleptischer Medikation und anderen Therapieoptionen, die sie schon aus früheren Krisenzeiten kannte, stand sie ablehnend gegenüber und zeigte sich durchgängig mißtrauisch gegenüber Beziehungsangeboten auf der Station. Nach einer Behandlungszeit mit genehmigter Zwangsmedikation und kaum sichtbarem Behandlungserfolg wurde die Behandlung als nicht erfolgreich angesehen und eine weitere stationäre Behandlung in Frage gestellt.

In der Darstellung des Falls werden sowohl die ethischen Divergenzen innerhalb des Behandlungsteams als auch jene zwischen der Patientin, den Angehörigen und den Professionellen verdeutlicht und die dabei auftretenden Wertekonflikte aufgezeigt. Diese manifestieren sich in der Abwägung von Aspekten der Patientenautonomie, des Nutzens und der Abwendung von Schaden sowie Aspekten der Fürsorge für die Patientin und ihre Angehörigen.

Ein ethisches Fallgespräch erfolgt auf Anregung eines Mitglieds des Behandlungsteams und wird durch ein Moderatorenteam des Ethikberatungsdienst des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld auf der Station durchgeführt [7, 8]. Die Moderation erfolgt angelehnt an die „Nimwegener Methode“ [5]. Dies ist eine speziell auf den klinischen Alltag zugeschnittene strukturierte Moderationsmethode, die den Austausch über ethische Fragestellungen und Werthaltungen im Behandlungsteam zum Ziel hat. Die Nimwegener Methode stammt aus der Somatik und wurde auf die Bedürfnisse der Psychiatrie erweitert [6]. Nach konkreter Problemdefinition und ausführlicher Informationssammlung aus dem Blickwinkel aller Beteiligten führt die Diskussion zur Abwägung von ethischen Argumenten, die i.d.R. in einem Konsens zusammengefasst werden können. Das Gespräch wird nach einer festgelegten Struktur protokolliert. Zu den ethischen Fallgesprächen im EvKB werden die betroffenen Patienten, aber auch Angehörige und andere wichtige Bezugspersonen eingeladen, um die subjektiven Sichtweisen des Patienten und auch der Angehörigen bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen [7].

Ergebnisse/Erfahrungen

In dem ethischen Fallgespräch konnte sowohl der Blickwinkel aller Beteiligten des Behandlungsteams als auch der Angehörigen und des gesetzlichen Betreuers berücksichtigt werden. Die schon beschriebenen individuellen werteorientierten Haltungen und o.g. medizinethische Prinzipien kamen darin fallbezogen zur Sprache, insbesondere die subjektive Bedeutung von Familie und Mutterrolle. Unter Berücksichtigung aller Beteiligten und ihrer Werthaltungen konnte ein Konsens erzielt und ein gemeinsamer Umgang mit der Situation empfohlen werden. Dieses Ergebnis wurde im weiteren Behandlungsverlauf umgesetzt.

Diskussion

Die Reflexion ethischer Werte ist ein wichtiges Instrument, um Pflege- und Behandlungsentscheidungen zu verstehen und begründbar zu machen. Zugleich macht diese Vorgehensweise die Wünsche und Überzeugungen des

Patienten für die Teammitglieder und die Angehörigen nachvollziehbarer, da sie die Informationen hierzu vom Patienten selbst, als Experte in eigener Sache, erhalten. Deshalb sollte für die Wahrnehmung der unterschiedlichen ethischen Werte in Behandlungskontexten sensibilisiert werden. Für die Auseinandersetzung damit braucht es zeitliche und inhaltliche Strukturen, die diese spezifischen Diskussionsprozesse in psychiatrischen Pflege- und Behandlungsteams ermöglichen.

Schlussfolgerung

Ethische Fallgespräche unter Beteiligung von Patienten und Angehörigen haben sich in psychiatrischen Versorgungsfeldern bewährt, um eine Sicht der aktuellen Situation und Gefährdungslage eines Patienten zu entwickeln. Dieser gemeinsame Blick ermöglicht ein besseres Verständnis von subjektiven Grenzen, aber auch von gemeinsamen Zielen und Lösungsmöglichkeiten in einer Konfliktsituation. Ethische Fallgespräche können somit einen Beitrag dazu leisten, Fremdsein zu überwinden, wieder Sicherheit und Heimat zu erleben sowie Vertrauen zurück zu gewinnen.

Literatur

1. Stoecker, R. (2011). *Grundlegende Überlegungen zur klinischen psychiatrischen Ethik*. In: *Psych Pflege* 17 (05), S. 233–239.
2. Wolfersdorf, M., Schüler, M. (2009). *Grenzen der Autonomiefähigkeit – Ethische Fragestellungen in der Psychiatrie und Psychotherapie*. In: D. Meier-Allmendinger & R. Baumann-Hölzle (Hrsg.), *Der selbstbestimmte Patient (Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 1)* (S. 29 – 41). Basel: Schwabe AG
3. Meier-Allmendinger, D. (2009). *Psychiatrie – Dilemmas im Umgang mit einer fragilen Psyche*. In: C. Arn & T. Weidmann – Hügler (Hrsg.). *Ethikwissen für Fachpersonen (Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 2)* (S. 195 – 210). Basel: Schwabe AG
4. Steinert, T. (2001). *Ethische Probleme in der psychiatrischen Behandlung und Pflege*. In: *Psych Pflege* 7 (01), S. 32–36.
5. Steinkamp, N. & Gordijn, B. (2000). *Die Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechungen*. *Rheinisches Ärzteblatt* 5, S. 22 – 23.
6. Bossle, M. & Zwick, B. (2004). *Ethische Problemstellungen in psychiatrischen Kliniken*. *Psych Pflege* 10. S. 244 – 248.
7. *Ethikberatungsdienst* (2015). *Klinische Ethikberatung*. *Evangelisches Krankenhaus Bielefeld gGmbH* (Hrsg.). Zugriff am 07.05.2015.
http://evkb.de/fileadmin/content/download/Klinische_Ethik/klinische_ethikberatung_201304.pdf
8. Kobert, K., et al. (2008). *Der klinische Ethik-Beratungsdienst im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld*. In: *Ethik Med* 20; 122 – 133.

23. Was uns beschäftigt: Der Dreiländerkongress und die Entwicklung der Psychiatrischen Pflege im Deutschsprachigen Raum

Sabine Hahn, Iris Lipp, Maurus Ruf, Thomas Schwarze

Hintergrund

Der Dreiländerkongress wurde 2004 mit dem Titel „Aufbruch im Umbruch“ in der Neuen Schmiede Bielefeld erstmalig durchgeführt. Der Kongress stellte ein Novum für den deutschsprachigen Raum dar. International anerkannte Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftler aus dem In- und Ausland präsentierten ihre Arbeiten und zeigten auf, wie ein wissenschaftlicher Diskurs in der Psychiatrischen Pflege geführt werden kann. Schon für die zweite Durchführung an den Universitären Psychiatrischen Diensten in Bern öffneten Chris Abderhalden und Ian Needham den Kongress mit einem Call for Abstracts für Praktikerinnen und Praktiker, wissenschaftlich arbeitende Pflegende sowie Vertretungen des Managements. Im Bereich der deutschsprachigen psychiatrischen Pflege war dies ein Novum, denn nur wenige Personen schienen Erfahrung im Einreichen von Beiträgen und Durchführen von Referaten und Workshops zu haben. Jedoch zeigte die Berufsgruppe Experimentierfreudigkeit. Enthält der Kongressband 2004 gerade mal 13 Beiträge, so werden im 2005 mit 28 schon gut doppelt so viele Beiträge präsentiert und im 2006 steigert sich, bei der ersten Durchführung in Wien, die Beteiligung auf die Menge von 88 Präsentationen und Workshops. Ein beachtlicher Erfolg in kürzester Zeit und, wie die Veranstalterinnen und Veranstalter des Jubiläumskongresses 2014 festhalten: „[...] rückblickend für die Entwicklung einer professionellen Psychiatrischen Pflege im deutschsprachigen Raum von großer Bedeutung ist. Der Kongress hatte nicht mehr die Funktion, dass vermeintliche Experten den Praktikern etwas erzählten. Vielmehr wurde die Praxis Gegenstand des Kongresses und somit ein wichtiger Ort für Innovation und Diskurs. Von diesem Zeitpunkt an verstand und versteht sich der Dreiländerkongress auch als Lernplattform

für Psychiatriepflegende, die sich in der Kunst des Vortragens und der kritischen Auseinandersetzung darüber perfektionieren wollen. Diese Entwicklung erscheint umso beeindruckender, als sie in ihren Anfangsjahren gänzlich ohne Hilfe von Hochschulen und nahezu unbemerkt vom Pflegewissenschaftlichen Betrieb stattgefunden hat.“ [1, Seite 6]

Zielsetzung

Der Dreiländerkongress als Ort des Diskurses und der Entwicklung der psychiatrischen Pflege fasziniert uns bis heute. Der Diskurs selbst wurde jedoch noch nie reflektiert. Welche Themen wurden diskutiert? Was beschäftigte die Psychiatrische Pflege in den letzten 12 Jahren? Wie gestaltet sich dieser Diskurs und von wem wird er dominiert? Diesen und weiteren Fragen widmet sich das Projekt Trinationale Entwicklung der Psychiatrischen Pflege in Praxis und Wissenschaft (kurz Tripsy). Im Referat werden erste Ergebnisse aus der Analyse der Kongressbände 2004 bis 2015 präsentiert und zur Diskussion gestellt.

Resultate Kongressbandanalyse

Anzahl der Beiträge: Im Überblick zeigt sich, dass im Rahmen des Kongress von Jahr zu Jahr mehr Beiträge vom wissenschaftlichen Beirat bewertet und zur Publikation in die jeweiligen Kongressbände aufgenommen wurden. So stieg die Anzahl der als publikationswürdig beurteilten Beiträge von 13 (Erstkongress in Bielefeld ohne Reviewverfahren) auf 78 im Jahre 2015 (Wien mit peer-review Verfahren). Die höchste Anzahl Publikationen von Beiträgen enthielt der Kongressband 2014 (Wien) mit 97 Beiträgen. Betrachtet man die Anzahl der Beiträge separat nach Kongressort, so zeigen sich ähnliche Muster: Bielefeld mit 13 Beiträgen im Kongressband 2004 und 83 Beiträgen im Jahr 2013. Bern mit 28 Beiträgen im Kongressband 2005 und 87 Beiträgen im Jahr 2014. Einzig der Kongressort Wien weist von Beginn weg eine hohe Publikationsrate auf (2006, 87 Beiträge; 2015, 78 Beiträge).

Art des Beitrages: Von den 840 publizierten Beiträgen konnten 331 Beiträge (39.4 %) der Wissensvermittlung, 263 Beiträge (31.3 %) dem Bereich eines

Praxisprojekts und 201 Beiträge (23.9 %) der Thematik Forschung(-sprojekt) zugeordnet werden. Beiträge zu Projekten im Management/Führung, im Bereich der Bildung und der Öffentlichkeitsarbeit waren eher selten (1.7 %, 0.7 % und 1.7 %). Auch über die einzelnen Jahre stellten die Beiträge zur Wissensvermittlung, zu Praxis- und Forschungsprojekten den grössten Teil der eingereichten und bewilligten Beiträge dar.

Inhalt und Fokus der Beiträge: Die eingereichten und publizierten Beiträge der letzten 12 Jahre zeichneten sich durch vielfältige Themen aus. Im Fokus standen einzelne Zielgruppen wie das Personal in psychiatrischen stationären oder ambulanten Einrichtungen, Patientinnen und Patienten, Angehörige, als auch Peers. Oftmals wurden zielgruppenübergreifende Thematiken in verschiedensten Kombinationen, wie z.B. Pflegende und Angehörige oder Patienten und Angehörige aufgenommen. Für die Analyse wurden folgende Kategorien für die Zielgruppe gebildet: (a) Personal, (b) Patienten, (c) Angehörige, (d) Peers und (e) Diverse. Beiträge, in denen der Fokus auf zwei oder mehr Zielgruppen lag, wurden dementsprechend mehrfach gewertet, so dass das Total der übergeordneten Gruppen über dem Total der eingereichten und publizierten Beiträge lag. Es zeigte sich, dass die Foki Personal und Angehörige über die Zeit stark anstiegen und immer im Vordergrund standen. So wurden zwischen 2004 bis 2015 530 Beiträge gezählt, bei denen u.a. das Personal im Fokus stand. Bei Beiträgen, welche Patienten ins Zentrum stellten, betrug die Zahl im gleichen Zeitraum 426. Die Zielgruppen der Angehörigen und der Peers wurden hingegen weniger häufig gewählt. So betrug die Anzahl der Beiträge mit Zielgruppe u.a. auf die Angehörigen 62 und die Anzahl der Beiträge mit Zielgruppe u.a. auf die Peers 44. Betrachtet man das Herkunftsland der Autorinnen und Autoren, so fällt auf, dass 23 Beiträge mit der Zielgruppe Peers von Schweizer, 19 Beiträge von deutschen, und kein Beitrag von österreichischen Autorinnen und Autoren stammten.

Autorinnen und Autoren: 402 Beiträge (47.9 %) kamen aus Deutschland, 283 (33.7 %) aus der Schweiz und 82 (9.8 %) aus Österreich. Erfreulich ist, dass auch Autoren aus nicht deutschsprachigen Ländern Beiträge zum Kongress

einreichen. So wurden in den letzten 12 Jahren 34 (4.0 %) Beiträge von Autorinnen und Autoren eingereicht, die nicht in Deutschland, der Schweiz oder Österreich domiziliert waren. 39 (4.7 %) Beiträge wurden von internationalen Kooperationen (≥ 2 Länder) eingereicht. Nicht gänzlich unerwartet wurden fast immer bei den Heimkongressen der Autorinnen und Autoren weit mehr Beiträge eingereicht als bei den Kongressen in den anderen Ländern. Die Schweizer Autorinnen und Autoren sind hierbei die Ausnahme der Regel, da sie bis zum Jahr 2012 stetig mehr Beiträge einreichten als im Vorjahr.

Versorgung: Die meisten Beiträge ($n = 355$, 42.3 %) beschäftigten sich mit Fragen und Problemen in der stationären Versorgung. Setting übergreifende Thematiken wurden in 351 (41.8 %) der Beiträge aufgegriffen. 80 Beiträge (9.5 %) beschäftigten sich mit Fragen der ambulanten Betreuung und Versorgung. Hingegen waren Beiträge zu betreuten Wohnformen sehr selten ($n = 3$, 0.4 %). Betrachtet man die Beiträge jedoch über die Zeit, so zeigt sich, dass Beiträge zur stationären Betreuung und Versorgung in den Jahren 2005 bis 2007 und in den Jahren 2013 und 2014 den grössten Anteil stellten. 2008 wurden gleich viele Beiträge ($n = 24$; 42.9 %) zur stationären Betreuung und zu Setting übergreifenden Thematiken eingereicht und bewilligt. In den Jahren 2009 bis 2012 überwogen hingegen die Beiträge zu Setting übergreifenden Thematiken (61.2 %, 42.7 %, 50.0 % und 49.5 %).

Diskussion

Es zeigt sich, dass sich der Dreiländerkongress in der internationalen deutschsprachigen Psychiatrischen Pflegelandschaft etablieren konnte. Dies ist unter anderem an der Anzahl der eingereichten und publizierten Beiträge über die Zeit gut zu erkennen. Unstrittig ist auch, dass die Autorinnen und Autoren am häufigsten Beiträge zum Kongressort im eigenen Land einreichten. Hier könnte die Gefahr bestehen, dass der internationale Austausch in Forschung und Praxis abnimmt, da – evtl. aus finanziellen Gründen – eine Teilnahme nur noch im Heimatkongress möglich ist. Um dies zu vermeiden müssten Wege der Kongressförderung in Betracht gezogen werden. Eine

solche bietet beispielsweise in der Schweiz der Schweizerische Nationalfond für wissenschaftliche Beiträge an [2].

Die grosse Anzahl von Beiträgen über die Jahre, die von Praxisprojekten und ihren Erfolgen und Schwierigkeiten berichten, lässt vermutet, dass die anfängliche Zielsetzung der Kongressorganisatoren, Pflegefachpersonen aus der Praxis zu ermutigen von ihren Projekten zu berichten und sich national und international auszutauschen, erreicht werden konnte.

Die Resultate zeigen zudem auf, dass die drei beteiligten Länder bezüglich der Pflegeentwicklung und Pflegeforschung an verschiedenen Punkten stehen. Beispielsweise werden Beiträgen zur Rolle und Funktion von Peers, in der Schweiz – gemessen an der Anzahl von Beiträgen – breiter diskutiert und in verschiedensten Formen implementiert. Um Unterschiede in den Themen deren Entwicklung und Veränderung sowie den dazu gehörenden Diskursen vertiefter zu betrachten, muss jedoch die Analyse qualitativ vertieft werden.

Im Gegensatz zur Entwicklung in der Praxis scheinen Praxis- und Forschungsberichte aus dem Setting der betreuten Wohnform, der stationären Langzeitbetreuung und der ambulanten Betreuung seltener Eingang in den Kongress zu finden. Während sich die Anzahl der Beiträge mit dem Fokus auf die ambulante Betreuung über die Jahre erhöhte und letztendlich auch stabilisieren konnte, ist die Anzahl der Beiträge mit dem Fokus auf Patientinnen und Patienten in einer betreuten Wohnform oder einer stationären Langzeitbetreuung – auch über die Jahre – konstant niedrig geblieben. Hier scheint sich eine Diskrepanz zwischen Praxisentwicklung [3] und Kongress-themen zu zeigen. Dies könnte ebenfalls mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen in diesem Versorgungsbereich zusammenhängen und den Möglichkeiten der Pflegefachpersonen dieser Bereiche Kongressbeiträge zu verfassen und sich somit am internationalen Diskurs zu beteiligen. Sollte dem so sein, müsste eine solche Entwicklung kritisch betrachtet werden. Denn es würde bedeuten, dass die fachliche Diskussion von ressourcenstarken Bereichen dominiert wird und neue innovative Bereiche die Diskussion zu wenig befruchten können.

Literatur

1. *Vorwort der Veranstaltenden. Der 10. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie „Blick zurück und nach vorn“ Zurückgehen um besser springen zu können in 10 Jahren Praxis, Management, Ausbildung und Forschung (2010) Michael Schulz, Susanne Schoppmann, Ian Needham, Harald Stefan, Anna Hegedüs, Udo Finklenburg, Sabine Hahn. In: „Blick zurück und nach vorn“ Zurückgehen um besser springen zu können 10 Jahre Praxis, Management, Ausbildung und Forschung Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen 10. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld.*
2. <http://www.snf.ch/de/foerderung/wissenschaftskommunikation/wissenschaftliche-tagungen/Seiten/default.aspx>
3. *Hahn, S., & Richter, D. (2014). Die Psychiatrische Pflege im Jahre 2030. Psych Pflege Heute, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York, 5(20), 268-274. doi:DOI 10.1055/s-0034-1390259.*

24. Hoffnung vermitteln

Michaela Hans, Manuela Grieser

Hintergrund

„Hoffnung haben“ ist im Genesungsprozess von Betroffenen mit einer psychiatrischen Diagnose ein wichtiger Faktor [1, 2]. Sie beschreiben, dass Hoffnung für sie essentiell ist und ihr Überleben sichert [3].

Pflegende stehen in der Behandlungspraxis mit Betroffenen in enormen Spannungsfeldern von Selbstbestimmung versus Zwang, Autonomie versus Betreuung, psychische Erkrankung versus seelische Gesundheit, Hoffnung versus Chronifizierung. Ausserdem herrscht nach wie vor eine defizit- und pathologieorientierte Praxis vor. Eine Aufbereitung des Konzeptes Hoffnung trägt zu einer massgebenden humanistischen Haltung im Pflegeprozess bei.

Ziel

Durch eine konzeptuelle Erarbeitung der Phänomene Hoffnung und Hoffnungslosigkeit (1), werden diese voneinander abgegrenzt, eine rein ressourcenorientierte Herangehensweise aufgezeigt (2) und hoffnungspromovierende Interventionen herausgearbeitet.

Methodik

1. Anhand einer literaturbasierten konzeptuellen Analyse der Begriffes Hoffnung wird aufgezeigt, mit welchen therapeutischen und philosophischen Ansätze sich eine hoffnungsspendende ressourcenorientierte Haltung gewinnen lässt.
2. Mittels strukturierter Literaturanalyse werden Prioritäten erarbeitet, welche hoffnungsspendend sind.

Ergebnisse

Definition

Hoffnung ist eine innere Kraft, die einen dynamischen psychologischen Prozess ermöglicht, sich über gegebene Lebensumstände zu stellen [4, 5].

Ursächliche oder beeinflussende Faktoren

In der Anstrengung um Wiedergenesung kann Hoffnung als persönliches Selbstkonzept Ich-Stärke erzeugen [4]. Durch eine passive Haltung des Hoffens, wird eine positive Veränderung von aussen durch Mitmenschen erwirkt [1].

Bestimmende Merkmale

Hoffnung ist kein linearer Prozess. Hoffnung vermittelt ein Gefühl der Zugehörigkeit. Hoffnung heisst, sich wertvoll fühlen, sich nützlich fühlen, sich nicht als Patient fühlen. Hoffen heisst, Vorfreude erleben, Selbstwirksamkeit zu erkennen und geistig aktiv zu sein [6, 7, 8].

Patientenbezogene Pflegeziele [5, 7, 9]

- Änderung von negativen Gedanken.
- Den Veränderungen im Leben anpassen und positive Erfahrungen daraus ableiten können.
- Persönliche Kontrolle über die Erreichung von eigenen Lebenszielen und Aktivitäten.
- Erleben einer Erleichterung der Situation.
- Das Gefühl, dass man an der Krise gewachsen ist.

Pflegepriorität 1: Beziehungsgestaltung [5, 7, 9]

- Subtiles einträufeln von Hoffnung ab der ersten Begegnung.
- Demonstration einer bedingungslosen Akzeptanz und Toleranz.
- Wahrnehmen des Betroffenen in seiner Gesamtheit.

- Schaffung einer Partnerschaft: Die Entscheidungsfindung ist ein demokratischer Prozess.
- In der Kommunikation liegt die Betonung auf dem Potential des Betroffenen.
- Offenlegung von Schmerz, darauf achten, dass dieser nicht zerstörend wirkt.
- Gelegenheiten bieten, Ärger und Wut aus zu drücken.
- Identifizieren von Unsicherheit, Angst- und Stressquellen, für eine effektive Problemlösung sorgen.
- Anwesenheit und Unterstützung bieten, Versorgung mit aktuellen Informationen.
- Herausfinden und Heranziehen von Gemeinschaftsressourcen.
- Schaffung eines physischen Milieus in der Begegnung mit Gleichgesinnten stattfinden kann.

Pflegepriorität 2: Einschätzen der Hoffnung [10, 11, 12]

- Herausfinden welche Erfahrungen der Betroffene mit Hoffnung gemacht hat.
- Suche nach Hinweisen zu Aspekten die Hoffnung bestätigen.
- Herausfinden, Erkennen und Verstehen was Hoffnung für den Betroffenen bedeutet.

Pflegepriorität 3: Unterstützen des Betroffenen bei der Wahrnehmung seiner Gefühle und beginnen seine eigenen Hoffnungsquellen einzusetzen [11, 12]

- Sicherstellen, dass der Betroffene den Prozess steuert.
- Aktivieren und Fördern der Freisetzung von schmerzhaften Gefühlen.
- Aufdecken von negativen Konstrukten, falschen Annahmen und ungenauer Selbstwahrnehmung.

- „Hope Kits“ entwickeln, zum Beispiel persönliche Gegenstände, Geschichten aus der Vergangenheit, die mit einem kraftvollen Gefühl der Hoffnung in Verbindung gebracht werden.
- „Borrow Hope“, sich von Anderen Hoffnung als vorübergehendes Darlehen nehmen. „Ich bin hoffnungsvoller als sie, weil...“
- Sorgfältiger Einsatz von drei Hoffnungsvermittlern in der Sprache: „wenn..., dann...“- suggeriert eine Veränderungsmöglichkeit, „noch nicht, aber...“- dabei wird die Möglichkeit einer Verschiebung aufgezeigt. „ich glaube, dass...“, dabei wird ein hoffnungsvoller Moment abgebildet.
- Auffordern und Unterstützen zur Führung eines „hope memory book“, „hope journal“, „list of hope bringers“, bei sich tragen eines „hope saver basket“
- Fördern des sich Erinnerns an hoffnungsvolle Momente zur Stärkung der Ich-Integrität.
- Diskutieren und fördern der Strategie des Umdeutens von Themen.
- Ermutigen über Sinnfragen zu reflektieren.
- Durcharbeiten von Enttäuschungen, Vermeidung von falscher Hoffnung.
- Führung durch den Prozess eines gesunden Trauerns.
- Erteilen von Aufgaben für den Alltag.

Pflegepriorität 4: Förderung des Wohlbefindens [10, 11, 12]

- Für physischen und emotionalen Komfort sorgen.
- Fördern des Gleichgewichtes von Aktivität und Ruhe.
- Gezielte Verwendung von Stille.
- Einsatz von "Therapeutic Touch": Präsenz und Verbundenheit signalisieren, Sicherheit geben, Trost spenden.
- Förderung von Unbeschwertheit durch Fröhlichkeit und Humor.
- Ermöglichen des spirituellen Ausdrucks und der spirituellen Praxis.
- Hartnäckigkeit und Entschlossenheit als positive Persönlichkeitsmerkmale fördern.

Diskussion und Schlussfolgerung

Das Pflegepersonal hat eine Schlüsselfunktion inne, das Konzept Hoffnung weiter voranzutreiben. Hoffnung vermitteln als Schwerpunkt in der Krankenpflege hiesse, sich auf ein neues Paradigma in der Pflege einzulassen. Dies bedingt das Entwickeln eines Bewusstseins für eine bedingungslose ressourcenorientierte Denkweise.

Literatur

1. Seligman, M.E.P., & Petermann, F. (1979). *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim [u.a.]: Beltz.
2. Seligman, M.E.P. (2009). *Der Glücks-Faktor: Warum Optimisten länger leben*. Bergisch Gladbach: Bastei Lübbe
3. Schulz, M. & Zuaboni, G. (Hg.) (2014). *Die Hoffnung trägt*. Köln. Psychiatrieverlag.
4. Miller, G., & Happell, B. (2006). Talking about hope: The use of participant photography. *Issues in mental health nursing*, 27(10), 1051-1065.
5. Cutcliffe, J.R., & Herth, K.A. (2002b). The concept of hope in nursing 2: hope and mental health nursing. *British Journal of Nursing*, 11(13), 885-889, 891-883.
6. Tutton, E., Seers, K., & Langstaff, D. (2009). An exploration of hope as a concept for nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 13(3), 119-127.
7. Cutcliffe, J.R., & Herth, K.A. (2002a). The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature. *British Journal of Nursing*, 11(12), 832-840.
8. Miller, G., & Happell, B. (2006). Talking about hope: The use of participant photography. *Issues in mental health nursing*, 27(10), 1051-1065.
9. Cutcliffe, J.R., & Grant, G. (2001). What are the principles and processes of inspiring hope in cognitively impaired older adults within a continuing care environment? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(5), 427-436
10. Tutton, E., Seers, K., & Langstaff, D. (2009). An exploration of hope as a concept for nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 13(3), 119-127.
11. Cutcliffe, J.R. (2006a). The principles and processes of inspiring hope in bereavement counselling: a modified grounded theory study--part one. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 598-603.
12. Cutcliffe, J.R. (2006b). The principles and processes of inspiring hope in bereavement counselling: a modified grounded theory study--part two. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 604-610

25. Interventionsstudien als Link zwischen Forschung und Praxis – wie geht das?

Anna Hegedüs, Dirk Richter, Peter Wolfensberger, Simone Aquilante

Hintergrund

Pflegewissenschaftliche Forschungsprojekte in der Psychiatrie beschäftigen sich vermehrt mit der Entwicklung, Implementierung und Wirkungsmessung von pflegerischen Interventionen. Interventionsstudien können nicht nur einen Beitrag zur evidenzbasierten Pflege leisten, sondern auch die nachhaltige Implementierung von neuen pflegerischen Interventionen vorantreiben.

Einleitung

Bei der Durchführung von Interventionsstudien treffen zum Teil unterschiedliche Interessen und Erwartungen von Forschenden/Pflegewissenschaftlern und Pflegefachpersonen aufeinander. Die Forschenden legen z.B. viel Wert auf Aspekte wie Manualtreue, einem reibungslosen Informationsfluss oder eine hohe Motivation für und Beteiligung an der Intervention und der Studie. Für das Pflegefachpersonal sind jedoch häufig andere Faktoren vordergründig, wie z.B., dass die Interventionen praktikabel und umsetzbar sind, dass die Zufriedenheit der PatientInnen und/oder Mitarbeitenden gesteigert wird und dass sowohl die Intervention als auch die Studie mit möglichst wenig zusätzlichem Zeitaufwand verbunden sind. Dies wurde auch bei der Durchführung der pflegerischen Interventionsstudien „Zielorientierte psychiatrische Pflege (ORIENT)“ und „Kurzintervention Übergangsbegleitung“ deutlich. Um nachhaltig neue Interventionen in die psychiatrische Pflege zu implementieren, müssen sich alle Beteiligten dieser unterschiedlichen Erwartungen bewusst werden. Erst dann können konkrete Strategien zur Überwindung dieser Hindernisse entwickelt werden.

Thema

Der Workshop beschäftigt sich mit den praktischen Erfahrungen bei der Umsetzung von Interventionsstudien, an Beispiel von zwei Studien die in der Schweiz durchgeführt wurden. Zusammen mit den Teilnehmenden werden Empfehlungen und Strategien entwickelt, wie die nachhaltige Umsetzung von Interventionen in die Praxis gelingen kann.

Ziele

Im Workshop werden fördernde und hindernde Faktoren für eine nachhaltige Implementierung von Interventionen und deren wissenschaftliche Evaluation identifiziert und konkrete Handlungsstrategien zum Umgang entwickelt.

Ablauf

In kurzen Inputs beleuchten die ReferentInnen ihre Erfahrungen mit der Umsetzung von Interventionsstudien in und mit der Praxis. Die ReferentInnen haben praktische Erfahrungen mit zwei unterschiedlichen Interventionen und Studien gesammelt und berichten von ihren Erkenntnissen, Erfahrungen und etwaigen Stolpersteinen. Dabei nehmen sie die Sichtweisen von drei unterschiedlichen Rollen ein:

- 1) die Rolle der Forschenden, die für Konzipierung vom Forschungsdesign verantwortlich war;
- 2) die Rolle eines Pflegeexperten/Pflegewissenschaftlers als Verantwortlicher für die Umsetzung auf der Klinikebene;
- 3) die Rolle eines Stationsleiters als verantwortliche Person auf der Stationsebene.

Anschliessend an die Inputs werden in Kleingruppen konkrete Handlungsstrategien/Empfehlungen formuliert und diese im Plenum diskutiert.

Gestaltung

Vier kurze, maximal 10-minütige Referate, mit anschließender Gruppenarbeit und geleiteter Diskussion im Plenum. Der Workshop wird moderiert um eine zielgerichtete Diskussion zu ermöglichen.

Lernziele

- Die Teilnehmenden sind sensibilisiert für die Sichtweisen aller Beteiligten eines Forschungsprojektes.
- Die Teilnehmenden kennen fördernde und hindernde Faktoren, die bei der Implementierung von Interventionen und deren wissenschaftlichen Begleitung entstehen können.
- Die Teilnehmenden können Strategien/Ansätze nennen, mit deren Hilfe Interventionen nachhaltig in die Praxis implementiert werden können.

26. Psychiatrische Pflege auf politischem Parkett – Enquete-kommission Pflege Baden-Württemberg

Martin Holzke

Hintergrund

Die Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“ beschäftigte sich vom 27. März 2014 bis 27. Januar 2016 mit der Situation und den Rahmenbedingungen der Pflege in Baden-Württemberg.

Problemstellung

Der Pflegebereich steht in Anbetracht des demografischen Wandels und der sich verändernden gesellschaftlichen Anforderungen an eine gute Pflege vor großen Herausforderungen. Dies hat zugleich Auswirkungen auf die vorhandenen Pflegeangebote und die Zahl der benötigten Pflegekräfte. Der Pflegeberuf stellt hohe Anforderungen und ist psychisch und physisch oft sehr belastend. Es gilt, das Ansehen der Pflege in der Öffentlichkeit zu steigern und den Beruf auch für junge Menschen, aber auch für Quereinsteiger attraktiver zu machen. Begleitend müssen die Arbeitsbedingungen verbessert und der bürokratische Aufwand gering gehalten werden.

Ziele

Ziel der Enquetekommission ist es, die Situation der Pflege in Baden-Württemberg zu untersuchen und zu überprüfen, wie die vorhandenen Rahmenbedingungen verändert und welche Impulse gegeben werden müssen, um eine qualitativ hochwertige Pflege dauerhaft sicherzustellen. Hierbei gilt es, die speziellen Bedürfnisse der Menschen mit physischen und psychischen Einschränkungen gesondert zu berücksichtigen.

Durch den Vortrag sollen die Kernergebnisse der Enquetekommission insbesondere für den Bereich der psychiatrischen Pflege dargestellt und diskutiert

werden. Letztlich geht es für den Bereich der psychiatrischen Pflege auch darum, das „Fremdsein“ auf politischem Parkett zu überwinden.

Vorgehen

Die Enquetekommission führte zunächst eine ausführliche Analyse der bestehenden Situation der Pflege in Baden-Württemberg durch. Dazu wurde eine Stellungnahme des Sozialministeriums eingeholt und anschließend ein erweiterndes Gutachten mit spezifischen Fragestellungen in Auftrag gegeben.

In 57 Vorträgen und einer Verbändeanhörung wurden darüber hinaus die Expertisen von Sachverständigen eingeholt, um die bestehenden und zukünftigen Herausforderungen und mögliche Handlungsansätze zu identifizieren.

Ergebnisse/Erfahrungen

Der mehr als 1000 Seiten beinhaltende Abschlussbericht mit über 600 Handlungsempfehlungen wurde am 27. Januar 2016 einstimmig durch das Landtagsplenum Baden-Württemberg verabschiedet. Darin sind unter anderem folgende Handlungsfelder enthalten:

- In Würde und selbstbestimmt altern
- Fachkräftegewinnung
- Aus- und Weiterbildung sichern
- Sektorengrenzen abbauen
- Pflegebedürftigkeit verhindern
- Bürokratie abbauen
- Quartiersentwicklung stärken
- Pflegende Angehörige entlasten
- Bürgerschaftliches Engagement fördern
- Professionalisierung fördern

Diskussion

Die zum damaligen Zeitpunkt bekannten Parameter zu PEPP lehnt die Enquetekommission ausdrücklich ab. Die Kommission fordert die Akteure zur Schaffung und Gestaltung von integrierten Versorgungsstrukturen mit Persönlichen Budgets auf. Ebenso macht sie sich für den Aufbau von Studiengängen im Bereich Psychiatrischer Pflege/Mental Health in Baden-Württemberg stark. Die Enquetekommission empfiehlt den Einrichtungen zudem, psychiatrische Dienstleistungen an den Grundsätzen von Recovery auszurichten. In diesem Zusammenhang sollen auch Experten aus Erfahrung in die Dienstleistungen der psychiatrischen Versorgung eingebunden werden. Als Herausforderung wird benannt, dass die pflegerische Versorgung in der Psychiatrie eine evidenzbasierte Grundlage haben sollte. Hierfür sieht die Enquete beispielsweise den Bedarf an spezifisch für die psychiatrische Pflege akademisch qualifiziertem Pflegepersonal, dass patientennah eingesetzt wird.

Schlussfolgerungen

Viele der durch die Enquetekommission benannten Herausforderungen und Handlungsempfehlungen sind der Pflegepraxis und der Pflegewissenschaft nicht neu. Gleichwohl ist die ausführliche Bestandsaufnahme und das Benennen von Themen wie Recovery, dem Ziel der Akademisierung und der Überwindung von Sektorengrenzen auf politischer Ebene als Erfolg für die psychiatrische Versorgung der Zukunft zu werten.

27. Neben der Spur und zurück – der Unwirklichkeit entkommen – Depersonalisations- und Derealisationserleben in Zuständen erhöhter Anspannung bei PatientInnen im Schwerpunkt Psychotherapie

Fabienne Jaun, Jacqueline Schneider

Hintergrund

In der Literatur wird beschrieben, dass 80 % [4] der stationär behandelten Patienten Erfahrung mit Depersonalisation (DP) oder Derealisation (DR) haben. Rund 12 % [4] der Patienten beschrieben die DR und DP als stark und anhaltend, welche mit einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität einhergehen kann [4, 8]. DP ist abzugrenzen von dissoziativen Zuständen im Rahmen der dissoziativen Identitätsstörung und/oder der Posttraumatischen Belastungsstörung. In der Literatur wird DP auf vier verschiedene Arten beschrieben: (1) als ein Gefühl der Entkörperung, im Sinne von Abtrennung; (2) subjektive Gefühle der emotionalen Abstumpfung, Emotionen und Empathie können nicht mehr erlebt/empfunden werden; (3) subjektive Anomalität im Abrufen von persönlichen Informationen und Erinnerungen; (4) Derealisation, das Erleben/Erfahrungen sich selber oder der Umwelt gegenüber entfremdet zu sein [2, 3, 9, 12]. DP und DR sind subjektive Empfindungen, welche auch bei gesunden Menschen von Zeit zu Zeit und unter bestimmten Umständen auftreten können. Jedoch treten DP und DR häufig in Kombination mit Angst- und Panikstörungen, Generalisierter Angststörung (GAS) und posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) auf [4]. Weiter wurden DR und DP auch bei depressiven Erkrankungen sowie bei Zwangserkrankungen beschrieben [4]. Bisher wurde sehr wenig Forschung zum Thema DR und DP und Interventionsmöglichkeiten betrieben. Michal et al. [7] untersuchten den Effekt von achtsamer Atmung auf die automatischen Reaktionen und die Intensität des Erlebens von DP/DR. Es konnte gezeigt werden, dass da durch achtsame Atmung die Intensität der DP/DR reduziert werden konnten [5, 7]. Achtsamkeit und achtsamkeitsbasierte

Skills sind eines der zentralen Module im Bereich der dialektisch behaviouralen Therapie nach M. Linehan [1, 6].

Durch Achtsamkeitsübungen wird die Selbstwahrnehmung verbessert, was wiederum zu einer besseren Regulation der Anspannung und Emotionen führen kann.

Durch die Literaturrecherche und den bisherigen Evidenzen im Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie stellen die Autoren die Verbindung zur dialektisch behaviouralen Therapie her.

Fragestellung

1. Wie erleben Patienten erhöhte emotionale Anspannung gegenüber sich selbst und ihrer Umwelt?
2. Welche Unterschiedlichen Skillsgruppen sind zur Veränderung dieses Zustandes hilfreich?

Zielsetzung

Durch die Literaturrecherche und die Befragung der Patienten leisten die Autoren einen Beitrag zur Sensibilisierung von Pflegenden gegenüber DR und DP im klinischen Alltag. Durch die Frage nach den hilfreichen Skills werden den Pflegenden zusätzliche Möglichkeiten geboten, konkrete Massnahmen einzuleiten, welche in Situationen der DP oder DR hilfreich sein können. Im Bereich der stationären Psychotherapie sind Anspannungszustände bei verschiedenen Krankheitsbildern ein häufig auftretendes Phänomen.

Methoden und Material

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine Literaturrecherche in Datenbanken (PubMed, PsychINFO, Cinahl) durchgeführt und eine Erhebung des Depersonalisationserleben mittels der Cambridge Depersonalisation Scale (Selbsteinschätzung) [10, 11] bei acht Patienten des Schwerpunktes Psychotherapie einer Psychiatrischen Klinik (Akutstation, Therapiestation

und Tagesklinik) durchgeführt. Die Cambridge Depersonalisation Scale wurde zur Identifikation von Depersonalisationssymptomen und zur Erfassung des erlebten Ausmasses der Depersonalisation in den letzten sechs Monaten verwendet [10, 11]. Diese Skala umfasst total 30 Items. Bei jedem Item wird nach der Häufigkeit (0 = nie, 1 = selten, 2 = oft, 3 = sehr oft, 4 = andauernd) und nach der Dauer (1 = ein paar Sekunden, 2 = ein paar Minuten, 3 = ein paar Stunden, 4 = etwa einen Tag, 5 = mehr als einen Tag, 6 = mehr als eine Woche) gefragt.

Mit einem Kurzinterview wurden die Patienten nach hilfreichen Skills zum Umgang mit Depersonalisation befragt. Des Weiteren beantworteten die PatientInnen noch zwei Fragen zu situativen Aspekten (*In welchen Situationen erleben sie Symptome der Entfremdung bezogen auf die Anspannung?* 1 = nie, 2 = vollkommene Entspannung, 3 = Anspannung bis 30%, 4 = Anspannung bis 70%, 5 = hohe Anspannung über 70%) und zu wirksamen Skills (Freitext). Die deskriptive Auswertung wird aufgrund der kleinen Stichprobe mit Mittelwerten und Median durchgeführt.

Ergebnisse

Der Median über alle Patientinnen liegt sowohl bei der Häufigkeit als auch bei der Dauer bei 1. Von den bisher Befragten acht PatientInnen hatten drei einen Median von 0 sowohl bei der Häufigkeit (H) als auch bei der Dauer (D) (Mittelwerte: 0.73/1.57, 0.03/0.03, 0.23/0.26). Es gab keine Mittelwerte bei allen acht PatientInnen, welche gleich null waren. Bei den fünf PatientInnen, welche einen Median >0 vorweisen, lagen die Werte zwischen 1 und 2 bei der Häufigkeit bzw. zwischen 1-3 bei der Dauer (Mittelwerte zwischen 0.79-1.57 H und 1.48-2.5 D).

Die Ergebnisse zum zweiten Erhebungsinstrument fielen wie folgt aus: Zwei PatientInnen erleben nie oder unabhängig von Anspannungszuständen DR/DP Symptome. Bei vier PatientInnen treten solche Zustände bereits ab einer mittleren Anspannung auf und bei zwei PatientInnen erst ab einer Anspannung von 70 %. Im Bereich der Skills wurden unterschiedliche Skills genannt. Es handelt sich jedoch sowohl im mittleren, als auch im hohen

Spannungsbereich um Skills aus dem Stresstoleranzbereich des DBT Manuals, Beispiele hierfür sind Igelbälle, heisse oder kalte Duschen, Sport, Ablenkung oder intensive Geschmäcker (Chili, Limetten). Die Anwendung und die Wirksamkeit sind sehr individuell.

Schlussfolgerung/Diskussion

- Viele der PatientInnen im psychotherapeutischen Schwerpunkt erlebten innerhalb der letzten sechs Monate mehr oder weniger starke DR oder DP Symptome.
- Das Erleben von DP/DR kann die Lebensqualität einschränken.
- DR und DP scheinen einen Zusammenhang zwischen (emotionalen) Anspannungszuständen und dem Erleben zu bestehen.
- Bewusstsein und Wissen der Pflegenden ist wichtig, um PatientInnen bestmöglich zu unterstützen.
- Um konkretere Massnahmen für Pflegende abzuleiten, muss weitere Forschung zum Thema DP/DR, Anspannung und Skillsanwendung durchgeführt werden.

Literatur

1. Bohus, M. & M Wolf, 2009, *Interaktives Skills-Training für Borderline-Patienten. Manual zur CD-ROM für die therapeutische Arbeit.* Schattauer Verlag
2. Dilling, H. & Freyberger, H. (2013). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: nach dem Pocket Guide von J. E. Cooper.* Bern: Huber
3. Haft, J. (2015). „I hear my voice, but who is talking?“. *Understandig Depersonalization. Psychoanalytic Quarterly*, 84: 867–892. doi: 10.1002/psaq.12041
4. Hunter, E.C.M., Phillips, M.L., Chalder, T., Sierra, M., David, A.S., 2003. *Depersonalization disorder: a cognitive behavioural conceptualisation. Behaviour Research and Therapy* 41, 1451–1467.
5. Lesley, J. *Awareness is relative: Dissociation as the organisation of meaning Consciousness and Cognition*, 15 (2006), pp. 593–604
6. Linehan, MM, 1993b, *Skills training manual for treating borderline personality disorder*, New York, NY, Guilford Press
7. Michal M, Koechel A, Canterino M, Adler J, Reiner I, et al. (2013) *Depersonalization Disorder: Disconnection of Cognitive Evaluation from Autonomic Responses to Emotional Stimuli.* PLoS ONE 8(9): e74331. doi:10.1371/journal.pone.0074331
8. Michal M, Wiltink J, Grande G, Beutel ME, Braehler E. *Type D personality is independently associated with major psychosocial stressors and increased health care utilization in the general population.* J Affect Disord. 2011; 134:396–403
9. Sedeno L, Couto B, Melloni M, Canales-Johnson A, Yoris A, et al. (2014) *How Do You Feel when You Can't Feel Your Body? Interoception, Functional Connectivity and Emotional Processing in Depersonalization - Derealization Disorder.* PLOS ONE 9(6): e98769. doi:10.1371/journal.pone.0098769
10. Sierra & Berrios, 1996; deutsche Version Michal, 2002
11. Sierra M, Berrios GE. *The Cambridge Depersonalization Scale: a new instrument for the measurement of depersonalization.* Psychiatry Res. 2000;93:153–64
12. Simeon D, Abugiel J. *Feeling Unreal: Depersonalization Disorder and the Loss of the Self.* Oxford: Oxford University Press; 2006

28. Entstigmatisierungstendenzen in Depressions-Online-Foren

Christoph Karlheim

Hintergrund

Seit einigen Jahren ist in den Industrienationen eine starke Zunahme von psychischen Erkrankungen zu verzeichnen. Die Versorgung der Erkrankten ist (inhaltlich) lückenhaft und (durch die hohen Fallzahlen) überfordert. Daher suchen immer mehr Erkrankte nach informeller/n Hilfe/n im Internet. Die weitgehende Anonymität im Internet wird von den Nutzern wertgeschätzt, garantiert sie doch, dass tabuisierte und stigmatisierte Themen verhandelt werden können und an unterschiedlichen virtuellen Orten hierzu Informationen und Austausch gesucht werden können [13, 14, 15]. Vor allem gesundheitsbezogene Online-Foren gehören aus diesem Grund zu den größten und am stärksten frequentierten virtuellen Orten im Internet [6, 9, 10, 15, 18].

Laienzusammenschlüsse in virtuellen Räumen

Diese – zumeist – reinen Laienzusammenschlüsse zu dem Thema „Depression“ generieren sich in sogenannten Depressions-Online-Foren [13, 14]. Diese stellen einen „Zufluchtsort“ und einen „Schutzraum“ für die Nutzer dar. Der Zufluchtsort dient hier vor allem den Gedanken und Gefühlen, die im „echten Leben“ nicht ausgesprochen und offenbart werden können. Das Online-Forum ist auch Ort der Entstigmatisierung, da im virtuellen Raum des Depressions-Online-Forums offen geschrieben werden kann, was im „wirklichen Leben“ durch stigmatisierende Effekte verstellt ist [10, 6, 16]. Der Zufluchtsort unterstützt die Offenheit des Umgangs der Nutzer untereinander und mit der Erkrankung auf der Ebene, dass der Prozess der Aushandlung hier nicht stigmatisiert wird und damit eine emotionale Entlastung möglich wird. Diese Entlastung wird durch die Nutzer wahrgenommen und nimmt Einfluss auf die Kommunikation innerhalb der Laienzusammenschlüsse. Der

Schutzraum „Online-Forum“ bietet den Nutzern die Möglichkeit sich innerhalb der anonymen Gruppe zu offenbaren und ihre Krankheitserfahrungen und Krankheitsgeschichten zu teilen.

Stigmatheorie

Erfahrungen von Erkrankten zeigen, „(...) welch deletäre Auswirkungen die von den Kranken erlebte bzw. antizipierte Stigmatisierung auf ihre Befindlichkeit und ihre Lebensverhältnisse hat“ [1, S. 364]. Die negativen Folgen von Stigmatisierung sind in den unterschiedlichen Fachdisziplinen vielfältig beschrieben worden, von Goffmans „The moral career of the mental patient“ [8], über die Arbeiten von Becker [2] und Scheff [18, 19] bis hin zu aktuellen Studien aus verschiedenen Fachdisziplinen [1, 12, 17]. Cloerkes [3] zeigt, dass Stigmatisierungsfolgen allerdings weder zwangsläufig sind noch dass es die individuellen Bewältigungsformen sind. Anders als viele körperliche Beeinträchtigungen sind psychische Krankheiten nicht „sichtbar“. Da sie aber dennoch vom Umfeld subtil wahrgenommen werden, sind die Erkrankten – im Goffmanschen Sinne: „die Diskreditierbaren“ [7, S. 56] – gefordert, sich, ihre Situation und ihren Zustand immer wieder zu erklären. In „Stigma“ hat Goffman [7] bereits herausgearbeitet, dass psychisch Kranke nicht nur Opfer, sondern auch „(...) individuell und kollektiv aktive Gestalter ihres Lebens sind (...)“ [11, S. 283] und auf diese Weise Einfluss auf ihr Leben nehmen. Goffman [11] folgend, ist Stigmatisierung ein individueller wie auch gesellschaftlicher Prozess: Die Rezeption in der Gesellschaft, die Eigenwahrnehmung der psychisch Kranken und die des sozialen Umfeldes spielen hier eine Rolle. Sie müssen sich immer wieder mit der zugeschriebenen sozialen Identität auf der einen Seite und der erlebten „(...) Wirkung ihres Verhaltens“ [11, S. 284] auf der anderen Seite auseinandersetzen.

Empirisches Beispiel: Entstigmatisierungsprozesse in Depressions-Online-Foren

Die Nutzung von den sogenannten Depressions-Online-Foren erfolgt unabhängig vom Tagesablauf anderer, schriftbasiert und anonym. Für diese spezi-

fischen Eigenschaften gilt, dass sie die Betroffenen darin unterstützen, sich im Internet zu offenbaren. Hier werden die Fragen aufgeworfen, wodurch die Depressions-Online-Foren charakterisiert sind und wie sie einen Prozess der Entstigmatisierung einläuten können und welche Rolle die neuen kommunikativen Formen in den virtuellen Räumen dabei eine Rolle spielen. Auf empirischer Grundlage und mit Zuhilfenahme der Stigmatheorie (Goffman) wird in dem Vortrag diese These des Entstigmatisierungs-Prozesses in virtuellen Räumen vorgestellt und diskutiert.

Literatur

1. Angermeyer, C. (2003): *Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht der Patienten – Ein Überblick*. In: *Psychiatrische Praxis*, 30 (7), S. 358-366.
2. Becker, H. S. (1966): *Außenseiter*. Frankfurt a. M., Fischer.
3. Cloerkes, G. (2007): *Soziologie der Behinderten: Eine Einführung*. Heidelberg, Universitätsverlag Winter.
4. Eichenberg, C. (2011): *Psychotherapie und Internet*. In: *Psychotherapeut*, 6 (2), S. 468-474.
5. Eichenberg, C. (2010): *Empirische Befunde zu Suizidforen im Internet*. In: *Suizidprophylaxe*, 141 (2), S. 67-74.
6. Eichenberg, C./Wolters, C./Brähler, E. (2013): *The Internet as a Mental Health Advisor in Germany: Results of a National Survey*. In: *PLoS ONE*, 8 (11), S. e79206.
7. Goffman, E. (1975): *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt a.M., Suhrkamp
8. Goffman, E. (1972): *Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a.M., Suhrkamp.
9. Griffiths, K./Calear, A. L./Banfield, M. (2009a): *Systematic Review on Internet Support Groups (ISGs) and Depression (1): Do ISGs Reduce Depressive Symptoms?* In: *Journal of Medical Internet Research*, 11 (3), S. e40.
10. Griffiths, K./Calear, A./Banfield, M./Tam, A. (2009b): *Systematic Review on Internet Support Groups (ISGs) and Depression (2): What Is Known About Depression ISGs?* In: *Journal of Medical Internet Research*, 11 (3), S. 1-15.
11. Kardorff, E. v. (2010): *Zur Diskriminierung psychisch kranker Menschen*. In: *Diskriminierung*. Hommel, U./Scheer, A. (Hrsg.). Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 279-305.
12. Kardorff, E. v. (2007): *Kein Ende der Ausgrenzung Verrückter in Sicht?* In: *Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit*. Anhorn, R./Bettinger, F./Stehr, J. (Hrsg.). Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 253-272.

13. Karlheim, C./ Steffen, H.-T. (2013a): *Die fünfte Welle: Selbsthilfe in Deutschland zwischen ‚realer‘ und ‚virtueller‘ Selbstbezogenheit.* In: *Neue Praxis*, 43 (3), S. 263-273.
14. Karlheim, C./ Steffen, H.-T. (2013b): *Neue Medien und die Selbsthilfe: Bürger- und Patientenbeteiligung zwischen Expansion und Kompression?* In: *Soziale Arbeit*, 62 (12), S. 498-505.
15. Karlheim, C./ Schmidt-Kaehler, S. (2012): *Die Internetrevolution – Implikationen für die Patientenberatung.* In: *Lehrbuch Patientenberatung.* Schaeffer, D./ Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.). 2. Aufl., Bern, Huber, S. 133-144.
16. Kleinberg, A./ Aluoja, A./ Vasar, V. (2013): *Social support in depression: structural and functional factors, perceived control and help-seeking.* In: *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22 (4), S. 345-353.
17. Kloimstein, K. (2013): *Zur Situation von Angehörigen depressiv erkrankter Menschen und ihre Erfahrungen mit professionellen Helfern und Helferinnen.* In: *soziales_kapital*, 9 (2), S. 196-222.
18. Scheff, T. (1999): *Being Mentally Ill. A Sociological Theory.* Chicago, Aldine.
19. Scheff, T.(1973): *Das Etikett Geisteskrankheit.* Frankfurt a.M., Suhrkamp.

29. Die Einführung des Gezeitenmodells in einer psychiatrischen Klinik

Johannes Kirchhoff

Hintergrund und Problemstellung

Seit Anfang der 1990er Jahre arbeitet die Pflege der vorgestellten Klinik im System der Bezugspflege. Jedem Patienten sollte eine Pflegeperson zugeordnet sein, die als Begleiter und Anwalt des Patienten fungiert.

Von Station zu Station und von Pflegeperson zu Pflegeperson variieren das Vorgehen und das Verständnis von Bezugspflege. Die Qualität der Pflegeplanungen ist in der Klinik sehr unterschiedlich.

Ziele des Projekts

Mit der Einführung des Gezeitenmodells [1] soll die Bezugspflege standardisiert werden. Die Anwendung des Assessments führt zur Erhebung aller relevanten Informationen aus der Sicht des Betroffenen. Der Patient und die Pflegeperson erarbeiten gemeinsam, welche Schritte auf dem Weg zur Genesung hilfreich sind. Eine regelmäßige Prüfung ist gewährleistet, der Patient ist in alle Entscheidungen einbezogen und alle Maßnahmen sind ihm bekannt.

Vorgehen

Nach einem Pretest werden die Mitarbeiter geschult. Das Gezeitenmodell wird schrittweise auf allen Stationen und in der Tagesklinik eingeführt.

Ergebnisse

Schon die Anwendung des Aufnahmeassessments erzielt Wirkung. Der jeweilige Patient erlebt Interesse an seiner Person, an seinen Erfahrungen und Deutungen des Geschehens. Durch die regelmäßigen Gespräche werden Veränderungen deutlich. Mit Hilfe des Protokolls zur Einzelsitzung erlebt der

Patient Selbstwirksamkeit. Die Pflegenden empfinden eine Entlastung, ihre unterstützenden Maßnahmen sind zielgerichteter als zuvor.

Schlussfolgerung

Mit der Einführung des Gezeitenmodells verändert sich die Rolle der psychiatrischen Pflege. Dieser Rollenwechsel erschwert die Umsetzung des Modells. Gerade erfahrene Pflegepersonen halten noch lange an ihrem Status als Experte fest. So ist es oft ein mühsamer Prozess, bis sie sich auf die Anwendung des neuen Konzepts einlassen und nicht verschiedene Gründe anführen, die sie hieran hindern.

Die Erfahrungen in der Anwendung des Konzepts verändert schrittweise die Haltung der Pflegenden, weg von einer paternalistischen Einstellungen, hin zu recovery-orientiertem Handeln. Gleichzeitig ist die Nutzung des Modells aber auch von der Einstellung und Bereitschaft der jeweiligen Mitarbeiter abhängig. In Schulungen zum Gezeitenmodell muss das Grundverständnis von psychiatrischer Pflege, die eigene Haltung, daher gezielt reflektiert werden.

Literatur

1. *Barker, P., & Buchanan-Barker. (2013). Das Gezeiten-Modell: Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege. (G. Zuaboni, C. Burr, M. Schulz, & M. Herrmann, Übers.) (Auflage: 1., Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber*

30. Dimensionen der kulturellen Fremdheit

Alla Koval

Einleitung

„Fremd ist der Fremde nur in der Fremde.“ [8]

Dieses Zitat von Karl Valentin ist inzwischen zum geflügelten Wort geworden und verweist u.a. darauf, dass Fremdes meistens nebensächlich ist, solange es in der Ferne bleibt, d.h. im Alltag nicht vorkommt. Die Welt rückt jedoch immer mehr zusammen. Durch Globalisierung, Mobilität und Digitalisierung werden weit entfernt lebende Menschen vertrauter, wobei „weit“ nicht immer eine große geographische, sondern auch eine soziale Distanz bedeuten kann. Gleichzeitig sind uns viele Menschen, denen wir in unterschiedlichen Zusammenhängen im Alltag begegnen, fremd. Jedoch nicht alle unbekannte Menschen werden zugleich als Fremde wahrgenommen, sondern vorrangig dann, wenn alltägliche Routinen nicht funktionieren, z.B. wenn jemand sich auf eine als befremdlich empfundene Weise verhält. In diesem Beitrag wird ein Versuch unternommen, unterschiedliche Dimensionen der kulturellen Fremdheit zu erläutern.

Fremdheit als Konfrontation mit der Infragestellung des Selbstverständlichen

Die Außenwelt Dinge haben für Menschen, die in demselben sozialen und kulturellen Umfeld wohnen, dieselbe Bedeutung, sie werden nicht hinterfragt und als selbstverständlich hingenommen. Auch die Wahrnehmungsmuster und Deutungsmuster sowie die Vorstellung über die Weltwirklichkeit, welche Schütz [6] als „Denken-wie-üblich“ [ebd. S. 58] bezeichnet hat, sind ähnlich. Das Vorhandensein des „Denken-wie-üblich“ entlastet zum einen das Alltagshandeln vom vermeidbaren Aufwand des Analysierens, Bewertens und Kategorisierens und stellt zum anderen einen Orientierungsrahmen für legitim geordnete Handlungsmuster dar. Diese ermöglichen einem Menschen ohne die Richtigkeit in Frage zu stellen, das Erfahrene jeden Tag zu

praktizieren, ohne Nachdenken zu handeln, ohne zu überlegen die passenden Worte zu sagen, andere verstehen zu können und verstanden zu werden. Die Individuen streben nach Eindeutigkeit, innerer Kohärenz, Konsistenz und Vorhersehbarkeit von menschlichem Denken und Verhalten als Voraussetzung für Verhaltenssicherheit und Geborgenheit. Demzufolge wird das Auftreten von Menschen, die zumindest in einigen Bereichen nach einem anderen „Denken-wie-üblich“ als wir selbst handeln, als irritierend, bedrohlich oder gar unheimlich empfunden [1, S. 39].

Eine Möglichkeit, die Gefährdung der sicheren und fraglos hingenommenen Wirklichkeit des Menschen zu vermeiden, ist die soziale Konstruktion von Fremdheit. Indem jemand als fremd eingestuft wird, wird die Klarheit über eine mögliche Ursache für befremdlich wirkende Dinge wiederhergestellt [4, S. 30].

Fremdheit als soziale Konstruktion und die Zuschreibung der Nichtzugehörigkeit

Als fremd wird ein Individuum wahrgenommen, welches nicht der eigenen Gruppe oder Gemeinschaft angehört. Die Grenzziehung zwischen eigen und fremd geht mit der Bestimmung der eigenen Zugehörigkeiten einher. Es erscheint paradox: Je mehr positive Eigenschaften bei der Selbstidentifikation genutzt werden, desto mehr Arten von Ausgrenzungen entstehen bei den „Fremden“ [3, S. 142]. Fremdheit ist also keine Eigenschaft einer Person, sondern eine Definition einer Beziehung, die in gesellschaftlichen Kontexten hergestellt wird und oft anders hätte ausfallen können.

Fremdheit als Generalisierung

Eine Fremdheitsbeziehung ist durch Generalisierung geprägt, es sind in der Regel nur typische Eigenschaften und Merkmale der Fremden bekannt. „Darum werden die Fremden auch eigentlich nicht als Individuen, sondern als die Fremden eines bestimmten Typus überhaupt empfunden“ [7, S. 512]. Wenn die Unterscheidungen in „wir“ und „Fremde“ sozial gefestigt sind, werden Gemeinsamkeiten als Eltern, als Stadtteilbewohner, als Arbeitsu-

chende, als Kinder oder als Jugendliche meistens ignoriert, auch wenn sie bedeutender sind als die fremdheitskonstruierende Differenz.

Migrationshintergrund und Fremdheit

Ein häufig verwendetes Merkmal zur Kennzeichnung der eigenen Gruppe ist der kulturelle Hintergrund, der Migrationsstatus oder die ethnische Zugehörigkeit. Menschen aus als fremd wahrgenommenen Kulturen galten und gelten als Fremde, d.h. als etwas Besonderes, auf deren Begegnung sich auf eine besondere Art und Weise vorbereitet werden müsste. Um Fremden als Repräsentanten unbekannter Kulturen zu begegnen, ist es längst nicht mehr notwendig, in die Fremde im Sinne von geografisch weit entfernten Regionen zu verreisen. Um es an einem Beispiel zu veranschaulichen: Im Dortmunder Stadtteil Scharnhorst-Ost wiesen 63,8% der EinwohnerInnen einen Migrationshintergrund auf, welche ursprünglich aus 90 unterschiedlichen Ländern der Welt stammen [5]. Auffallend ist, dass Quartiere wie Scharnhorst-Ost sehr oft als Brennpunkte gelten. Es gibt grundsätzlich eine Tendenz, Mitgliedern einer Fremdgruppe die schlechtesten Eigenschaften der schlechtesten ihrer Mitglieder zuzuschreiben. Die Unterschiede zwischen der Eigen- und Fremdgruppe werden zudem übertrieben und meistens nicht überprüft.

Fremdsein überwinden

Beim Versuch, die als befremdlich wirkenden Verhaltensweisen und die damit einhergehenden Konflikte erklären zu wollen, werden die Kulturdimensionen herangezogen. Die analytische Beschreibung von Unterschieden im Zeitverständnis, in der Beziehung zum Raum, hinsichtlich der Auffassung von Selbstverwirklichung, hinsichtlich der Normorientierung etc. stammen von Edward Hall (50er Jahre), Geerd Hofstede (60er Jahre) und Fons Trompenaars (70er Jahre). Sie liegen aktuell zahlreichen Übungen, Rollenspielen und Simulationen zugrunde, die gegenwärtig im Rahmen von interkulturellen Trainings eingesetzt werden, um Fachkräfte auf die Begegnung mit Fremden, d.h. mit AdressatInnen mit unterschiedlichen kulturellen und

religiösen Hintergründen in Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitsbereich vorzubereiten.

Diese Ansätze geraten mittlerweile in die Kritik, nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass sie von der Homogenität einer Kultur ausgehen und somit zur Festigung von Stereotypendenken und zur Generalisierung von Fremdheit beitragen. In der letzten Zeit erfährt der Begriff Kultur eine deutliche Bedeutungserweiterung, indem drei unterschiedliche Ebenen akzentuiert werden: (1) die individuellen Eigenschaften und Charakterzüge einer Person, ihre lebensgeschichtliche Relevanzen und Erfahrungen; (2) die unterschiedlichen Heterogenitätsdimensionen wie Geschlecht, sexuelle Orientierung, Ethnie, Religionszugehörigkeit, soziale Unterschiede, Bildungsmilieu, Alter, gesundheitliche Voraussetzungen in ihrer Wechselwirkung sowie (3) der kulturell-religiöse bzw. ethische Hintergrund unter der Berücksichtigung der jeweiligen sozialräumlichen Verankerung.

Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Begriff Fremdheit zum einen die räumliche Entfernung im Sinne von „weit weg“ bezeichnet. Zum anderen charakterisiert er Dinge, Personen und Begebenheiten als „unbekannt“ und „unvertraut“, was oft mit einer Ausgrenzung einhergeht. Wenn beispielsweise Menschen mit Fluchthintergrund nur in den für sie vorgesehenen Unterkünften leben müssen, wenn sie keine Arbeitserlaubnis und keinen Zugang zu Bildungsangeboten haben, bekommt die Bevölkerung keine Möglichkeit, sie als Nachbarn kennenzulernen oder ihnen als Schülern, Studien- oder Arbeitskollegen zu begegnen. Dies trägt dazu bei, dass diese Menschen vorrangig durch ihren Fluchthintergrund definiert und in unserer Wahrnehmung auf ihr Fremdsein zurückgeworfen werden.

Wünschenswert wäre es, Gelegenheiten zu schaffen, um eine persönliche Begegnung und somit ein Kennenlernen in unterschiedlichen Lebensbereichen zu ermöglichen. Dies kann besonders dann gelingen, wenn wir das Fremde als spannend, faszinierend und bereichernd wahrnehmen, wenn wir die Konfrontation mit einem anderen „Denken-wie-üblich“ als eine Anre-

gung begreifen, eigene Gewohnheiten und Routinen zu reflektieren und als eine Chance zur persönlichen Weiterentwicklung nutzen. Diese Betrachtungsweise impliziert einen ressourcenorientierten Standpunkt, der Fokus richtet sich auf die Herausbildung eines reflexiven Vermögens und einer offenen Haltung, die es ermöglicht, eigene Vorurteile zu reflektieren sowie einen Perspektivwechsel vornehmen zu können, was als eine transkulturelle Kompetenz bezeichnet wird [2] und in interkulturellen Trainingsprogrammen zumeist gegen Entgelt erworben werden kann. Als transkulturelle Kompetenz wird die Fähigkeit bezeichnet zu erkennen, dass das Denken, Fühlen und Handeln von der eigenen Kultur geprägt ist und die Weltsicht der eigenen Gruppe begrenzt ist. Wenn die eigene und die fremde Gruppe diese offene Haltung und transkulturelle Kompetenz besitzen, verschwinden die Grenzen und das vermeintlich Fremde erscheint vertrauter.

Literatur

1. Bergmann, J., 2001: *Kommunikative Verfahren der Konstruktion des Fremden*. In: C. Bohn/H. Willems (Hg.): *Sinngeneratoren: Fremd- und Selbstthematisierung in soziologisch-historischer Perspektive*, Konstanz, S. 35–56.
2. Domenig, D., 2007: *Das Konzept der transkulturellen Kompetenz*. In: D. Domenig (Hg.): *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*, Bern: Huber, S. 165–189.
3. Hahn, A., 1994: *Die soziale Konstruktion des Fremden*. In: W. Sprondel (Hg.): *Die Objektivität der Ordnungen und ihre kommunikative Konstruktion*, S. 140-166.
4. Kleinert, C., 2004: *Fremdenfeindlichkeit. Einstellungen junger Deutscher zu Migranten*, Wiesbaden
5. Koval, A., 2015: *Distanzzonen: Wenn das Fremde in die Nähe kommt*. In: F. Dieckbreder/J. Meine (Hg.): *Vielfalt im Quartier: Perspektiven inklusiver Stadtentwicklung*, Bethel Verlag, S. 43-48.
6. Schütz, A., 1972: *Der Fremde. Ein sozialpsychologischer Versuch*. In: A. Schütz: *Gesammelte Aufsätze, Studien zur soziologischen Theorie, Bd. II*, Den Haag, S. 53–69.
7. Simmel, G., 1995: *Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung [1908]*, Frankfurt am Main.
8. Valentin, K., 1940: *Sämtliche Werke [1940]*, München.

31. Kurzintervention Übergangsbegleitung – Ergebnisse einer Pilotstudie

Bernd Kozel, Anna Hegedüs, Andreas Gschwind, Sara Schmitz, Ian Needham, Johann Behrens

Hintergrund

Der Übergang von der psychiatrischen Klinik nach Hause stellt für viele Betroffene einen vulnerablen Zeitpunkt dar. Häufig kommt es hier zu Schwierigkeiten zum Beispiel bei der Bewältigung vom Alltag, bei der Gestaltung von Alltagsaktivitäten und sozialen Kontakten, beim Umgang mit Suizidgedanken oder der Einnahme von Medikamenten. Eine strukturierte Entlassungsplanung könnte die PatientInnen bei der Bewältigung des Übergangs von der Klinik nach Hause unterstützen.

Die Kurzintervention Übergangsbegleitung hat zum Ziel, den PatientInnen und Angehörigen eine gezielte Unterstützung für die kurze Zeitspanne zwischen der Entlassung aus der psychiatrischen Klinik und dem „Ankommen“ im Alltag des sozialen Umfeldes zu bieten. Sie besteht aus zwei Teilen:

1) einem Assessment („Stolpersteingespräch“) ca. eine Woche vor dem Austritt, in dem etwaige Schwierigkeiten, die nach dem Austritt auftreten können, strukturiert mithilfe des Problemlösetrainings bearbeitet werden. Und 2) nimmt die Bezugspflegeperson in den ersten Tagen nach dem Austritt aktiv Kontakt mit dem Betroffenen auf. Durch diesen Kontakt (z. B. Anruf, Treffen) können die ersten Tage des Ankommens zu Hause zusätzlich unterstützt werden. Im Rahmen einer Pilotstudie wurde die Intervention einer ersten Überprüfung unterzogen.

Fragestellung

- Wie wirkt sich die Kurzintervention Übergangsbegleitung im Vergleich zur Standardbehandlung auf die Bewältigung des Übergangs der PatientInnen aus der psychiatrischen Klinik nach Hause aus?

- Welche Schwierigkeiten treten nach der Entlassung im Alltag auf und wie erleben die PatientInnen ihre Austrittssituation?
- Wie praktikabel lässt sich die Intervention im Alltag umsetzen und welche Rückmeldungen geben die PatientInnen zur Intervention?

Methode

Zur Erreichung unseres Zieles führten wir eine quasi-experimentelle Pilotstudie durch. Je 20 PatientInnen auf der Interventions- und Kontrollstation wurden ca. 1 Woche vor Austritt (beziehungsweise vor der Durchführung der Intervention) und 1 Woche nach Austritt befragt. Der Fragenkatalog umfasste einen Fragebogen zum Coping und Fragen zu Wiedereintritten und Inanspruchnahme von ungeplanten Unterstützungsleistungen in der ersten Woche nach Austritt. Details zur tatsächlich aufgetretenen Problemen und deren Bewältigung nach dem Austritt wurden mit einem teilstrukturierten Interview erhoben.

Ergebnisse

15 Teilnehmende in der Interventions- und 14 Teilnehmende in der Kontrollgruppe konnten zu beiden Zeitpunkten befragt werden. Die PatientInnen auf der Interventionsstation waren durchschnittlich 11 Tage länger hospitalisiert, als jene auf der Kontrollstation (signifikanter Unterschied, $p < 0.01$). Das Coping der Teilnehmenden verbesserte sich in beiden Gruppen, in der Kontrollgruppe jedoch etwas mehr, als in der Interventionsgruppe (nicht signifikanter Unterschied). Keiner der Teilnehmenden hatte im Untersuchungszeitraum einen Wiedereintritt in eine Klinik oder suchte ungeplant Hilfe bei ambulanten Versorgern oder bei einem Kriseninterventionszentrum.

Sechs PatientInnen erlebten in der Kontroll- und Interventionsgruppe die Austrittssituation als „einfach“ bis „sehr einfach“. Acht PatientInnen in der Kontrollgruppe und neun PatientInnen in der Interventionsgruppe erlebten die Austrittssituation als „schwer“ bis „sehr schwer“. Alle befragten Patien-

tInnen aus der Interventionsgruppe würden die Kurzintervention Übergangsbegleitung weiterempfehlen.

Insgesamt wurden von den Bezugspflegepersonen der Interventionsstation 23 Stolpersteingespräche durchgeführt. Dabei erhielten drei PatientInnen je zwei Gespräche. Der Zeitaufwand der Stolpersteingespräche lag im Bereich von 30 bis 85 Minuten. Der durchschnittliche Zeitaufwand für alle betrug 53 Minuten pro PatientIn. Die drei am häufigsten vorkommenden „Stolpersteine“ waren: „wenn alles wieder hoch kommt...“, „wenn ich alleine in meiner Wohnung bin ...“ und „wenn ich eine schwierige Nacht habe...“. Dazu wurden 36 Begleitmaßnahmen (=Kontaktangebote) vor dem Austritt geplant. Der Zeitaufwand lag dabei bei 12 bis 75 Minuten. Der durchschnittliche Zeitaufwand pro PatientIn betrug 39 Minuten.

Diskussion und Schlussfolgerung

Im Rahmen der Pilotstudie konnte nur eine kleine Anzahl an PatientInnen befragt werden. Es bleibt daher unklar, ob die Kurzintervention Übergangsbegleitung oder auch andere Faktoren zu den Veränderungen beigetragen haben. Die Pilotstudie liefert jedoch klare Hinweise dafür, dass die Intervention praktikabel und gut in die Praxis integrierbar ist. Die PatientInnen erlebten eine sinnvolle und für sie hilfreiche Unterstützung in ihrer Austrittssituation.

32. Wissensvermittlung für suizidgefährdete Menschen – eine manualisierte, recoveryorientierte Intervention

Bernd Koziel, Sonja Marie, Konrad Michel

Hintergrund

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass es nach einem Suizidversuch oder nach einer suizidalen Krise Hinweise auf einen sogenannten suizidalen Modus gibt, der im Gehirn abgespeichert wird und jederzeit in Krisensituationen wie auf „Knopfdruck“ ausgelöst (getriggert) werden kann. Der suizidale Modus wirkt sich auf das Denken, die Gefühle, den Körper und das Verhalten aus. Dabei ist das Denken fast ausschliesslich darauf gerichtet, dem unerträglich erlebten inneren Zustand (durch eine suizidale Handlung) ein Ende zu setzen. Das bedeutet, dass eine Behandlung der Suizidalität vor allem darauf ausgerichtet sein muss, Menschen dazu zu befähigen, sich selbst in suizidalen Krisen besser helfen zu können.

Um dieses Anliegen zu erreichen, muss betroffenen Menschen und Ihren Angehörigen zunächst Wissen und Informationen zum Verlauf einer suizidalen Krise auf eine einfache und verständliche Art vermittelt werden. Dabei sollen vor allem die folgenden Aspekte erreicht werden:

- 1) Die Verbesserung des Wissensstands zum Thema Suizidalität stärkt die Eigenverantwortung in suizidalen Krise und lässt eine positive Einflussnahme auf den Verlauf der suizidalen Krise zu.
- 2) Dadurch kann die Bewältigungskompetenz der Patienten im Umgang mit suizidalen Krisen gefördert werden, was zu einer Reduktion der Angst vor erneuten suizidalen Krisen und zu einer Reduktion von Gefühlen des Überfordertseins (Distress) führen kann.
- 3) Letztlich können unter Umständen weitere suizidale Handlungen vermieden und eine Verbesserung des psychosozialen Wohlbefindens hergestellt werden.

Einleitung

Wir haben die manualisierte, psychoedukative Intervention „Wissensvermittlung für suizidgefährdete Menschen“ auf der Basis der bestehenden Literatur entwickelt, um Menschen die notwendigen Informationen zum Verlauf von suizidalen Krisen zu vermitteln. Die Intervention soll im klinischen Bereich (stationär oder ambulant) im Einzelsetting durchgeführt werden. Es ist denkbar, für Angehörige oder andere Personengruppen eine Gruppenveranstaltung durchzuführen. Das Besondere an unserer Intervention ist, dass sie in Zusammenarbeit mit einer Expertin durch Erfahrung entwickelt wurde. Es besteht ausserdem die Idee, dass die Intervention von einer geschulten Peer Mitarbeiterin durchgeführt wird.

Thema

Wissensvermittlung für Menschen mit einer erhöhten Suizidgefährdung.

Ziele

Vermitteln und (ein-)üben/anwenden: Manual Wissensvermittlung für suizidgefährdete Menschen.

Ablauf und Gestaltung

Die Autoren werden die Wissensvermittlung nach dem bestehenden Manual mit den Teilnehmern des Workshops durchführen. Dabei wird zunächst die Indikation geklärt und der theoretische Hintergrund erläutert. Anhand der Modelle zum Verlauf von suizidalen Krisen und zum suizidalen Modus werden mit der Hilfe von Arbeits- und Informationsblättern aus dem Manual die entsprechenden Informationen und die Implikationen für den Umgang mit suizidalen Krisen einfach und praxisnah erläutert. Das ganze findet interaktiv unter aktivem Einbezug der Workshopteilnehmer statt.

Lernziele

- die Teilnehmer kennen die Inhalte des Manuals.
- die Teilnehmer verstehen die Bedeutung der vermittelten Inhalte für den Umgang mit suizidalen Krisen.
- die Teilnehmer werden dazu befähigt, die Wissensvermittlung mit Hilfe des Manuals selbst durchführen zu können.

33. Das Bild der Pflege in Deutschland – Wie können wir den Zugang zum Pflegeberuf für Geflüchtete ermöglichen?

Petra Krause

Einleitung

Die Situation der Geflüchteten in Deutschland gehört wie die demografische Entwicklung und der Fachkräftemangel zu den großen gesellschaftlichen Themen. Die Integration von Menschen mit Fluchterfahrung stellt unsere Gesellschaft vor große Herausforderungen. Hierbei bildet der Zugang zu Arbeit eine der wichtigsten Wege der gesellschaftlichen Integration von geflüchteten Menschen.

Durch den Fachkräftemangel in der Pflege werden an vielen Stellen Aktivitäten gestartet, die von der Rekrutierung von Pflegenden aus dem Ausland bis zur Entwicklung von speziellen Curricula für Migrantinnen und Migranten für Pflegeausbildungen reichen.

Thema

Als großer Arbeitgeber bietet auch ein Krankenhaus mit unterschiedlichsten Fachabteilungen viele Zugänge der Integration durch Arbeit. In diesem Haus der Maximalversorgung mit ca. 1500 Betten und über 4000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind fast alle Gesundheitsberufe vertreten.

Die betriebszugehörigen Pflegeschulen verfügen über 75 Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Krankenpflege und je 25 Plätze für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und für Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten, sodass jedes Jahr ca. 125 Pflegenden ausgebildet werden.

Von 2014 auf 2015 hat es für die dreijährige Ausbildung einen Rückgang der Bewerbungen von 30% und für die einjährige Ausbildung von 50% gegeben. Dies ist kein vereinzelter Trend, sondern spiegelt das allgemeine Verhalten der Schulabgänger wider. Aus diesem Grund haben beispielsweise Handwerksbetriebe schon früh das Thema „Ausbildungsangebote für Geflüchtete“ aufgenommen, u.a. um dem Fachkräftemangel zu begegnen.

Ziele und Zielgruppe

Die hier beschriebenen Pflegeschulen versuchen durch die Implementierung von Schnuppertagen und von individuellen Zugängen zu einem Pflegepraktikum den geflüchteten Menschen den Pflegeberuf in Deutschland näher zu bringen und das Interesse dafür zu wecken.

Der Stellenwert von Arbeit ist in den verschiedenen Kulturen vielfältig. Die kulturelle Vielfalt gilt auch für das Berufsbild der Pflege, das sich im internationalen Kontext sehr heterogen zeigt. Die unterschiedlichen Gesundheitssysteme, die Pflegeausbildungen und somit differenzierten Qualifikationsniveaus, die gesellschaftlichen Strukturen, die Bedeutung von Familiensystemen und nicht zuletzt die differente Rolle der Frau sind für das Berufsbild der Pflege von Bedeutung. Als Beispiel sei hier die Pflege im arabischen Raum benannt. Dort findet Pflege in den meisten Fällen durch die Frauen in den Familien statt und vielen Muslima ist es nicht gestattet, fremde Männer zu berühren.

Im pflegerischen Alltag kann eine Geschlechterorientierung häufig jedoch nicht durchgehalten werden. So ist der Zugang zum Pflegeberuf vor allem für die muslimischen Frauen erschwert und es gilt, diesen kulturellen Unterschied bei der Entwicklung von Konzepten zu bedenken.

Aktuell besteht die Zielgruppe der Berufsschnuppertage und der pflegerischen Praktika hauptsächlich aus jungen Männern aus dem Irak und Syrien, zumal diese Flüchtlingsgruppe vor Ort stark repräsentiert ist. Der Zugang erfolgt durch eine Kooperation mit einer regionalen Personalentwicklungsgesellschaft und einem Berufskolleg mit internationalen Klassen.

Ergebnisse

Erste Erfahrungen zeigen, dass neben den vielen interessanten Begegnungen der Weg in die Pflege nur über einen individuellen Zugang und Zuschnitt führt. Es sind aber sehr lohnende Wege, die die Integration erleichtern und auch die Vielfalt der Gesellschaft darstellen.

34. In einer Parallelwelt leben – den Weg zurück finden.

Fremdsein überwinden mit einer Abhängigkeitserkrankung

Sabrina Laimbacher

Hintergrund

Bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung kann ein Auseinanderdriften zwischen der eigenen Lebenswelt und der gesellschaftlichen Realität entstehen. Ein regelmässiger Substanzkonsum gleicht einer Realitätsflucht aus der persönlichen Situation und Gesellschaft [1]. Betroffene bewegen sich mit der Zeit immer mehr in einem ähnlich geprägten und funktionierenden sozialen Umfeld. Eigene Strukturen sowie gemeinsame Erfahrungen prägen diese Lebenswelt, welche von Aussenstehenden oftmals als fremd und schwer nachvollziehbar erlebt wird [2, 3]. Die soziale Teilhabe ausserhalb dieser Lebenswelt wird zunehmend vernachlässigt und frühere Beziehungen belastet. Ferner verändert die regelmässige Substanzeinwirkung den Bewusstseinszustand und verursacht eine Art persönliche Absenz [4]. In der Folge treten dann häufig Phänomene des Fremdseins wie Stigmatisierung, Selbststigmatisierung, soziale Exklusion sowie die Entwicklung einer Parallelgesellschaft auf. Im Kontext einer angestrebten Neuorientierung und Veränderung der bisherigen Lebensweise werden genannte Aspekte als hinderlich wahrgenommen und Aussagen von Betroffenen zufolge wird die Neuorientierungsphase häufig als überfordernd erlebt [5, 6]. In diesem Zusammenhang treten auch Perspektive- und Hoffnungslosigkeit auf. Durch den langjährigen Substanzkonsum entsteht das Gefühl, viel verloren, den sozialen Anschluss verpasst zu haben oder in der persönlichen Entwicklung stehengeblieben zu sein. Mit dem Stopp des Substanzkonsums wird eine bisher gelebte Identität abgelegt wobei eine Identitätskonfusion entsteht mit dem Gefühl, sich selber nicht mehr zu kennen. Dies kann mit einem wahrgenommenen Kontrollverlust einhergehen und wird auch im Kontext eines Respektverlusts der eigenen Person gegenüber erwähnt [4, 7]. Die gewohnte Lebenswelt und das bisherige soziale Umfeld in der Drogenszene

wird bei einer Neuorientierung verlassen, wobei häufig Einsamkeit hervorgerufen wird. Sozial wieder Fuss zu fassen kann mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden sein. Beziehungen ausserhalb der Drogenszene wurden beispielsweise während der Konsumzeit unter Umständen vernachlässigt oder abgebrochen und ereignete Konflikte und Enttäuschungen bedeuten weitere Hindernisse im erneuten Beziehungsaufbau [4]. Durch langjährige Suchterfahrungen verändert sich zudem das Normalitätsempfinden, welches in der Regel eine Diskrepanz zu der gesellschaftlichen Normalität darstellt [2, 3]. Sich in der gesellschaftlich akzeptierten Realität wieder zurechtzufinden löst bei Betroffenen nicht selten auch Zukunftsängste, Vermeidungsverhalten, erlebte soziale Exklusion oder Frustration aus [8]. In diesem Prozess ist das Gefühl des Sich-fremd-Fühlens für Betroffene ein häufiger Begleiter.

Ziel/Vorgehen

Mittels einer Auseinandersetzung mit der Literatur wird eine Sensibilisierung für die Thematik sowie auch mögliche Pflegeimplikationen angeregt. Eine Sensibilisierung bedeutet eine erste Grundlage für die professionelle Begleitung und Unterstützung von Betroffenen im Rahmen eines Neuorientierungsprozess und in der Überwindung des Sich-fremd-Fühlens.

Ergebnisse

Die zentralen Ergebnisse der der Literatur werden anhand der Subkategorien *Selbst-Identität (re)konstruieren*, *soziale Inklusion* und *Wiederherstellung von Normalität* dargestellt.

Selbst-Identität (re)konstruieren

Ein Ansatz zur Unterstützung in der (Re-)Konstruktion von Selbstidentität kann die narrative Reflexion sein, mithilfe derer die Identitätskonfusion während des Genesungsprozess aufgegriffen wird [4, 7]. Dabei werden verschiedene wahrgenommene Identitäten (z.B. „altes Ich“, „süchtiges Ich“, „heutiges Ich“) sowie Identitäts-Übergänge/Veränderungen thematisiert. Durch interne und externe Diskurse kann eine dialektische Identifizierung

der Sucht und des Genesungsprozess gefördert werden. Dies in dem über die subjektive Identitätswahrnehmung aber auch über gesellschaftliche Diskurse zu Sucht eine Auseinandersetzung stattfindet [7, 9]. Hierfür unterstützend sind die Bereitschaft zur Introspektion/Reflexion sowie auch eine tragende Beziehung. Ferner kann die Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie die Rekonstruktion von Erinnerungen sowie eine chronologische Wahrnehmung der Lebensgeschichte fördern [4]. Die Stärkung des Selbstmitgefühls ist in der Identitätsentwicklung bedeutsam. Durch neue Erfahrungen aber auch in der Entwicklung eines freundlichen Selbstbezugs können zunehmend Vertrauen sowie Respekt der eigenen Person gegenüber zurückgewonnen werden [10, 11].

Soziale Inklusion

Die Wiederaufnahme von früheren Beziehungen und auch der Aufbau eines neuen sozialen Netzwerkes ausserhalb der Drogenszene sind für den Genesungsprozess von tragender Bedeutung [4, 12]. Der Einbezug von Bezugspersonen in den Genesungsprozess erscheint als sinnvoll, da soziale Unterstützung dabei hilft, den Übergang oder Ausstieg aus der Parallelwelt zu schaffen und eine Veränderung nachhaltig zu machen [11]. Mit einer ambulanten Nachbetreuung können Beziehungen innerhalb des Gesundheitssystems beispielsweise aufrechterhalten, Prozesse längerfristig begleitet und die gesellschaftliche Integration schrittweise unterstützt werden [8, 11, 12]. Zudem können Peers eigene Genesungserfahrungen einbringen, die Neuorientierung sozial und emotional begleiten und Hoffnung vermitteln, dass eine Veränderung möglich ist. Dabei findet auch eine Vermittlung von Werten wie Vertrauen, Respekt, Ehrlichkeit, Offenheit oder Hilfsbereitschaft statt und die gegenseitige Hilfe angeregt [8, 11, 13, 14].

Wiederherstellung von Normalität

Betroffene benennen während ihrer Genesung häufig ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Normalität [15]. Geprägt durch die Suchtjahre hat sich das Empfinden von Normalität und Zeit verändert [4, 12]. Der Reintegrations-

prozess in die Lebenswelt ausserhalb der Drogenszene erfordert Zeit und Geduld [15]. Mit einer schrittweisen Veränderung können alte Gewohnheiten verändert sowie neue Erfahrungen in neue Routine-Strukturen integriert werden. Dabei spielt die Auseinandersetzung mit Wertvorstellungen, Glaube oder Gesundheit eine zentrale Rolle [7, 11]. Die Entwicklung eines neuen Lebensstils ist mit Veränderungen wie einem Wohnortwechsel, Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit, Freizeitgestaltung, u.a. verbunden und ebenfalls im Rahmen eines längerfristigen Prozesses zu betrachten [12]. Betroffene können im Prozess der Normalitätswiederherstellung begleitet werden, indem genannte Themen aufgegriffen und eine Auseinandersetzung angeleitet werden.

Diskussion/Schlussfolgerungen

Verschiedene Aspekte des Sich-fremd-Fühlens bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung sowie erste Hinweise auf potentielle Pflegeimplikationen konnten sich herauskristallisieren. Hierzu sollte die Betroffenenperspektive in Bezug auf Erleben und Bedürfnisse zusätzlich inkludiert werden, beispielsweise im Rahmen einer qualitativen Untersuchung. Auf der Grundlage dessen können zu einer Sensibilisierung für die Thematik beigetragen und in einem weiteren Schritt allenfalls Massnahmen für die Realisierung bedürfnisorientierter Angebote abgeleitet werden.

Literatur

1. Hellmann, M. (2012). *Mind the Gap! Failure in Understanding Key Dimensions of a Drug User's Life. Substance Use and Misuse, 47, 1651-1657.*
2. Klingemann, H. (2000). "To every thing there is a season" - social time and clock time in addiction treatment. *Social Science and Medicine, 51, 1231-1240.*
3. Klingemann, H. (1999). *Addiction careers and careers in addiction. Substance Use and Misuse, 34(11), 1505-1526.*
4. Hughes, K. (2007). *Migrating identities: the relational constitution of drug use and addiction. Sociology of Health and Illness, 29(5), 673-691.*
5. Frischknecht, U., Hermann, D., Heinrich, M., Hoerst, M., Weber-Fahr, W., Vollstädt-Klein, et al. (2013). *Experience of social discrimination correlates with neu-*

- rometabolism: a pilot study in heroin addicts. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263, 197-203.
6. Simmonds, L., & Coomber, R. (2009). *Injecting drug users: A stigmatised and stigmatising population*. *International Journal of Drug Policy*, 20, 121-130.
 7. Gibson, B., Acquah, S., & Robinson, P. G. (2004). *Entangled identities and psychotropic substance use*. *Sociology of Health and Illness*, 26(5), 597-616.
 8. Neale, J., Nettleton, S., & Pickering, L. (2013). *Does recovery-oriented treatment prompt heroin users prematurely into detoxification and abstinence programmes? Qualitative Study*. *Drug and Alcohol Dependence*, 127, 163-169
 9. Scambler, G. (2002) *Health and Social Change: a Critical Theory*. Buckingham: Open University Press.
 10. Knuf, A. (2016). *Recovery und Selbstmitgefühl*. *Keynote am Dritten Internationalen Psychiatriekongress zu seelischer Gesundheit und Recovery*, Bern, 09. Juni 2016.
 11. Duffy, P., & Baldwin, H. (2013). *Recovery post treatment: plans, barriers and motivators*. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 8(6).
 12. Laudet, A. B. (2007). *What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 243-256.
 13. Boisvert, R. A., Martin, L. M., Grosek, M., & Clarie, A. J. (2008). *Effectiveness of a peer-support community in addiction recovery: participation as intervention*. *Occupational Therapy International*, 15(4), 205-220.
 14. Rowe, M., Bellamy, C., Baranoski, M., Wieland, M., O'Connell M. J., Benedict, et al.(2007). *A Peer-Support, Group Intervention to Reduce Substance Use and Criminality Among Persons With Severe Mental Illness*. *Psychiatric Services*, 58(7), 955-961.
 15. Kruk, E., & Sandberg, K. (2013). *A home for body and soul: Substance using women in recovery*. *Harm Reduction Journal*, 10(39).

35. Konzeptvorstellung der Station für somatoforme Störungen und Transkulturelle Psychotherapie (PT3) Münsterlingen

Sven Lang, Nadine Schnider

Hintergrund

Migration ist ein globales Phänomen. Im Zeitalter der Globalisierung haben die weltweiten Wanderungsbewegungen zugenommen. Die Zahl der internationalen Migranten wird auf rund 192 Millionen geschätzt [1].

Aufgrund der Einwanderungswellen zwischen 1950 und 2000 ist auch in der Schweiz der Ausländeranteil stetig gestiegen und betrug Ende 2014 24.3 Prozent. Die Schweiz gehört demnach zu den europäischen Ländern mit einem der höchsten Ausländeranteile [2].

Im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit wurde in der Schweiz in den Jahren 2004 und 2010 eine Gesundheitsbefragung in verschiedenen Sprachen mit den Migrantinnen und Migranten durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Befragungen zeigten, dass verglichen mit der einheimischen Bevölkerung Migrantinnen und Migranten ihren eigenen Gesundheitszustand als schlechter beschreiben. Weiter zeigte die Befragung auf, dass Migrantinnen und Migranten deutlich öfter an psychischen Erkrankungen wie beispielsweise Depressionen leiden als die einheimische Bevölkerung [3].

Einleitung

In unserer Klinik nahm man sich dem Thema Migration und psychische Erkrankung an und entwickelte für die seit 1996 bestehende Station mit sozialpsychiatrischem Auftrag im Jahre 2003 das Behandlungskonzept für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund.

Der Anteil an Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund nahm entsprechend stetig zu und lag im Jahre 2015 bei 93.4 Prozent [4]. Wobei

der grösste Anteil der Patientinnen und Patienten aus dem Balkangebiet stammt, gefolgt von der Türkei, Italien, Portugal und Spanien. Der Anteil arabischer und afrikanischer Patientinnen und Patienten nimmt allerdings seit gut einem Jahr entsprechend zu.

Da es sich um eine Psychotherapeutische Station handelt, welche offen geführt wird, ist es wichtig, dass die Patientinnen und Patienten entsprechend absprache- und bündnisfähig sind. Dies beinhaltet auch, dass sie in der Lage sind, sich in akuten Situationen selbständig beim Personal zu melden. Eine vordergründige, aktuelle Suchtthematik, sowie florierende psychotische, oder manische Zustandsbilder sind ein Ausschlusskriterium für die Behandlung auf unserer Station.

Der Grossteil der zu behandelnden Patientinnen und Patienten leidet unter einer somatoformen Schmerzstörung, affektiven Störungen sowie zunehmend an Traumafolgestörungen.

Stationskonzept

Die Station für Somatoforme Störungen und Transkulturelle Psychotherapie ist eine offengeführte Station mit 14 Betten. Das Wochenende wird zum einen zur Belastungserprobung genutzt, zum anderen aber soll eine Hospitalisierung vermieden werden. Aus diesem Grund wird die Station PT3 von Freitagabend bis Sonntagnachmittag geschlossen. In dieser Zeit sind ein pflegerischer Hintergrunddienst, sowie der Dienstarzt der Klinik für die Patientinnen und Patienten bei allfälligen Notfällen zuständig. Ein weiterer konzeptioneller Hintergrund ist die kollektivistische Struktur einiger Kulturen, so soll der Kontakt zur Familie gefördert werden. Der Nachtdienst wird durch die Nachbarstation pflegerisch abgedeckt. Die Aufenthaltsdauer für die stationäre Therapie beträgt in der Regel bei Erstaufenthalt zehn Wochen, bei den Folgeaufenthalten sieben Wochen. Nach der stationären Therapie ist eine ambulante Therapie als Tagespatient möglich.

Therapeutisch orientiert sich die Station PT3 an der systemischen Familientherapie mit verhaltenstherapeutischen Aspekten. Hierbei nimmt im Rah-

men der Therapie der kulturelle Kontext eine zentrale Rolle ein. Dies beinhaltet die Berücksichtigung der meist kollektiven Gesellschafts- und Lebensausrichtung der Patientinnen und Patienten und somit die mit Einbeziehung der Familie, als oftmals einzige Ressource, in die Therapie. Letztlich wird hierdurch ein gemeinsames Verständnis für familiäre Lebensthemen, familiäre Ressourcen und Belastungen sowie die Veränderung der Familienstruktur, z.B. Geschlechterrollen und Hierarchie hergestellt.

Zu Beginn der Therapie werden mit den Patientinnen und Patienten ein Genogramm der Biographie sowie die Migrationsbiographie erarbeitet.

Als Ergänzung zu den Einzeltherapeutischen Gesprächen mit den zuständigen Therapeutinnen und Therapeuten, sowie den pflegerischen Bezugspersonen, werden verhaltenstherapeutische Aspekte behandelt und körperorientierte Therapien sowie Milieuthérapie angeboten. Ziel der körperorientierten Therapien sind Körperwahrnehmung, Spannungsregulation und eine schonende Aktivierung.

Im Rahmen der Milieuthérapie wurden als migrationspezifische Angebote ein Deutschkurs, die Gruppe Kunst, Kultur und Religion sowie die Kulturgruppe in das Stationskonzept integriert. Gerade bei den letzten beiden Gruppen geht es um ein gegenseitiges Verständnis der verschiedenen Kulturen und Traditionen in Einbezug des Gastlandes Schweiz zu vermitteln und letztlich zu fördern.

Im Gegensatz zu den Einzelgesprächen, finden die Gruppen ohne speziell ausgebildete Dolmetscher statt. Die Gruppenteilnehmer übersetzen in den Gruppen für die Patientinnen und Patienten, welche über ungenügende Deutschkenntnisse verfügen. Die Erfahrung zeigt allerdings, dass auch Patienten, ohne Übersetzung von den Gruppenangeboten profitieren. Dies wird in den Einzelgesprächen entsprechend thematisiert und bestätigt [5].

Die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Kulturen in der täglichen Arbeit erfordert eine empathische Grundhaltung mit Achtung vor der Person und ihrem Schicksal. Auch darf bei den vordergründig unterschiedlichen Kulturen die Person als Individuum mit einer eigenen Biographie nicht aus-

ser Acht gelassen oder gar auf Grund seiner Kultur und Herkunft stigmatisiert werden. Dies beinhaltet, dass das Team eigene Vorurteile und Verhaltensweisen zum Wohl der Patienten stetig reflektiert.

Literatur

1. *Bundesamt für Statistik (BFS). (2008). Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz Bericht 2008. Neuchâtel.*
2. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/key/01/01.html>. Abgerufen am 27.06.2016.
3. *Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2012). Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz. Bern.*
4. *Spital Thurgau AG. Psychiatrische Klinik. Statistik Station PT 3. (2015).*
5. *Spital Thurgau AG. Psychiatrische Klinik. Konzept Station PT 3. (2012). Aktualisierung 2015. Münsterlingen.*

36. Auswirkungen von Migration und Akkulturation auf psychosoziale Gesundheit türkischer Migranten der ersten Generation

Silke Laukamp

Hintergrund

Teil der persönlichen Entwicklungsgeschichte eines Menschen, ist stets die Auseinandersetzung mit den Rollen und Werten der Kultur, in die wir hineingeboren werden. Diese Auseinandersetzung ist ein Teil der Sozialisation und wird als Enkulturation bezeichnet. Das Individuum entwickelt so, ergänzend zu seiner persönlichen und sozialen, auch eine kulturelle Identität.

Migration kann als ein Prozess der Eingliederung, Anpassung und neuer Identitätsbildung verstanden werden.

Die kontextuellen Bedingungen der Migration, zum Beispiel die Freiwilligkeit der Migration, die Möglichkeit eines Familiennachzuges, sowie die Lebensbedingungen im Aufnahmeland, erhalten in diesem Prozess eine bedeutsame Rolle [1].

Grundsätzlich gilt, dass der Migrationsprozess nicht per se Krankheit und gesundheitliche Beeinträchtigung mit sich bringt. Als bedeutsame Faktoren sind vielmehr anzusehen, ob im Rahmen einer Migration die Verwirklichung persönlicher Lebensziele und/oder positiver Lebensaspekte gelingt und unter welchen Umständen/Bedingungen die Migration erfolgte. Ergänzend scheint auch die Gestaltung des Verarbeitungsprozesses von signifikanter Bedeutung zu sein.

Der Migrationsprozess ist in der Regel mit einer signifikanten Veränderung der äußeren Lebensbedingungen, der Arbeits- und Wohnumwelt, sowie der sozialen und kulturellen Bezüge verknüpft. Als Prozess, mit all seinen Anforderungen und gegenseitigen Erwartungen verstanden, kann letzterer grundsätzlich als ein Lebensereignis betrachtet werden, welches von Einwanderern vielfältige Anpassungsleistungen verlangt.

Taft versteht den individuellen Eingliederungsprozess als ein vom Migranten aktiv zu vollziehender Eingliederungsprozess, der eine kognitive, konative und identifikative Veränderung erfordert. Personale Faktoren wie Intelligenz, Kreativität, Flexibilität, Kommunikationsfähigkeit und Bildungsniveau besitzen dabei einen entscheidenden Einfluss auf den Eingliederungsprozess [2].

Darüber hinaus werden kulturelle Faktoren als wichtige Determinanten für einen erfolgreichen Anpassungs- und Eingliederungsprozess benannt.

Das Aufeinandertreffen einwandernder und aufnehmender Kulturen und die sich daraus entwickelnden Veränderungen, prägen den Prozess der Akkulturation.

Idealtypisch sollte im Rahmen des Akkulturationsprozesses, die als nicht mehr funktional wirksamen Elementen der eigenen Kultur, von Individuen sowohl der Aufnahme- als auch der Herkunftskultur aufgegeben werden [3]. Obgleich an dieser Stelle eine Anpassungsleistung von Angehörigen beider Gruppen erwartet wird, betrifft die Notwendigkeit der Akkulturation im Besonderen Angehörige kultureller Minoritäten, die den Erwartungen und Anforderungen der Residenzgesellschaft in vielen Bereichen zu entsprechen haben.

Der individuelle Eingliederungsprozess von Wanderern aus handlungstheoretischer Sicht nach Harmut Esser, versteht den Prozess der Eingliederung von Arbeitsmigranten sowohl als Anpassungsleistung verschiedener Sozialsysteme, als auch als einen spezifischen Fall von personaler Eingliederung in ein bestehendes Sozialsystem. Migration führt nach der Auffassung von Esser zunächst zu einem Zusammenbruch der erlernten und verinnerlichten Sozialmuster eines Menschen in der neuen Umgebung. Eine erfolgreiche Bewältigung dieser Phase gelingt über eine Neu-Verortung des Migranten im Aufnahmeland und über eine Neu-Definition von Beziehungen. Eine erfolgreiche Re-Sozialisation wird dabei als Voraussetzung einer gelingenden Kommunikation betrachtet, eine besondere Bedeutung erhält dabei die

Verinnerlichung, der für die Aufnahmegesellschaft typischen Verhaltensweisen und Problemlösungsprozesse.

Ergänzend stellen die prozessualen Determinanten der Angleichung des Migranten im Aufnahmeland, in Bezug auf die Fertigkeiten und Möglichkeiten der Rollenbesetzung, in einer vergleichbaren Form mit den Mitgliedern der Residenzgesellschaft einen relevanten Aspekt dar.

Je stärker die Migration, auch aufgrund sozioökonomischer Faktoren, erzwungen wurde und je weniger eine Integration in die Aufnahmegesellschaft gelingt, umso größer ist das Risiko dass die Trauer über die erlittenen Verluste nicht nachlässt, sondern in einer mentalen Überlastung mündet.

Kultur als System von erworbenen und erlernten Bedeutungen, Vorstellungen und Regeln, die dem Gesellschaftlichen Leben zugrunde liegen und diesem Struktur geben, umfasst auch Vorstellungen von Gesundheits- und Krankheitskonzepten. Letztlich wird implizit oder explizit im Rahmen dieses Regelwerkes formuliert, welche Symptome oder Beeinträchtigungen eine gesellschaftliche Akzeptanz besitzen und welchem Unterstützungssystem sie ggfs. zugeordnet werden können.

Fragestellung

Welche Faktoren beeinflussen den Gesundheitszustand türkischer Migranten der ersten Generation? Welche Bedeutung erhält der Akkulturationsprozess in Bezug auf die Integration und Identifikation der Mitglieder jener Personengruppe.

Methode und Material

Zur Bearbeitung erfolgte eine umfassende Literaturrecherche.

Eine Auswahl an Studien, Original- und Übersichtsarbeiten, die eine signifikante Darstellung des komplexen, mehrdimensionalen Zusammenwirkens verschiedener Determinante (sozioökonomischer Status, gesundheitliche Belastungen, Bewältigungsressourcen, Gesundheits- und Krankheitsverhal-

ten, Selektionseffekt) auf den Gesundheitsstatus von Migranten abbilden verwendet.

Ergebnis

Die Analyse der Forschungsarbeiten zum Thema Akkulturation, Migration und die Auswirkung auf die psychosoziale Gesundheit türkischer Migranten der ersten Generation zeigte in Bezug auf die Gesundheitssituation multidimensionale Problemstellungen.

Diese lassen sich auf eine Verflechtung gesellschaftlicher- politischer, psychosozialer, körperlicher, und letztlich soziokulturell- und migrationspezifischer Hintergründe und Bedingungen zurückführen. Migrationsbibliographie, Status und Zukunftserwartungen und Perspektiven in der Migration schlagen sich deutlich in Belastungen, Bewältigungsanstrengungen und Erkrankungen nieder.

Diskussion

Das deutsche Gesundheitssystem tut sich schwer damit auf die speziellen Probleme der ehemaligen „Gastarbeiter“ und ihrer Angehörigen einzugehen. Unterschiedliche, kulturell geprägte Verständnisse von Krankheit und Behandlung und daraus folgend wechselseitig unterschiedliche Erwartungen an das Experten- bzw. Patientenverhalten erschweren oder verhindern die Beziehung und die Kommunikation zwischen Behandelnden und Patient/ Patientinnen. Letzteres geschieht vor dem Hintergrund eines stetig steigenden Bedarfes an psychosozialen Hilfen. Die Forderung nach einer „Interkulturellen Öffnung“ entsprechender Dienste verlangt die Entwicklung einer „Interkulturellen Kompetenz“. Die Arbeit mit Migrantinnen und Migranten verlangt von den Beschäftigten in den Gesundheitssystemen die Fähigkeit zum interkulturellen Dialog. Bei der Behandlung von Migrantinnen und Migranten begegnen sich nicht nur zwei unterschiedliche Individuen, sondern zugleich zwei unterschiedliche soziokulturelle Prägungen.

Da ein Migrant im Laufe seines Akkulturationsprozesses sowohl positive als auch negative Verhaltensweisen, Kognitionen und Emotionen in Abstim-

mung mit der Residenzgesellschaft entwickeln kann, wird die Migration mit einem sowohl besseren als auch deutlich schlechteren physischen und psychischen Gesundheitsstatus gegenüber dem vorherigen einhergehen können. Das beiderseitige Wissen um die Auswirkungen von Akkulturation und Migration auf psychosoziale Gesundheit und die individuellen Erfahrungen und Interpretationen sind ein unerlässlicher Bestandteil einer verbesserten kulturübergreifenden Verständigung und Pflege.

Literatur

1. Keller, A., Braune, B. Th. (2004) *Gesundheit und Versorgung von Migranten und Deutschen*. In K. Hinz & Reith (Hg.), *Migration und Gesundheit*. Frankfurt am Main.
2. Taft, R. (1957) *A Psychological Model for the Study of Social Assimilation*. *Human Relations*, 10, S. 141-156.
3. Berry, J. W. (1992). *Acculturation and adoption in an new society*. *International Migration*, 30, S. 69-85.

37. Hometreatment für die psychiatrische Akutbehandlung

Helmut Lerzer, Simona Jaun, Alexandra Kuhn, Niklaus Stulz, Urs Hepp

Fragestellung

Führt das Angebot eines Hometreatments für die psychiatrische Akutbehandlung ohne Qualitätseinbussen zu einer Reduktion des stationären Behandlungsbedarfs und der direkten Behandlungskosten bei schwer psychisch kranken Menschen mit stationärer Behandlungsindikation?

Methode und Material

Die Psychiatrischen Dienste Aargau AG (PDAG) führten Anfang 2015 ein Hometreatment in die psychiatrische Regelversorgung des Kantons Aargau (Schweiz) ein. Mit dem Hometreatment werden stationär behandlungsbedürftige Patienten durch ein mobiles und multiprofessionelles psychiatrisches Behandlungsteam auch in akuten Krankheitsphasen in ihrem häuslichen Umfeld statt in der psychiatrischen Klinik behandelt, sofern ihr Krankheitszustand dies zulässt. Im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie werden seit April 2015 alle stationär behandlungsbedürftigen Patienten einer einjährigen Prävalenzkohorte zufallsbedingt entweder dem traditionellen stationären Behandlungsangebot oder dem neuen Behandlungsmodell mit der Zusatzoption einer Akutbehandlung im häuslichen Umfeld zugewiesen. Diese beiden Behandlungsmodelle werden während einer laufenden, 2-jährigen Follow-up-Phase bzgl. der stationären Inanspruchnahme, sowie bzgl. weiterer Ergebniskriterien verglichen.

Ergebnisse

Die ersten Ergebnisse von bisher über 500 randomisierten Patienten in dieser weltweit grössten Studie zu Hometreatment sind sehr vielversprechend: Nahezu die Hälfte (ca. 45%) der stationär behandlungsbedürftigen Patienten mit Hometreatment-Option konnten zumindest phasenweise in ihrem häuslichen Umfeld statt in der psychiatrischen Klinik behandelt werden. Damit

wurden rund 20-25% der Kliniktage eingespart, bzw. in das häusliche Umfeld verlagert, ohne dass die Behandlungen insgesamt länger wurden.

Diskussion

Das Angebot eines psychiatrischen Hometreatments kann zu einer Entlastung der Klinikstationen bei gleichzeitig geringeren Behandlungskosten führen. Die bisherigen Ergebnisse werden im Hinblick auf ihre Implikationen für die klinische und pflegerische Praxis dargestellt und diskutiert.

Schlussfolgerung

Psychiatrisches Hometreatment scheint bei vielen Patienten und in vielen Krankheitsphasen eine vielversprechende Alternative für die psychiatrische Akutbehandlung im stationären Setting zu sein.

38. Die Pflege/Patienten-Relationen in Psychiatrie und Psychosomatik (PPR-PP) – die pflegerische Basisbesetzung in der Behandlung Erwachsener

Michael Löhr

Ziel

Ziel dieser Arbeit ist es, auf der Grundlage interner und externer Evidenz die Basisbesetzung einer verantwortbaren **Pflege/Patienten-Relationen** in der teilstationären und stationären Behandlung Erwachsener sowohl in der **Psychiatrie** als auch der **Psychosomatik (PPR-PP)** in Deutschland zu definieren. Hierdurch soll auch zukünftig die Patientensicherheit weitgehend unabhängig vom aktuellen Finanzierungssystem, gewährleistet werden.

Hintergrund

Die „Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV)“ (ohne Autor 1990) wird nach aktuellem gesetzlichem Regelungsstand (PsychEntgG) am 01. Januar 2019 außer Kraft gesetzt. Die Psych-PV legt die quantitativen und qualitativen Vorgaben des Personaleinsatzes in der teilstationären und stationären psychiatrischen Versorgung fest und ist Grundlage für die Verhandlung der Personalkostenvergütung zwischen Einrichtungsträgern und Kostenträgern. Alle diese Bedingungen sind Grund für die intensive Auseinandersetzung mit der Frage nach dem Basispersonalbedarf an Pflegefachpersonen in der stationären/teilstationären psychiatrischen-psychotherapeutischen und psychosomatischen-psychotherapeutischen Versorgung (Psych-Krankenhausbehandlung). Die Basisbesetzung in der stationären/teilstationären Psych-Krankenhausbehandlung im Pflegedienst wird definiert, als die Besetzung, die nur im begründeten Ausnahmefall unterschritten werden darf, um einen Stationsbetrieb fachgerecht über 7 Tage die Woche an 24 Std. aufrechtzuerhalten und damit eine für die Patienten und das Personal sichere und milieuthérapeutische Behandlung zu

ermöglichen. Neben der Basisbesetzung sind weitere Einsatzzeiten zu berücksichtigen, die mit pflegetherapeutischen Interventionen im Kontext des Patientenklintels und des Behandlungssettings verbunden sind. Diese Zeiten stehen nicht im Fokus des Vortrages.

Methoden

Nach Identifikation und Berechnung der Basispflegeleistungen (1.) nach Psych-PV sowie (2.) unter Berücksichtigung von personellem Mehraufwand durch normative Vorgaben werden (3.) die Zeitwerte, ergänzt um Ergebnisse interner und externer Evidenz, in die PPR-PP Level-Struktur überführt.

Ergebnisse

Es lassen sich sieben Level-Definitionen der PPR-PP definieren. Der Unterschied zur Basisbesetzung der Psych-PV liegt je nach Level zwischen +0.5 und +3.81 Stellen im Tagdienst. Für den Nachtdienst werden ebenfalls Pflege/Patienten-Relationen für die sieben Level definiert. Durch die Beantwortung der Leitfragen können konkrete Möglichkeiten zur Einführung und Umsetzung der PPR-PP aufgezeigt werden.

Diskussion

Wird die Psych-PV um die psychiatrisch-psychotherapeutischen Pflegeaspekte bereinigt und auf einen Basisansatz reduziert, zeigt sich eine unterschiedliche Gewichtung der Basisbesetzung. Limitierend muss dargestellt werden, dass die PPR-PP einem weitgehend normativen Ansatz folgen. Diese Einschränkung hatte die Psych-PV allerdings auch. Nicht alle Relationen lassen sich eindeutig über Zeitwerte aus der Literatur ableiten. Auch sind die dargestellten Levels ein erster Ansatz, der noch weiter expliziert werden muss.

Schlussfolgerung

Die PPR-PP geben eine pflegerische Basisbesetzung unabhängig von dem Finanzierungssystem vor. Neben dieser Basisbesetzung müssen weitere Zeiten für die pflegetherapeutischen Aufgaben definiert werden und zur Basisbesetzung addiert werden. Die Realisierung der PPR-PP würde eine dem heutigen Stand des Wissens entsprechende Personalausstattung im Pflegedienst ermöglichen, die die Patientensicherheit weitgehend gewährleistet.

39. Wahrnehmung der Effekte der Adherence Therapie bei psychoseerkrankten Menschen in einem forensischen Setting – Ergebnisse einer qualitativen Studie

Michael Löhr, Herrmann Steffen und Michael Schulz

Ziel

Untersucht wurde die Wahrnehmung von Patienten mit einer Psychoseerkrankung in einer forensischen Psychiatrie, die an einer Adherence Therapie teilgenommen haben.

Hintergrund

Adherence meint eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Professionellen und Patienten im Hinblick auf langfristige Therapieentscheidungen. Damit grenzt sich dieser Begriff vom Begriff der Compliance ab, da dieser gerade im Hinblick auf eine gewandelte Rolle von Patienten mit chronischen Krankheitsverläufen als zu paternalistisch angesehen werden [1, 2]. Adherence Therapie nach Gray et al. [3] ist eine psychotherapeutische Kurzintervention, die durch entsprechend geschulte Pflegende zur Anwendung kommt. Im Rahmen eines kollaborativen und personenzentrierten Ansatzes werden in 5-8 Einzelsitzungen Aspekte des langfristigen Gesundheitsverhaltens unter besonderer Berücksichtigung der Medikamenteneinnahme bearbeitet. In der Literatur sind hunderte Faktoren beschrieben, die Adherence beeinflussen können. Daher scheint eine Reduktion der Outcome-Messung auf wenige quantitative Determinanten unzureichend zu sein. Aus diesem Grund fokussiert diese Evaluation das Erleben von Adherence-TherapeutenInnen und PatientenInnen. Diese Dimension ist als zentral zu bewerten, da positives und negatives Erleben unsere Handlungen beeinflussen.

Methoden

Der Studie liegt ein qualitatives Forschungsdesign zugrunde, da dies am besten geeignet ist, um ein tieferes Verständnis für das Erleben der Intervention auf Therapeuten- und Patientenebene zu erlangen.

Die Zielpopulation der geplanten Erhebung sind Adherence-TherapeutInnen (stehen im Vortrag nicht im Fokus) und PatientInnen. Diese werden in getrennten Gruppen interviewt. Die Diskussion wird mit dem Einstieg in das Thema vom Moderator eröffnet und im Verlauf der Diskussion kommt es üblicherweise zu Zwischen- oder Nachfragen des Moderators. Die Diskussion sollte maximal 60-90 Minuten dauern und wird auf Video aufgezeichnet. Das Material wird dann mittels der Aufzeichnungen transkribiert und zuletzt kategorisiert und bewertet. Die Videomittschnitte wurden direkt nach der Transkription gelöscht.

Folgende Leitfragen standen im Interview mit den Patienten im Fokus.

- Wie haben die PatientInnen die Maßnahme erlebt?
- Zu welchen Veränderungen führten die Gespräche?

Ergebnisse

Es wurden nach Transkription und Analyse des Interviews drei Schlüsselkategorien identifiziert:

- *„Kontrollgewinn und Hoffnung“*
- *„Selbstversicherung und reflexive Distanz“*
- *„Selbstmanagement und Selbstkompetenz“*

Diskussion

In der Betrachtung der Schlüsselkategorie *„Kontrollgewinn und Hoffnung“*, *„Selbstversicherung und reflexive Distanz“* sowie *„Selbstmanagement und Selbstkompetenz“* wird deutlich, dass die in ihren jeweiligen Dimensionen beinhalteten Phänomene einen Kompetenzgewinn zum Ausdruck bringen, der sich in der übergeordneten Betrachtung als *„Entfaltung von Handlungs-*

souveränität' konzeptualisieren lässt. So lässt sich der Verlauf der Adherence-Therapie als ein iterativer Lernprozess beschreiben, der über die sensible auf Partizipation gründende Anleitung des Therapeuten seitens des Patienten zu einem Mehr an Kontrolle führt, das wiederum den Aufbau biographischer Hoffnung ermöglicht.

Das im therapeutischen Prozess vermittelte Wissen und die Fertigkeiten befähigen, Einfluss auf die Gestaltung des medikamentösen Regimes zu nehmen und ein akzeptables individuelles Medikamentenarrangement einzuklagen. Mehr noch bildet sich auf diesem Weg eine gesundheitsbezogene Kompetenz heraus, die es möglich macht, sich für seine eigenen Interessen einzusetzen. Diese fußen auf der Kompetenz zur reflexiven Distanzierung von einer momentanen Situation und leiten über eine begleitete Introspektion einen Prozess der Selbstversicherung ein.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Einführung der Adherence Therapie aus Sicht der Patienten zu einer anderen Weise des miteinander Arbeitens geführt haben. Die Patienten fühlten sich, dass ihnen die Zeit gegeben wurde um sich intensiv mit ihrer Therapie auseinanderzusetzen. Hier wurden durch die Patienten die Themen Hoffnung, Zukunft und Zusammenarbeit immer wieder in den Fokus der Diskussion geholt. Wenn die beiden Aspekte Beziehung und partnerschaftliche Entscheidungsfindung zusammen bringt, so scheint hier eine Weiterentwicklung der therapeutischen Arbeit stattgefunden zu haben. In der zentralen Kategorie „Durch Selbstauseinandersetzung (Selbstreflexion) und eigenen Erfahrungen lernen“ wird deutlich, dass die Patienten durch die Intervention in der Lage sind, manche Verhaltensweisen kritisch zu reflektieren.

Literatur

1. *World Health Organization (2003) Adherence to long-term therapies: evidence for action, Genf*
2. *Schulz M., (2009) Leadership auf Interventionsebene - Adhärenz als pflegerische Vision. In: Leadership in der psychiatrischen Pflege. Eine Herausforderung für Praxis -Management – Ausbildung – Forschung- Politik Hrsg.: S. Hahn, H. Stefan, C. Abderhalden, I. Needham, M. Schulz, S. Schoppmann, IBICURA, Unterostendorf, Seite 303 – 326*
3. *Gray R. (2004) Verbesserte Einhaltung von Medikamentenvorgaben bei Menschen mit Psychosen. In: R. Bauer, P. Krause, M. Schulz (Hrsg.) Interventionen psychiatrischer Pflege. IBICURA, Unterostendorf, Seite 84 – 93.*

40. Fremd ist der Fremde nur in der Fremde.

Die Auswirkungen der Übersiedlung einer psychiatrischen Abteilung vom spezialisierten psychiatrischen Großkrankenhaus am Waldrand in ein Schwerpunktkrankenhaus in die Mitte einer Großstadt

Beate Mayer, Wolfgang Egger, Harald Stefan

Hintergrund

Psychiatrien werden in der Bevölkerung noch immer mit einem gewissen Argwohn betrachtet. In den Medien herrscht das Bild vor, dass die PatientInnen der Psychiatrie entweder gefährlich sind und dann besonders Frauen und Kindern Gewalt antun, oder dass „Unschuldige“ dort eingesperrt und medikamentös mit „schweren“ Psychopharmaka ruhiggestellt werden. Psychiatrische Einrichtungen werden oft als Übel betrachtet, das zwar manchmal notwendig ist, aber am besten möglichst weit entfernt platziert sein sollte!

Die Personen, die selbst in der Psychiatrie arbeiten, fühlen sich oft missverstanden, falsch interpretiert, mit sehr hohen Erwartungshaltungen konfrontiert und PatientInnen haben den Eindruck, dass gerade in Psychiatrien besonders gespart wird, dass die Einrichtungen nicht den Standards eines modernen Spitals entsprechen und sie im täglichen Spitalsalltag gegenüber anderen PatientInnen stigmatisiert werden.

Problemstellung

Seit den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts wird in Wien eine Psychiatriereform geplant, dessen Ziel eine Dezentralisierung der psychiatrischen Einrichtungen, weg vom psychiatrischen Großkrankenhaus, hin zu psychiatrischen Abteilungen in den Schwerpunktkrankenhäusern, ist. 2008 begann dann auch für die damalige 5. psychiatrische Abteilung des Otto Wagner Spitals diese dezentralisierende Aufgabe. Das Ziel war die Verlegung der

Stationen in den 3. Wiener Gemeindebezirk, in das Schwerpunktkrankenhaus Krankenanstalt Rudolfstiftung.

Im Dezember 2014 zog die Abteilung in das neu errichtete Gebäude. Bei Veranstaltungen, in Gesprächen und durch persönliche Einladungen wurde und wird versucht Befürchtungen, Vorurteile und unrealistische Vorstellungen, die auch 1½ Jahre nach der Übersiedlung noch bei vielen MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen der nicht psychiatrischen Fächer existieren, zu reduzieren.

BewohnerInnen rund um ein Allgemeinkrankenhaus, wo in der unmittelbaren Umgebung ein neues Haus für psychisch kranke Menschen errichtet wurde, aber auch die MitarbeiterInnen der anderen medizinischen Fachbereiche des Spitals hatten und haben Ängste, Befürchtungen und Erwartungen, ebenso wie das Personal und die PatientInnen der psychiatrischen Abteilung, die mitübersiedelten. Auch die Teammitglieder in der Abteilung selbst erlebten Veränderungen, wie z.B. bei den Arbeitsabläufen und den therapeutischen Möglichkeiten.

Ziel

Ein Erfahrungsbericht soll Überblick geben über die Veränderungen für Personal und für PatientInnen. Es sollen aber auch Vorstellungen, Bedenken und Sorgen von alten und neuen MitarbeiterInnen der Krankenanstalt Rudolfstiftung aufgezeigt werden, und die Wege, die begangen wurden um diese zu reduzieren.

Erfahrungen

Die Nähe zu einem Schwerpunktkrankenhaus bewirkte eine effektivere somatische Versorgung psychisch Kranker, vor allem in Notfällen. Interessiertes Personal der somatischen Stationen konnten die psychiatrischen Bereiche kennenlernen, vorgefasste Meinungen über die Aufgaben der Psychiatrie und über psychiatrische Arbeit wurden verändert.

In der Betreuung der PatientInnen konnte, vermutlich durch die Möglichkeiten und dem Angebot im neuen Haus, eine Veränderung im sozialen Verhalten festgestellt werden. Die PatientInnen nutzen die nun vorhandenen Rückzugsmöglichkeiten, wodurch es zu einer Abnahme der Konflikte gekommen ist. Das vorhandene Raumangebot ermöglicht dem Individuum die eigenen Distanzgrenzen zu wahren und anderen Personen bei Bedarf aus dem Weg zu gehen. Im persönlichen Bereich besteht aufgrund der vorhandenen Ein- und Zweibettzimmer mit Nasseinheit die Möglichkeit die Körperpflege nach den eigenen Vorstellungen durchzuführen, ohne Störung und zeitlicher Begrenzung durch MitpatientInnen und Personal. Die oben angeführten Punkte könnten ein wesentlicher Faktor für die signifikante Reduktion der Zwangsmaßnahmen von beinahe 70 % zu den Jahren vor der Übersiedelung sein.

Durch die örtliche Übersiedlung vom hundertjährigen Altbau am grünen Waldrand in einen modernen Neubau in die Mitte der Großstadt, kam es auch bei den MitarbeiterInnen zu einem Wandel, sowohl in ihren Erwartungen und Einstellungen, als auch in den Tätigkeiten im Arbeitsalltag.

41. Sinn und Unsinn der Pflegediagnostik in der psychiatrischen Pflege

Michael Mayer

Problemstellung

Die psychiatrische Pflege unterstützt Menschen bei der Bewältigung ihres Alltags und in ihrem Streben nach Wohlbefinden [1]. Dazu nutzen Pflegenden einen kognitiven Problemlöseprozess, den sie auf der Grundlage einer therapeutischen Beziehung anbieten. Dieser Pflegeprozess beinhaltet ein pflegerisches Assessment, mit dem Probleme und Bedürfnisse von Menschen erfasst werden. Die Problembeschreibung im Rahmen des Pflegeprozesses war immer wieder Ausgangspunkt von kritischen Diskussionen [vgl. 2–4].

Eine systematische Pflegediagnostik soll die Qualität des Pflegeprozesses verbessern. Die in der deutschsprachigen Pflege am häufigsten verwendeten Klassifikationssysteme der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) [5] und PraxisOrientierte Pflegediagnostik (POP) [6] verwenden annähernd die gleiche Grundstruktur. Mit der PESR-Struktur werden Probleme (P) mit verursachenden Einflussfaktoren (E) und Symptomen/Anzeichen (S) beschrieben. Die POP-Klassifikation ergänzt dieses Format mit Ressourcen (R). Aus Sicht einer recovery-orientierten psychiatrischen Pflege [7] behindern diese stark formalisierten Klassifikationssysteme die Wahrnehmung individuellen Erlebens. Für Patienten ist die Sprache der Pflegediagnostik fremd und weit entfernt von ihrer Lebenswelt.

Fragestellung

Es ist unklar, welche Rolle die Klassifikationssysteme in einer recovery-orientierten Pflege übernehmen können. Wie müssen sie verändert werden, um die Recovery-Orientierung zu unterstützen? Sind sie überhaupt noch sinnvoll anwendbar?

Vorgehen

Im Vortrag werden zunächst die Kriterien untersucht, die eine recovery-orientierte psychiatrische Pflege erfüllen sollte. Sinn und Unsinn von Pflege-diagnosesystemen in einer recovery-orientierten Pflege werden diskutiert. Eine Möglichkeit pflegerische Klassifikationssysteme in die recovery-orientierte Pflege zu integrieren wird entwickelt.

Diskussion

Merkmale einer Recovery-Orientierung

In ihrem Gezeitenmodell machen Barker und Buchanan-Barker [7] deutlich, wie wichtig es ist, die individuelle Perspektive des Patienten zu verstehen und dabei seine Sprache zu respektieren. Watkins [8] beschreibt Kriterien, die eine Recovery-Kultur erfüllen muss. Dazu gehören für ihn, den Betroffenen als Experten in eigener Sache zu würdigen und seine Fähigkeiten anzuerkennen. Die Rolle der professionellen Pflege sieht er eher als Berater und Begleiter, die den Betroffenen in seiner Selbstbestimmung unterstützen und die Aufmerksamkeit auf Stärken, statt auf Defizite, richten.

Problematik pflegerischer Klassifikationssysteme

Aufgrund ihrer Nähe zu medizinischen Diagnosen bringen Pflegediagnosen die Gefahr einer Etikettierung und Stigmatisierung von individuellem Erleben mit sich [4, 8, 9]. Sie richten ihr Augenmerk vor allem auf die Defizitbereiche von Patienten und betrachten die Pflegefachperson als Expertin für das Erkennen von Pflegediagnosen. Damit verstoßen Pflegediagnosen gegen wesentliche Kriterien einer recovery-orientierten Pflege. Andererseits suchen Menschen die Unterstützung von professionellen Pflegepersonen, wenn sie einen Pflegebedarf haben. Mit Pflegediagnosen können diese Pflegebedarfe praktisch und theoretisch begründet werden. Sie können zu einem besseren Verständnis pflegerische Phänomene beitragen [9].

Diagnostizieren als Prozess des Verstehens

Eine Lösung liegt in der stärkeren Betonung des diagnostischen Prozesses. Eine verstehende Pflegediagnostik orientiert sich nicht am medizinischen Modell einer Expertendiagnose. Tatsächlich ist die pflegerische Diagnose eher ein dialogischer Prozess des Verstehens. Mit der PESR-Struktur der Pflegediagnostik können Pflegenden Menschen helfen, ihre Probleme besser zu verstehen und sich ihrer Fähigkeiten in der Bewältigung dieser Probleme bewusst zu werden. Die Pflegefachperson unterstützt den Patienten dabei, sein zentrales Problem (P) mit eigenen Worten zu beschreiben. Die Bedeutung des Problems zeigt sich in den Auswirkungen (S) auf den Alltag und das Erleben des Betroffenen. Ein plausibles Erklärungsmodell (E) hilft, ein Problem und seine Ursachen besser zu verstehen. Die gemeinsame Suche nach eigenen Einflussmöglichkeiten (R) zur Entlastung oder Problembewältigung zeigt dem Betroffenen seine oft schon bewährten Fähigkeiten auf.

Recovery-orientierte Pflegediagnostik

Im Prozess des pflegerischen Diagnostizierens verbinden wir unsere professionelle Sicht auf Pflegebedarfe und Risiken mit dem subjektiven Erleben einer Person. Das Ergebnis ist eine Pflegediagnose, die das gemeinsam entwickelte, individuelle Problemverständnis beschreibt.

Der Prozess des pflegerischen Diagnostizierens verfolgt mehrere Ziele:

- Risiken mit dem Betroffenen wahrnehmen
- Individuellen Problemsituation gemeinsam verstehen
- Veränderungsmöglichkeiten erkennen
- Selbstpflege stärken

Die Health Beliefs Modelle [10] weisen ein Weg, wie Pflegediagnosen in der psychiatrischen Pflege sinnvoll angewandt werden können. So wird der Nutzer im Prozess des pflegerischen Diagnostizierens zum Experten für seinen Pflegebedarf, entwickelt ein plausibles Erklärungsmodell dafür und erkennt seine Einflussmöglichkeiten und Fähigkeiten im Umgang damit. Die diagnostische Hypothese wird durch dialogischen Prozess der Erarbeitung

gefestigt. Das Klassifikationssystem wird zum offenen Kodiersystem, mit dem die Pflegefachperson den individuellen Pflegebedarf mit dem theoretischen Wissen ihrer Profession abgleichen kann. Letztlich muss sich die Diagnose jedoch in der pflegerischen Praxis bewähren, indem sie dem Nutzer hilft, seine Stärken zu erkennen und ihn bei der Lösung seiner Probleme unterstützt.

Lernziele

Als Klassifikationssystem beschreiben Pflegediagnosen die theoretischen Wissensbausteine einer professionellen Pflege. Für eine recovery-orientierte Pflegediagnostik kommt es vor allem auf den Prozess des Diagnostizierens an. Wenn Pflegediagnosen in der Sprache des Patienten formuliert werden, können sie dazu beitragen, sein Recovery zu unterstützen.

Literatur

1. *Abderhalden C, Needham I, Wolff S, Sauter D. Auffassung von Pflege. In: Sauter D, Abderhalden C, Needham I, Wolff S (eds.). Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Verlag Hans Huber, 2011: 43–56*
2. *Andries A. Probleme mit der Pflegeplanung. Schwest Pfleg 1991; 30: 812–815*
3. *Stratmeyer P. Ein historischer Irrtum der Pflege? Plädoyer für einen kritisch-distanzierten Umgang mit dem Pflegeprozess. Mabuse 1997; 106: 34–38*
4. *Parsons S. Classification and nursing. In: Barker P (ed.). Psychiatric and mental health nursing: the craft of caring. London; New York NY: Arnold; Distributed in the U.S.A. by Oxford University Press, 2003: 113–117*
5. *Berger S, Mosebach H, Witeck P (eds.). NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen & Klassifikation 2007-2008. 1. Aufl. Bad Emstal: RECOM, 2008*
6. *Stefan H, Allmer F, Schalek K, Eberl J, Hansmann R, Jedelsky E, Pandzic R, Tomacek D, Vencour MC. POP - PraxisOrientierte Pflegediagnostik: Pflegediagnosen - Ziele - Massnahmen. 2. Wien: Springer, 2013*
7. *Barker P, Buchanan-Barker P. Das Gezeiten-Modell: Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege. Auflage: 1., Aufl. Bern: Verlag Hans Huber, 2013*
8. *Watkins PN, Wolff S. Recovery - wieder genesen können ein Handbuch für Psychiatrie-Praktiker. Bern: Huber, 2009*
9. *Ellis D. The value of nursing diagnosis. In: Barker P (ed.). Psychiatric and mental health nursing: the craft of caring. London; New York NY: Arnold; Distributed in the U.S.A. by Oxford University Press, 2003: 118–125*
10. *Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. Cogn Ther Res 1992; 16: 143–163*

42. Eine Ethik der Begegnung.

Der Umgang mit dem Fremden in der abendländischen Kultur

Günter Meyer

Der Umgang mit dem Fremden prägt in der psychiatrischen Versorgungslandschaft längst unseren Alltag. Dabei konzentriert sich die Auseinandersetzung mit dem Begriff des Fremden vorwiegend auf dem Gebiet der Interkulturalität. Besonders in der Ethik stellt sich die Frage nach interkulturellen Differenzen und wie wir dieser Diversität im Alltag begegnen können. Es mag erstaunen, dass innerhalb der Pflegeethik das Thema Interkulturalität sehr viel umfangreicher thematisiert wird als innerhalb der Medizinethik. Ungeachtet der zunehmenden Fokussierung des Umgangs mit dem Fremden auf ethische Konfliktfelder im interkulturellen Diskurs, stellt sich jedoch die Frage nach dem Umgang mit dem Fremden sehr viel grundsätzlicher und erfordert eine anthropologische Reflexion. Wie weit sind wir durch unsere Geschichte der abendländischen Kultur geprägt und lassen uns von Stereotypen in den Diskussion verleiten? Diese Fragestellung übersteigt sicherlich den Umfang dieses Beitrages, dennoch soll anhand weniger Beispiele versucht werden, sich dieser Thematik zu öffnen und dafür zu sensibilisieren. Wie wir mit dem Fremden umgehen, hängt im großen Maße davon ab, ob wir individuell oder kollektiv fähig sind, Veränderungsprozesse zuzulassen und positiv zu integrieren. Nur wenn wir das Fremde als ein konstituierendes Element unserer eigenen Identität betrachten, sind wir in der Lage, Stereotypen aufzubrechen und nicht versucht, das Fremde als Projektionsfläche unserer eigenen Entfremdung zu missbrauchen.

Bernhard Waldenfels definiert das Fremde denn auch von den Grenzen her, die sowohl individuell als auch von Gruppen bestimmt werden. „Das Fremde ist ein Grenzphänomen par excellence“, so seine Definition. „Es kommt von anderswoher, selbst wenn es im eignen Haus und in der eigenen Welt auftritt. Kein Fremdes ohne Orte der Fremde. Welches Gewicht der Fremdheit

zuteilwird, hängt davon ab, wie die Ordnung beschaffen ist, in der unser Leben, unsere Erfahrung, unsere Sprache, unser Tun und unser Schaffen Gestalt annimmt.“ Nur durch die Konfrontation mit unseren Grenzen besitzen wir überhaupt die Möglichkeit, uns selbst zu definieren. Dabei gilt es zu bedenken, dass das Fremde, und in diesem Zusammenhang der Fremde, nicht automatisch mit dem Anderen gleichgesetzt werden kann. In einer Gruppe von mehreren Individuen kann der Andere zur kulturellen Gemeinschaft gehören, aber da der Fremde im Unterschied zum Eigenen charakterisiert werden muss, ist der Fremde vor diesem Hintergrund stets ein Anderer. Doch ganz anders verhält es sich, wenn wir uns selbst fremd werden und wir zu Fremden in unserer eigenen Umgebung werden. Albert Camus Roman „Der Fremde“ ließe sich hier paradigmatisch anführen. Camus charakterisiert die Hauptfigur Meursault als eine Person ohne ethische Überzeugungen, die mit großer Gleichgültigkeit auf Ungerechtigkeiten, Gewalt und traurige Nachrichten reagiert. Meursault scheint geradezu eine emotionale Taubheit eigen zu sein, die an die Symptomatik einer Depersonalisation erinnert. In dieser Steigerung ist die Person nicht nur fremd seiner eigenen Kultur gegenüber, sondern vor allem sich selbst. „Je est un autre.“ Mit dieser Äußerung von Rimbaud wird die intersubjektive Fremdheit erweitert zu einer „intrasubjektiven Fremdheit“. Dieser Ausdruck einer intrasubjektiven Fremdheit wird aber im Sinne von Rimbaud nicht pathologisch, sondern als Ausdruck eines generellen Verlustes des eigenen Ichs in unserer modernen Gesellschaft verstanden. Vor diesem Hintergrund ist eine Definition des eigenen Ichs kaum noch möglich. Folgen wir dieser Logik, dann ließe sich in letzter Konsequenz auch das Fremde nicht mehr erfassen. Waldenfels merkt dazu an: „Es gäbe nichts mehr, mit dem das Fremde kontrastieren würde. Mit der Abschaffung der Eigenheit hätten wir auch die Fremdheit selbst abgeschafft. Wir wären in die Nacht zurückgekehrt, in der alle Katzen grau sind.“ Er schlägt als Ausweg vor, zu unterscheiden zwischen der „eigenen Fremdheit“ und der „fremden Fremdheit“. Die eigene Fremdheit ist konstituierendes Element des eigenen Ichs, die fremde Fremdheit ist dagegen die

Grundlage des interkulturellen Diskurses. In der Psychiatrie sind wir aufgefordert, mit beiden Formen der Fremdheit umgehen zu müssen.

„Sichtbar wird Kultur in der Regel jedoch erst in der der Begegnung mit anderen, bei Fremden,“ so Michael Knipper, „wenn die eigenen, für normal gehaltenen Denk und Verhaltensweisen plötzlich an ihre Grenzen stoßen, wenn erwartete Reaktionen eines Gegenübers ausbleiben oder unerwartete, evtl. sogar als „unpassend“ empfundene Äußerungen oder Handlungsweisen plötzlich an ihre Stelle treten.“

In der griechischen Antike wurde diese fremde, andere Kultur mit dem Begriff des Barbaren belegt. Erstmals taucht er in den Gesängen der Ilias auf. Im zweiten Gesang finden wir mit Vers 867 folgende Beschreibung: „Nastes führte die Karen, ein Volk barbarischer Mundart, welche Miletos umwohnt und das Waldgebirge der Phteirer, auch das Maiandros Flut, und Mykalens luftige Scheitel [...]“. Mit der Verwendung dieses Ausdrucks war ursprünglich der „unverständlich Redende“ gemeint, was der ursprünglichen Bedeutung des griechischen Wortes „barbaros“, der Stammelnde, gleichkommt. In den Anfängen war allerdings damit noch keine negative Konnotation verbunden. Grundsätzlich lässt sich in vielen antiken Hochkulturen beobachten, wie ein Sammelbegriff für alle fremden Kulturen geschaffen wurde. In China beispielsweise, orientierten sich die Benennungen der fremden Stämme an den Himmelsrichtungen: „Ssu-i“ war der Oberbegriff für alle Barbaren, und die vier Ausdrücke „Man“, „Jung“, „Ti“ und „I“ bezeichneten die fremden Kulturen jeweils entsprechend der Richtung, aus der sie kamen. Dieses Streben nach einer begrifflichen Zuordnung des Fremden in den Hochkulturen interpretiert Rudolf Stichweh: „Man könnte dies das Theodizeeproblem für Weltreichsbildungen nennen.“ Mit dem Aufkommen der Terminologie war in der chinesischen Kulturgeschichte auch die negative Konnotation verbunden. Es entstand parallel eine Mythologie, der zufolge die Barbaren chinesische Vorfahren besaßen und verbannt worden waren wegen eines Verbrechens. Die perfideste Deutung der Barbaren in den vorhandenen Mythologien beschrieb die Fremden als Nachkömmlinge einer chinesischen Prinzessin mit

einem Hund. In der griechischen Antike besaß der Begriff „Barbar“ in den Anfängen keine negative Konnotation. Einen radikalen Wandel erfuhr die Terminologie im 5. Jahrhundert v. Chr. Literarischen Ausdruck dieses Wandels verleiht Euripides mit seiner Tragödie „Andromache“, wo wir folgende Passage finden: „Das ist allezeit Barbarenart, wo Vater mit der Tochter, mit der Mutter Sohn sich mischt, mit Schwester Bruder und die Nächten sich mit Mord begegnen, während kein Gesetz das wehrt.“ In der Folge dieser negativen Beschreibungen erstarkte eine gesellschaftlich tolerierte Fremdenfeindlichkeit und legte den Grundstein für die bis heute anhaltenden also tief verwurzelten Ressentiments gegenüber Fremden. Den Fremden wurde kein gesetzmäßiger Schutz zuerkannt. Zwar war Mord auch an Fremden strafbar, aber Raub, Sklaverei und Entführungen wurden von der Gesellschaft durchaus akzeptiert. Bei einem fokussierten Blick auf diese Überlieferungen scheint es also eine tiefverwurzelte Xenophobie in der griechischen Antike gegeben zu haben. Fremde wurden gefürchtet sowie offenbar als Feinde betrachtet und befanden sich quasi in einem Rechtslosen Raum.

„Die Rechtlosigkeit der Fremden“, so Wolfgang Detel, „wurde durch das sakrale Gastrecht nur unwesentlich gemildert, denn im Rahmen des Gastrechts bestand eine Schutzpflicht nur gegenüber jenen Fremden, die einen sakralen Vertrag mit Bürgern oder ihre eigene ehrenvolle Position in ihrer Heimat explizit nachweisen konnten.“ Diese negative Betrachtung des Fremden ließe sich weiter auch in der römischen Antike beobachten. Der lateinische Begriff „hostis“ beispielsweise kann sowohl mit „Fremder“ als auch mit „Feind“ übersetzt werden. Dennoch zeichnet sich unter der Herrschaft Roms ein Wandel ab, denn die militärische Expansion des römischen Reiches konnte nur gelingen durch den Ausbau des Heeres mithilfe von Fremden, also von Barbaren.

Gleichzeitig begann aber auch eine gesellschaftliche Diskussion über eine ethische Verpflichtung, Fremde zu integrieren, indem sie für das römische Reich kultiviert wurden. Dahinter verbirgt sich immer noch ein Hochmut der eigenen Kultur. Dennoch wurden fremde Kulturen, sobald sie zum römi-

schen Reich gehörten, mit dem Anspruch integriert, sie für das römische Reich kultivieren. In seiner zehnten Rede fordert der römische Rhetoriker und Philosoph Themistios:

„Wer die übermütigen Barbaren unnützerweise verfolgt, macht sich nur zum Herrscher der Römer. Wer aber ihrer Herr wurde und sie doch schont, weiß, daß er Herrscher aller Menschen ist, vor allem jener, die er bewahrt und gerettet hat, obwohl er sie völlig hatte vernichten können. Ich jedenfalls würde nicht sagen, der listige Agamemnon habe königlich gesprochen, als er den gegenüber dem Schutzflehenden weich gewordenen Bruder tadelt und den so unnatürlichen und widerwärtigen Wunsch äußert kein Troer möge entrinnen...“ Für Themistios wird es zu einer ethischen Pflicht, die Barbaren zu integrieren. Auch wenn wir hier einen grundlegenden Wandel im Vergleich zur griechischen Gesellschaft feststellen können, so war die geforderte Integration innerhalb der römischen Gesellschaft doch immer noch gebunden an die Unterwerfung zur römischen Kultur. Ansätze dieser Haltung finden wir durchaus in der Gegenwart wieder, in der Diskussion über die sog. „deutsche Leitkultur“, deren Vermittlung für die Integration vorausgesetzt wird und die eine unterschiedliche Wertigkeit der Kulturen impliziert. Neben dieser Erbschaft der negativen Botschaften gegenüber Fremden können wir auch auf eine Tradition der Offenheit und des interkulturellen Austausches blicken.

Populistische Argumente der Gegenwart, mit denen wir uns immer wieder konfrontiert sehen, und denen zufolge ein Zusammenleben verschiedener Kulturen nicht möglich sei, ließen sich mit diesen Überlieferungen historisch widerlegen. Ein erster Hinweis darauf, dass dem Fremden durchaus positiv begegnet wurde, kann man in der Tradition des Pilgertums finden. Das Pilgerwesen lässt sich in fast allen Religionen und Kulturen beobachten, angefangen vom Orakel von Delphi über den Tempel Salomos in Jerusalem, die heiligen Stätten in Rom bis hin zur Haddsch nach Mekka. Der Begriff „Pilger“ leitet sich vom lateinischen Wort „peregrinus“ ab und bedeutet u.a. „der Fremde“ oder „in der Fremde sein“. Im Christentum galt der Pilger als Sym-

bol dafür, dass der Mensch an sich ein Fremder auf der Erde sei. Damit war die Aufforderung verknüpft, dem Pilger mit Gastfreundschaft zu begegnen. Die Gastfreundschaft darf als weiteres Indiz für eine bestehende positive Tradition gewertet werden, dem Fremden mit offenen Armen zu begegnen. Das Prinzip des Gastrechts kennen wir ebenfalls in fast allen Kulturen und Religionen. Bereits in der griechischen Antike hatte die Gastfreundschaft einen sakralen Status. Der Gastgeber war verpflichtet, dem Gast Schutz zu gewähren sowie Nahrung und Unterkunft. Gastfreundschaft galt als ein Gebot vom höchsten Gott Zeus selbst und der Gastgeber war göttlich verpflichtet, dem Gast keinen Schaden zuzufügen. Diese Heiligkeit des Gastgebotes lässt sich bis in die Gegenwart verfolgen. Man denke beispielsweise an die Kurzgeschichte „Der Gast“ von Albert Camus. In dieser Geschichte wird während des Algerienkrieges einem Lehrer gegen seinen Willen von einem Polizisten ein Häftling aufgedrängt, mit der Aufforderung, ihn zur nächsten Präfektur zu bringen. Dem Lehrer widerstrebt die Vorstellung, einen Häftling in Gefangenschaft zu übernehmen und er rettet die Situation, indem er den Häftling als Gast aufnimmt. Mit diesem Status geht der Lehrer jedoch auf eine besondere Verpflichtung ein, den Gast zu schützen. Auf dem Weg zur Präfektur erreichen sie eine Kreuzung, von dem ein Weg in die Freiheit führt und ein Weg zum Gefängnis. Der Lehrer steht nun in dem ethischen Dilemma, zwischen Gesetz und Gastrecht entscheiden zu müssen. Er löst das Dilemma, indem er die Entscheidung dem Gast überlässt. Doch das Gastrecht verlangt ebenso vom Gast, den Gastgeber nicht zu schädigen. Um das sakrale Gebot der Gastfreundschaft nicht zu brechen, entscheidet sich der Häftling für den Weg ins Gefängnis. Diese Ethik der Gastfreundschaft, die wir von allen Kulturen ableiten können, gilt es in unserer gegenwertigen Diskussion wiederzubeleben. Sowohl Gastgeber als auch Gast tragen gemeinsam die Verantwortung, sich gegenseitig zu schützen und zu respektieren.

Auch wenn Derrida diese Gastfreundschaft als Paradoxon beschreibt, dass sich kaum auflösen lässt, bietet die Idee der Gastfreundschaft doch eine Basis für den interkulturellen Dialog. Für Derrida gilt Gastfreundschaft nur dem Fremden, doch um die Gastfreundschaft in Anspruch zu nehmen, muss

der Fremde die Fremdheit preisgeben. Ist die Fremdheit nicht mehr gegeben, wird sie zum Bestandteil der eigenen Kultur. Folgt man der Logik von Derrida, so stellen sich zwei Fragen - über die auch im psychiatrischen Alltag diskutiert werden müsste -, zum einen, ob wir den interkulturellen Dialog mit den Regeln des Gastrechts belegen können und zum zweiten, ob es möglich ist, mit der Preisgabe der Fremdheit einen neuen transkulturellen Rahmen zu schaffen, der uns zu einer neuen, eigenen Kultur vereint. „Offenheit, Pluralität in und zwischen den Kulturen“, schreibt der Kulturanthropologe Wolfgang Reinhard, „sind mit den Begriffen transkulturell und Transkulturalität gemeint, während interkulturell und Interkulturalität angeblich immer noch zu sehr die Vorstellung von in sich geschlossenen stabilen Entitäten transportieren.“ Der Begriff „transkulturell“ wird in der Literatur sicherlich sehr kontrovers diskutiert, jedoch bietet der Ausdruck uns eine Plattform für eine Begegnung verschiedener Kulturen auf Augenhöhe bei unserer alltäglichen Arbeit in der psychiatrischen Versorgung. In den USA wurde bereits während der 1950er Jahre der Begriff der Transkulturalität erstmalig in die Pflegewissenschaft durch Madeleine Leininger eingeführt. Leininger entwickelte aus ihrer Theorie in den 1980er Jahren das sog. „Sunrise Modell“. Auch wenn das Modell in der Pflegewissenschaft sehr kritisch gewürdigt wird, greifen Autorinnen wie Dagmar Domenig und Sylvia Agbih den Begriff „transkulturell“ wieder auf und entwickeln eine Theorie von „transkultureller Kompetenz“. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob wir diese transkulturelle Kompetenz in unserer psychiatrischen Arbeit nutzbar machen können.

43. Subjektive Krankheitskonzepte und interkulturelle Exploration in der psychotherapeutischen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen

Jenny Mika

Zusammenfassung

Subjektive Krankheitskonzepte stehen in einem direkten Zusammenhang mit der Therapieerwartung und Compliance eines Betroffenen. Insbesondere, wenn der Klient aus einer Kultur stammt, die sich von der des Kliniklers unterscheidet, sind unterschiedliche Konzeptualisierungen zu erwarten.

In der vorliegenden Arbeit werden subjektive Krankheitskonzepte und deren Relevanz in der Psychotherapie mit Geflüchteten vorgestellt. Es zeigen sich z.B. Besonderheiten in Form einer externalisierten und kontextgebundenen Betrachtung der psychischen Symptome. Die subjektiven Krankheitskonzepte können mit der Methode des „interkulturellen Explorierens“ erfasst werden.

Einführung

In einer Welt, die zunehmend von globaler Konnektivität und kulturellem Austausch geprägt ist, ist eine Sensibilisierung für kulturelle Interpretations- und Ausdrucksformen von besonderer Bedeutung. Flüchtlinge personifizieren kulturellen Austausch – sie tragen bei ihrer Flucht individuelle und kulturelle Interpretationsformen aus ihrem Herkunftsland in einen neuen kulturellen Kontext. Die Lebenswirklichkeit der Geflüchteten im Aufnahmeland ist ein „melting pot“ an Konzepten, anhand derer die Welt gedeutet, eingeordnet und erklärt wird [7].

Für viele Geflüchtete in Deutschland sind psychische Erkrankungen ein fester Bestandteil ihrer Lebenswirklichkeit: Neben traumatischen Erfahrungen im Herkunftsland und auf der Flucht stellen auch negative Postmigrationserfahrungen im Aufnahmeland, wie z.B. ein unsicherer Aufenthaltsstatus oder die langfristige Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften, Belastungs-

faktoren dar, die Flüchtlinge zu einer Risikogruppe für die Entwicklung psychischer Störungen machen [3].

Subjektive Krankheitskonzepte und die Patientenperspektive

Nach Kelly [6] bilden Menschen wie Wissenschaftler Theorien mit Hilfe derer sie die Welt deuten und sich Phänomene wie z.B. Krankheit und Gesundheit erklären. Auch wenn Individuen unter einem psychischen Problem leiden, entwickeln sie Vorstellungen und Erwartungen bezüglich ihrer Verfassung. Nach Leventhals commonsense self-regulation model bestehen diese sogenannten subjektiven Krankheitskonzepte aus fünf Komponenten: Krankheitsidentität, Krankheitsursachen, Verlauf, Kontroll- und Heilungsmöglichkeiten sowie Konsequenzen [12].

Welche psychischen und körperlichen Phänomene in welche Art von Krankheitskonzept kategorisiert werden variiert inter- und intrakulturell, aber auch interindividuell, da Individuen ihre Krankheitskonzepte aufgrund von direktem oder indirektem Erleben entwickeln [5]. Da sowohl soziokulturelle Aspekte des Herkunfts- wie des Aufnahmelandes bei der Entstehung von Krankheitsvorstellungen eine Rolle spielen, sind vielschichtige subjektive Krankheitsmodelle besonders bei Flüchtlingen zu erwarten [7].

Subjektive Krankheitskonzepte dienen als Grundlage, auf der Entscheidungen bezüglich der Strategien zum Umgang mit der Krankheit getroffen werden. Sie haben einen direkten Einfluss auf die emotionale Reaktion einer Person hinsichtlich ihrer Krankheit, ihr Coping-Verhalten, ihr Hilfesuch-Verhalten sowie die Compliance [11]. Um die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten zu verbessern, ist es demnach aufschlussreich, ihre subjektiven Krankheitskonzepte näher zu betrachten.

Subjektive Krankheitskonzepte bei Geflüchteten

In unserer Pilotstudie zu den subjektiven Krankheitskonzepten von traumatisierten Flüchtlingen sowie der langjährigen therapeutischen Erfahrung mit Flüchtlingen bei REFUGIO, dem Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer in München, haben sich einige Besonderheiten im Rahmen der

subjektiv erlebten Krankheitsursachen und der erwarteten Kontroll- und Heilungsmöglichkeiten der Patienten als besonders relevant für den therapeutischen Prozess herausgestellt [10].

Ursachenzuschreibungen

Viele Geflüchtete, die bei REFUGIO Hilfe suchen, bringen ein kulturspezifisches Erklärungsmodell für ihre psychischen Symptome mit ins Erstgespräch. Als Ursache geben sie meist nicht intrapsychische Faktoren an, sondern eher externale Einflussfaktoren, im Sinne schwieriger Lebensbedingungen, somatischer Faktoren oder spiritueller Einflüsse (Jins, Ahnen, die Folgen des „bösen Blicks“). Insbesondere im Rahmen von spirituellen Ätiologiemodellen kommt es häufig zu „Stimmenhören“ oder dem Gefühl, durch eine spirituelle Macht beeinflusst zu werden, was jedoch ohne entsprechende weitere Symptome nicht als Zeichen einer paranoiden oder schizophrenen Störung zu bewerten ist. Diesbezüglich kommt es häufig zu Fehldiagnosen [9].

Die externale Ursachenzuschreibung hat auch zur Folge, dass die Symptome häufig nicht wie in ICD-10 oder DSM-5 vom Kontext losgelöst, sondern vielmehr kontextualisiert betrachtet werden. So berichtete in unserer Pilotstudie ein Klient, dass es in Uganda zwar Menschen mit Schlafproblemen gäbe, aber das sei etwas anderes als die Schlafstörungen, unter denen er in Deutschland leide. Menschen mit Schlafproblemen in Uganda seien *nighty dancers* und würden, sobald als solche identifiziert, aus den Dörfern verjagt, da sie Zauberer seien. Der Klient unterschied klar zwischen den Problemen, die in Uganda und in Deutschland auftreten, auch wenn die Symptome aus dem Kontext gelöst identisch zu sein scheinen [10].

Kontroll- und Heilungsmöglichkeiten

Mit ihren subjektiven Krankheitskonzepten bringen Geflüchtete häufig auch Vorstellungen einer passenden Therapie für ihre Symptome mit. Psychotherapie als intrapsychische Heilmethode kennen viele nicht. Passend zu den externalen Ursachenzuschreibungen werden eher externale Veränderungen des Kontexts in Erwägung gezogen, um die Psyche zu stabilisieren, wie z.B.

eine Verbesserung der Lebensbedingungen, eine medizinische oder spirituelle Heilungsmethode [9].

In unserer Pilotstudie beschrieb ein befragter Klient von REFUGIO aufenthaltsrechtliche Aspekte als externale Ursache für seine psychischen Symptome. Veränderungen des Kontexts im Sinne aufenthaltsrechtlicher Aspekte und damit einhergehende Lebensveränderungen können entsprechende therapeutische Wirkung haben [10].

Interkulturelles Explorieren

Zur ausführlichen Exploration der subjektiven Erklärungsmodelle wird im DSM-5 das Cultural Formulation Interview vorgeschlagen, welches wir im Rahmen unserer Pilotstudie zur Anwendung in der Anamnese mit Geflüchteten modifiziert haben [1, 10]. Eine Variante, die sich auch für kürzere psychiatrische Patientenkontakte jenseits der Psychotherapie eignet, stellt das von Barbara Abdallah-Steinkopff (REFUGIO München) entwickelte „interkulturelle Explorieren in fünf Schritten“ dar. Grundvoraussetzung ist eine „Haltung der anteilnehmenden Neugier“ (siehe Liedl et al. [9] für Details):

- Explorieren der ursprünglichen Krankheits- und Heilungsvorstellungen des Patienten
- Berücksichtigung des entsprechenden Entstehungskontextes für kulturspezifische Vorstellungen
- Ermittlung von kulturspezifischen Tabus
- Anschauliches Erklären der westlich-psychologischen Krankheits- und Heilungsvorstellungen und Vermittlung des entsprechenden Entstehungskontextes
- Interkulturelle übergeordnete Gemeinsamkeiten im Heilungsprozess finden und für die Therapie nutzen

Das interkulturelle Explorieren subjektiver Krankheitskonzepte ist ein wichtiger Bestandteil der Psychotherapie mit Flüchtlingen zur Förderung von Compliance und Therapiemotivation mit häufig spannenden Ergebnissen. Die heilende Wirkung lokaler Reaktionen auf psychische Belastung, häufig

external und nicht individual- und intrapsychologisch begründet, bildet wichtige Ansatzpunkte für den Umgang mit psychischen Symptomen von Geflüchteten.

Literatur

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5. Aufl.). Washington DC: American Psychiatric Association.
2. Breslau, J. (2004). *Cultures of Trauma: Anthropological Views of Posttraumatic Stress Disorder in International Health*. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28 (2), 113–126.
3. Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review*. *The Lancet*, 365 (9467), 1309-1314.
4. Ghane, S., Kolk, A.M. & Emmelkamp, P.M.G. (2010). *Assessment of explanatory models of mental illness: effects of patient and interviewer characteristics*. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45, 175-182.
5. Keith, K.D. (2013). *Categorization*. In K.D. Keith (Hrsg.), *The encyclopedia of cross-cultural psychology* (Band I, S. 160-161). Chichester: Wiley & Sons.
6. Kelly, G.A. (1986). *Die Psychologie der persönlichen Konstrukte* (E. Danziger-Tholen, Übers.). Paderborn: Jun-fermann.
7. Kirmayer, L.J. (2006). *Beyond the 'new cross-cultural psychiatry': cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization*. *Transcultural Psychiatry*, 43 (1), 126-144.
8. Kluge, U. (2011). *Sprach- und Kulturmittler im interkulturelle psychotherapeutischen Setting* In W. Machleidt & A. Heinz, A. (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie* (S.145-154). München: Elsevier.
9. Liedl, A., Böttche, M., Abdallah-Steinkopff, B. & Knaevelsrud, C. (in press). *Psychotherapie mit Flüchtlingen – neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse*. Stuttgart: Schattauer.
10. Mika, J., Abdallah-Steinkopff, B. & Gavranidou, M. (2015). *Die Exploration der Krankheitskonzepte von Flüchtlingen bezüglich ihrer Posttraumatischen Belastungsstörung*. *PsychotherapeutenJournal*, 2, 134-145.
11. Petrie, K.J. & Pennebaker, J.W. (2004). *Health-related Cognitions*. In S. Sutton, A. Baum & M. Johnston (Hrsg.), *The SAGE Handbook of Health Psychology* (S. 127-142). London: Sage.
12. Phillips, L. A., Leventhal, H. & Leventhal, E. A. (2012). *Physicians' communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills*. *British journal of health psychology*, 17 (2), 244- 257.

44. Psychiatrische Pflege in Syrien

Mohab Naeem

Abstract

Die Ermittlung geeigneter pflegetherapeutischer Interventionen erfordert ein umfassendes Verständnis für die kulturellen Hintergründe des menschlichen Verhaltens [1]. Seit der Autonomie Syriens 1946 professionalisierte sich die Krankenpflege im Land. Aufgrund des aktuellen Konflikts in Syrien ist diese Entwicklung gestoppt und das psychiatrische Hilfesystem stark beschädigt worden. Viele Syrer suchen ein sicheres Lebensumfeld und flüchten unter anderem nach Deutschland. Die psychiatrisch Pflegenden in Deutschland stehen aus diesem Grund vor der großen Herausforderung diesen traumatisierten Menschen eine kultursensible und professionelle Pflege zuteilwerden zu lassen.

Kultureller Hintergrund

Die Region, die heute Syrien heißt, wurde über Jahrhunderte von Menschen mit einer großen Vielfalt von ethnischen und religiösen Hintergründen bevölkert [2-4].

Weil die Kultur unser menschliches Verhalten formt und die individuelle Sichtweise auf die Welt um uns herum prägt, sollten Krankenpflegepersonen diese kulturellen Faktoren kennen, um den Umgang mit psychischen Erkrankungen von Menschen verschiedener Herkunft besser verstehen zu können. So kann die Kultur das Erleben, die Ausdrucksform und die Beurteilung der psychischen Störungen beeinflussen. Ein Beispiel dafür ist, dass bei der Depression in manchen Kulturen häufiger somatische Symptome in den Vordergrund gestellt werden, als die psychischen [1]. Syrer könnten depressive Symptome und seelische Belastungen auf das Herz beziehen. Der Ausdruck „mein Herz ist erblindet“ bezieht sich auf Traurigkeit und Pessimismus [1, 5]. Schon vor dem Krieg war die psychiatrische Versorgung begrenzt. 21 Millionen Menschen wurden von 70 Psychiatern in vier Krankenhäusern versorgt

[6, 7]. Das Ibn Ruschd Krankenhaus Damaskus ist heute die einzige Institution, wo psychiatrische Patienten bis zu drei Monate kostenlos und trotz des Mangels an Medikamenten behandelt werden können. Mit 51 Betten deckt das Krankenhaus nur einen kleinen Teil der psychiatrischen Patienten ab. Die meisten Menschen, die in Konfliktgebieten wohnen, sind ohne psychiatrische Versorgung [6].

Die internationalen Organisationen bemühen sich um die psychosoziale Unterstützung für die durch den Konflikt betroffenen Menschen. Darüber hinaus werden Ärzte und Pflegende ohne spezifische Ausbildung im Bereich der Psychiatrie von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die psychiatrische Versorgung von Patienten weitergebildet [6].

Psychiatrische Krankenpflege in Syrien

Nach der Autonomie Syriens im Jahr 1946 wurde die medizinische Fakultät der Universität Damaskus mit integrierter Pflegeschule gegründet. Es folgten weitere Pflegeschulen in anderen Städten [8]. 1994 wurde die erste Pflegefakultät an einer Universität ins Leben gerufen, wo die Studenten nach vier Jahren Pflegestudium einen Bachelorgrad erhalten [9]. 2007/2008 wurden drei weitere Pflegefakultäten mit verschiedenen Abteilungen u.a. Psychiatrische Pflege konstituiert [9, 10]. Seit 2010 ist es möglich sich an der Universität in der Fachrichtung Pflegewissenschaften weiter zu qualifizieren [11]. Die internationalen Anforderungen an psychiatrische Pflege brauchen fachlich hochqualifizierte Pflegekräfte, um die geforderten Standards praktisch umsetzen können. Schon vor dem Krieg gab es nur wenige spezialisierte psychiatrische Pflegekräfte in Syrien. Zur Kompensation begann die WHO im Krieg damit, durch psychiatrische Kurse Krankenpflegende weiterzubilden [6].

Die Pflegeinterventionen im stationären psychiatrischen Bereich begrenzen sich auf das Vorbereiten von Medikamenten und die Sicherstellung der Einnahme, die Krankenbeobachtung von Selbst- oder Fremdgefährdenden, sowie psychosoziale Unterstützung.

Trotz großer Bemühungen der Krankenpflegenden eine integrierte Versorgung für Patienten zu erzielen, gibt es immer noch viel zu tun. Zum Beispiel müssen Pflegende in Psychoedukation oder Techniken der Gesprächsführung, Methoden der Entspannung und Training kognitiver Fähigkeiten geschult werden.

Literatur

1. Kneisel R C, Trigoboff E. *Contemporary Psychiatric Mental Health Nursing. Second Edition. New Jersey: Pearson Education; 2009. Chapter 9, Mental Health, Mental Disorder, and Cultural Competence; p.167.*
2. Bochi G. *The production of difference: sociality, work and mobility in a community of Syrian Dom between Lebanon and Syria. London: London School of Economics and Political Science; 2007. In: Hassan et al., Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Support staff working with Syrians Affected by Armed Conflict. Geneva: UNHCR, 2015.*
3. Greenshields TH. *The settlement of Armenian refugees in Syria and Lebanon, 1915-39. In: Clarke IJ, Bowen-Jones H, eds. Change and Development in the Middle East. Abingdon: Routledge; 1981: 233-41. In: Hassan et al., Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Supportstaff working with Syrians Affected by Armed Conflict. Geneva: UNHCR, 2015.*
4. Wikipedia, the free encyclopedia. *Syrien. Im Internet: <https://en.wikipedia.org/wiki/Syria>. Stand: 20/3/2016.*
5. Chatty D. *Dispossession and displacement in the modern Middle East. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. In: Hassan, G, Kirmayer, LJ, Mekki-Berrada A., Quosh, C., el Chammay, R., Deville-Stoetzel, J.B., Youssef, A., Jefee-Bahloul, H., Barkeel-Oteo, A., Coutts, A., Song, S. & Ventevogel, P. Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Support staff working with Syrians Affected by Armed Conflict. Geneva: UNHCR, 2015.*
6. *World Health Organization (WHO), Regional Office For The Eastern Mediterranean. Mental health care in Syria: another casualty of war. Im Internet:*

<http://www.emro.who.int/syr/syria-news/mental-health-care-in-syria-another-casualty-of-war.html>.

7. Okasha A, Karam E, Okasha T. *Mental Health Services In The Arab World. Official Journal Of The World Psychiatric Association (WPA)*. 2012; 11(1):52-54.
8. Universität Damaskus. *Die Geschichte der medizinischen Fakultät der Universität Damaskus*. Im Internet: <http://damascusuniversity.edu.sy/faculties/med/home1/2009-07-12-12-19-49>
9. Universität Tishreen. *Die PflegeFakultät*. Im Internet: <http://www.tishreen.edu.sy/ar/faculty/medical/nursing>.
10. Alderh A. *Pflegefakultät in Universität Alforat. Althaora. Forthcoming 2012 May*. Im Internet: http://thawra.sy/_archive.asp?FileName=3908302820120502100140
11. *Offene Bildungssystem*. Im Internet: http://syria-news.com/edu/newstoprint.php?sy_seq=30161.

45. Psychosen im kulturellen Kontext

Nils Naumann, Richard Bodo, Kerstin Will

Fragestellung

Inwieweit ist die Diagnose und die daraus resultierenden Konsequenzen von schizophrenen Psychosen in verschiedenen Kulturen unterschiedlich und was könnte daraus abgeleitet werden?

Methode und Material

Recherche in Fachdatenbanken und Auswertung von Studien, sowie aktueller Fachliteratur.

Ergebnisse

Ein Vergleich von schizophrenen Erkrankungen mit den daraus resultierenden Folgen gestaltet sich alleine in der Diagnostik schwierig, da kulturell bedingt nicht einheitlich Diagnoseinstrumente Anwendung finden können, um eine saubere Trennlinie zwischen gesund und krank zu schaffen. Hierbei, sowie bei den aus der Krankheit resultierenden Folgen, spielen ethnische und spirituelle Verschiedenheiten, kulturelle Entwicklung, soziale Rolle und sozioökonomischer Status genauso eine Bedeutung, wie verschiedene Gesundheitswesen, gesellschaftliche Strukturen, Staats- und Verwaltungsformen.

Diskussion

Jede Gesellschaft hat ihre eigenen Muster für ein akzeptiertes und somit auch für auffälliges Verhalten. Was in einem kulturellen Kontext als Krankheit gilt und entsprechend behandelt wird, kann in einem anderen als übersinnliche Eingebung oder als Besessenheit von Geistern wahrgenommen werden. Jede Kultur hat einen anderen Umgang mit Abweichungen von diesen definierten Normen, womit die Konsequenzen so verschieden sind, wie die Kulturen die sie definieren [1]. Einen kulturübergreifenden Konsens

scheint es weder für die Diagnose noch für die Behandlung dieser Erkrankungen zu geben [2].

Laut WHO ist eine Schizophrenie durch Störungen im Denken, in der Wahrnehmung, der Emotionen, der Sprache, des Selbstwertgefühl und des Verhaltens gekennzeichnet, sowie durch Stimmenhören und Wahnvorstellungen. Das Spektrum der Behandlung wird seitens der WHO als medizinische und psychosoziale Unterstützung definiert, ohne eine weitere Ausdifferenzierung der verschiedenen Optionen vorzunehmen[3].

In den Versorgungssystemen einiger westlicher Industrienationen entwickelte sich in den letzten Jahren eine individualisierte Form der Behandlung von Menschen die eine psychotische Erkrankung haben, z.B. in Form von Recovery. In diesem Zusammenhang ist der kulturelle Hintergrund einer erkrankten Person ein wichtiger Anteil der Persönlichkeit. Ebenfalls ist der Bedarf aufgrund des kulturellen Hintergrundes die Grundlage für eine individuelle Förderung der Gesundheit.

Schlussfolgerungen

Sowohl das Selbstbild als auch das gesellschaftliche Bild haben einen Einfluss auf Entstehung, Diagnose, Verlauf und Behandlung von Psychosen. Die in westlichen Industrienationen vorherrschenden Paradigmen dieser Erkrankungen sind nicht auf jede Kultur übertragbar, genauso umgekehrt. Bestenfalls gelingt es, dass verschiedene Kulturen nicht nur die Andersartigkeit akzeptieren, sondern von den Erfolgen anderer Konzepte profitieren. Insgesamt scheint die individuelle und soziale Konstruktion von schweren psychischen Erkrankungen neben den biologischen Gegebenheiten eine Dimension zu sein, die im Hinblick auf eine bessere Versorgung mehr Beachtung finden sollte. Ein gutes Beispiel wäre hier Finnland. Dort wird die Krankheit im Kontext einer systemischen Konstruktion in einem sozialen System gesehen und in der daraus resultierenden Konsequenz behandelt [4]. Auch andere kulturelle Erklärungsansätze, wie zum Beispiel in Teilen von Afrika, wo Schizophrenie als eine durch Geister oder Ahnen angeregte Wahrnehmung definiert wird, eröffnet Lernfelder, da hier die Anerkennung der Andersartigkeit

Stigmatisierungsprozessen entgegenwirkt. Ein anderes Beispiel bieten Ergebnisse einer Studie, welche Unterschiede von Menschen, die Stimmen hören in den USA, Ghana und Indien untersuchte. Die Vereinigung der Stimmenhörer „Hearing Voices“ fordert als Konsequenz dieser Studie, dass bei der Behandlung von Schizophrenie mehr Wert auf ein gutes Verhältnis mit den Stimmen gelegt werden sollte [5].

Literatur

1. L Jablensky, A. *Schizophrenia: Recent Epidemiologic Issues* (www.epirev.oxfordjournals.org/content/17/1/10.long)
2. *Erfolgsmythos Psychopharmaka*, Weinmann Stefan, *Psychiatrie Verlag*; Auflage: 1 (September 2008)
3. *Schizophrenia Fact sheet N 397* (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>) (October 2014)
4. *The Finnish National Schizophrenia Project 1981-1987: 10-year evaluation of its results.* Tuori T1, Lehtinen V, Hakkarainen A, Jääskeläinen J, Kokkola A, Ojanen M, Pykkänen K, Salokangas R, Solantaus J, Alanen Y *The Finnish National Schizophrenia Project 1981-1987: 10-year evaluation of its results.* In: *Acta psychiatrica Scandinavia*, Jg.97 (1998) Nr.1, S.10-7 ISSN 0001-690X (P), 1600-0447 (E) (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9504697)
5. *Pubmed Luhrmann, TM et al. Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the USA, India and Ghana: interview- based study* (<http://bjp.rcpsych.org/content/early/2014/06/17/bjp.bp.113.139048.long>)

46. Fremdheitserfahrungen in Selbstzeugnissen von Remo Homer

Ian Needham

Hintergrund

Fremdsein und dessen Überwindung ist auch Gegenstand der Weltliteratur. Im Roman „Der Idiot“ von Dostojewskis, litt beispielsweise der Fürst Myschkin unter Epilepsie und erlebte in einer Fuge Fremdes und Befremdendes. Auch Josef K. in Kafkas Roman „der Prozess“ erlebte befremde Erfahrungen als er eines Morgens ohne dass er etwas „Böses getan hatte“ plötzlich verhaftet wurde. Auch Wladimir und Estragon in Becketts absurdem Theater „warten auf Godot“ waren der Welt und sich selbst fremd. Auch wenig bekannte Schriftsteller – etwa Remo Homer – können von Erfahrungen des Fremdseins und der Fremdheit berichten.

Fragestellung

Welche Erfahrungen sind im Gesamtwerk von Remo Homer dokumentiert?

Methode und Materialien

Es werden Geschichten, Fragmente und Gedichten aus dem Gesamtwerk von Remo Homer zu einer Wort-Collage zusammengesetzt zur Erzeugung einer Wirkung von Fremdsein in der Zuhörerschaft.

Ergebnisse

Die folgenden Werke werden – unter anderem – im Vortrag vorgetragen oder im Schriftbild vorgezeigt:

Weltreise (wenn Orte uns was sagen); *Reztifl empört FKK-Gemeinde* (Ausgrenzung eines Gekleideten); *Der Kuh Not* (Ausgrenzung von Wörtern > 3 Buchstaben); *Beinahe* (Selbstaussgrenzung eines Geblähten); *Anzeige* (Fremdsein eines Lügners); *Psychotisches Wort gerät durcheinander* (Anagramm zum befremdenden Umgang mit dem Rothirsch); *Geburtsanzeige*

(Fremdsein überwinden dank Entsentimentalisierung der Poesie); *Negativ währt am längsten* (Fremdseinempfindungen eines Halboptimisten in pessimistischer Umgebung); *Anagrammanoia im Gesangsverein* (arglose Botschaften mit schweren Folgen); *neusprak abartig ungeil* (Fremdsein und Sprachdiktus); *Schutz vor Schutz* (frohes Drehen auf dem Beamtenkarusell).

Diskussion

Die Welt der Wörter kann die Erfahrung von Fremdsein und dessen Überwindung darstellen und als Bewältigungsstrategie durchaus nützlich sein. Anagramme, Palindrome und durch selbstaufgelegte sprachliche Einschränkungsregeln entstandene Spracherzeugnisse können den Rahmen gewöhnlicher Denkmuster sprengen und helfen, das Fremdsein zu überwinden. Humorlose Zuhörer sollen aber mit allen Mitteln von diesem Vortrag ferngehalten werden, denn schwere Nebenwirkungen (etwa Verwirrung, Ärger, Lachkrämpfe, Anstiftung zum Palindromismus und dergleichen) sind nicht auszuschliessen.

Schlussfolgerung

Golf erschlug Nuss. Gussfuchs-Grollen.

47. Sexualität in Gesundheitseinrichtungen: Diskursanalytische und ethische Erwägungen

Ian Needham, Michaela Simonik, Reto A Wernli Kaufmann

Hintergrund

Sexuell aktive PatientInnen in Gesundheitseinrichtungen können eine grosse Herausforderung für Pflegende darstellen. Angesichts der Brisanz der Thematik und in Ermangelung an Richtlinien scheint es, dass der Umgang mit sexuell aktiven PatientInnen mehr von den persönlichen Ansichten und Einstellungen des Pflegepersonals als von einer einigermaßen einheitlichen professionellen Vorgehensweise geleitet wird. Gesundheitseinrichtungen scheinen sich hinsichtlich des Umgangs mit sexuell aktiven PatientInnen an die Medikalisierung/Psychiatisierung der Sexualität anzulehnen. Auch viele ethische Argumentationsmodelle entstammen dem medizinischen und/oder psychiatrischen Gedankengut – so zum Beispiel, wenn PatientInnen an medizinischen/psychiatrischen Störungen leiden.

Fragestellung

Welche diskursanalytischen und ethischen Einsichten können helfen, einen weniger medizinisch-paternalistischen aber humanistischeren Umgang mit sexuell aktiven PatientInnen in Gesundheitseinrichtungen zu finden?

Methode und Material

Eine literaturgeleitete Darstellung einiger diskursanalytischer Einsichten von Foucault und eine ethische Betrachtung der humanistischen versus der medizinisch-paternalistisch Handhabung der Sexualität in Gesundheitseinrichtungen.

Ergebnisse

Bis zum Zeitpunkt der Säkularisierung in Europa durch die Aufklärung wurde die Sexualität der Bevölkerung durch die Kirchengerechtigkeit moralisch

normiert und im Falle einer offenbaren Abweichung hinsichtlich der einzig legitimen Form von Sexualität, der Zeugungsabsicht im ehelichen Rahmen, sanktioniert [1]. Anderweitige Formen von Sexualität wurde bis gegen Ende des 19. Jahrhunderts mit wenig Differenzierung verurteilt und häufig institutionell sanktioniert [1]. Die Geschichte der Psychiatrie als medizinische Wissenschaft steht anfänglich in engem Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Bemühen, (sexuelle) Nonkonformität zu „verwalten“. Die Psychiater zur Gründungszeit schufen – so Fiedler – mitunter Krankheitskategorien sexuell abweichenden Verhaltens, sog. Perversionen [2]. Obschon sich die Öffentlichkeit mitunter seit den Veröffentlichungen der Kinsey-Reporte (1948, 1953) allmählich liberaler zeigte gegenüber der Vielfalt sexuellen Verhaltens, tat sich die Fachdisziplin der Psychiatrie schwer. Die Festlegung sexuell normabweichenden Verhaltens als psychiatrisch diagnostizierbares Leiden, in einziger Bezugnahme zur Sexualpräferenz, wie es die aktuell geltenden Begrifflichkeiten ‘Paraphilie’ (DSM Klassifikation) bzw. ‘Störung der Sexualpräferenz’ (ICD Klassifikation) noch immer implizieren, stellt Fiedler in Frage. Vielmehr sei im Hinblick auf die Einvernehmlichkeit zwischen Sexualpartnern/-innen ein juristisch strafrechtliches Kriterium zur Normenwahrung anzulegen resp. ein psychiatrisch medizinisches im Falle von ausgesprochenem Leidensdruck [2].

Auf diesem Hintergrund der „Medikalisierung/Psychiatisierung“ der Sexualität können bei Personen, die sich in der Obhut von Gesundheitseinrichtungen befinden, zu Einschränkungen bei der Ausführung ihrer sexuellen Bedürfnisse auftreten. Besonders bei Menschen mit Alterserkrankungen (etwa Demenz) oder psychischen Störungen besteht die Gefahr, dass gesunde Sexualität pathologisiert wird. In der Pfliegerliteratur wird die Sexualität von PatientInnen manchmal als „Verhaltensproblem“ oder „Hypersexualität“ gehandelt. Wird in Gesundheitseinrichtungen durch die Haltung des Personals und die Organisationsstrukturen Intimität verhindert, so kann es zur „iatrogenen Einsamkeit“ der PatientInnen kommen [3].

Viele – paternalistisch anmutende –ethische Argumentationen hinsichtlich sexuell aktiver PatientInnen in Gesundheitseinrichtungen, bewegen sich entlang folgender vier biomedizinischen (sic!) ethischen Prinzipien: Autonomie, Gutes tun, Schaden vermeiden, Gerechtigkeit [4]. Mahieu und Gastmans [5] machen einerseits geltend, dass solche Argumentationsmodelle geradezu für Menschen mit vollumfänglich intakter Kognition geeignet sind und weniger für Leute mit psychischen Störungen und argumentieren andererseits, dass nicht alle Lebensbereiche der Menschen den gleichen ethischen Anforderungen unterstehen müssen. Als Alternative zur biomedizinischen Prinzipienethik gilt die Caring-Ethik, welche die Einmaligkeit der Person und deren Beziehungen berücksichtigt. Wichtige Konzepte einer solchen Caring-Ethik sind Würde, Privatheit, Empathie, Verwundbarkeit, Respekt und deren Bezüge zur individuellen Biografie der PatientInnen und deren sozialen Beziehungen [5].

Diskussion

Befremdend ist der Umstand, dass gesunde Sexualität in Gesundheitseinrichtungen (sic!) manchmal pathologisiert und zum „Fremdkörper“ gemacht wird. Es ist fraglich, ob die „gängigen“ an der biomedizinischen Prinzipienethik orientierten Entscheidungen, hinsichtlich sexuell aktiver PatientInnen, ihnen zum Besten gereichen. Es scheint, dass der derzeitige Bezugsrahmen zur Handhabung von Situationen, in denen PatientInnen sexuell aktiv sind, auf dem Hintergrund der Kenntnisse der Foucault'schen Diskursanalyse und der Caring-Ethik, erweitert werden sollte.

Schlussfolgerungen

Angesichts der Medikalisierung/Psychiatisierung von Sexualität scheint Gewährsein für gesunde Sexualität der PatientInnen und Ansätze der Caring-Ethik ein notwendiges Argumentarium für Pflegende zu sein.

Literatur

1. Foucault, M (1976). *Der Wille zum Wissen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
2. Fiedler, P. (2004). *Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung. Heterosexualität – Homosexualität – Transgenderismus und Paraphilien – sexueller Missbrauch – sexuelle Gewalt*. Weinheim, Beltz Verlag.
3. Gastmans C (2014) *Sexual expression in nursing homes: A neglected nursing ethics issue*. *Nursing Ethics* 21(5), 505-506.
4. Beauchamp TL/Childress JF (2001) *Principles of biomedical ethics, 5th edition*. Oxford, Oxford University Press.
5. Mahieu L/ Gastmans C (2012) *Sexuality in institutionalized elderly persons: a systematic review of argument-based ethics literature*. *International Psychogeriatrics*, 24(03), 346-357.

48. „Immer jünger werden, je älter man wird, das ist die rechte Lebenskunst“ – Die Weiterbildung zur Fachpflege in der Psychiatrie wird 40 Jahre alt

Hajo Oetmann, Ute Sturm

Einleitung

Auch 40 Jahre nach der deutschen Psychiatrie-Enquête hat ihre Forderung nach Professionalisierung und Qualifizierung der psychiatrischen Pflege nicht an Aktualität verloren. Neben zahlreichen weiteren Bildungswegen ist die zweijährige berufsbegleitende Fachweiterbildung für psychiatrische Pflege immer noch ein starkes Instrument dieser Professionalisierung und Qualifizierung.

Die Fachweiterbildung für psychiatrische Pflege

In Deutschland ist die Fachweiterbildung für psychiatrische Pflege durch spezielle Weiterbildungs- und Prüfungsverordnungen (WBVO) der Länder oder mit Bezug zu Richtlinien der DKG geregelt.

In Nordrhein-Westfalen sieht die WBVO-Pflege-NRW für die berufsbegleitend durchgeführte Weiterbildung eine Dauer von mindestens 2 Jahren vor. Der Mindestumfang beträgt 720 Stunden modularisiert durchgeführte theoretische und 1200 Stunden praktische Weiterbildung. Jedes der angebotenen Module muss mit einer benoteten Prüfung abgeschlossen werden, für jedes erfolgreich abgeschlossene Modul erhalten die Teilnehmenden ECTS-Credits.

Laut WBVO-Pflege NRW soll die Weiterbildung im Schwerpunkt Psychiatrische Pflege die beruflichen Handlungskompetenzen der Teilnehmenden insbesondere für folgende Aufgabenbereiche erweitern:

„1. Fallsteuerung im Sinne von Bezugspflege und Case Management, 2. Professionelles Handeln in komplexen Pflegesituationen, 3. Prozesssteuerung, 4. Steuerung eigenen Lernens.“ [1]

Die Fachweiterbildung für psychiatrische Pflege an der LVR-Akademie für seelische Gesundheit in Solingen

Die anerkannte Fach-Weiterbildungsstätte des LVR, heute in der LVR-Akademie für seelische Gesundheit in Solingen, führt die Fachweiterbildung für psychiatrische Pflege seit 40 Jahren durch. Entsprechend der aktuellen WBVO-Pflege-NRW wird die theoretische Weiterbildung in 12-13 zumeist 2-wöchigen Präsenz-Modulen durchgeführt. Die Präsenzmodule, zu denen Pflicht- und Wahlpflichtmodule gehören, haben thematische Schwerpunkte u.a. in der Beziehungsgestaltung, Bezugspflege und Fallverantwortung, der Pflege akut und chronisch psychisch erkrankter Menschen, der verantwortlichen Arbeit in der Gemeindepsychiatrie, der Pflege in verschiedenen Wahlpflicht-Bereichen wie der Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Forensik, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchtbehandlung und der Psychosomatik/Psychotherapie. Hinzu kommen Präsenzmodule zu den Themen Kommunikation, Personalführung und -anleitung, Steuerung des eigenen Lernens und Projektmanagement, außerdem insgesamt sieben Tage Supervision in festen Teilgruppen.

Die praktische Weiterbildung gliedert sich in fünf Praxiseinsätze in verschiedenen psychiatrischen Arbeitsfeldern und Settings: Vier Praxiseinsätze à jeweils 160 Stunden werden in der Akutpsychiatrie, in Bereichen ambulanter oder komplementärer Versorgung, in der Allgemeinpsychiatrie sowie in einem weiteren Wahlpflichtbereich absolviert. Der fünfte Praxiseinsatz mit einer Dauer von 560 Stunden wird im eigenen Arbeitsbereich durchgeführt; hier erarbeiten und verwirklichen die Teilnehmenden vor allem ein zuvor konzipiertes Praxisprojekt, das zum Ende der Weiterbildung auch Bestandteil der Abschlussprüfungen wird. Die Teilnehmenden werden darüber hinaus während ihrer gesamten Weiterbildung von einer ihnen fest zugeordneten Praxisanleitung begleitet. Dabei wird die Akademie durch einen festen Stamm von Praxisanleiterinnen und -anleitern unterstützt, mit dem regelmäßige Koordinierungstreffen und gemeinsame Fortbildungen stattfinden.

Die Teilnehmenden werden in der Weiterbildung im Sinne eines personale und fachliche Kompetenzen aufbauenden und erweiternden beruflichen Lernens begleitet, unterstützt und auch gefordert, denn diese Kompetenzen bilden ein zentrales Herzstück sozialer Psychiatrie. Die für die Pflege in der Psychiatrie so essentielle pädagogisch und therapeutisch wirksame Beziehungsgestaltung wie auch die professionelle Haltung spielen darin neben breitem und vertieftem Fachwissen eine zentrale Rolle. Dies wird auch in der abwechslungs- und anregungsreich, nachhaltig und transferorientiert gestalteten Didaktik der Akademie spür- und erfahrbar. Für die Lehrenden hier ist Lehren v.a. das Schaffen von Gelegenheiten zum Selbst-Denken und Reflektieren, um die Teilnehmenden zum Finden und fachlich fundierten Begründen eigener Positionen zu führen.

Die verstärkte Forderung nach akademischer Qualifikation für psychiatrisch Pflegende In den letzten Jahren hat nun auch zu ganz neuen Entwicklungen an dieser Weiterbildungsstätte geführt: Beginnend im November 2016 wird ein gemeinsam mit der FH der Diakonie in Bielefeld konzipierter kombinierter Fachweiterbildungs- und Studiengang durchgeführt. Dieser kombinierte Lehr- und Studiengang wird die Teilnehmenden in insgesamt 3,5 Jahren zum Abschluss der Fachweiterbildung und zum Erwerb eines Bachelor-Abschlusses im Fach Psychiatrische Pflege an der FH der Diakonie führen.

Effekte und Wirkungen der Fachweiterbildung für psychiatrische Pflege

Das 40-jährige Jubiläum der Fachweiterbildung an der Weiterbildungsstätte des LVR war Anlass, einmal genauer nach den Wirkungen und Effekten der Fachweiterbildung, nach dem Gelingen des Theorie-Praxis-Transfers und nach Aufgabenprofilen von Fachpflegekräften zu fragen. Dazu wurde von Lehrkräften der Akademie eine nicht-repräsentative Online-Befragung aller zum Zeitpunkt der Durchführung erreichbaren Absolventinnen und Absolventen der hiesigen Fachweiterbildung durchgeführt. Als Instrument wurde ein umfangreicher Online-Fragebogen mit 6 Hauptfragen und 27 Einzel-Items entwickelt und eingesetzt. 369 Absolventinnen und Absolventen der

Fachweiterbildung konnten so angeschrieben und um die Rücksendung des bearbeiteten Fragebogens gebeten werden. Bis Ende 2015 hatten ca. 60 % der Befragten das auch getan – eine unerwartet hohe Rücklaufquote, die u.a. wohl als Beleg für eine hohe Affinität vieler Absolventinnen und Absolventen zu „ihrer“ Fachweiterbildung und der Weiterbildungsstätte gedeutet werden kann.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen u.a., dass der größte Teil der Antwortenden noch in der psychiatrischen Pflege, die meisten davon sogar noch in Einrichtungen des LVR arbeiteten. Eine breite Streuung zeigte sich bei den Fachbereichen, in denen sie arbeiten; überproportional häufig ist dabei der Fachbereich des Maßregelvollzugs vertreten (30,7 %). Der überwiegende Teil der Antwortenden (85,5 %) arbeitet heute noch oder wieder in vollstationären psychiatrischen Praxisfeldern.

Ein relativ hoher Anteil der Befragten hat nach der Fachweiterbildung besondere Funktionsstellen wie eine Mitarbeit in Institutionen der Gesundheitsbildung oder eine konzeptionelle Tätigkeit etwa in einer Stabsstelle der Pflegedirektion übernommen. Zusätzliche Weiterbildungen im Anschluss an die Fachweiterbildung haben ebenfalls relativ viele Absolventinnen und Absolventen abgeschlossen, darunter ca. 11 % sogar ein Studium verschiedener Fachrichtungen. Insgesamt schätzen fast 50 % der Antwortenden, dass es für sie Karriereschritte nach der Fachweiterbildung gab; der größte Teil von ihnen meint auch, dass die Fachweiterbildung für diese Karriereschritte Voraussetzung oder aber zumindest hilfreich gewesen sei.

Der überwiegende Teil der Befragten gibt an, nach der Fachweiterbildung besondere patientenbezogene, teambezogene, organisatorische und/oder administrative Aufgaben übernommen zu haben, so etwa die Konzipierung spezieller Gruppenangebote oder eine Anleitungs- oder Moderatorentätigkeit in Bezug auf Pflegefachthemen.

Die Selbsteinschätzungen der Teilnehmenden zeigen überwiegend Zuwächse in allen Bereichen, etwa bei den Items berufliche Identität, mehr Wissen

und Können, stärker theoriegeleitetes Arbeiten, persönliches Wachstum oder Ermutigung zu eigenständigem weiteren Lernen.

Stellvertretend für viele seien hier noch drei Freitext-Kommentare von Befragten zur Bedeutung der Weiterbildung zitiert:

„Im Umgang mit Patienten bin ich sicherer geworden, Beziehungsarbeit hat einen viel größeren Stellenwert erhalten als vorher.“ „Sie bestärkte mich unter anderem darin, weiterzumachen und in der Psychiatrie zu bleiben.“ „Ohne diesen Entwicklungsschritt würde mir ein maßgeblicher Teil meiner Profession heute sicherlich fehlen.“

Fazit und Ausblick

Die Ergebnisse der dargestellten Befragung stützen die aus der lebendigen Erfahrung der Lehrenden in der Arbeit mit den Teilnehmenden der Weiterbildung gewachsene Einschätzung, dass die berufsbegleitende Fachweiterbildung für psychiatrische Pflege auch und gerade heute weiterhin Sinn macht. Neben und in Ergänzung zu den neueren voll und kombiniert akademischen Bildungsgängen für psychiatrisch Pflegenden ist die stärker praxisorientierte Fachweiterbildung auch künftig eine wichtige Stütze der personalen und fachlichen Professionalisierung und Qualifizierung Pflegenden in der Psychiatrie. Unterschiedliche persönliche Profile, Bedürfnisse und Fähigkeiten der Pflegenden machen auch differenzierte Möglichkeiten der Weiterbildung notwendig. „Studieren ist super, aber es ist halt nicht für jeden was“- so drückte es ein Teilnehmender kürzlich einmal aus. Und so mancher, für den Studieren zunächst scheinbar „nichts ist“, entdeckt seine Freude am Lernen in der Weiterbildung- und studiert schließlich doch noch.

Zu klären sein werden dann noch die aus den unterschiedlichen Aus- und Weiterbildungsabschlüssen erwachsenden Aufgaben- und Tätigkeitsprofile in den Praxisfeldern, ebenso wie dazu passende und gerechte Vergütungsstrukturen. Auch dies wird sicher im Streben nach einem ergänzenden Miteinander am besten gelingen.

Und für die Fachweiterbildung gilt sicher weiterhin: „Immer jünger werden, je älter man wird. Das ist die rechte Lebenskunst.“

Literatur

1. *WBVO-Pflege-NRW: Kap.3, § 32 (2009),
https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=1000000000000000749#det353741 (Zugriff am 15.07.2016)*

49. Wir schaffen das – aber wie?! Wie (Gemeinde-)Psychiatrie und Flüchtlingshilfe einander fordern und fördern

Martin Osinski

Rahmenbedingungen

Der Landkreis Ostprignitz-Ruppin im Nordwesten Brandenburgs (KFZ-Kennzeichen OPR) wird von ca. 99.000 Menschen bewohnt, Tendenz sinkend. Die Bevölkerungsdichte liegt bei 39 EinwohnerInnen pro Quadratkilometer - weniger sind es nur im Nachbarkreis Prignitz und im Altmarkkreis Salzwedel. Der Ausländeranteil liegt bei zwei Prozent.

Das Land Brandenburg hat die Unterbringung, Betreuung und Beratung von Asylsuchenden als „Aufgabe zur Pflichterfüllung nach Weisung“ auf die Landkreise und kreisfreien Städte übertragen. Sie erhalten dafür aus der Landeskasse eine Pauschale von 9.128 Euro pro Person und Jahr. Davon sind Unterkunft, Verpflegung und Taschengeld, Gesundheitsleistungen, Betreuungs- und Verwaltungskosten zu bezahlen. Für die Unterbringungs- und Betreuungsbedingungen sind in einem Runderlass Mindestbedingungen festgeschrieben. Unter anderem wird gefordert, dass jedem Asylbewerber sechs m² Wohnfläche zur Verfügung stehen. Die migrationspezifische Beratung und Betreuung soll mit einem Personalschlüssel 1:80 sichergestellt werden.

Das bundesdeutsche Verteilsystem, der „Königsteiner Schlüssel“ weist dem Land Brandenburg einen Anteil von 3,08 % aller Asylsuchenden zu, die Deutschland erreichen. Hier werden sie zunächst in eine der zentralen Erstaufnahmeeinrichtungen aufgenommen, registriert und ärztlich untersucht. Nach längstens drei Monaten erfolgt die weitere Verteilung auf die Landkreise bzw. kreisfreien Städte. Dabei gelangen 4,5 % der Asylbewerber in den Landkreis Ostprignitz-Ruppin. - Anders ausgedrückt kommt etwa einer von tausend Asylsuchenden für die Dauer der Durchführung seines Asylverfahrens in den Landkreis.

Kommunal statt privat

Der Kreistag Ostprignitz-Ruppin hat 2011 zwei richtungweisende Beschlüsse gefasst. Zum einen sollte die Unterbringung, Betreuung und Beratung der Asylsuchenden nicht länger in privatwirtschaftlicher, gewinnorientierter Hand liegen. Stattdessen sollte die gemeinnützige Ruppiner Kliniken GmbH die Aufgaben übernehmen. Dieses Unternehmen befindet sich zu 100 % im Besitz des Landkreises, so dass die Vergabe ohne Ausschreibung als Inhouse-Geschäft möglich war. Zum zweiten formulierte der Kreistag den Auftrag, die Asylsuchenden bevorzugt in Wohnungen unterzubringen.

Noch Anfang 2012 genügte ein Wohnheim mit gut 200 Plätzen. Die seither stark steigende Zahl der Asylsuchenden hat bis Ende 2015 dazu geführt, dass 15 weitere Standorte mit ca. 1.200 Wohnplätzen hinzugekommen sind.

Daheim statt Heim

Bei zehn Standorten und etwa der Hälfte der Wohnplätze handelt es sich um sogenannte Wohnungsverbände. Das sind ortsübliche Mietwohnungen in fußläufiger Nachbarschaft zueinander, die zwischen 70 und 240 Menschen Wohnraum im Familienverband oder in kleinen Wohngemeinschaften bieten. Eine zentral gelegene Wohnung wird als Personalstützpunkt mit Gemeinschaftsraum und Spielzimmer ausgestattet. Diese sehr empfehlenswerte Konstruktion kommt leider nur dort zustande, wo Wohnungsleerstand in entsprechender Größenordnung anzutreffen ist. Metropol-Regionen brauchen über ein solches Modell nicht nachzudenken.

Dennoch ist festzuhalten, dass – wie in Kliniken, wie in der Behindertenhilfe, wie in der Pflege – ambulant besser ist als stationär. Gemeinschaftsunterkünfte schaffen mehr Probleme als sie lösen. Das Angebot von ortsüblichen Wohnungen erleichtert den geflüchteten Menschen das Ankommen, ermöglicht Erholung von der anstrengenden Flucht wie auch von traumatisierenden Erlebnissen, bietet angemessene Privatsphäre und besseren Schutz für Frauen und Kinder.

Nachteile sollen nicht verschwiegen werden: Leerstand gibt es vor allem in abgelegenen Ortslagen. Der Personennahverkehr außerhalb des Schülertransports muss sich dort erst wieder etablieren. Nicht zuletzt – die alten Plattenbauten sind sehr hellhörig. Es macht schon einen Unterschied, wenn der Wohnblock über viele Jahre zur Hälfte leer gestanden hat und jetzt fünf- bis siebenköpfige Familien einziehen. Nachtruhe, Mülltrennung, Energiesparen sind häufige Gesprächsthemen zwischen Vermietern, alten und neuen Nachbarn. Natürlich müssen Ängste und Vorurteile überwunden werden.

Jobmotor

Die adäquate Besetzung aller Unterkünfte mit SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen, Heimleitungen, WachsützerInnen, HausmeisterInnen und Reinigungskräften stellte und stellt eine echte Herausforderung dar. Der Fachkräftemangel ist längst auch im Berliner Umland angekommen. Die Aufbruchsstimmung des Jahres 2015 hat einige begeisterungsfähige KollegInnen ermutigt, sich bei uns zu bewerben.

Gute Erfahrungen machen wir mit einer Variante von „Experienced Involvement“. Menschen mit eigenem Migrationshintergrund, die als Asylsuchende in den Landkreis gekommen sind und hier zielstrebig die deutsche Sprache gelernt haben, sind eine echte Bereicherung für das Team. Unabhängig von ihrer formalen Qualifikation sind sie wegen ihrer Sprach- und Kulturkenntnisse hochgeschätzt. Sie alle erleben allerdings Rollenkonflikte, die teils sehr heftig sein können. Gestern noch Mitbewohner im Übergangwohnheim, morgen auf der Seite der Sozialarbeiter - das bringt nicht nur Bewunderung, sondern auch Neid und massive Forderungen der jeweiligen Landsleute hervor.

Zur Personalpflege gehört das gesamte Spektrum qualitätssichernder Maßnahmen – Supervision, bezahlte Weiterbildung, Deeskalationstraining, Teambesprechungen, Teamtage. Erweiterte Führungszeugnisse werden von allen Mitarbeitenden verlangt. Wachschutzmitarbeiter werden zudem vom Ordnungsamt mittels Abfrage beim Verfassungsschutz auf Verfassungstreue

überprüft. So sollen Rechtsextremisten aus dem Bewachungsgewerbe ferngehalten werden.

Jeder Mensch will nützlich sein

Arbeit spielt auch für die ankommenden Menschen eine zentrale Rolle. Die große Mehrheit will zügig die deutsche Sprache erlernen und dann Arbeit oder Ausbildung beginnen. Es ist müßig, hier alle Hürden aufzuzählen, die das Ausländerrecht vor der Arbeitsaufnahme auftürmt. Dennoch gelingt es zunehmend, Sprachkurse frühzeitig mit Betriebspraktika zu kombinieren. Und siehe da – es geht, im Arbeitsalltag lernt es sich besser als im reinen Theorie-Deutschkurs. First place, then train – nicht neu, immer noch gültig.

Bis heute nicht gelungen ist die Etablierung von Heimbeiräten. Asylsuchende aus 25 verschiedenen Ländern haben sehr heterogene Ziele und Interessen. Die individuellen Unterschiede dominieren über gruppenbezogene oder gar generelle Gemeinsamkeiten. Asylsuchende verweigern sich erfolgreich der Rolle des Heimbewohners. Das ist gut so. Niemand plant freiwillig auf längere Aufenthaltsdauer, die ihm ein Engagement in einer überdauernden Beiratsstruktur sinnvoll erscheinen ließe.

Dennoch gilt in den Übergangwohnheimen und Wohnungsverbänden die altbekannte Forderung „Nicht über uns ohne uns!“ Keine Heimleitung wird gegen die ausgesprochenen oder impliziten Werte, Ziele, Haltungen der BewohnerInnen ihre Vorstellungen durchsetzen können. Kein Heim lässt sich in eine Richtung lenken, die von den BewohnerInnen nicht gewünscht, nicht geteilt und dann auch nicht mitgetragen wird. Es bleibt das Problem, dass es nur wenig Gemeinsamkeit gibt, sondern ein vielköpfiges heterogenes Gegenüber. Verhandeln statt behandeln bedeutet dann für das Personal, jede und jeden gleichermaßen individuell anzusprechen.

Bürger integrieren Bürger

Eine unverzichtbare Ressource stellen die ehrenamtlichen UnterstützerInnen dar, die sich an jedem Ort finden, an dem die Kreisverwaltung eine Gemeinschaftsunterkunft für geflüchtete Menschen etabliert. Willkom-

mensinitiativen leisten einen wertvollen Beitrag zur Integration der geflüchteten Menschen. Ohne sie, oder gar gegen sie, kann Flüchtlingsarbeit nicht gelingen. Die professionellen Mitarbeitenden richten mindestens ein Drittel ihrer Arbeitsleistung an die EhrenamtlerInnen, bemühen sich um Koordination von Deutschkursen, Wohnpatenschaften, Hausaufgabenhilfen und Spielkreisen. Was nicht übersehen werden darf: Ehrenamt ist unbezahlbar, aber nicht kostenfrei zu haben. Wer Zeit und Energie aufwendet, tut dies in den seltensten Fällen völlig selbstlos. Das ist auch in Ordnung, kann aber im Einzelfall problematische Ausprägungen annehmen – beispielsweise dann, wenn für übergestülpte, unverlangte oder entmündigende Hilfeleistungen Dankbarkeit erwartet wird.

(Anti-)Stigmatisierung

Vor zwanzig Jahren hatten wir einige Überzeugungsarbeit zu leisten, um chronisch psychisch kranken Menschen Zugang zum Wohnungsmarkt zu verschaffen. Vermieter wie Nachbarn mussten davon überzeugt werden, dass von den neuen Nachbarn in der ambulant betreuten WG keine Gefahr für Leib, Leben, Hab und Gut ausgeht. Das gelang regelmäßig mit geringem Aufwand. Angst und Ablehnung waren subtil, wurden nur verschämt geäußert. Die Ressentiments ließen sich mit etwas Fingerspitzengefühl und Wissensvermittlung in leichter Sprache aus dem Weg räumen.

Im Vergleich dazu ist die Integration von Kriegsflüchtlingen und Asylsuchenden eine scheinbar endlose Ochsentour. Bald ein Drittel der bundesdeutschen Bevölkerung verschanzt sich hinter Vorurteilen – Asylanten sind Betrüger, Wirtschaftsflüchtlinge und Kriminelle, basta. Auch nach Anerkennung des Flüchtlingsstatus bleibt die Wohnungssuche schwer. „Aus Eritrea?! Tut mir leid, die Wohnung ist seit gestern vergeben!“ – Ist sie natürlich nicht, die Offerte steht auch vier Wochen später noch im Internet.

Wir haben viel aus den Gütersloher Veröffentlichungen zum „Ende der Veranstaltung“ gelernt. Es hilft dem Anliegen nicht weiter, wenn ich mich moralisierend über rassistisch denkende und handelnde Gemeindeglieder äußere. Jeder muss die Möglichkeit bekommen, gesichtswahrend dazu zu lernen.

Antistigma-Arbeit sieht ganz ähnlich aus wie im psychiatrischen Feld – Schulprojekte, Einwohnerversammlungen, Rats- und Ausschusssitzungen sind Foren, um zu informieren, erklären, motivieren, ermutigen... Wirksamer als alle Theorie ist aber die emotional korrigierende Begegnung mit dem anderen Menschen. Auch deshalb ist es wichtig, einen Webfehler der Psychiatriereform zu vermeiden: die Parallelwelt des Gemeindepsychiatrischen Verbunds. Konsequenter müssen bestehende Begegnungsmöglichkeiten der Gemeinde geöffnet werden, anstatt Sonderinstitutionen für MigrantInnen daneben zu setzen.

Beliebt und immer hilfreich sind Sportvereine, Fitnesscenter, Fußballturniere, Chöre, Kochclubs, Erzählcafés, Handarbeitszirkel wichtig – letztere besonders, um Frauen aus konservativ geprägten Familienverbänden den Zugang zu ermöglichen, ohne dass der Ehemann etwas dagegen haben kann.

Zwischenbilanz

Mit ihrem programmatischen „Wir schaffen das!“ hat Bundeskanzlerin Angela Merkel im Spätsommer 2015 einiges ausgelöst – Hoffnung bei geflüchteten Menschen, eine Welle des Empowerments und der Hilfsbereitschaft in der Zivilbevölkerung, übrigens auch Zustimmung im Arbeitgeberlager, das weitsichtiger ist als das Parlament mit Vier-Jahre-Haltbarkeit. Die Idee einer historischen Wende stand im Raum, vielleicht vergleichbar der Aufbruchsstimmung 1989.

Mit Blick auf Umfragen und unter massivem Druck von rechts wurde die Vision inzwischen aufgegeben. Kein Konfliktherd, kein Fluchtgrund ist beseitigt, aber die Opfer der Konflikte werden unter Missachtung des Völkerrechts wieder am und im Mittelmeer gestoppt. Die Zahl der Menschen, die sich in Deutschland in Sicherheit bringen können, geht fast gegen Null. Professionelle und ehrenamtliche Flüchtlingshelfer werden im Regen stehen gelassen. Schon werden erste Hilfestrukturen mangels Auslastung in Frage gestellt. Wie in Psychiatrie und Behindertenhilfe sind ambulante Strukturen leichter zu eliminieren als die Heime mit langfristiger Zweckbindung.

50. Zur Bedeutung des Sozialen bei der Genese psychischer Erkrankung – Aussichten für die Praxis

Matthias Pauge

Einleitung

Im Folgenden soll Stigmatisierung als Phänomen beschrieben werden, das nicht losgelöst von anderen Phänomenen, wie Vorurteilen, falschen Erwartungen und Vorstellungen oder etablierten Handlungspraxen, besteht. Es wird nicht begriffen als isolierte Entität, die monokausal und deterministisch, also außerhalb vielschichtiger Zusammenhänge begriffen wird, sondern als prozesshafte Entwicklung unterschiedlicher sozialer Praktiken, deren hier vollzogene analytische Trennung zu einem verbesserten Verständnis beitragen soll. Eine einleitende soziologische Analyse gibt einen Einblick in die komplexen sozialen Zusammenhänge von psychischen Erkrankungen und dem diesen hervorbringenden Kontext. Anschließend soll deutlich werden, wie das subjektive Erleben von Erkrankung am Beispiel beruflicher Praxis offengelegt werden kann und welche Möglichkeiten sich letztlich für Betroffene, Praxis und Forschung ergeben. Text und Vortrag folgen der Intention das Symposium *Stigma aus der Binnensicht – Konsequenzen für die Gestaltung der Lebenswelt und die gesundheitliche Versorgung* theoretisch zu fokussieren.

Problemstellung

Im Diskurs über psychiatrische Erkrankungen dominiert die Vorstellung eines auf Störungen oder Defiziten beruhenden Krankheitsbildes. Konfliktorientierte psychodynamische Gegenmodelle sind weitgehend marginalisiert, wodurch nomothetisch orientierte Forschung die Oberhand gewann [1]. Krankheit taucht hier als dogmatisches Konzept auf, dessen Diagnostizierung ebenso als dogmatisch zu bezeichnen ist, sich hinsichtlich der Auffassung lebensweltlicher Einflüsse unflexibel zeigt und Lösungen ableitet, die der Komplexität nicht gerecht werden können [2, 3, 4, 5].

Im Diskurs über die Erkrankung werden Fragen und Antworten formuliert, aus denen sich die Handlungspraxis ableitet [6]: was wird über psychische Erkrankung gesagt; wie wird sie dargestellt; wie werden die Erkrankten dargestellt; welche Fähigkeiten und Eigenschaften werden ihnen zugeschrieben; welche Erwartungen vermitteln sich an Betroffene und etwa HelferInnen?

Ist das Verständnis der Erkrankung ein soziales, fällt auf, dass es zwar zunächst ein soziales, aber persönlich stark wiegendes Ereignis gibt, das in eine Krise führt, in welcher der Betroffene die Kontrolle über sein Leben verliert – möglicherweise hat sich das auslösende Ereignis schon der Kontrolle entzogen und die Krise zeigt sich als ein Akt der Verzweiflung mit eben diesem Problem zurechtzukommen [7]. Jedenfalls vollziehen sich Folge(be)handlungen auf dem Verständnis, das sich mit dem Diskurs durchsetzt – wir erinnern an ein Krankheitsmodell, das den Diskurs und damit die Handlungspraxen bestimmt [8].

Zur Soziologie psychischer Erkrankung

In der Theorie des *Symbolischen Interaktionismus* werden Individuen, die aus ihrer gewohnten sozialen Rolle fallen – etwa in dem sie irgendwie auffällig sind, stören oder schlicht soziale Routinen unterbrechen –, durch ihre Umgebung der Verhaltensabweichung entsprechend spezifisch kategorisiert [9]. Das meint, dass das Handeln der Abweichler innerhalb eines Systems ein- und zugeordnet wird, dessen Sinnhaftigkeit gesellschaftlich legitimiert ist [10]. Durch die kategoriale Einordnung können eben komplementäre Verhaltensimplikationen, für die Umgebung und den Abweichler, mitgeliefert werden, auf deren Basis die Behandlung gegenüber den Betroffenen sowie das Verhalten der Betroffenen richtig erscheint. Gerade für psychisch erkrankte Menschen, oder die, die als solche gelabelt werden sollen, können solche Zuweisungen fatal werden.

Betrachten wir die Krise als einen momentanen aber intensiven Verlust von persönlichen Routinen sowie der Fähigkeit zur adäquaten Rollenerfüllung, dann bedeutet Kategorisierung, z.B. in Form einer Diagnose, die *Organisati-*

on einer durch eine Lebenskrise ausgelöste Verhaltensauffälligkeit, hin zur manifesten Erkrankung, indem soziale Gruppen ihre Erwartungen an den Betroffenen auf Grundlage der Kategorie formuliert und der Betroffene sich außer Stande sieht, seine Handlungen entgegen dieser Vorstellungen auszurichten und eben auch seine Vorstellungen über künftige Handlungsabsichten entlang der Erwartungen antizipiert. Dass hier Vorurteile eine bedeutende Rolle spielen, ist nicht von der Hand zu weisen, da sie als negativ konnotierte Assoziationen eine unmittelbare Reaktion hervorrufen, die sich der bewussten Entscheidung mitunter entziehen und damit schwer erkennbar bleiben [11]. Personen haben es umso schwerer, wenn ihre Kategorien mit Vorurteilen belegt sind. Bei psychischen Erkrankungen ist dies zweifellos der Fall.

Stigma oder die beschädigte Identität

Personen werden stigmatisiert, wenn sie durch einen körperlichen, psychischen oder anderweitigen Defekt bzw. Makel von der gesetzten Norm abweichen [12]. Die stigmatisierende Eigenschaft wird als störend oder irritierend empfunden und drängt sich in jeder Situation der nicht-stigmatisierten Person auf. Beiden Seiten gelingt es dabei nicht die Eigenschaft zu ignorieren, sodass der Stigmakategorie nicht entsprechende Handlungsweisen unmittelbar in der Interaktion korrigiert werden und der Betroffene in der Regel gar nicht mehr versucht, sich entgegen der Erwartungen zu verhalten. Für die Betroffenen wird es dann unerträglich, wenn ihr Stigma sie als gesamte Person abwertet. So sehen sich psychisch erkrankte Menschen mit der Situation konfrontiert, immer aufs Neue einschätzen zu müssen, inwieweit sie ihre Stigmainformationen preisgeben können. Das Abwägen über das Mitteilen der Informationen wird zur dauerhaften Belastung. Neben dem Druck auf die psychische Gesundheit, zerreißt der stetige Konflikt zwischen personaler und sozialer Identität die Ich-Identität. Es gelingt der Person also nicht, diese durch konsistentes Handeln herzustellen. Die personale Identität – wie nehme ich mich wahr, was sind meine Handlungsprämisse­n? – und die soziale Identität – wie nehmen andere mich wahr, was erwarten

andere von mir? – geraten in einen Konflikt, durch den keine konsistente, widerspruchsfreie Identität hergestellt werden kann. Der permanente Zwang gesellschaftlicher Ansprüche auf das Individuum, stellt die personale Identität des betroffenen Individuums so lange auf den Prüfstand, bis der Betroffene sie vollkommen akzeptiert, seine Wahrnehmung sich letztlich mit der sozialen überdeckt [13].

Folgerungen

Aufgabe der Praxis sollte es sein auf eine Form der Reflexion hinzuwirken, die die in diesem Text geschilderten Phänomene und Mechanismen berücksichtigt. Dazu gehört es, nach Ansicht des Verfassers, einerseits das Erleben der Betroffenen in ihren lebensweltlichen Bezügen herauszuarbeiten, sowie andererseits den soziokulturellen Rahmen der lebensweltlichen Bezüge selbst zu analysieren [14]. Im Vortrag werden Beispiele aus dem Berufsalltag skizziert, die verdeutlichen sollen unter welchen Bedingungen Entscheidungen getroffen werden, die auf Basis jenes Wissens basieren, welches sich im Diskurs als Grundlage legitimer Handlungspraxis etabliert hat. Zudem soll hervorgehoben werden, dass die Betroffenen Erfahrungen machen, die sich dem Fokus quantitativer wissenschaftlicher Untersuchungen entziehen, da sie die Komplexität lebensweltlicher Erfahrungen nicht in ihrer subjektiven Verfasstheit darstellen können. Eine emische Perspektive hingegen deckt Sinnstrukturen auf, deren Interpretation zum Verständnis über die Genese der Erkrankung beiträgt. Dafür werden Beobachtungen über alltäglich-berufliche Routinen diskutiert, in denen zum Beispiel Labeling, Stigmatisierung oder Identitätsverlust deutlich werden, aber im üblichen Gang der sozialen Praxis an Bedeutung verlieren. Die Problemstellungen werden schließlich auf ihren wissenschaftlichen Stand hin abgeklopft.

*Für Kritik und Anregung danke ich Sebastian Salzmänn.

Literatur

1. Ehrenberg, Alain (2015): *Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart*. 2. Aufl.; Campus Verlag: Frankfurt/ New York.
2. Wulff, Erich (1972): *Psychiatrie und Klassengesellschaft*. Athenäum Taschenbuch Verlag: Frankfurt a. M.
3. Parsons, Talcott (1951): *Illness and the role of the physician: a sociological perspective*. In: *American Journal of Orthopsychiatry*, July 1951, Vol. 21, Issue 3. S. 452-460.
4. Horn, Klaus/Beier, Christel/Wolf, Michael (1983): *Krankheit, Konflikt und soziale Kontrolle – Eine empirische Untersuchung subjektiver Sinnstrukturen*. Westdeutscher Verlag: Opladen.
5. Mitscherlich, Alexander (1966): *Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I*. Suhrkamp: Frankfurt a. M.:
6. Berger, Peter L./Luckmann, Thomas (2013): *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*. 25. Aufl.; Fischer: Frankfurt a. M.
7. Horwitz, Allan V./Wakefield, Jerome C. (2007): *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*. Oxford University Press: Oxford – New York.
8. Lorenzer, Alfred (1971): *Symbol, Interaktion und Praxis*. In: Alfred Lorenzer/Helmut Dahmer/Klaus Horn/Karola Brede/Enno Schwanenberg: *Psychoanalyse als Sozialwissenschaft*. Suhrkamp: Frankfurt a. M. S. 9-59.
9. Scheff, Thomas (1973): *Das Etikett „Geisteskrankheit“*. Soziale Interaktion und psychische Störung. Fischer Verlag: Frankfurt a.M.
10. Garfinkel, Harold (1956): *Conditions of Successful Degradation Ceremonies*. In: *American Journal of Sociology*, Vol. 61, No. 5 (March/1956). S. 420-424.
11. Allport, Gordon W. (1971): *Die Natur des Vorurteils*. Verlag Kiepenheuer&Witsch: Köln.
12. Goffman, Erving (2012): *Stigma – Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. 21. Aufl. Suhrkamp Verlag: Frankfurt a.M.
13. Erikson, Kai T. (1972): *Soziale Ungewissheit und seelische Krankheit – das Dilemma des psychisch Kranken*. In: von Cranach, Michael; Finzen, Asmus [Hgg.]; *Sozialpsychiatrische Texte – Psychische Krankheit als sozialer Prozess*. S. 7-20.
14. Horn, Klaus: *Politische Psychologie. Schriften zur kritischen Theorie des Subjekts, Bd. 1. Gießen: Psychosozial.*

51. Pflegequalität von Menschen mit Demenz im Krankenhaus – Nationale Projekte und good practice Konzepte aus Großbritannien für ein demenzsensibles Krankenhaus

Klaus Pöschel, Stefan Spannhorst, Manuela Lautenschläger, Ulrike Höhmann

Einleitung

Das Alter ist keine Krankheit, dennoch ist bekannt, dass im Alter die Häufigkeit und Schwere von Krankheiten, und damit chronische Krankheiten und Morbidität zunehmen. Zum Beispiel die koronare Herzkrankheit, wie der Herzinfarkt, Schlaganfälle, Krebs und auch die Demenz [6]. Damit sind die Menschen über 65 Jahre, vor allem diejenigen mit einer Demenz, eine vulnerable Bevölkerungsschicht, der im Gesundheitswesen eine besondere Aufmerksamkeit zukommt. Dies gilt ganz besonders für Menschen mit Demenz (MmD) im Krankenhaus. Sie benötigen neben der medizinischen Aufmerksamkeit vor allen Dingen eine besondere pflegerische Aufmerksamkeit und Kompetenz, kurz eine besondere Pflegequalität.

Hierzu gibt es im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld (EvKB) durchaus schon Projekte die diese Anforderungen konzeptionell aufgreifen. Hier ist einerseits das aus den USA stammende „help-Programm“ (Hospital elderly life program) [1] zu nennen, das auf ein frühzeitige Erkennen eines Delirrisikos hinzielt. Ist ein Risiko oder sogar schon ein Delir vorhanden, wird die medizinische Behandlung darauf eingestellt, wobei der Schwerpunkt in der Behandlung bzw. Verhinderung auf einfache pflegerische Interventionen gelegt wird. Andererseits wurde, mit Unterstützung der Robert-Bosch-Stiftung, für Projekte zum Thema „Demenssensibles Krankenhaus“, ein Fortbildungskonzept [2] übersetzt und für ein deutsches Krankenhaus angepasst. Ein weiterer, in seiner Wichtigkeit oft unterschätzter, Punkt ist die Milieugestaltung auf den Stationen, die sich an den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz ausrichtet und das Ziel hat, in einem für sie „verwirrenden“ Umfeld, die Orientierung zu erleichtern [7].

Fragestellung

Auch wenn in Deutschland das Thema MmD im Krankenhaus inzwischen viel Aufmerksamkeit und Initiative auf sich zieht, so stehen insgesamt gesehen die notwendigen Entwicklungen noch am Anfang. Damit stellen sich zwei Fragen:

- Gibt es das demenzsensible Krankenhaus?
- Wenn ja, was kann in einem Krankenhaus getan werden, um ein demenzsensibles Krankenhaus zu werden und an welchen Prinzipien kann diese Entwicklung bewertet werden?

Die erste Frage ist mit einem klaren JEIN zu beantworten:

- Ja es gibt schon viele Krankenhäuser die sich auf den Weg gemacht haben demenzsensibel zu werden.
- Nein, es gibt noch nicht das demenzsensible Krankenhaus! Denn ein Krankenhaus das sich ernsthaft auf diesen Weg begibt wird immer etwas zu verbessern haben.

Für die Beantwortung der zweiten Frage lohnt es sich den Blick in Richtung Großbritannien (GB) zu lenken. Dabei kann und darf es nicht um den Vergleich der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme gehen. Es geht darum einen respektvollen Blick auf ein Land zu werfen, dass mit seinem nationalen Demenzprogramm [4] ermutigende Praxisbeispiele liefert, wie die Pflegequalität von Menschen mit Demenz in Akutkrankenhäusern, aber auch in der Kommune und der eigenen Häuslichkeit, verbessert werden kann.

Ergebnisse

Die hier dargestellten Ergebnisse werden nur einen kleinen aber zentralen Ausschnitt der Aktivitäten darlegen, die sich als wirksam herausgestellt haben, um sich zu einem demenzsensiblen Krankenhaus zu entwickeln. In einem Vortrag zu diesem Thema, den Dawn Garret im April dieses Jahres im Royal College of Nursing hielt, stellte sie allen Überlegungen voran: „Was für

Menschen mit Demenz im Krankenhaus gut ist, dass ist auch für alle anderen Patienten gut.“

Der zentralen Überlegung zur Umsetzung dieser nationalen Verpflichtung, zur Verbesserung der Pflege und Versorgung von MmD im Krankenhaus, ist mit insgesamt fünf Entwicklungsbereichen übersichtlich in dem Wort „SPACE“[7] zusammengefasst.

Tabelle 1:Prinzipien zur besseren Demenzversorgung [7 und eigene Übersetzung]

SPACE – top five Ingredients to support good dementia care	Fünf Prinzipien zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz
Staff who are skilled an have time to care	Personal, gut ausgebildet mit Zeit für die „Behandlung“
Partnership working with carers	Lebendige Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen
Assessment an early identification of dementia	Assessment und frühe Identifikation von Demenz (Delir)
Care plans which are person centred and individualised	Therapie und Behandlungsplanung ist Personenzentriert und individualisiert
Environments that are dementia friendly	Schaffung eines demenzfreundlichen Umfelds

Im Nachfolgenden werden einige ausgesuchte Beispiele für die Umsetzung dieser Prinzipien vorgestellt.

Personal

Für die Schulung und Sensibilisierung des Personals sind drei Stufen vorgesehen. Damit sollen alle Mitarbeitende und Professionen des Krankenhauses erreicht werden.

In der ersten Stufe werden alle Mitarbeitenden, z.B. mittels eines Lehrfilms (Barbaras Story) [8], für das Thema Demenz sensibilisiert. In der zweiten Stufe werden für jede Station Mitarbeitende gewonnen und geschult, die sich mit dem Thema Demenz/Delir identifizieren können [2]. In der dritten Stufe gibt es (Pflege-) Experten für Demenz die die Mitarbeitenden der Bereiche begleiten, beraten und schulen [7].

Partnerschaft mit pflegenden Angehörigen

In der Planung und Durchführung der Pflege von MmD werden die Angehörigen aktiv mit einbezogen. Das kann sich auf die Weitergabe wichtiger biografischer Informationen beziehen aber auch durch eine Beteiligung an der direkten Patientenversorgung stattfinden [7]. Einige Modellstationen haben sich inzwischen darauf eingestellt, dass Angehörige im Krankenhaus übernachten können, um dem erkrankten MmD so viel Kontinuität wie möglich zu ermöglichen [9].

Assessment einer Demenz

In GB werden große Anstrengungen unternommen, um Menschen ab 75 Jahren auf Demenz zu testen. Das geschieht auf allen Ebenen des Gesundheitssystems, so dass inzwischen etwa 50% der Menschen die an einer Demenz erkrankt diese auch diagnostiziert haben. Deshalb wird in vielen Ambulanzbereichen der Krankenhäuser, zusätzlich zur Diagnostik des Einweisungsgrunds, eine Kurztestung für ein Delir- oder Demenzrisiko vorgenommen. Ist der Test positiv wird innerhalb von 36 Stunden eine umfangreiche Testung durchgeführt und gleichzeitig der Experte für Demenz eingebunden, um gegebenenfalls den Krankenhausaufenthalt angemessen zu koordinieren und im Sinne eines Liaisondienstes weiter zu begleiten [7].

Personenzentrierte Pflege- und Behandlungsplanung

Idealerweise vom MmD selbst, oder dessen pflegenden Angehörigen werden Informationen routinemäßig eingeholt die für die medizinische und pflegerische Betreuung wichtig sind. Hierzu gibt es eine weit verbreitete Broschüre, „This ist me“ [9], die dazu genutzt wird. Das bedeutet, dass die Informationen, soweit möglich, direkt in die Versorgung und Tagesplanung des Patienten mit einbezogen werden. Elemente davon finden sich dann in der direkten Umfeldgestaltung, die dem MmD die Orientierung erleichtern. In einer aufeinander abgestimmten Behandlungsplanung der unterschiedlichen Berufsgruppen werden die Risiken und Ressourcen erfasst und aktiv in

die Behandlungsplanung aber auch perspektivisch in die Entlassungsplanung mit einbezogen.

Demenzfreundliche Umfeldgestaltung

Hinter diesem Aspekt verbirgt sich nicht nur der Anspruch, eine auf MmD abgestimmte, architektonisch-strukturelle Gestaltung des Krankenhausumfelds zu schaffen, sondern auch das „Milieu“ mit einzubeziehen. So werden neben den Mitarbeitende auch MmD, pflegende Angehörige oder Ehrenamtlichen mit in Bau- bzw. Umbauplanungen einbezogen. Zum Beispiel sollen die Raumplanung, die Ausstattung, die Beleuchtung und eine leicht verständliche Beschilderung für Orientierung aber auch Anregung sorgen. Zu dieser Milieugestaltung gehört es gleichfalls, dass während des Aufenthalts die Verlegungen minimiert werden [5, 7].

Diskussion und Schlussfolgerung

Für Darstellung der Nationalen Demenzstrategie GBs ist es nachteilig dass sich diese Ausführungen nur auf wenige Aspekte und Stichworte der umfangreichen Gesamtaktivitäten beziehen können. Dennoch sollen die dargestellten fünf Prinzipien einen ersten Überblick über die möglichen Aktivitäten für den Weg zu einem demenzsensiblen Krankenhaus geben. Besonders hilfreich für eine Einschätzung der eigenen Situation ist der vom Kings Fund veröffentlichte Assessmentbogen EHE [5]. Mit diesem, leider noch nicht übersetzten Instrument, ist es möglich den Entwicklungsstand des eigenen Krankenhauses, der Station auf dem Weg zur Demenzfreundlichkeit zu testen.

In Gesprächen mit den britischen Kollegen wurde deutlich, dass sie sich auf Ihren Weg zu einem demenzfreundlichen Krankenhaus, obwohl sie vergleichsweise schon viel erreicht haben, erst am Anfang sehen. An einigen Stellen läuft es schon richtig gut und an anderen überhaupt nicht. Sie machen Mut in kleinen Schritten zu planen und das Gesamtziel, ein demenzsensibles Krankenhaus, trotz Strukturproblemen und Unterfinanzierung im Blick zu behalten und nicht stehen zu bleiben.

Literatur

1. Bringemeier J., Thomas C., Guhra M., Kreisel S. (2015): *HELP zur Vermeidung von Delirien*, PsychUp2date 9, S. 137-148, Thieme Verlag Stuttgart
2. Burrow S., Elvish, R. and Keady, J. (2015) "Lern von mir" Unterstützung von Menschen mit Demenz in Allgemeinkrankenhäusern. Löhr M., Noelle R., Baumeister M., Meißnest B. (dt. Hrsg.). Im Internet: http://www.fh-diakonie.de/obj/Bilder_und_Dokumente/Lern_von_mir/Lern_von_mir_Handbuch_fuer_Trainer.pdf (15.03.2016)
3. Evans S., et al. (2015) "Introduction to the transforming dementia care in hospitals series: Simon Evans and colleagues discuss an evaluation of the RCN development programme and the progress made by the nine participating trusts." *Nursing older people* 27.6 (2015): 18-24.
4. Government UK (2009) *Living Well With Dementia: a national dementia strategy* <https://www.gov.uk/government/policies/dementia> (09.07.2016)
5. Kings Fund (2014): *Is your ward dementia friendly? EHE Environmental Assessment Tool*. Im Internet: <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/EHE-dementia-assessment-tool.pdf> (09.07.2016)
6. Pinkert C., Holle, B. (2012): *Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – Literaturübersicht zu Prävalenz und Einweisungsgründen* *Z Gerontol Geriatr* 45:728-734
7. RCN (2013): *Commitment to the Care of people with dementia in hospital settings*. Im Internet: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-004178>
8. NHS: *Barbara's Story*: Im Internet: <http://www.guysandstthomas.nhs.uk/education-and-training/staff-training/Barbaras-story.aspx> (09.07.2016)
9. *John's Campaign*: Im Internet: <http://johnscampaign.org.uk/#/> (09.07.2016)
10. *Alzheimer's Society*: Im Internet: <https://www.alzheimers.org.uk/thisisme> (09.07.2016)

52. Ist Multiprofessionalität die Antwort auf die Herausforderung Demenz im Krankenhaus?

Klaus Pöschel, Stefan Spannhorst, Manuela Lautenschläger, Ulrike Höhmann

Einleitung

Es ist eine große Herausforderung Menschen mit Demenz (MmD) zu schützen und zu stärken, wenn es darum geht ihre Selbständigkeit, ihre Würde und immer aktueller werdend, ihre soziale Teilhabe, in unterschiedlichen Krankheitsphasen und Lebenssituation zu berücksichtigen [1]. Damit kann die Demenz, auch stellvertretend für andere chronische Erkrankungen, als exemplarische Problemstellung für die Akut- und Langzeitversorgung angesehen werden. Sie stellt sich durch die Verbindung von pathophysiologischen, versorgungsbezogenen und psychosozialen Prozessen als ein komplexes gesellschaftliches *SOZIO-PSYCHISCHES-MEDZINISCH-PFLEGERISCHES-SYNDROM* [4, 8] dar.

Anfänglich gelingt es den Betroffenen noch in weiten Teilen, ohne besondere Unterstützung, ihren Alltag zu gestalten. Das bleibt aber nicht so! Deshalb werden Angehörige, Nachbarn und zunehmend auch unterschiedliche Berufsgruppen mit der Betreuung, Unterstützung sowie der *pflegerischen, medizinischen* und *therapeutischen* Versorgung konfrontiert [2]. Komplementär, jedoch nicht weniger wichtig, verändern sich die Anforderungen an die *bauliche Struktur, Inneneinrichtung und Ausstattung* [6] aber auch an die *Gestaltung des Quartiers* [7], die Kommune selbst.

Dieser Einbezug der konkreten Bedürfnisse der MmD, für deren Berücksichtigung es zumeist nicht allein ausreicht, Unterstützung, Pflege oder Versorgung anzubieten, stellen die unterschiedlichen Akteure vor immer komplexere Herausforderungen [2].

Fragestellung

Die Akteure der unterschiedlichen Berufe und Tätigkeitsfelder (siehe Tabelle 1) sind es zumeist nicht gewohnt multiprofessionell zusammenzuarbeiten.

Denn zumeist sehen sie ihren professionsspezifischen Beitrag zu einer Anforderung eher als additiv und nicht als gemeinsamen Auftrag an. Additiv meint, dass jeder im Sinn der Arbeitsteilung seinen Beitrag leistet, Aufgaben aber oft nicht gemeinsam koordiniert und bewältigt werden. Das liegt oft daran, dass sie nur schlecht darauf eingestellt sind auf eine gemeinsame Wissensbasis zurückzugreifen, es an der Anschlussfähigkeit des berufsspezifischen Wissensbestands zu anderen Berufsgruppen mangelt oder durch eine Kooperation ein vermeintlicher Macht- und Kontrollverlust befürchtet wird [2, 3, 5].

Tabelle 1: Berufsgruppen: unterschiedliche Vorstellungen [4]

Beispiele unterschiedlicher Vorstellungen von Berufsgruppen	
Ökonomie	formales Mittel um Marktprinzipien gerecht werden zu können
Soziale Arbeit	Vermittlungscharakter zwischen verschiedenen Interessen
Medizin	auf eigene Fachgebiete bezogen, sonst eher Delegation
Pflege	Arbeitsgrundlage: Rückbesinnung auf Patientenorientierung

Für den Kontext eines Krankenhauses stellt sich damit die Frage: Kann eine multiprofessionelle Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen die nötigen Antworten auf die Herausforderung Demenz im Krankenhaus liefern?

Methode/Material

In einem durch die Robert Bosch Stiftung geförderten multiprofessionellen Masterstudiengang, an der Universität Witten Herdecke wird seit dem WS 13/14 diese Form der multiprofessionellen Zusammenarbeit gelehrt und beforscht [1, 3, 7].

Das berufs begleitende Teilzeitstudium startet seit 2014 jährlich zum Wintersemester und hat eine Regelstudienzeit von 6 Semestern. Es wendet sich an Studienabsolventen unterschiedlichster Fachrichtungen und schließt mit einem Master of Arts ab.

Ziel dieses innovativen Studiengangs ist es, ein umfassendes Gegenstandsverständnis zu krankheits-, vor allem altersbezogenen Einschränkungen und Ressourcen zu entwickeln. Dazu sollen Professionsgrenzen erkannt und überschritten werden, um Synergieeffekte mit und zu anderen Berufsgruppen herzustellen [7].

Tabelle 2: Modulübersicht Masterstudiengang[8]

Modul 1	Das Erleben von Demenz und chronischer Krankheit als existentielle Situation des Menschseins
Modul 2	Vertiefung: wissenschaftliches Arbeiten und Forschungsansätze
Modul 3	Versorgungsgestaltung im Spannungsfeld von Institution und Person
Modul 4	Ethik + Studium Fundamentale
Modul 5	Lebensweltorientierte Versorgungskonzepte
Modul 6	Projektstudium
Modul 7	Innovations- und Politikgestaltung
Modul 8	Master-Kolloquium u. –Thesis

Das ist allerdings leichter gesagt als getan. Denn oft müssen sich erst einmal alle Beteiligten darauf zurückzubedenken die Belange des Betroffenen in den Mittelpunkt zu stellen, die üblicherweise weit über Lösungsmöglichkeiten der eigenen fachlichen Kompetenz hinausgehen.

Bevor die eigene fachliche Kompetenz gefragt ist, muss zunächst die Zusammenarbeit, sowohl berufsgruppenübergreifend als auch mit dem Betroffenen selbst, bestmöglich aufeinander abgestimmt werden [2]. Ist diese Voraussetzung der zielgerichteten gemeinsamen Zusammenarbeit gegeben, dann ist ein guter Ausgangspunkt gelegt, von dem aus jeder seine professionelle Sichtweise als Grundlage einer gemeinsamen Problemlösung mit einbringt.

Dass das Überschreiten des eigenen disziplinären Horizonts nicht ohne Spannungen verläuft zeigt die Forschung. Gleichmaßen zeigen weitere Forschungsergebnisse, dass erst eine Orientierung am gemeinsamen „Gan-

zen“ dazu beiträgt, das „Einzelbeiträge“ ihre volle Kraft entfalten können [1]. Daraus ergeben sich, wie in Tabelle 3 dargestellt, jedoch neue und ungewohnte Chancen der Zusammenarbeit.

Tabelle 3: Stichwort zur Multi-, Inter- und Transprofessionalität[4]

Formen / Stufen der Zusammenarbeit	
Multiprofessionalität	<ul style="list-style-type: none"> • spezialisierte Perspektiven / Funktionen • gemeinsamer „Gegenstand“ • parallele Praxis, koordinierte „Anschlussfähigkeit“
Interprofessionalität	<ul style="list-style-type: none"> • integriert ineinandergefügtes Wissen / Methoden • gemeinsame Problembeschreibung • aufgeteilte Verantwortung • gemeinsamer Orientierungsrahmen
Transprofessionalität	<ul style="list-style-type: none"> • Professionsgrenzen anerkannt • offener Dialog zur Überschreitung verschiedener Berufsgrenzen, am Gegenstand orientiert • Infofülle, verschiedene Begriffe, Umgang muss erlernt werden

Damit kann es ermöglicht werden, über das Blickfeld eines Gesundheitsberufs hinaus, an einem gemeinsamen „Gegenstand“ der Akut- und Langzeitversorgung, die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, aus Architektur, Politik, Wirtschaft oder Technik für alle Seiten gewinnbringend zu gestalten [5].

Projektstudium

Die Lehrinhalte des Studiums beruhen auf der Vermittlung, Diskussion und Auseinandersetzung mit:

- personenbezogene Interaktionen in Form von direkten Unterstützungs- und Versorgungskonzepten (Verhaltensebene),
- den rahmengebenden materiellen-, rechtlichen-, sozialen und ökonomischen Verhältnisebenen (Verhältnisebene),
- und den dazwischen liegenden Einrichtungen.

Diese stellen dann quasi den „Transmissionsriemen“ für die Umsetzung in Ermöglichungsstrukturen und damit das zentrale Aktionsfeld für eine multiprofessionelle Zusammenarbeit dar [4, 7].

Die zentrale Lernplattform für multiprofessionelles Arbeiten bildet das Projektstudium. Hier soll und wird, mit unterschiedlichen Fragestellungen, zwischen den oben genannten Lehrinhalten und aus der Praxis resultierenden Problemstellungen, ein Projekt entwickelt. Dieses Projekt soll nicht nur zu einer Verbesserung im Sinne der Betroffenen führen, sondern auch ermöglichen, sich über die eigene und andere Professionsrollen und -interessen zu verständigen; also den eigenen disziplinären Horizont zu überschreiten und gleichzeitig die multiprofessionelle Zusammenarbeit im Praxisfeld umzusetzen [2, 5].

Für ein Projekt in einem Krankenhaus, z.B. einer Gerontopsychiatrie, sind für einen Pflegewissenschaftler und einen Mediziner die vielen einrichtungs- und berufsgruppenübergreifenden Schnittstellen Ausgangspunkt für ihr Projektstudium. Sie befassen sich mit der Konsistenz zwischen Einweisungsgründen, den Behandlungserwartungen und dem Behandlungsergebnis von MmD in die Gerontopsychiatrie. Ihr Ziel ist es eine Übersicht über Einweisungs- und Überweisungsgründe in das stationäre Setting einer Gerontopsychiatrie zu gewinnen. Diese Daten sollen dann mit den damit verbundenen ausgesprochenen und unausgesprochenen Behandlungserwartungen und dem erreichten Ergebnis verglichen werden.

Der Erkenntnisgewinn wird in einem umfassenderen Verständnis zu medizinischen, pflegerischen und sozialen Gründen, die zu einer Krankenhauseinweisung führen, gesehen. Die Erkenntnisse sollen dazu beitragen MmD besser und gezielter zu behandeln. Der Idealfall besteht jedoch darin, durch bessere Systemkenntnis, die unterschiedlichen Akteure (Schnittstellen), im Sinne des Betroffenen, besser miteinander zu verbinden, um gegebenenfalls sogar Krankenhausaufenthalte zu verhindern [5].

Diskussion und Schlussfolgerung

Multiprofessionalität, Interprofessionalität oder Transprofessionalität sind inzwischen im Alltag häufig verwendete Begrifflichkeiten, die allerdings häufig das Potential haben, in ihrer eigenen Worthülse stecken zu bleiben. Zwar wird an vielen Stellen in Wissenschaft, Politik und den Einrichtungen selbst, die Multiprofessionalität als Qualitätsmerkmal für eine „betroffenenorientierte“ Problemlösungszusammenarbeit als notwendig erachtet, jedoch weder in den Rahmenbedingungen oder den eigenen Strukturen verwirklicht.

Das ist ein Mangel der leider noch viel zu häufig auf der Grundlage rückwärtsgewandter beruflicher Sozialisation, Unsicherheit über die Objekte der eigenen Professionalität, und der Unflexibilität, je nach Problemlage auch „Haupt-“ oder „Hilfsfunktionen“ zu übernehmen, entsteht. Das erfordert allerdings eine veränderte Praxis der Zusammenarbeit, in der es nicht um die Übernahme fremder Expertise geht, sondern um die Übersetzungs- und Beurteilungsfähigkeit der Lösungen Anderer. Diese „neue“ Zusammenarbeit bildet dann die notwendige Rahmenbedingung (Gesellschaftlicher Rahmen, Organisationen, Berufsgruppen, Personen) einer veränderten, multiprofessionellen, Praxis.

Ja, wenn das gelingt, dann ist die Multiprofessionalität die Antwort auf die Herausforderung Demenz im Krankenhaus.

Literatur

1. Höhmann U. (2014): *Multiprofessionelle Herausforderungen – Ein neuer Studiengang für die Versorgung von Menschen mit Demenz*. Dr.med. Mabuse. 209.3 (2014): 44-46
2. Höhmann U., Schmitz D., Lautenschläger M., Inhester O. (2015): *Neue Perspektiven – Interprofessionelle Zusammenarbeit für eine bessere Versorgung von Menschen mit Demenz*. Dr.med. Mabuse. 216.4 (2016): 50-51
3. Höhmann U. (2015): *Systematisch zusammenarbeiten – Masterstudiengang Demenz an der Universität Witten/Herdecke: konsequent multiprofessionell*. medAmbiente. 3 (2015): 2-3
4. Höhmann U. (2015): *Multiprofessionalität: Ziele, Bedingungen, Herausforderungen: Vortrag vom 27.03.2015*
5. Schmitz D., Lautenschläger M. (2016): *Together Everyone Achieves More - Innovative Projekte zur multiprofessionellen Zusammenarbeit von Gesundheits- und Nicht-Gesundheitsberufen*. 69.7 (2016): 445-447
6. Höhmann U. (2015): *Alter(n)sforschung und Architektur – Entwurfsprozess unter dem Aspekt der Multiprofessionalität*. medAmbiente. 4 (2015): 8-10
7. Universität Witten/Herdecke (2016): *Multiprofessioneller Masterstudiengang – Versorgung von Menschen mit Demenz [M.A.]*. Im Internet: <http://www.uni-wh.de/gesundheit/pflegewissenschaft/multiprofessionelle-versorgung-von-menschen-mit-demenz-und-chronischen-einschraenkungen-ma/> (12.07.2016)

53. Die Einführung der Behandlungskonferenz auf einer akut-psychiatrischen Station – Erfahrungen aus einem Veränderungsprojekt

Sonja Reist, Bodil Eichmann, Christian Burr, Philipp Homan

Hintergrund

Recovery zählt heute zu den wichtigsten Konzepten bezüglich dem Umgang mit langanhaltenden psychischen Erkrankungen und wird von verschiedenen Fachgremien als grundsätzliche konzeptionelle Ausrichtung psychiatrischer Dienstleistungen gefordert [1, 2]. Das in Finnland entstandene „Versorgungsmodell“ OpenDialogue [3, 4] stellt neben dem konsequenten sprachlichen Austausch zwischen allen Involvierten den Recoveryprozess [5] und die wichtigsten Kernelemente von Recovery [6] ins Zentrum. Auch im deutschsprachigen Raum entstanden neue Modelle zum besseren Einbezug von Menschen mit psychischen Problemen in die Behandlung. So das „Weddinger Modell“ [7], als umfassende Neuorientierung einer gesamten psychiatrischen Dienstleistung oder auch in kleineren Projekten, wie der Einführung der Behandlungskonferenz [8] (Teil des Open Dialogue Konzepts) auf einer Akutstation. Die Behandlungskonferenz hat zum Ziel, die Zusammenarbeit zwischen dem interdisziplinären Team und Patienten weniger hierarchisch und mehr auf Augenhöhe zu gestalten, die Patienten möglichst fest in den Behandlungsprozess einzubeziehen, ihre Erfahrungen und Wünsche zu berücksichtigen und in den Prozess einzubinden.

Problemstellung

Bei der Evaluation auf einer allgemeinpsychiatrischen Akutstation der Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bern kamen das Team und auch die Pflegeleitung zur Einschätzung, dass der Einbezug der Patienten insbesondere im interdisziplinären Rapport (IDR) und der Oberarztvisite (OAV) noch zu verbessern sei. Für die Leitung der Station stellte sich daraus die Frage, welche Möglichkeiten es gibt, diese Gefässe umzugestalten und auch,

wie dies umzusetzen sei. Eine erste Idee bestand darin, die Behandlungskonferenz aus dem Weddinger Modell etwas genauer anzuschauen. Die Behandlungskonferenz als Teil des Open Dialogue Konzepts hat zum Ziel, die Zusammenarbeit zwischen dem interdisziplinären Team und den Patienten weniger hierarchisch und mehr auf Augenhöhe zu gestalten.

Ziel

Unter der Initiative der Stationsleitung Pflege definierte das Projektteam gemeinsam folgende Ziele:

- in einem halben Jahre ein Konzept erarbeiten, welches definiert, wie die beiden Gefäße IDR und OAV umgestaltet werden können, so dass eine klare Verbesserung des Patienteneinbezugs erkennbar ist und die Redundanzen der beiden Gefäße reduziert werden
- die definierte neue Form der Gefäße auf der Station einzuführen und zu evaluieren.

Vorgehen

Da die OAV und der IDR als zwei sehr traditionsbeladene Gefäße innerhalb der Struktur der Klinik eingeschätzt wurden, war von Beginn weg klar, dass es sich bei diesem eingeschlagenen Weg um einen Veränderungsprozess handelt. Das Vorgehen orientierte sich an den acht Schritten des Veränderungsprozesses nach Kotter [9].

Ein Gefühl der Dringlichkeit entwickeln

Dieser Schritt war eigentlich schon vor dem Start des Projektes bei einzelnen gegeben. Natürlich ging es nun darum, dieses auch noch breit im Team zu entwickeln. Dafür wurde in Leitungs- und Teamsitzungen immer wieder über dieses Thema diskutiert und die Idee, die Behandlungskonferenz als Modell aufzunehmen, fand viel Zuspruch.

Eine mächtige Führungskoalition gründen!

Es wurde ein Projektteam gebildet. Die Leitung übernahm die Stationsleitung Pflege. Der Oberarzt und die fachverantwortliche Pflegefachperson waren weitere Mitglieder. Als Unterstützung und „externer Berater“ wurde zudem der damalige Bereichsleiter Pflege mit einbezogen und die Klinikleitung wurde als Steuerbord definiert; diesem wurde das ganze Projekt, aber auch die jeweiligen weiteren Schritte zur Entscheidung vorgetragen. An Sitzungen erhielt das interdisziplinäre Team immer wieder Informationen über den Stand der Dinge und es wurden Diskussionen zum Thema geführt, deren Quintessenzen beim weiteren Vorgehen einbezogen wurden.

Eine Vision kreieren!

Um eine konkrete Vorstellung zu entwickeln, wie das Umsetzen der Behandlungskonferenz in der Praxis aussehen könnte, besuchte das Projektteam das St. Hedwig Krankenhaus der Klinik Charité in Berlin, wo im Rahmen des Weddinger Modells die Behandlungskonferenz auf Akutstationen umgesetzt wurde. Dieser Besuch ergab eine klarere Idee für die Umsetzung und es reifte die Vision für das Projekt: Transparenz und Einbezug schafft Vertrauen.

Die Vision kommunizieren!

Zurück in Bern wurde dann ein Grobkonzept erstellt, welches die wichtigsten Grundlagen und Inhalte, einen Vorgehens- und einen Evaluationsplan enthielt (Die Ergebnisse der Evaluation werden in einem anderen Beitrag in diesem Kongressband von Burr et al. vorgestellt). Das Grobkonzept sowie die Vision „Transparenz und Einbezug schafft Vertrauen“ wurden nach der Vorstellung im Team im Rahmen einer Retraite umfassend diskutiert. Für die Umsetzungsbewilligung wurde das Grobkonzept zudem der Klinikleitung vorgestellt. Diese bewilligte das Grobkonzept unter der Bedingung, dass, wenn es nicht gut läuft, auf das alte System gewechselt werden sollte und dem Ausblick bei Erfolg, das Ganze auch auf weitere Stationen auszuweiten.

Die Hindernisse der neuen Vision beseitigen!

In der Retraite konnten einige Fragen geklärt werden. Zudem kam zum Vorschein, dass sich viele aus der Pflege aber auch aus anderen Berufsgruppen bei der partizipativen und dialogorientierten Art der Gesprächsführung, die dabei gefordert wurde, unsicher fühlen. Daraufhin wurde für die entsprechenden Personen eine Weiterbildung in motivierender Gesprächsführung (MI) [10] organisiert.

Kurzfristige Ziele und Erfolge systematisch planen!

Die konkrete Umsetzung geschah auf Januar 2015. Die OAV und der IDR wurden durch die Behandlungskonferenz ersetzt – somit fanden nun jeweils wöchentlich an zwei Tagen eine Konferenz mit je der Hälfte der Patienten statt, zu welcher jeweils auch Angehörige eingeladen werden konnten. Zuerst ging es darum, die ganze Organisation bewältigen zu können. Das lief nach einem Monat schon recht gut. Danach standen die inhaltliche Struktur und der vermehrte Einbezug der Teilnehmenden im Vordergrund. Beides wurde im Team immer wieder diskutiert und die kleinen Schritte auch „gefeiert“.

Erfolge konsolidieren und weitere Veränderungen ableiten: Nicht zu früh den Sieg ausrufen!

Nach einem halben Jahr wurde die Projektphase beendet und die Behandlungskonferenz konnte als reguläres Gefäß ins Stationskonzept übernommen werden. Erneut wurde eine Retraite durchgeführt, an welcher auf das Geleistete zurückgeschaut wurde und auch die ersten Ergebnisse der Evaluation angeschaut wurden. Diese legen nahe, dass noch einiges getan werden muss, um alle gesteckten Ziele zu erreichen.

Veränderungen in der Unternehmenskultur verankern! "The way we do things around here"

Es wird nun schon ziemlich laut darüber nachgedacht, die Behandlungskonferenz auf allen Stationen einzuführen. Dies bedarf aber bei allen Teams

noch einiges an Umdenken, wäre aber der richtige Schritt, um die Vision „Transparenz und Einbezug schafft Vertrauen“ auf die ganze Klinik auszuweiten und zu verankern.

Erfahrungen und Diskussion

Das Projekt zeigt eine Möglichkeit auf, wie mit einer Vision, einem strukturierten Vorgehen sowie dem systematischen Einbezug verschiedener wichtiger Personen auch tradierte Strukturen in der Psychiatrie verändert werden können, um mehr Transparenz und Partizipation zu erreichen. Feststellbar ist, dass eine neue Struktur die alten Verhaltensweisen nicht einfach ablöst. Es kam immer wieder vor, dass das abgeschaffte „über den Patienten reden“ stets wieder ungewollt „eingeführt“ wurde. Zudem scheint auch die partizipative und transparente Zusammenarbeit des Teams während der Konferenz eine Herausforderung. Besonders in herausfordernden Situationen kam es immer wieder vor, dass man mit gemeinsamen Absprachen in die Konferenz kam und die Patienten vor vollendete Tatsachen stellte. Den Mut zu haben, Dinge vor allen Teilnehmenden offen anzusprechen und diesen offenen Dialog den Patienten auch „zuzumuten“ ist eine hohe Kunst.

Schlussfolgerungen

- Ein wandelorientiertes, strukturiertes Vorgehen hilft, tradierte Strukturen in der Psychiatrie zu verändern.
- Kleine Erfolge in die Richtung von mehr Partizipation und Transparenz sind gut möglich. Nachhaltige Veränderungen brauchen länger.
- Den ersten Schritt tun lohnt sich.

Literatur

1. *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), S3-Leitlinie. Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen.* 2012, Berlin, Heidelberg: Springer.
2. *WHO, Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit, R.f.E. Weltgesundheitsorganisation (WHO), Editor 2013, WHO Regionalkomitee Europa: Cesme, Türkei.*
3. *Aderhold, V. and N. Greve, Bedürfnisangepasste Behandlung und offene Dialoge. Psychotherapie im Dialog, 2010. 3: p. 258-261.*
4. *Seikkula, J. and M.E. Olson, The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. Family process, 2003. 42(3): p. 403-418.*
5. *Leamy, M., et al., Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. The British Journal of Psychiatry, 2011. 199(6): p. 445-452.*
6. *Farkas, M., The vision of recovery today: what it is and what it means for services. World Psychiatry, 2007. 6: p. 68-74.*
7. *Mahler, L., et al., Das Weddinger Modell. Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext 2013, Köln: Psychiatrie Verlag.*
8. *Aderhold, V., E. Itten, and H. Hasslöwer, Die Behandlungskonferenz - Dialog, Reflexion und Transparenz Psychiatrische Pflege Heute, 2010. 16: p. 142-152.*
9. *Kotter, J.P., Leading Change. Wie Sie Unternehmen in 8 Schritten erfolgreich verändern. 2011, München: Vahlen.*
10. *Miller, W.R. und S. Rollnick, Motivierende Gesprächsführung. Vol. 3. unveränderte. 2009, Freiburg i.B.: Lambertus.*

54. Recovery, Genetik, Psychosoziales und mehr: Welche Auswirkungen hat die Vielfalt der psychiatrischen Gesundheits- und Krankheitskonzepte auf die psychiatrische Pflege und Rehabilitation?

Dirk Richter

Hintergrund

Innerhalb der psychiatrischen Versorgung werden in schöner Regelmässigkeit ‚neue‘ oder ‚neue alte‘ Gesundheits- und Krankheitskonzepte entworfen. Die Mitarbeitenden haben diese Konzepte gegenüber den KlientInnen/PatientInnen zu vertreten und treffen auf vorhandene Laienkonzepte oder aber auf viel Erfahrungswissen, das ebenfalls mit verschiedenen Theorien zusammenhängen kann.

Einleitung

Erfahrungen aus der aktuellen Versorgungspraxis, aber auch aus diversen Studien haben gezeigt, dass sowohl Mitarbeitende als auch KlientInnen/PatientInnen verschiedene Gesundheits- und Krankheitskonzepte vertreten. So lehnen manche KlientInnen/PatientInnen psychiatrische Konzepte und Behandlung strikt ab, während andere wiederum psychosoziale Ursachen für ihre Erkrankung annehmen und dritte eher biologische Ursachen sehen. Studien zeigen auf, dass diese Modelle mit der Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, zusammenhängen können.

Thema

Der Workshop geht dem Thema nach, wie relevant diese Konzepte für die konkrete Arbeit mit KlientInnen/PatientInnen sind.

Ablauf

Zu Beginn wird eine Übersicht über die derzeit diskutierten Gesundheits- und Krankheitskonzepte gegeben. Anschliessend soll mittels Moderations-

techniken versucht werden, herauszuarbeiten, welche Konzepte derzeit in der Versorgungspraxis auf Seiten der Mitarbeitenden und auf Seiten der KlientInnen/PatientInnen vertreten werden und ob dies zu Schwierigkeiten oder gar Konflikten führen kann. Abschliessend sollen Möglichkeiten erarbeitet werden, wie mit unterschiedlichen Konzepten im Rahmen von Pflege und Rehabilitation umgegangen werden kann.

Gestaltung

Einführender Vortrag, Gruppendiskussionen, Moderationstechniken

Lernziele

- 1) Die Teilnehmenden erhalten einen Überblick über aktuelle Gesundheits- und Krankheitskonzepte in der Psychiatrie.
- 2) Die Teilnehmenden kennen Möglichkeiten, um mit unterschiedlichen Krankheitskonzepten in der Praxis umgehen zu können.

55. Selbstständiges Wohnen mit Unterstützung: Eine systematische Übersicht über die empirische Evidenz

Dirk Richter, Holger Hoffmann

Fragestellung

Im Rahmen der Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung hat sich die Wohnversorgung für Menschen mit schweren psychischen Störungen erheblich gewandelt. Während die Betroffenen früher zumeist in Kliniken und Heimen leben mussten, leben heute viele Menschen mit schweren psychischen Störungen in eigenen Wohnungen oder aber in betreuten Wohnungen. Angesichts dieser Entwicklung stellt sich die Frage nach den Wirkungen dieser veränderten Wohnbetreuung.

Methode

Es wurde eine systematische Literaturübersicht über selbstständiges Wohnen mit professioneller Unterstützung in den Datenbanken Pubmed, CINAHL, PsycInfo und Google Scholar durchgeführt. Einschlusskriterien waren Längsschnittdesign und der Vergleich von selbstständigem Wohnen mit anderen Wohnformen. Der Vergleich mit Kliniksettings wurde ausgeschlossen, ebenso der Vergleich mit dem Leben auf der Strasse bei Studien mit Obdachlosen. Das ‚Cochrane Risk of Bias Assessment Tool for Non-Randomized Studies of Interventions‘ (ACROBAT-NRSI) wurde zur Qualitätsbewertung genutzt.

Ergebnisse

Es wurden 31 Studien eingeschlossen. Die Outcome-Indikatoren waren sehr heterogen, sie reichten von sozialen Inklusionsmassen über die Lebensqualität und Psychopathologie bis hin zu gesundheitsökonomischen Indikatoren. Die überwiegende Anzahl der qualitativ hochwertigen Studien stammt aus Projekten mit obdachlosen Menschen in Nordamerika. Es zeigte sich, dass

das unterstützte selbstständige Wohnen gegenüber anderen Wohnformen über alle Indikatoren hinweg mindestens ebenbürtig war.

Diskussion

Die prinzipielle Gleichwertigkeit der Ergebnisse des selbstständigen Wohnens muss vor dem Hintergrund der Präferenzen der Betroffenen, die sich überwiegend für diese Wohnform aussprechen und vor dem Hintergrund der deutlich geringeren Kosten im Vergleich zu Heimeinrichtungen positiv bewertet werden.

Schlussfolgerung

Selbstständiges Wohnen mit Unterstützung sollte gegenüber anderen Wohnformen für Menschen mit schweren psychischen Störungen präferiert werden.

56. Psychiatrische Pflege und Psychotherapie am Beispiel der Low Intensity CBT

Jacqueline Rixe, Michael Schulz, Dorothea Sauter, Michael Löhr, André Nienaber, Pascal Wabnitz

Hintergrund

Die Frage, ob und in wie weit psychiatrische Pflege Psychotherapie beinhaltet, wird weltweit bereits seit Jahrzehnten kontrovers diskutiert.

Während von einigen psychiatrisch Pflegenden klar die Meinung vertreten wird, dass Pflege bei der Ausübung ihres Berufs immer (psycho-)therapeutisch handelt, sind auch durchaus skeptischere Stimmen zu hören, die psychotherapeutische Interventionen ausschließlich im Zusammenhang mit Zusatzqualifikationen (z.B. auf Masterniveau) in der Pflege ansiedeln. Wiederum andere halten eine Abgrenzung für nicht möglich, da Pflege an unterschiedlichen Therapien mitwirkt (Soziotherapie, Somatotherapie und Psychotherapie) und es dementsprechend einen großen Überschneidungsbereich zwischen Pflege und Psychotherapie gibt. Die Diskussion auf europäischer Ebene ist dabei nicht nur an die eigene Haltung und pflegerische Kompetenzbereiche gekoppelt, sondern eng mit der vorherrschenden Definition von Psychotherapie, geschichtlichen und kulturellen Entwicklungen und gesetzlichen Rahmenbedingungen des jeweiligen Landes verbunden [2].

Zeitgleich zeigen internationale Initiativen, die das Ziel verfolgen, den Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten zu verbessern, dass die Einbindung der psychiatrischen Pflege in den Bereich der Psychotherapie eine effektive und effiziente Zukunftsperspektive darstellt [3-6].

Insbesondere vor dem Hintergrund mangelnder Ressourcen für die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen [7] gewinnt eine Ausweitung und Verbesserung der Versorgungslandschaft an Bedeutung. Um mehr Menschen mit psychischen Störungen zu versorgen, müssen psychotherapeutische Angebote schneller zugänglich und kostengünstiger werden ohne ihre Effektivität einzubüßen [8, 9]. Eine international bereits erfolgreich

erprobte Strategie stellt hier die Ausweitung psychotherapeutischer Tätigkeit auf Berufsgruppen dar, die bislang im Bereich der klassischen Psychotherapie eher ein Schattendasein geführt haben.

Im Rahmen der Weiterentwicklung Psychiatrischer Pflege gewinnt somit die Frage nach zunehmend differenzierten psychotherapeutischen Interventionen auch in Deutschland an Bedeutung [10]. So sind therapeutische Elemente wie die pflegerische Beziehungsgestaltung im Rahmen einer recoveryorientierten Arbeitsweise zunehmend vertreten, aber auch neuere Entwicklungen wie die sogenannte Low-Intensity Cognitive Behavioral Therapy (LI-CBT), die ein vielversprechendes, berufsgruppenübergreifendes und evidenzbasiertes Wirkungsfeld für die psychiatrische Pflege bietet [11].

Fragestellung

Es werden die Aspekte Psychotherapie und Pflege in Europa, Pflegerische Beziehung und psychotherapeutische Interventionen und Low Intensity CBT anhand folgender Fragestellung näher beleuchtet:

- Wie gehen unterschiedliche Länder Europas mit dem Thema Psychotherapie durch Pflegende um?
- In welchem Zusammenhang stehen pflegerische Beziehungsgestaltung und psychotherapeutische Interventionen?
- Inwiefern stellt der Ansatz Low-Intensity CBT ein hilfreiches Instrument zur Verbesserung psychiatrischer Versorgung dar?

Methode und Material

Auf der Grundlage einer Literaturrecherche und eigener Forschung wird erläutert, wie das Thema Psychotherapie und Pflege auf europäischer Ebene diskutiert wird, welche Einsatzmöglichkeiten sich für die psychiatrische Pflege bieten, in welchem Zusammenhang psychiatrische Pflege, Beziehungsgestaltung und psychotherapeutische Interventionen stehen.

Zudem wird diskutiert, inwiefern LI-CBT ein hilfreiches Instrument zur Verbesserung psychiatrischer Versorgung darstellen kann.

Ergebnisse

2012 wurde von Horatio, der Europäischen Vereinigung für Psychiatrische Pflege, ein Positionspapier entwickelt, das der Frage nachgeht, wie einzelne Länder Europas mit dem Thema Psychotherapie durch Pflegenden inhaltlich und gesetzlich umgehen [2]. Zunächst wird ein europäischer Vergleich vorgenommen und unterschiedliche Zugänge und Voraussetzungen zur Ausübung von Psychotherapie gegenübergestellt. So ist z.B. die Gesetzeslage bzgl. der vorausgesetzten Qualifikation sehr heterogen. Als einzige Übereinstimmung herrscht in mehreren Ländern Konsens hinsichtlich eines Master-Levels als Voraussetzung für psychotherapeutische Tätigkeiten.

Darüber hinaus werden in dem benannten Positionspapier auch Chancen diskutiert und Forderungen gestellt. So spricht sich Horatio z. B. dafür aus, dass der Zugang zur Psychotherapieausbildung und die Bereitstellung von Psychotherapieleistung sowohl für die Versorgungsqualität als auch aus Kosten-Nutzen-Gründen für andere Professionen und somit auch für Pflegenden geöffnet werden sollte. Eine Vertiefung und Erweiterung psychiatrischer Pflegekompetenzen durch explizite Aufgabenübernahme im psychotherapeutischen Bereich würde eine verbesserte Versorgung vor allem schwer psychisch kranker Menschen zur Folge haben.

Neben der Versorgungsoptimierung wirkt sich die Durchführung therapeutischer Interventionen in der Pflege auch positiv auf die Erweiterung von Handlungsspielräumen und die Aufwertung des eigenen Kompetenzerlebens – und somit auch gesundheitsfördernd auf die Pflegenden – aus [12].

Zu den zentralen Elementen psychiatrischer Pflege gehört die professionelle Beziehungsgestaltung. Es wird der Beziehungsaspekt als zentraler therapeutischer Wirkmechanismus erörtert und im Spannungsfeld zwischen Pflege und Therapie beleuchtet. Darüber hinaus wird kritisch diskutiert, ob Beziehung nicht bereits Therapie ist und ob manualisierte Therapien die pflegerische Beziehung fördern oder belasten. Ausgehend von der Beziehung als zentrale Säule psychiatrischer Pflege stellt der Ansatz der Low-Intensity-CBT exemplarisch eine konkrete psychotherapeutische Intervention dar, welche

von psychiatrisch Pflegenden übernommen werden kann und vielfach auch im deutschsprachigen Raum schon übernommen wird. Nicht nur auf europäischer Ebene wie z.B. in Großbritannien, sondern auch auf internationaler (z.B. Australien) fand bereits eine wissenschaftliche und klinische Auseinandersetzung mit psychotherapeutischen Interventionen in der Pflege (z.B. Low Intensity CBT) statt [3-6].

Neben der klassischen face-to-face Psychotherapie spielen hier vor allem neuere Formen der Darbietung psychotherapeutischer Hilfen (Nutzung neuer Medien: SMS, Handy-Apps, Internet; Gruppenbehandlungen, begleitete Bibliothherapie etc.) eine zunehmend große Rolle. Zahlreiche Bestrebungen wie die Entwicklung kurzer, kosteneffektiver Behandlungsformen, begleiteter Selbsthilfe oder Bibliothherapie, sowie die zunehmende Bedeutung internet-, smartphone- oder telefongestützter Beratung und Therapie haben die moderne Psychotherapie maßgeblich verändert. Vor allem innovative Versorgungsansätze und -formen wie Stepped Care (=gestufte Behandlung) und Collaborative Care (=berufsgruppenübergreifende, vernetzte Behandlung) entsprechen den Forderungen nach einem stärkeren Einbezug von Betroffenen, der Fokussierung auf Selbstheilungskräfte und die Förderung individueller Ressourcen.

Während langjährig qualifizierte, postgradual ausgebildete psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hierzulande ein rares Gut darstellen, verfolgen Programme im Bereich der Low Intensity CBT das Ziel, neue Fachkräfte zu rekrutieren und zu schulen, um mehr Menschen evidenzbasierte, psychotherapeutische Behandlungen zukommen zu lassen.

Und tatsächlich, einige Betroffene präferieren Low Intensity Ansätze gegenüber der klassischen Richtlinienpsychotherapie [12]. Das Präferieren von Ansätzen aus dem Bereich der Verhaltenstherapie begründet sich durch die Überrepräsentation dieser Ansätze in internationalen Leitlinien und somit in der hohen Evidenz verhaltenstherapeutischer Methoden in der Behandlung psychischer Störungen. Gleichwohl basieren neuere Low Intensity Ansätze auch auf Modellen der interpersonellen und psychodynamischen Therapie.

Diskussion

Die Bereitstellung von Psychotherapieleistungen durch Pflegende in Europa ist ein sehr komplexes Thema, das u.a. durch geschichtliche und kulturelle Aspekte beeinflusst und sehr unterschiedlich gestaltet wird.

Insbesondere vor dem Hintergrund von LI-CBT zeigt sich ein komplexes Bild unterschiedlicher Einsatz-, Fort- und Ausbildungsbereiche für die psychiatrische Pflege. Im Ländervergleich besteht somit nicht nur ein sehr heterogener Zugang zur psychotherapeutischen Ausbildung, sondern auch ein sehr heterogener Umgang mit Psychotherapieleistungen durch unterschiedliche Disziplinen. Somit unterscheiden sich Voraussetzungen und Ausgestaltung im europäischen Vergleich sehr stark.

Allgemein lässt sich feststellen, dass es in der Literatur keinen Hinweis darauf gibt, dass Psychiatrisch Pflegende nicht in der Lage wären, selbständig komplexe psychotherapeutische Interventionen durchzuführen. Forschung aus dem LI-CBT-Bereich untermauert diese Beurteilung.

Schlussfolgerung

Psychotherapie als pflegerisches Handlungsfeld bietet sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting Vorteile und ermöglicht das Schließen von Versorgungslücken. Horatio fordert sehr deutlich, dass der Zugang zur Psychotherapieausbildung und das Anbieten von Psychotherapie aus Gründen der Gesundheitsökonomie und der Wirksamkeit für alle anerkannten Disziplinen im Gesundheitswesen geöffnet werden sollte.

Insbesondere im angloamerikanischen Raum und den Niederlanden wurde dies z.B. im Rahmen von LI-CBT durch Pflegende bereits umgesetzt.

Menschen mit komplexen psychischen Erkrankungen, die eine Kombination aus psychotherapeutischer und psychosozialer Unterstützung benötigen und für die Angebote mit höherer Intensität nicht möglich sind, können in besonderem Maße von psychotherapeutisch geschulten psychiatrisch Pflegenden und niedrigschwelligen Angeboten profitieren.

Nicht nur für einen Zuwachs an Homogenität europaweiter Regelungen, sondern insbesondere für die Optimierung der Versorgung erscheint es sinnvoll und längst überfällig, Pflegenden mehr Möglichkeiten zur Qualifikation und Ausübung von Psychotherapie einzuräumen.

In diesem Zusammenhang wird aber auch deutlich, dass es „die Pflege“ nicht gibt. Vielmehr werden über eine Differenzierung von Qualifikationsprofilen unterschiedliche Aufgaben- und Kompetenzbereiche geschaffen. Vor dem Hintergrund der Diskussion um Advanced Nursing Practice stellen vor allem komplexere psychotherapeutische Interventionen ein international anerkanntes Feld für Vertiefung und Erweiterung Psychiatrischer Pflege dar.

Literatur

1. Sauter, D. (2011). *Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie*. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. & Wolff, S. (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage)*, p. 492-520. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
2. Horatio (2012). *Psychiatric / Mental health Nursing and Psychotherapy: The position of Horatio (European Psychiatric Nurses)*. http://www.horatio-web.eu/downloads/Psychotherapy_position_paper.pdf Stand: 15.07.2016.
3. Clark, D. M. et al. (2009). *Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites*. *Behaviour research and therapy*, 47(11): p. 910-920.
4. Clark, D. M. (2011). *Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience*. *International Review of Psychiatry*, 23(4): p. 318-327.
5. Cromarty, P. et al. (2016). *New Access for depression and anxiety: adapting the UK Improving Access to Psychological Therapies Program across Australia*. *Australian Psychiatry*, 1039856216641310.
6. Rijnders, P. et al. (in press). *A guided self-help intervention in primary care to improve coping and mental health: an observational study*.
7. Alonso, J. et al. (2004). *Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of mental Disorders (ESEMeD) project*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Suppl. 420): p. 8-20.

8. Cuijpers, P., et al. (2010). *Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies.* *Psychological Medicine*, 40: p. 1943-1957.
9. Bower, P. et al. (2013). *Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions: meta-analysis of individual patient data.* *British Medical Journal*, 339: p. 346-357.
10. Bennett-Levy, J. et al. (2010). *Low intensity Interventions: a revolution in mental health care.* In: Bennett-Levy, J., Richards, D.A., Farrand, P., Christensen, H., Griffiths, K.M., Kavanagh, D.J., Klein, B., Lau M. A., & Proudfoot J. (Hrsg.), *Low intensity CBT interventions*, p. S. 3-18. Oxford: Oxford University Press.
11. Haun, M. W. et al. (2012). *Systemisch-familiätherapeutisches Arbeiten in der Akutpsychiatrie - Nachhaltige Veränderungen des Belastungserlebens der Mitarbeiter.* *Psychiatr Prax*, 39(8): p. 400-406.
12. White, J. (2010). *The STEPS model: a high volume, multi-level, multi-purpose approach to address common mental health problems.* In: Bennett-Levy, J., Richards, D.A., Farrand, P., Christensen, H., Griffiths, K.M., Kavanagh, D.J., Klein, B., Lau M. A., & Proudfoot J. (Hrsg.), *Low intensity CBT interventions*, p. 3-18. Oxford: Oxford University Press.

57. Wie können Menschen beim Übergang vom Maßregelvollzug zurück in die Gemeinde(-psychiatrie) unterstützt werden?

Stefan Rogge

Hintergrund

Die Zahl der Entlassungen aus dem stationären Maßregelvollzug wird in der kommenden Zeit (voraussichtlich) weiter ansteigen. Dafür spricht die Novellierung des § 63 StGB und die veränderten Anforderungen an eine Fortsetzung der Unterbringung über den Zeitraum von 8 Jahren hinaus. Ergänzend ist zu vermuten, dass die Anzahl der Betroffenen, die die Aufhebung der Unterbringung wegen Verhältnismäßigkeit anstreben, ansteigt. Bislang erschwert dies jedoch die sonst übliche umfassende und langfristige Entlassungsplanung.

Problemstellung

Menschen im stationären Maßregelvollzug entwickeln durch die langjährigen Aufenthalte vielfach unterbringungsinduzierte Phänomene. Diese wieder zu reduzieren und abzubauen, stellt für die Einrichtung eine große und verantwortungsvolle Aufgabe dar. Oftmals konnte dies auf Grund der gegebenen Rahmenbedingungen noch nicht im notwendigen und gebotenen Umfang wahrgenommen werden. Hinzu kommt die Tatsache, dass die Maßregelvollzugseinrichtungen und die in der Gemeinde verorteten nachsorgenden Dienste vielerorts (noch) keine den Bedürfnissen und Bedarfe der Betroffenen entsprechende Basis der Zusammenarbeit gefunden haben. Wie können die Betroffenen auf ihrem Weg aus dem Maßregelvollzug unterstützt werden und welche hilfreichen Angebote können insbesondere von Pflegefachpersonen neu geschaffen, umgesetzt und etabliert werden?

Ziele

Möglichkeiten und Angebote der bedürfnis- und bedarfsgerechten Entlassungsvorbereitung unter Einbezug der komplementären Zusammenarbeit zwischen Maßregelvollzugseinrichtungen und gemeindepsychiatrischer Einrichtungen sollen aufgezeigt werden.

Vorgehen

In Gesprächen mit Angehörigen sowie Experten des Maßregelvollzugs, der nachsorgenden Einrichtungen und des Fachausschusses Forensik (DGSP e.V.) wurde die aktuelle Situation im Maßregelvollzug, die Übergänge in die Gemeinde und die dortige Versorgung und Betreuung betrachtet. Dabei wurden u.a. Vorschläge zur Verbesserung der Behandlungssituation eingebracht, erarbeitet und diskutiert.

Ergebnisse/Erfahrungen

Bei den Experten zeigten sich rollen- und funktionsbedingt unterschiedliche Ansichten und Erwartungen. Die Mitarbeiter des Maßregelvollzugs griffen in ihren Situationsdarstellungen häufig auf stark risikobehaftete Beispiele zurück. Dies war nicht selten mit einer pessimistischen Einstellung zu Möglichkeiten der (Re)Integration Betroffener verbunden. Deutlich wurde auch, dass eine frühzeitige Entlassungsplanung oftmals nicht stattfindet. Ein viel genutztes „entschuldigendes“ Argument war, dass vermehrt Entlassungen aus Gründen der Verhältnismäßigkeit erfolgen und eine strukturierte Vorbereitung somit nicht möglich erscheint. Andererseits wurde aber der Wunsch nach einer frühzeitigen Entlassungsvorbereitung und einer vermehrten Zusammenarbeit mit der Gemeindepsychiatrie deutlich. Bei den Mitarbeitern der gemeindepsychiatrischen Dienste lassen sich die Ergebnisse in drei wesentliche Gruppen unterteilen:

- der Bereitschaft, die Betroffenen bei vorhandener gesicherter Finanzierung wieder aufzunehmen,

- dem Wunsch nach einer engeren Zusammenarbeit mit den Maßregelvollzugseinrichtungen und
- der Angst vor negativen Reaktionen aus dem unmittelbaren Umfeld. Bei den Angehörigen bestand der deutliche Wunsch nach mehr „Einbezug“ und „Aufklärung“.

Diskussion

Die geäußerten Wünsche einer verbesserten Zusammenarbeit und auch einer verbesserten frühzeitig einsetzenden Entlassungsvorbereitung bieten ein optimales Betätigungsfeld für den Pflege- und Erziehungsdienst im gemeindepsychiatrischen Setting.

Schlussfolgerung

Um dieses Betätigungsfeld nutzerorientiert ausfüllen zu können, müssen Pflegende ihr Profil schärfen und erweitern. Dies geschieht durch fundierte, dem Fachgebiet angemessene, Fort- und Weiterbildungen. Des Weiteren sollten die Pflegenden die Schnittstellenarbeit stärken. Möglichkeiten ergeben sich hier zum Beispiel in Form eines Case Management und der Etablierung trialogischer Angebote der Sozialpsychiatrie in das forensische Setting.

58. Pflge­therapeutische Gruppen – wie sollen sie sein?

Andreas Ruckstuhl, Manuela Grieser

Einleitung/Fragestellung

Pflge­therapeutische Gruppen steuern einen wesentlichen Beitrag zur stationären Therapie bei psychischen Erkrankungen bei. Der Autor versteht das Leiten solcher Gruppen als eine wichtige Aufgabe der Pflegefachpersonen und möchte die Reflexion, die Professionalisierung und die Weiterentwicklung dieses Gruppenangebots vorantreiben. Grundsätzlich werden bei pflge­therapeutischen Gruppenangeboten psychologische Angebote wie Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT), Interpersonale Psychotherapie (IPT) oder Psychoedukative Gruppen und milieuthera­peutische Angebote wie Stationsversammlungen, Kochgruppen, Spielgruppen und Spaziergänge unterschieden. Der Fokus letzterer liegt vor allem auf dem Neu- und Wiedererwerb alltagspraktischer Fähigkeiten. Zudem bieten sie einen idealen Rahmen zum Training von sozialen Kompetenzen. Im Berufsalltag erlebt man in Bezug auf Gruppenangebote folgendes Phänomen: Die Motivation der Patienten in den Gruppen ist oft gering bis gar nicht vorhanden. Die Angebote sind wenig differenziert, kaum fundiert und eintönig. Eindeutig formulierte Zielkriterien, was mit der Gruppe erreicht werden soll, fehlen. In der vorliegenden Untersuchung sollen deshalb in einem ersten Schritt die Bedürfnisse der Patienten ergründen werden. In einem zweiten Schritt werden konkrete Massnahmen zur Motivationsförderung aufgezeigt.

Methoden

(1) Es wurde eine primäre Literatursuche in Datenbanken durchgeführt, ergänzt wurde diese durch eine sekundäre Literatursuche in Büchern und Zeitschriftenarchiven. Ziel war es einen Überblick zu möglichen milieuthera­peutischen Gruppentherapieangeboten zu gewinnen sowie Erkenntnisse über deren Zielsetzung.

(2) Es wurde eine Querschnittserhebung bei 37 hospitalisierten Patienten auf sieben Akutpsychiatrien mittels Fragebogen durchgeführt. Ziel der Untersuchung war es, die Zufriedenheit mit dem derzeitigen Therapieangebot zu erfassen und Bedürfnisse der Patienten an Gruppentherapien zu strukturieren.

Ergebnisse

Es können Aussagen zur momentanen Zufriedenheit mit den Angeboten, zu Inhalten und Rahmenbedingungen gemacht werden. Rund ein Drittel äusserte sich zu den Angeboten unzufrieden. Es besteht ein grosses Bedürfnis nach Ausflügen, Sport, Musizieren, dem Erlernen sozialer Kompetenzen und Psychoedukation. Die Freiwilligkeit der Angebote wie auch die Einteilung in Gruppen mit ähnlichen Fähigkeiten wurde sehr häufig erwähnt.

Diskussion und Schlussfolgerung

Ein pflegetherapeutisches Gruppenprogramm zu konzipieren, welches sämtlichen Bedürfnissen gerecht werden kann und somit die Teilnahmemotivation aller Patienten gewährleistet, scheint unmöglich. Trotzdem zeichnen sich in den Resultaten Themen ab, mit welchen sich das Programm deutlich verbessern liesse und die Zufriedenheit und somit die Teilnahmemotivation erhöht werden könnte. Das Gruppenprogramm sollte somit diverser ausfallen. Hier müsste direkt an den Ressourcen des Pflegepersonals angesetzt werden, um ein attraktiveres Angebot machen zu können. Weiter unabdingbar erscheint, dass die Teilnahme an den Angeboten freiwillig sein sollte, da durch "Zwang" die Teilnahmemotivation sinkt.

59. Anwendung des Pflegekonzeptes Symptommanagement in der psychiatrischen Pflege

Dorothea Sauter

Hintergrund

Dauerhafte oder ständig wiederkehrende belastende Symptome sind ein Kennzeichen chronischer Krankheitsverläufe und verursachen vielfältige Beschwerden und Funktionseinbußen. Die Symptomwahrnehmung und -bewertung entscheiden über die Inanspruchnahme von Hilfen und die Strategien zum Krankheitsmanagement. Gelingendes Symptommanagement hat für die selbstbestimmte Alltagsbewältigung und die Lebensqualität chronisch psychisch kranker Menschen oft zentrale Bedeutung. Betroffene wenden dabei vielfältige Symptommanagementstrategien an, die sie häufig über „try and error“ entwickelt haben.

Die Pflege entwickelte in den 1990er Jahren ein Pflegekonzept zum Symptommanagement, es gilt als praxisnahe Theorie („middle-range-theory“) [2, 4, 6]. Es findet v.a. in der Onkologie und der Palliativversorgung breite Anwendung, ist aber grundsätzlich settingübergreifend gültig. Die psychiatrische Pflege greift dieses Konzept kaum auf. Und dies obschon etliche psychiatrische Hilfe- und Selbsthilfekonzepte explizit Strategien zur Selbst- und Symptommanagementunterstützung beinhalten.

Fragestellung und Ziele

Da das Pflegekonzept Symptommanagement grundsätzlich krankheits- und settingübergreifend gültig ist, müsste es auch der psychiatrischen Pflege sinnvolle Impulse geben können. Daher gilt es, konkret herauszuarbeiten, welche Elemente des „Pflegekonzeptes Symptommanagement“ der psychiatrischen Pflege bzw. psychiatrischen Patienten strukturierte Hilfen im Umgang mit persistierenden Symptomen bietet.

Vorgehen und Methodik

Zunächst wurde die Relevanz des Symptommanagementkonzeptes anhand einer Konzeptanalyse nach Walker und Avant [7] geprüft. Die herausgearbeiteten zentralen Aspekte des Symptommanagements wurden mit den Hilfebefarfen psychisch kranker Menschen, zeitgemäßen psychiatrischen Hilfekzepten und dem Behandlungs- und Pflegeauftrag abgeglichen.

Ergebnisse

Das Modell des Symptommanagements beschreibt drei Kernkonzepte:

- Symptomerfahrung: sie ist subjektiv, individuell, mehrdimensional und dynamisch. Sie schließt Bedeutungsgebung mit ein und muss sorgsam erhoben werden [1, 5]. Die mögliche Funktion von Symptomen wird nicht explizit erfasst.
- Symptommanagementstrategien: diese müssen – wie andere Selbstmanagementstrategien – individuell und mit dem Betroffenen zusammen entwickelt werden, Orem's Konzept der „gesundheitsbedingten Selbstpflegeerfordernisse“ kann hierbei ein hilfreicher Rahmen sein [3, 4, 7].
- Symptomoutcome: es umfasst neben „symptom occurrence“ und „symptom distress“ auch Aspekte wie gesundheitsbezogene Lebensqualität, Symptomkontrolle oder Selbstpflegefähigkeiten. Es gibt viele Instrumente.

Im psychiatrischen Kontext liegen für den Umgang mit einzelnen Symptomen (wie z.B. Stimmen hören, Verwirrtheit oder Selbstverletzung) viele Arbeitshilfen und Manuale vor, die häufig von Betroffenen (mit-)entwickelt wurden und wirksam sind. Das Pflegekonzept Symptommanagement stellt symptomübergreifend grundlegende Strategien für eine gezielte, individuell passende Unterstützung der Betroffenen zur Verfügung.

Diskussion

Das Symptommanagementmodell bietet als middle-range-theory eine geeignete Grundlage für die Forschung.

In der Pflegepraxis verhilft das Konzept zu einem strukturierten Vorgehen, wenn es darum geht mit dem Betroffenen den bestmöglichen Umgang mit einem dauerhaften und belastenden Symptom zu entwickeln. Das beschriebene Verständnis von Symptomen und Symptommanagement passt zur pflegerischen Perspektive auf Gesundheitsprobleme, ergänzt die medizinische Sichtweise und konkretisiert den Pflegeauftrag im Rahmen der multiprofessionellen Hilfen.

Wenn darüber hinaus konkrete Arbeitshilfen entwickelt werden sollen, müssen einige konzeptuelle Anpassungen bzw. Ergänzungen vorgenommen werden (z.B. muss das Kernkonzept Symptomerfahrung das Verständnis der Funktion psychiatrischer Symptome explizieren). Auf dieser Basis Teilkonzepte und Tools (Assessmenthilfen, Manuale, Outcomeparameter, etc.) für den deutschsprachigen Raum zu entwickeln wäre wünschenswert.

Schlussfolgerungen

Symptommanagementunterstützung stellt eine notwendige und recovery-kompatible Pflegestrategie dar. Eine vertiefende Auseinandersetzung mit dem Pflegekonzept Symptommanagement kann der Praxis wie auch der Konzeptentwicklung der Psychiatrischen Pflege wirksame Impulse geben.

Literatur

1. Armstrong, Terri S. (2003): *Symptoms experience: a concept analysis*. In: *Oncol Nurs Forum* 30 (4), S. 601–606. DOI: 10.1188/03.ONF.601-606.
2. Brant, Jeannine M.; Beck, Susan; Miaskowski, Christine (2010): *Building dynamic models and theories to advance the science of symptom management research*. In: *Journal of Advanced Nursing* 66 (1), S. 228–240.
3. Dodd, Marilyn; Janson, Susan; Facione, Noreen; Faucett, Julia; Froelicher, Erika S.; Humphreys, Janice et al. (2001): *Advancing the science of symptom management*. In: *J Adv Nurs* 33 (5), S. 668–676.
4. Humphreys, Janice; Janson, Susan; Donesky, DorAnne; Dracup, Katleen; Lee, Kathryn; Faucett, Julia et al. (2014): *Theory of Symptom Management*. In: *Mary Jane Smith und Patricia R. Liehr (Hg.): Middle range theory for nursing*. 3rd ed. New York: Springer, S. 141–164.
5. Lenz, Elisabeth R.; Pugh, Linda C. (2014): *The Theory of Unpleasant Symptoms*. In: *Mary Jane Smith und Patricia R. Liehr (Hg.): Middle range theory for nursing*. 3rd ed. New York: Springer, S. 165–195.
6. Smith, Mary Jane; Liehr, Patricia R. (2014): *Understanding Middle Range Theory by Moving Up and Down the Ladder of Abstraction*. In: *Mary Jane Smith und Patricia R. Liehr (Hg.): Middle range theory for nursing*. 3rd ed. New York: Springer, S. 15–34.
7. Walker, Lorraine Olszewski; Avant, Kay Coalson (1998): *Theoriebildung in der Pflege*. Wiesbaden: Ullstein Medical (Pflege).Literaturverzeichnis

60. Fremde Wege in der Pflegebildung?

Hilde Schädle-Deiningner

„Ob es besser wird, wenn es anders wird, das weiß ich nicht, dass es aber anders werden muss, wenn es besser werden soll, das weiß ich.“ (Georg Christoph Lichtenberg)

Ausgangspunkt

Ob wir „Fremd-Sein“ als etwas Positives oder Negatives verstehen, hängt von unserer Einstellung ab, vor allem davon, ob wir dem Fremden mit Neugier begegnen oder das Fremde als bedrohlich und beängstigend erleben.

Die derzeitigen Diskussionen um die Bildung der professionellen Pflege in Deutschland verunsichert viele unserer Kolleginnen und Kollegen und befremdet sie, vor allem weil unklar ist, wohin die „pflege-politische Bildungs-Reise“ geht.

Was im Allgemeinen in der pflegerischen Auffassung vertraut ist, wird durch berufliche und gesellschaftliche Meinungen bestimmt, beispielsweise dass pflegerisches Handeln eher ein Handwerk ist und von der Seite schwerpunktmäßig beeinflusst werden sollte. Damit wird die Abwehr gegen das vermeintlich Fremde, das Ungewohnte, vielleicht auch Neue, die Verknüpfung von wissenschaftsbasiertem theoretischem Wissen bzw. Wissenschaftlichkeit, Forschung und der Alltagspraxis verstärkt. Vor allem dann, wenn das Fremde nicht nur auf die eigene Person selbst, sondern auf eine Gruppe, in diesem Zusammenhang auf die „Berufsgruppe Pflege“ Auswirkungen hat.

Selbstverständlich kann man das Befremden angesichts des vorhandenen und ansteigenden Pflegebedarfs nachvollziehen, auch die Sorge, dass damit zunächst Personen mit einer weniger guten Schulbildung von einer akademisierten Pflegeausbildung ausgeschlossen werden, auch wenn sie gerne den Pflegeberuf ergreifen würden. Dem kann aus meiner Sicht jedoch mit einer Durchlässigkeit im beruflichen Bildungssystem begegnet werden. Das

zeigen jetzt schon die von der Bundesregierung geförderten Projekte „Aufstieg durch Bildung“.

Nichts ist aus sich heraus fremd, sondern nur das, was als fremd erlebt und in unterschiedlichen Zusammenhängen vermittelt wird. Es gilt deshalb der Frage nachzugehen, ob es in diesem Kontext unter anderem darum geht, dass die Diskussion hier in Deutschland um die Akademisierung und bildungspolitische Weiterentwicklung der Pflege in unterschiedlichen Zusammenhängen an Fremdheit nichts verloren hat.

Viele Debatten um die Tätigkeit des Pflegens werden fremdbestimmt von Arbeitgeber- und Ärzteverbänden, von Trägern, Funktionären und anderen Dienstleisterinteressen geführt und nicht vorrangig von interessierten, fachkompetenten Vertretern der Berufsgruppe selbst, die Professionalität, Tätigkeitsbereiche und Weiterentwicklung im Blick haben. Zu dieser Auseinandersetzung gehört es auch gegensätzlich Stellung zu beziehen, um zu einem sinnvollen Ergebnis für die professionelle Pflege zu kommen und das bisher fremde in der Pflegebildung positiv zu besetzen, beispielsweise durch internationalen Vergleichbarkeit, Annäherung und Anerkennung.

Ein Blick in die Geschichte

Im Kontext von pflegerischer Bildung bedeutet das, dass die Begegnung mit Veränderungen oder dem Fremden kein Phänomen der Gegenwart ist, sondern Menschen, auch die professionelle Pflege, seit Langem begleitet.

Beispielsweise hat Antje Grauhan (geb. 1930, gest. 2010) in den 1960er Jahren in der Heidelberger Schwesternschule eine Akademisierung der Pflege und vor allem der Lehrer für Pflegeberufe angestrebt, was sie 1978 im Modellstudiengang an der TU Berlin erneut versuchte zu etablieren [1].

Dies wurde in großen Teilen der Pflege als fremder Weg sehr skeptisch gesehen!

1964 diskutierten die Leiterinnen und Leiter von pflegerischen Weiterbildungsstätten in der Bundesrepublik wie die westdeutsche Pflege hinsichtlich von Forschung mehr internationalen Anschluss finden könnte.

Dies wurde als abgehoben, wenig praxisrelevant, zu theoretisch und somit als Fremdkörper der Pflege bezeichnet!

Auf den Heidelberger Internationalen Fortbildungskongress für Schwestern, Pfleger und Sozialarbeiter in der Nervenheilkunde haben 1973, also vor 43 Jahren, Lisbeth Hockey und Ruth Schröck, damals Pflegeprofessorinnen in Edinburgh eine aktive Rolle der Pflegenden in Wissenschaft und Forschung gefordert und regten an, die entsprechenden Strukturen zu schaffen. Sie forderten, dass die Pflege sich ihrer zentralen Rolle und ihrer Aufgaben im Gesundheitswesen bewusst ist und entsprechende eigene Konzepte entwickeln [2]. Die Anwesenden waren begeistert, am Arbeitsplatz wurden diese Forderungen als weltfremd und nicht zu verwirklichen abgetan!

Fragestellung

Was kann/muss getan werden, um „pflege-bildungs-politisches Fremd-Sein“ zu überwinden? Welche Chancen kann eine Neuorientierung in der Pflegebildung mit sich bringen?

Punktuelle Ansätze zur Überwindung der Bildungsfremdheit in der Pflege

Fremdsein kann auf die Dauer erschöpfen. Und das kann nicht Ziel eines Berufes sein. Von daher muss nachdrücklich festgestellt werden, dass nicht alles, was mit menschlicher Fürsorge und pflegerischen Hilfestellungen zu tun hat, qualifizierter professioneller Unterstützung bedarf!

Deshalb ist den unterschiedlichen Anforderungen an pflegerisches und fürsorgliches Handeln Rechnung zu tragen und entsprechende differenzierte Berufsbilder und Qualifikationsniveaus zu schaffen.

Das bedeutet, dass unterschiedliche pflegerische Kompetenzen und Tätigkeitsmerkmale über die Dimension des pflegerischen Handelns erschlossen werden und wird nachfolgend an zwei Aspekten aufgezeigt.

Erstens: Differenzierung im Handeln

Die unterschiedlichen Anforderungen bei der Gestaltung von Mahlzeiten sollen kurz anhand psychiatrisch-pflegerischer Gesichtspunkte angerissen werden

- Mahlzeiten begleiten und gestalten ist im Alltag durchaus von fast allen Personen unter dem Gesichtspunkt von Gemeinsamkeit, Bedürfnisbefriedigung und festen Zeiten zu bewerkstelligen.
- Wenn jedoch die Mahlzeit beispielsweise unter gesundheitsfördernden, milieugestalterischen und zur Unterstützung bzw. zum Ausbau von sozialen Kompetenzen gestaltet wird, benötigt die durchführende Person die entsprechenden Fachkenntnisse.
- Noch mehr fachlich-pflegerische Kompetenzen und differenzierte individuelle Handlungsmöglichkeiten werden bei der Gestaltung des Essens benötigt, wenn eine Person unter Vergiftungsideen leidet, es bedarf vielfältiger Abwägungen und Einschätzungen, was vor dem aktuellen und biographischen Hintergrund zu tun ist.

Professionelle Pflege braucht, um differenzierte, spezifische Aufgaben zu bewältigen und einen Beitrag im Gesundheitswesen zu leisten und professionelle Verantwortung zu übernehmen, einen entsprechenden Bildungsrahmen und Handlungsspielraum für die Durchführung qualifizierter Pflege.

Zweitens: Trialogischer Ansatz

Gerade in einer Zeit, in der es darum geht, dass „Nutzer“ (sowohl Experten aus Erfahrung als auch Experten durch Miterleben) in den gesamten Behandlungsprozess, aber auch in Forschung und Lehre partnerschaftlich einbezogen werden, hat sich die professionelle Pflege ihres Stellenwerts in der Gesundheitsversorgung, auch hinsichtlich bildungspolitischen Fragen, zu stellen.

Fremd ist uns alles, was nicht alltäglich, gebräuchlich oder wohlbekannt ist. Und so kommen wir zu einem weiteren Ansatz, der in der pflegerischen Bildung mehr verankert werden muss: Dem Fremd-Sein im trialogischen

Miteinander als Basis des pflegerischen Handelns zu begegnen und voneinander zu lernen.

Ziele könnten dabei u. a. sein

- Die eigene Wahrnehmung zu vervollständigen,
- Die Erkrankung aus betroffener und fachlicher Sicht zu sehen,
- Barrieren im Kopf abzubauen,
- Gegenseitige Bedürfnisse und Ressourcen wahrzunehmen,
- Und miteinander und nicht übereinander zu reden.

Diskussion

Vieles kann uns fremd sein, aber wir wissen auch, dass sich aus fremden Dingen Selbstverständliches und Geschätztes entwickeln kann. Dies gelingt, wenn eine Theorie-Praxis-Verknüpfung in unterschiedlichen Arbeitszusammenhängen durch eine qualifizierte akademische Ausbildung mehr und mehr Eingang findet. Aus den positiven und negativen Aspekte im „Fremd-Sein“ müssen entsprechende Schlüsse gezogen werden, die in Forderungen münden wie beispielsweise:

- Der Pflegeberuf hat sich in den derzeitigen Strukturen überholt. Es ist an der Zeit die Bildung der professionellen Pflege neu zu gestalten und zeitnah schrittweise die Ausbildung an Hochschulen anzusiedeln.
- In der benötigten Weiterbildung sind sowohl differenzierte berufsgruppenspezifische und als auch berufsgruppenübergreifende Masterstudiengänge (auch als Weiterbildungsstudiengänge) an Hochschulen anzubieten.
- Die politischen Gremien werden aufgefordert, die Profession Pflege und die notwendigen Qualifikationsniveaus zu schaffen bzw. anzuerkennen, um dem Bedarf an pflegerischen Dienstleistungen in Zukunft gerecht zu werden.

Ausblick

Es gilt in der Pflegebildung die Angst vor Fremden und somit Vorurteile zu benennen und zu überwinden, das Fremde zu erkunden, Neugier zu entwickeln und somit andere, neue Wege zu gehen, die sich am Bedarf und den Bedürfnissen von Betroffenen, Angehörigen und dem sozialen Umfeld sowie am neusten Stand der Wissenschaft und Forschung orientieren.

Das bedeutet auch professionelle Pflege in ihren Dimensionen und fachlichen Kontext in ihrem Profil zu schärfen, differenziert darzustellen, den Beitrag in der Versorgungslandschaft in allen Bereichen einzufordern und darzulegen, welches Spektrum eine qualitativ gute berufliche Pflege im gesellschaftlichen Zusammenhang für Betroffene und Angehörige anbieten kann.

Literatur

1. *Schädle-Deining, Hilde (Hrsg.): Ruth Schröck – „Es gibt keinen Grund nichts zu tun“ – Ausgewählte Werke, Anekdoten und Begrüßungssplitter, Verlag Hans Huber Bern 2013*
2. *Schädle-Deining, Hilde: Entwicklungen in der Pflegebildung – Einige unfrisierte Gedanken zur Pflegebildung in Deutschland, Verlag Hans Huber, Padua Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und -bildung, Jahrgang 10, Heft 3, Juni 2015*

61. Optimale heilungsfördernde Umgebung (Optimal Healing Environments). Theoretische Hintergründe und Aspekte des therapeutischen Milieus in der stationären Psychiatrie

Stefan Scheydt, Clara Römer

Hintergrund und Problemstellung

Dass die Umgebung des Menschen für dessen Entwicklung, Gesundheitszustand und Wohlbefinden eine enorme Rolle spielt, ist allgemein bekannt und ebenfalls in vielen gesundheitswissenschaftlichen Arbeiten und Theorien beschrieben. Umgebungsbezogene Belastung – wie sie beispielsweise durch die Verschiebung des Reizgleichgewichtes hervorgerufen werden können – können zu extremen Stressreaktionen und zur negativen Beeinflussung des psychischen Wohlbefindens führen [4]. Vor diesem Hintergrund kann gerade im Zusammenhang mit der Pflege alter – vorwiegend demenziell erkrankter – Menschen und der Pflege psychisch kranker Menschen das Konzept der Milieu- und Umgebungsgestaltung eine große Bedeutung zugeschrieben werden. Als möglicher theoretischer Bezugsrahmen der Milieu- bzw. Umgebungsgestaltung wird in der vorwiegend englischsprachigen Fachliteratur das Konzept der „Optimal Healing Environments“ – zu Deutsch: optimal heilungsfördernde Umgebung – dargestellt [1, 2, 5]. Allerdings scheint das Konzept, geschweige denn dessen konzeptuelle Inhalte, im deutschsprachigen Raum nur wenig bekannt zu sein.

Zielsetzung

Der Vortrag verfolgt einerseits das Ziel, den Zuhörenden einen Einblick in das vorwiegend im englischsprachigen Raum beschriebene theoretische Konzept Optimal Healing Environments zu geben. Weiter soll den Zuhörenden durch Abgrenzung zu verwandten Begriffen bzw. Konzepten sowie dem Aufzeigen der in der Literatur beschriebenen Aspekte des Healing Environment Konzeptes im Kontext der psychiatrischen Versorgung zu einer ersten konzeptuellen Klarheit verholfen werden.

Vorgehen

Es wurde eine systematische Sichtung der einschlägigen Literatur in Bezug auf das Konzept „Optimal Healing Environments“ und den verwandten Konzepten in einschlägigen medizinischen und pflegewissenschaftlichen Datenbanken durchgeführt. Die in die Analyse aufgenommenen Quellen wurden anschließend in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring [3] anhand der Zielsetzung inhaltlich strukturiert und zusammengefasst. Ziel der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse ist es, „bestimmte Themen, Inhalte, Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen“.

Zu erwartende Ergebnisse

Das Konzept Optimal Healing Environments scheint, wie es Mahoney et al. [6] bereits treffend beschreiben, eine Rekonzeptualisierung des therapeutischen Milieu-Konzeptes zu sein. Inwieweit sich diese beiden – und weitere verwandte Konzepte – voneinander unterscheiden, welche konzeptuellen Inhalte und welche Aspekte im Kontext der psychiatrischen Versorgung herausgearbeitet werden konnten, wird im Rahmen dieses Kongressbeitrages präsentiert.

Vorläufige Diskussion und Schlussbetrachtungen

Die im Rahmen des Kongressbeitrages präsentierten Ergebnisse sollen vor dem Hintergrund der gängigen, sozialpsychiatrischen Konzepte (z.B. therapeutische Beziehung, Recovery usw.) diskutiert und auf die Tauglichkeit zur praktischen Umsetzung in der modernen Psychiatrie eingeschätzt werden. Die erarbeiteten Ergebnisse können als mögliche theoretische Bezugsrahmen für weitere Forschungsarbeiten im Zusammenhang mit bspw. „Reizmanagement“, Milieugestaltung und Milieuthérapie verstanden werden.

Literatur

1. Jonas, W. B.; Chez, R. A. (2004) *Toward healing environments in health care*. In: *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(1), S1 – S6.
2. Morse, J.M.; Mitcham, C.; Hupcey, J.E.; Tasón, M.C. (1996) *Criteria for concept evaluation*. In: *Journal of Advanced Nursing*, 24: 385-390.
3. Mayring, P. (2010) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
4. Suedfeld, P. (1985) *Stressful levels of environmental stimulation*. In: *Issues in Ment Health Nurs*, 7(1-4), 83 – 104.
5. Swanson, K. M.; Wojnar, D. M. (2004) *Optimal healing environments in nursing*. In: *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(1), S43 – S48.
6. Mahoney, J. S., Palyo, N., Napier, G., & Giordano, J. (2009). *The therapeutic milieu reconceptualized for the 21st century*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(6), 423-429.

62. Angebotslandkarte Pflege – ein Praxisprojekt

Martin Schmid, Jürg Dinkel

Hintergrund

Gute psychiatrische Behandlung basiert auf einer ressourcengeleiteten Zusammenarbeit zwischen Patienten und Professionellen aus den Bereichen Medizin, Therapien und Pflege. Der Pflegebereich der Clenia Schlössli (CLS) prüft fortlaufend, ebenso wie die anderen psychiatrisch ausgerichteten Berufsgruppen, welche neuen konzeptgeleiteten Gruppenangebote, unter der Berücksichtigung der Angebotsentwicklung der Medizin, in das stationäre Setting einfließen sollen.

In diesem Kontext stellt sich die Frage, was die Profession der Pflege am Gesamtbehandlungsangebot leistet, sowohl als eigenständigen Teil des pflegerischen Problemlösungs- und des Beziehungsprozesses [1], wie auch in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Weil die jeweiligen Handlungsfelder der Professionen Pflege und therapeutischer Berufsgruppen in der Schweiz immer noch durch die Medizin definiert werden, sind wir, als formal gesehen hierarchisch unterstellter Assistenzberuf, besonders gefordert [2]. Kann es gelingen, unter den vorherrschenden rechtlichen Rahmenbedingungen eine „gute psychiatrische Pflege“ (Beziehungsgestaltung, Zielorientierung, Empowerment-Orientierung und Fachwissen) in die medizinischen Angebote zu inkludieren [3]?

Mit Blick auf die Bedürfnisse der stationär zu behandelnden Patienten und einer hohen interprofessionellen Kooperation stellen wir nachfolgend dar, wie wir als Professionelle in der CLS ein Betreuungssetting (Einzeltherapien, Gruppentherapien intra- & interprofessionell) im Sinne einer Angebotslandkarte darstellen und umsetzen. Dabei fokussieren wir uns auf das gewünschte Behandlungsziel, dass die Patienten für sich selber anstreben.

Problemstellung

Alle Stationen der Klinik verfügen über einen störungsspezifischen Behandlungsauftrag. Dieser stützt sich auf ein interprofessionelles Behandlungskonzept (Inhalte, Prozesse, Wochenplan) ab.

Die den therapeutischen Interventionen zugrunde liegenden Konzepte sind für die Professionellen aus verschiedenen Gründen schwer zugänglich und in ihrer Gesamtheit wenig transparent. So werden die jeweiligen nichtmedikamentösen Therapieangebote je nach Station trotz ähnlichen Inhalten unterschiedlich benannt. Zugrundeliegende Wissensquellen sind wenig systematisch aufgeführt und durch den User verfügbar. Dies erschwert die Überprüfbarkeit der Effektivität der Behandlungsangebote, wie auch die Gesamtübersicht über das Klinik- und Pflegeprofessions-interne Wissensmanagement. Dadurch herrscht ein gewisses „Fremdsein“ zwischen den Professionen und den Behandlungseinheiten.

Im Gegensatz zur Medizin kann die Pflege keine Krankenversicherungsgesetzrelevanten Kennzahlen vorweisen. Bei Fragen um die Verteilung von Ressourcen besteht somit die Gefahr, dass der Bereich Pflege seine Leistungen im interprofessionellen Vergleich nur unzulänglich darstellen kann. Deshalb sind die Pflegenden gefordert, die stetige Zielorientierung mit Blick auf das Therapiekonzept beizubehalten.

Zudem ist es bei einem individuellen Vorgehen jeder einzelnen Station schwierig, gemeinsame Qualitätsindikatoren zu definieren, beziehungsweise das entsprechende Controlling sicherzustellen. Sowie so sind wir mit Blick auf therapeutische Gruppenangebote, wie beim Pflegeprozess, herausgefordert die Botschaft von Clark & Lang [4] zu berücksichtigen: *„wenn wir etwas nicht benennen können, können wir es nicht kontrollieren, nicht finanzieren, nicht lehren, nicht erforschen und auch nicht in die Politik einbringen“*.

Es gibt bislang nur wenige Untersuchungen für die Effizienz pflegegeleiteter Gruppen [5]. Künftig wird es notwendig werden, die Effizienz therapeutischer Arbeit und damit auch der pflegetherapeutischen Arbeit nachzuweisen [6].

Ziele

- Die Angebotslandkarte stellt im Sinne eines Leistungskatalogs dar, was die Profession Pflege im interprofessionellen Kontext konkret an nicht-medikamentösen Therapien in Einzel- wie in Gruppensettings anbietet.
- Sie bildet die Konzeptgrundlagen ab, auf denen sich diese pflegerischen und interprofessionellen Behandlungsangebote abstützen.
- Sie benennt die intra- und interprofessionellen, nichtmedikamentösen Therapien einheitlich und definiert diese.
- Sie schafft Transparenz, indem das Klinik- wie auch das Pflegeprofessionsinterne Wissensmanagement kompakt dargestellt wird und damit besser überprüft und optimiert werden kann.
- Sie bietet die Grundlage zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren, welche eine Überprüfbarkeit der Güte der Angebote zulässt.

Vorgehen

In Zusammenarbeit mit den Fachverantwortlichen Pflege aller Stationen (Qualitätsteam/QT) wurde durch die Pflegeexperten eine Angebotslandkarte mit der Gesamtheit aller nichtmedikamentösen Interventionen der Klinik bzw. der einzelnen Stationen erarbeitet, die von den Professionen der Pflege und der Psychotherapeuten erbracht werden.

Alle Interventionen, welche Einzel- und in Gruppen intra- bzw. interprofessionell je Station bestehen, sind in einer datenbankgestützten Matrix beschrieben. Jedem Angebot ist eine Definition hinterlegt und die zugrunde liegenden Literaturquellen sind zugänglich gemacht (Primär- & Sekundärliteratur, Manuale, Handlungsanleitungen etc.).

Die Nachhaltigkeit der Matrix wird durch ein festgelegtes Qualitätssicherungsverfahren sichergestellt.

Ergebnisse/Erfahrungen

Die Angebotslandkarte findet in der Klinik eine positive Resonanz über die Professionsgrenzen der Pflege hinweg. Sie vermittelt pflegeprofessionsfremden Verantwortungsträgern einen guten Einblick in das Tätigkeitsfeld und den Leistungskatalog der Pflege.

Indem sich jede Fachperson rasch über die in der Klinik vorhandenen Angebote und ihre Grundlagen orientieren kann, lassen sich Verschwendungen in der Informationsbeschaffung vermeiden, wie auch das „institutionsinterne Fremdsein“ überwinden.

Die wechselnden ökonomischen Rahmenbedingungen erfordern eine transparente Darstellung der ambulanten, teil- und stationären Behandlungsangebote. Die Angebotslandkarte erfüllt gemäss Rückmeldung der medizinisch-pflegerischen Leitung diese Anforderung für das stationäre Setting.

Wie schon dargestellt verfügen wir als Institution damit über ein Werkzeug (Definitionen, eine gewisse Evidenz), aus welchen sich Messkriterien für die weitere inhaltliche Entwicklung ableiten lassen.

Diskussion

Eine spannende Erkenntnis eröffnete sich mit dem Vorliegen der Angebotslandkarte. Einerseits wurde erkannt, wie viele Gruppenangebote durch die Pflegenden intraprofessionell erbracht werden. Gleichzeitig stellte sich im QT die Frage, wie die Qualität, sowohl inhaltlich wie auch im Hinblick auf Wirksamkeit überprüft wird beziehungsweise gemessen werden könnte. Die Diskussion zeigte, dass ein Interesse zu Fragen der Angebotsqualität bei den Pflegefachpersonen besteht, sie jedoch Unterstützung benötigen diese evaluieren zu können. Die Literatur [5] beschreibt diesen Umstand als Diskrepanz zwischen der Notwendigkeit von Qualitätsmessungen von pflegerischen Gruppenangeboten bei gleichzeitigem Fehlen von anerkannten Messinstrumenten. Daraus folgernd gab sich der Pflegebereich der CLS die nächste Aufgabe, sich dem Qualitätsthema von pflegerisch geleiteten Gruppen anzunehmen. In Zusammenarbeit mit dem QT wird der Fokus möglicher

Indikatoren erfasst. Von Interesse sind sowohl die Kompetenzgewinne für die Patienten (Wissen über die Krankheit, Symptommanagement, kommunikative Fähigkeiten etc.) wie auch die allgemeine subjektive Zufriedenheit zu den jeweiligen Angeboten.

Schlussfolgerung

- Mit der vorliegenden Darstellungsform der Angebotslandkarte lassen sich die angestrebten Zielsetzungen erreichen.
- Damit ihre Aktualität trotz der dynamischen Entwicklung der Behandlungsangebote gewährleistet bleibt, sind die Fachverantwortlichen Pflege sowie die Pflegeexperten zur permanenten Systempflege gefordert.
- Zwecks Qualitätssicherung muss in der CLS die Entwicklung der Qualitätskriterien vorangetrieben und mit den interprofessionellen Partnern festlegt werden, wo mit Blick auf die Behandlungsziele der Schwerpunkt liegen soll.
- Die Landkarte bietet Optionen zur Darstellung der übrigen Behandlungsangebote, der integrierten Versorgungseinheiten und sollte dazu auch genutzt werden.

Literatur

1. *Sauter, D., et al. (2011) Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Verlag Hans Huber, Bern.*
2. *Longerich, H., et al. (2013) Die Rolle der professionellen Pflege in der integrierten Versorgung der Schweiz. ZHAW Departement Gesundheit, Winterthur.*
3. *Hahn, S., et al. (2014) Was ist gute Psychiatrische Pflege? Pflege Heute, Thieme Verlag.*
4. *Clark, J., Lang, N. (1992) Nursing's next advance: an internal classification for nursing practice. International Nursing Review. 39:p. 109-111 & 128.*
5. *Rakel, T., Lanzenberger, A. (2016) Pflgeherapeutische Gruppen in der Psychiatrie. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart.*
6. *Schulz, M., Renard, C. Der Beitrag psychiatrischer Pflege am Gruppenprogramm der Psychiatrie. Psych Pflege. 11: p. 38-42.*

63. Die erfahrungsfokussierte Beratung (EFC) mit Stimmenhörerinnen als recoveryfokussierte Intervention in kurz- und langzeitpsychiatrischen Settings: Psychose und Stimmenhören im Lebenskontext verstehbar machen und konstruktiv für die gelungene Recoveryarbeit nutzen

Joachim Schnackenberg, Christian Burr

Hintergrund

Im Rahmen einer recoveryorientierten Neuausrichtung von psychiatrischen Dienstleistungen ermöglicht die erfahrungsfokussierte Beratung oder Begleitung (englisch: Experience Focussed Counselling – EFC) eine gerade für Basispersonal gut anwendbare recoveryzentrierte Intervention. Die Autorinnen des Workshops bringen Erfahrungen aus verschiedensten Anwendungsmöglichkeiten und -bereichen mit. Dies schließt explizit auch die Anwendung in akuten und längerfristigen Settings mit ein.

Einleitung

Die Implementierung recoveryzentrierter Interventionen nicht nur aber gerade auch mit Menschen die Stimmen hören verspricht neue Möglichkeiten des Umgangs zusätzlich und jenseits von vornehmlich medikamentös ausgerichteten psychiatrischen Hilfestellungen. Da die medikamentöse Wirksamkeit nach wie vor sehr bescheidene Ergebnisse vorweist bei gleichzeitigem gestiegenem Bewusstsein von gestiegenen Mortalitätsraten und negativen Auswirkungen u.a. auf verschiedenste Gehirnfunktionen stehen gerade die nicht-medizinischen Kräfte in einer erhöhten Verantwortung nach hilfreicheren Umgangsweisen im Umgang mit Menschen, die unter ihren Stimmen, Visionen, Überzeugungen, etc. leiden, zu suchen.

Die EFC Arbeit sieht sich dabei ganz klar in der Tradition der internationalen Recovery- und Stimmenhörbewegung. Sie steht für einen Ansatz, der Stimmenhören und Psychoseerfahrungen im Lebenskontext wieder verstehbar

und damit nutzbar für den Recoveryprozess machen kann. Dies steht häufig im paradigmatischen Gegensatz zu gegenwärtiger Praxis und Denken.

Thema

Stimmenhörerinnen bekommen in der Psychiatrie häufig Diagnosen psychotischer Störungen, die nach wie vor oft mit einem chronischen und vornehmlich medikamentös ausgerichteten Denken und psychiatrischem Handeln verbunden ist. Psychose und Stimmenhörerinnen werden hier vornehmlich als im Lebenskontext nicht verstehbare Zeichen einer vornehmlich biologisch definierten Erkrankung definiert. Die Recoverybewegung stellt diese Reduzierung von Möglichkeiten und Verstehen aktiv in Frage und stellt an Stelle dessen einen kollaborativen und recoveryfördernden Ansatz vor, der sich nicht mit einem Leben als kranke Person zufrieden gibt. Gleichzeitig zeigt die Erfahrung auch, dass Stimmenhören auch in anderen Diagnosen und Nichtdiagnosen eine Rolle spielen kann. Die EFC Arbeit bietet von daher einen diagnoseübergreifenden erfahrungsfokussierten Ansatz an, der ganz in der Ressourcenorientierung, dem Empowerment und Recoverydenken verankert ist.

Ziele

Der Workshop soll den Teilnehmenden die Relevanz und Einsatzmöglichkeiten der EFC Arbeit aufzeigen.

Ablauf

Einem kurzen Impuls zu Beginn des Workshops wird eine Stimmenübung folgen anhand derer die Relevanz einer stimmenfokussierten Arbeit verdeutlicht wird. Einsatzmöglichkeiten in der Praxis werden dann gemeinsam erarbeitet.

Gestaltung

Neben dem Impulsreferat werden die Teilnehmenden Klein- und Grossgruppen arbeiten machen. Die Ergebnisse werden in Plenum vorgestellt und diskutiert.

Lernziele

- Die TN haben einen Überblick über die Möglichkeiten der Anwendung von EFC.
- Die TN haben einen Eindruck, wie EFC in der Praxis erfolgreich umgesetzt werden kann.
- Die TN entwickeln anhand konkreter Fragestellungen Ideen, welche Herausforderungen ein solches Vorhaben haben kann und mit welchen Maßnahmen diesen begegnet werden kann.

64. Fremd(-bestimmt) sein überwinden.

Auswirkung von Motivational Interviewing auf die therapeutische Haltung von Professionellen

Florian Schneider, Roman Wyss

Hintergrund

Rollenverteilung in der Psychiatrie – die ist klar! Ärzte und Pflege, das sind die Experten. Sie bestimmen die Therapie und das Programm der gehorsamen Patienten. Gerade im Suchtbereich war es lange Zeit eine breit verbreitete Haltung, dass substanzabhängige Patienten Bevormundung durch Professionelle benötigen.

Diese Optik auf die Patientinnen und Patienten veränderte sich in den letzten Jahren. Die Fremdbestimmung wird vermehrt in Frage gestellt [1].

Es kam zu einer Änderung im Umgang mit Patienten, die nun mehr Selbstbestimmung erhalten – etwa bezüglich Wahlfreiheit und alternativen Therapien zur Abstinenz (z.B. durch Programme wie KISS – Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum) [2, 3].

Dieser Wandel wurde auch durch das Motivational Interviewing (MI) beeinflusst. MI basiert auf einer Haltung, Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung eine grosse Selbstbestimmung und Verantwortung zuzutrauen [3].

Im Fachbereich Sucht der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern startete im April 2013 der erste von bisher vier MI Zertifikatslehrgängen. Ein Lehrgang dauert jeweils ein Jahr und besteht aus 5 Kurstagen, welche sich aus 24 Lektionen Theorie und 16 Lektionen praktische Übungen zusammensetzen. Im Lehrgang sind es interdisziplinär gemischte Gruppen (Pflege, Ärzte, Psychologie, Sozialarbeit).

Die Umsetzung und Anwendung von MI wurde von der Schwerpunktleitung wiederholt mit den Oberärzten und den Stationsleitungen thematisiert. MI als Gesprächstechnik und Haltung in der Arbeit mit Patienten wurde als grundlegendes Arbeitsinstrument auf den Suchtstationen eingefordert.

Problemstellung

Der Weg von der Fremd- zur Selbstbestimmung führt über einen Haltungswechsel. Dieser verläuft prozesshaft, langsam – viele Faktoren haben einen Einfluss darauf. Dadurch wird es schwierig, eine Haltungsänderung und besonders deren Ursache sichtbar zu machen.

Ziele

Untersucht werden soll die aktuelle therapeutische Haltung, ob sich diese verändert hat und ob eine allfällige Haltungsänderung im Zusammenhang mit der MI-Implementierung steht.

Vorgehen

Die Untersuchung der Haltungsänderung erfolgte in zwei Schritten:

- 1) Fragebogen: In einem ersten Schritt wurde ein Fragebogen an alle Professionellen des Fachbereiches Sucht verteilt ($N_G = 41$). Neben den demografischen Erhebungen umfasste der Fragebogen einerseits die Anwendung von MI im Alltag, andererseits der Nutzen von MI in der täglichen Praxis. Dazu wurden unterschiedliche Aussagen auf einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet. Die Teilnahme war freiwillig und anonym, die Rückgabe-Frist betrug 45 Tage.
- 2) Fokusgruppen-Interview: Basierend auf den Ergebnissen der Fragebogen-Auswertung wurde ein Fokusgruppen-Interview mit vier Pflegefachpersonen aus den beiden Teams im Suchtbereich durchgeführt. Die Personen wurden im Vorfeld von den Autoren ausgesucht.

Die Diskussion wurde mit folgendem Satz lanciert: *„Früher haben wir dem Patient gesagt was er tun & lassen soll – heute sagt er uns was wir tun sollen und was nicht.“*

Die Diskussion dauerte etwa 50 Minuten. Sie wurde als Audiodatei aufgezeichnet. Die komplette Diskussion wurde transkribiert. Die Aussagen wurden durch die beiden Autoren auf Basis der Inhaltsanalyse nach Mayring in 16 Kategorien eingeteilt.

Ergebnisse

Fragebogen

Der Grossteil der ausgewerteten Fragebögen ($N_R = 19$, Rücklauf-Quote: 46%) stammen von Personen, die eine MI-Weiterbildung besucht hatten ($N_{MI} = 16$). Mittels Binomialtest wurde überprüft, ob auf der fünfstufigen Likert-Skala die Zustimmung (Stufen 1-2) zu den einzelnen Aussagen signifikant höher liegt, wie die Ablehnung (Stufen 3-5). Es konnte festgestellt werden, dass die MI-Weiterbildung die Teilnehmenden ($N_{MI} = 16$) persönlich weitergebracht hat ($\alpha = .05$, $x = 13$, $p = .0009385$) und die tägliche Arbeit nicht nur verändert ($\alpha = .05$, $x = 13$, $p = .0009385$), sondern auch positiv beeinflusst hat ($\alpha = .05$, $x = 15$, $p = .00001074$).

Besonders im Bezugspersonengespräch wird MI genutzt ($\alpha = .05$, $x = 15$, $p = .0006407$). Es fand sich eine hohe Zustimmung darin, dass MI die Zielfindung des Patienten ($\alpha = .05$, $x = 16$, $p = .0001013$) und deren Therapiemotivation ($\alpha = .05$, $x = 12$, $p = .03523$) fördert. Weiter konnte auch eine hohe Zustimmung eruiert werden, dass MI die Auseinandersetzung mit der Problematik durch den Patienten ($\alpha = .05$, $x = 15$, $p = .0006407$), die eigene Aufmerksamkeit im Gespräch ($\alpha = .05$, $x = 14$, $p = .003068$) und das unvoreingenommene und zieloffene Angehen eines Gespräches ($\alpha = .05$, $x = 13$, $p = .01156$) fördert.

Fokusgruppen-Interview

Bei der Auswertung des Fokusgruppen-Interviews konnten folgende zentrale Punkte herauskristallisiert werden:

- Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung in der untersuchten Klinik erhalten viel Selbstbestimmung („Der Patient hat sehr viel Selbstverantwortung, auf das beharren wir ja“).
- MI ist eine Technik, die nur funktioniert, wenn die Haltung dahinter stimmt („Gut, du kannst die Technik nur dann anwenden – wenn du die Haltung dahinter hast.“).

- Eine Änderung der Haltung im Team hat stattgefunden. Wobei in diesem Punkt kontrovers diskutiert wurde, ob diese auf MI („MI gibt es seit drei Jahren und MI schafft es [...] die Köpfe dermassen zu beeinflussen, dass das Urgestein Wochenplan genauer angeschaut wird“) oder eher auf diverse weitere Einflüsse („Ob dies aber explizit vom MI ist oder nicht, da schliesst sich der Kreis mit vorher: kann ich nicht sagen, [...]“) zurückzuführen ist.

Diskussion

Die Untersuchung begrenzt sich auf einen Fachbereich einer Klinik, was eine Generalisierung der Ergebnisse nur begrenzt zulässt.

Es wurde nur ein Fokusgruppen-Interview durchgeführt, eine Erschöpfung der Aussagen ist daher nicht gewährleistet.

Die Resultate der quantitativen und qualitativen Untersuchung deuten unabhängig voneinander in dieselbe Richtung und lassen die Hypothese zu, dass MI sinnvoll ist und einen Einfluss auf die Haltung hat.

Um einen Zusammenhang zwischen der MI-Implementierung und einer Haltungsänderung präziser zu prüfen, wäre eine Erhebung vor der Implementierung oder in einer Vergleichspopulation ohne implementiertem MI sinnvoll.

Schlussfolgerung

MI wird seit vier Jahren intensiv in dem Zertifikatslehrganges geschult. Mitarbeiter aus sämtlichen mit Patienten arbeitenden Disziplinen sind geschult – man spricht MI im Fachbereich Sucht der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern.

MI wird oft angewendet und hat einen festen Platz im Pflegealltag – sowohl in Bezugspersonengesprächen, als auch in der Haltung gegenüber Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung.

Die Überwindung der Fremdbestimmung zu Gunsten der Selbstbestimmung des Patienten ist im Gange, wie die Untersuchung aufzeigen konnte.

Ob sich der Festgestellte Haltungswandel aber direkt auf die MI-Implementierung zurückführen lässt, konnte nicht abschliessend nachgewiesen werden. Die Hypothese, dass MI einen Einfluss auf die Haltung hat sollte durch weitere Erhebungen überprüft werden.

Literatur

1. *Kremer, G.; Schulz, M. (2010) Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.*
2. *Wyss, R. (2015) KISS - Wenn Pflege bereits auf der Station ambulant spricht. Wien: Kongressband Dreiländerkongress 2015: S.274.*
3. *Mechtcheriakov, S.; Rettenbache, M (2012) Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie. Neuropsychiatrie: Vol. 26, Pages 187-191.*

65. Sexualität im Alter – befremdet und verdrängt

Michaela Simonik, Ian Needham, Reto A Wernli Kaufmann

Hintergrund

Die Sexualität ist ein lebenslanges Bedürfnis, das in jedem Alter mit Lebensqualität und Wohlbefinden verbunden ist [1]. Ältere Menschen können dieselben sexuellen Bedürfnisse nach Zärtlichkeiten und Sexualität verspüren wie jüngere Leute. Altersdiskriminierung und Stereotypen sind aber in der Gesellschaft nach wie vor verbreitet: Die betagten Menschen werden als asexual betrachtet, fühlen sich befremdet und alleine und haben keine Ansprechperson. Das Thema Alterssexualität wird in einer Langzeitinstitution häufig als eine Art Fremdkörper behandelt und demnach nicht selten tabuisiert oder gar verdrängt [2]. Beim Eintritt in eine Altersinstitution können Faktoren wie mangelnde Privatsphäre, lückenhaftes Wissen, fehlendes Verständnis oder restriktive Einstellung der Pflegenden zu Alterssexualität einen Einfluss darauf haben, ob die sexuellen Bedürfnisse von Heimbewohnenden erfüllt werden können. Dem erwiesenen positiven Einfluss der aktiv gelebten Sexualität auf Depression und psychisches Wohlbefinden der betagten Personen wird wenig Achtung geschenkt. In Ermangelung von Studien aus den deutschsprachigen Ländern ist derzeit wenig bekannt zu dem Wissen und der Einstellung des Pflegepersonals bezüglich der Alterssexualität.

Fragestellung

Wie sind das Wissen und die Einstellung des Pflegepersonals in Langzeitinstitutionen über Sexualität im Alter? Besteht ein Zusammenhang zwischen soziodemographischen Merkmalen des Pflegepersonals wie Alter, Berufsausbildung, Berufserfahrung, Religion und seinem Wissen und seiner Einstellung zur Sexualität im Alter, wie auch der Zusammenhang zwischen ihrem Wissen und der Einstellung?

Methode und Material

Das Wissen und die Einstellung der Pflegenden zum genannten Thema werden in einer Querschnittserhebung bei einer Gelegenheitsstichprobe mittels eines Fragebogens ermittelt.

Der Fragebogen Aging Sexual Knowledge and Attitude Scale (ASKAS) besteht aus zwei Teilen [3]. Die 35 Items des ersten Teiles erfragen das Wissen der Pflegenden über Sexualität von älteren Menschen. Diese Items sind im Format richtig/falsch/weiss nicht angelegt. Der zweite Teil befasst sich mit der Einstellung der Pflegenden zur Sexualität im Alter. Diese 26 Items werden auf einer siebenstufigen Likert-Skala beantwortet. Die Items sind positiv oder negativ formulierte Aussagen über einen Sachverhalt, zu dem die Befragten ihre Zustimmung oder Ablehnung in mehreren vorgegebenen Abstufungen äussern können. Der Fragebogen wurde in mehreren ostschweizerischen Altersinstitutionen eingesetzt. Mit einer G-power-Analyse wurden 93 erforderliche Studienteilnehmende berechnet, um einen Hinweis auf die Grundgesamtheit zu erzielen. Die Daten wurden gesammelt von Oktober bis November 2015 und mittels SPSS Version 23 analysiert.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 103 Pflegenden aus acht ostschweizerischen Altersinstitutionen befragt. 92.7 % der Studienteilnehmenden waren Frauen. Das Alter der Befragten rangiert zwischen 18 und 63 Jahren. Pflegefachpersonen mit Höhere Fachausbildung-Abschluss stellten die grösste Berufsgruppe dar, dicht gefolgt von Fachangestellten Gesundheit/Betreuung. Die drittgrösste Berufsgruppe bilden die SRK-Pflegehelferinnen/-Pflegehelfer. Die Berufserfahrung der Stichprobe rangiert zwischen 0 und 42 Jahren und beläuft sich im Durchschnitt auf 13.3 Jahre.

Mehr als die Hälfte der Befragten schätzt sich als religiös ein. Die Berechnung zeigt, dass das Pflegepersonal über moderates Wissen über Sexualität im Alter verfügt. Dem Pflegepersonal ist durchaus bewusst, dass bestimmte Krankheiten oder Behandlungseffekte in einer negativen Weise die Sexuali-

tät der Menschen beeinflussen können oder verschreibungspflichtige Medikamente wie Antihypertensiva, Schmerzmittel oder Psychopharmaka zu Erektionsstörungen und zum Libidoverlust führen können. Das gleiche gilt für Nikotin- und Alkoholkonsum. Von der absoluten Mehrheit der Pflegepersonen wird anerkannt, dass aktive Sexualität normalerweise zu einem lebenslangen Bedürfnis zählt, die Gesundheit nicht gefährdet, das sexuelle Interesse bis ins hohe Alter erhalten bleibt und einen positiven psychologischen Effekt auf ältere Personen hat, wie der Zusammenhang zwischen sexuellem Desinteresse und einer Depression. Die Einstellung des Pflegepersonals scheint im Durchschnitt eher liberal und offen zu sein. Ausgeprägt positiv zeigt sich das Pflegepersonal gegenüber sexuell aktiven Bewohnerinnen und Bewohnern und ihrer gemeinsamen Unterbringung. Eher zurückhaltend ist die Einstellung des Pflegepersonals bezüglich möglicher Verpflichtungen der Heime, für eine entsprechende Privatsphäre zu sorgen. Das Lebensalter und die Berufsausbildung der Pflegenden haben einen signifikant positiven Einfluss auf das Wissen zu Alterssexualität während die Berufsausbildung und -erfahrung einen signifikant positiven Einfluss auf die Einstellung zur Alterssexualität zeigt. Zwischen dem Wissen und der Einstellung des Pflegepersonals konnte kein Zusammenhang hergestellt werden.

Diskussion

Ein moderates Wissen und eine eher positive Einstellung zur Sexualität im Alter in der Ostschweiz sind stimmig mit der breiten internationalen Literatur. Es wurde ein Verbesserungsbedarf des Wissens der Pflegenden bezüglich Sexualität im Alter aufgezeigt. Das Pflegepersonal fühlt sich bei der Konfrontation mit sexuell aktiven Bewohnerinnen und Bewohnern häufig überfordert und unsicher. Erfreulicherweise zeigt sich das Pflegepersonal gegenüber Schulungen des Personals über Sexualität im Alter und bei Körperbehinderung sehr aufgeschlossen und Weiterbildungen zum Thema werden vom Pflegepersonal gewünscht, um mit sexuellen Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner professionell umgehen zu können. Dadurch kann

mehr Bewusstheit geschaffen, die Fremdheit zu überwinden und der gelebten Sexualität einen Raum in der Alterseinrichtungen zu ermöglichen.

Schlussfolgerungen

Konzeptuell vermitteltes Wissen über die Sexualität der betagten Menschen könnte das Pflegepersonal von Stereotypen und Vorurteilen befreien und es befähigen, sexuelle Bedürfnisse besser zu erkennen, anzusprechen, anzuerkennen und die Thematik sichtbar zu machen. In Anbetracht der hohen Lebenserwartung in der Schweiz und der anzustrebenden Lebensqualität in Alters- und Pflegeheimen ist das Recht auf eine gelebte Sexualität als selbstverständlich zu betrachten und als legitime Quelle des physischen und psychischen Wohlbefindens. Gut informiertes und positiv eingestelltes Pflegepersonal ist hierzu eine notwendige Voraussetzung.

Literatur

1. Elias, J. & Ryan, A. (2011). *A review and commentary on the factors that influence expressions of sexuality by older people in care homes*. *Journal of clinical nursing*, 20(11-12), 1668–1676. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03409.x
2. Mück, H. (2013). *Sexualität und Demenz*. Begleitmanuskript zum gleichnamigen Fachtag am 25.04.2013 in Dortmund.
3. White C.B. *A scale for the assessment of attitudes and knowledge regarding sexuality in the aged*. (1982). *Archives of Sexual Behaviour*, 1982(11), 491–502.

66. Gründe für Krankenhauseinweisungen von Menschen mit Demenz. Ergebnisse einer Literaturanalyse

Stefan Spannhorst, Klaus Pöschel, Ulrike Höhmann

Fragestellung

Welche Gründe (primär medizinischer oder pflegerischer, daneben auch sozialer und eventuell anderer Art) führen zu stationären Aufnahmen demenzkranker Menschen in einem Akutkrankenhaus?

Mehrere Studien (unter anderem [1, 2]) und eigene berufliche Erfahrung zeigen, dass es bestimmte Häufungen von Ursachen in folgenden Bereichen zu geben scheint: Art und Schwere der akuten Erkrankung, Schwere der Demenz, Wohnumfeld des Betroffenen sowie die Frage, wer letztlich die stationäre Behandlung wünscht – hier kommen mindestens der Patient selbst, der behandelnde Hausarzt oder Facharzt, Angehörige und/oder Heimmitarbeiter in Frage. Zur sozialen Situation ist festzustellen, dass Art und Umfang der ambulanten Unterstützung, Lebenssituation zu Hause oder im Pflegeheim und Unterstützungsmöglichkeiten durch pflegende Angehörige bzw. deren fehlende Verfügbarkeit eine Rolle zu spielen scheinen [3]. Der aktuelle Stand laut Studien sollte geklärt werden.

Methode

Literaturrecherche mittels Medline, PubMed, am 24.06.2015 mit verschiedenen Suchbegriffen, genauer in folgenden drei Konstellationen (A-C):

- (Dementia [Mesh] OR Demen* [tiab] OR Alzheimer* [tiab]) AND indication
- (Dementia [Mesh] OR Demen* [tiab] OR Alzheimer* [tiab]) AND predictors of outcome
- (Dementia [Mesh] OR Demen* [tiab] OR Alzheimer* [tiab]) AND hospital admission

Bezüglich der gefundenen Studien wurden folgende Einschlusskriterien verwendet: Die Literaturquellen sollten wegen der ICD-10 nicht älter als

2004 sein. Begründete Ausnahmen sollten lediglich Quellen mit Nennung (auch) nicht-medizinischer oder pflegerischer Gründe für die stationäre Aufnahme bilden. Literaturübersichtsarbeiten und Metanalyse sollten berücksichtigt werden. Auch Studien die über die abgegrenzte medizinische und pflegerische Aufnahmediagnosen hinausgingen und diese erfassten sollten mit eingeschlossen werden. Studien, die kausale Zusammenhänge zwischen Aufnahmegründen thematisierten, sollten erfasst werden. Studien sollten auf deutsch- und englischsprachige Quellen begrenzt werden. Hinsichtlich des Umfangs und der Aktualität der Pubmed-Datenbank sollte sich die Recherche zunächst auf Medline begrenzen.

Ergebnisse

Es wurden 24 Studien in die Literaturrecherche aufgenommen. Die häufigsten medizinischen Aufnahmediagnosen betrafen in absteigender Häufigkeit folgende Bereiche:

Psychiatrische Krisen, Änderungen in der Umgebung und Alltagsroutine, Respiratorische Krisen (hier vor allem Infektionen), Urologische Krisen (hier vor allem Harnwegsinfektionen), orthopädische Krisen (vor allem Stürze). Die hier beschriebenen potentiell zum Teil ambulant behandelbaren Erkrankungen werden in manchen Studien als „ambulatory care-sensitive conditions“, kurz „ACSC“ bezeichnet. Das Konzept wurde u.a. von Bindman et al beschrieben [4]. Es handelt sich um Erkrankungen, deren Behandlung bei rechtzeitiger Erkennung prinzipiell rein ambulant möglich ist. Eine große Studie in Birmingham [1] verglich die Häufigkeiten von Einweisungsgründen zwischen Menschen mit Demenz und kognitiv Gesunden. Die häufigsten Erkrankungen waren (in Klammern jeweils die Häufigkeiten bei kognitiv Gesunden) Infektionen des Respirationstraktes mit 12,9 % (3 %), Oberschenkelhalsfrakturen mit 6,5 % (1,6 %), Harnwegsinfektionen mit 4,5 % (0,8 %), Synkopen und Kollapszustände mit 4 % (1,5 %). Unter „Andere Diagnosen“ waren folgende Aufnahmediagnosen statistisch signifikant ($p < 0,001$) häufiger bei Menschen mit Demenz gegenüber kognitiv Gesunden anzutreffen: Anorexie ist in 0,54 % der Fälle Aufnahmediagnose, bei

Gesunden nur bei 0,1 % der Fälle. Dehydratation bei 3,1 % der Fälle (bei Gesunden: 0,3 %). Zu beachten war, dass Delirien hier nicht gesondert erfasst wurden. In einer großen Metaanalyse fanden deutsche Autoren um Pinkert [2] folgende Ursachen in absteigender Häufigkeit: Stürze mit und ohne Frakturen, Verhaltensauffälligkeiten, Störungen des Ernährungszustandes, Herz-, Atemwegs- und gastrointestinale Erkrankungen sowie Infektionen, wobei demenzkranke gegenüber Gesunden häufiger wegen Infektionen, Frakturen oder Ernährungsstörungen bzw. Dehydratation stationär behandelt wurden.

In wenigen Studien wurden Verschlechterungen der Activities of daily living (ADLs) als Grund der stationären Aufnahme genannt. Soziale Umstände wurden in keiner der Studie ausführlich untersucht, lediglich in einer der Studien [5] wurde ausgeführt, dass Personalbesetzung und Trägerschaft des Pflegeheims unabhängig von den akuten medizinischen Diagnosen öfters bei Menschen mit Demenz gegenüber Gesunden zu stationären Einweisungen führten.

Diskussion

Die medizinischen Ursachen sind in ihrer Häufigkeit recht gut untersucht, allerdings waren die Studienpopulationen und Messinstrumente heterogen. Hier erscheint das Konstrukt der „ACSC“ besonders wichtig; wegen Demenz als Grunderkrankung werden bestimmte Erkrankungen ambulant vermutlich später erkannt als bei kognitiv Gesunden. So wurden Verhaltensauffälligkeiten oft der bestehenden Demenz und zu selten einer zugrundeliegenden schweren körperlichen Erkrankung zugeschrieben werden. Die insgesamt geringe Zahl quantitativer Studien und der eher enge Focus auf medizinische Ursachen zur Frage der Einweisungsgründe Demenzkranker gibt Hinweis auf einen Nachholbedarf in der Forschung. Gerade im Hinblick auf nicht-medizinische Umstände von Einweisungen wäre eine Öffnung der Suchstrategie auch für die Jahre vor 2004 und über Medline hinaus womöglich ertragreicher gewesen. Einig sind sich alle Autoren, dass in den seltensten Fällen die Demenz selbst Hauptgrund der stationären Aufnahme ist. Ein-

schränkend muss festgestellt werden, dass, wie eingangs erläutert, Demenzen unterdiagnostiziert sind, andererseits trotz Vorliegen einer Demenzdiagnose wegen fehlender abrechnungstechnischer Relevanz in Patientenakten zum Teil nicht erwähnt werden. Kritisch angemerkt werden müssen die Heterogenität der Studien und die fehlende Betroffenenperspektive.

Schlussfolgerungen

Den aufgeführten häufig zur stationären Aufnahme führenden Erkrankungen sollte der besondere Fokus der ambulant tätigen Ärzte und Pflegenden gelten. Soziale und pflegerische Gründe für stationäre Aufnahmen sind bislang zu wenig untersucht worden. Grundlage, die vulnerable Patientengruppe der Menschen mit Demenz zu erkennen, wäre ein Screening auf Demenzerkrankung. Bezüglich rechtzeitiger Diagnosestellung einer Demenz sei auf ein im Kreisen von Ärzten, die Demenzkranke behandeln, bekanntes Positionspapier der Europäischen Alzheimergesellschaften aus dem Jahr 2010 verwiesen [6], das sich an Hausärzte wendet. Es werden leitliniengerechte Diagnosestrategien vom ambulanten Screening bis zur sinnvollen stationären Demenzabklärung genannt und als Mindeststandards für den europäischen Raum propagiert. Nicht nur die Unterdiagnostik von Demenzerkrankungen wird dabei kritisiert, auch eine trotz gestellter Diagnose oft fehlende Diagnoseaufklärung Betroffener und ihrer Angehörigen. Gerade zur Vermeidung akuter stationärer Aufnahmen sei eine umfassende Aufklärung des sozialen Umfeldes inklusive Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten durch den Hausarzt unumgänglich. Allerdings vermeiden Patienten in manchen Fällen selbst die Diagnosesicherung und Aufklärung. Bzgl. der ambulant-stationären Schnittstelle ist eine bessere Kooperation und Screening insbesondere bezogen auf Delirien und Demenzen wünschenswert. In einer aktuell laufenden eigenen retrospektiven Studie werden die medizinischen, pflegerischen und sozialen Gründe für stationäre Einweisungen Demenzkranker in die Abteilung für Gerontopsychiatrie des Ev. Krankenhauses Bielefeld in 2015 systematisch näher untersucht. Dies kann wichtige Grundlage sein, um anhand von bestimmten Häufungen so-

zialer, pflegerischer und medizinischer Einweisungshintergründe die Kooperation mit den ambulanten Behandlern im Rahmen gemeinsamer Diskussionen zu verbessern.

Literatur

1. Natalawa, A et al. (2008) *Reasons for hospital admissions in dementia patients in Birmingham, UK, during 2002-2007. Dement Geriatr Cogn Disord* 2008; 26: p.499-505
2. Pinkert, C, Holle, B (2012) *Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – Literaturübersicht zu Prävalenz und Einweisungsgründen. Z Gerontol Geriatr* 45: S. 728-734
3. Burgdorf, Friderike, Sundmacher, Leonie (2014) *Potenziell vermeidbare Krankenhaufälle in Deutschland. Analyse von Einflussfaktoren auf die Raten ambulantsensitiver Krankenhauseinweisungen. Deutsches Ärzteblatt. 13 (111) 2014. S. 215 – 223*
4. Bindman, AB et al. (1995) *Preventable hospitalizations and access to health care. JAMA, 274 (4): p. 305-311.*
5. Phelan, E et al. (2012) *Association of Incident Dementia with hospitalizations. JAMA* 11 (307): p. 165-172
6. Villars, H et al. (2010) *The primary care physician and Alzheimer disease: An international position paper. The Journal of Nutrition, Health & Aging* 02 (14) 2010, p. 110 – 120
7. Soto, Maria E et al (2012) *Improving care of older adults with dementia: Description of 6299 Hospitalizations over 11 years in a special care unit. JAMDA* 13 (2012) 486.e1-486.e6

67. Festhalten statt fixieren: Ein neues Deeskalationstraining in der akutpsychiatrischen Praxis

Andrea Staude, Jacqueline Rixe, Tobias Weber, Christian Baumotte

Hintergrund

Zwangsmaßnahmen sind trotz erheblicher Innovationen und Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Versorgung noch immer nicht abgeschafft [1], obgleich seitens der Behandelnden ein hohes kritisches Bewusstsein gegenüber Zwangsmaßnahmen vorherrscht [2].

Diese Maßnahmen stellen für Patientinnen und Patienten eine erhebliche Belastung dar, verursachen – wie durch eine retrospektive Befragung Betroffener belegt – Wut und Verzweiflung [3], sind aber auch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter belastend und werfen ethische Fragestellungen auf [4].

Um solche Situationen vermeiden oder zumindest so gestalten zu können, dass sie möglichst wenig belastend sind, wurden seit den 1990-er Jahren diverse Deeskalationskonzepte entwickelt und in psychiatrischen Kliniken implementiert [5].

Das 4-Stufen-Immobilisationskonzept (4SIK)[®] des Institutes ProDeMa setzt in Anlehnung an die britische Non-Restraint-Methode an der Deeskalation durch Kommunikation an und beinhaltet neben speziellen Haltetechniken eine durchgehende und klare Kommunikation [6]. Ziel dieser Methode ist es, in der Krisensituation mit der Patientin/dem Patienten eine gemeinsame Lösung zu finden, die therapeutische Beziehung möglichst aufrecht zu halten und weitere freiheitsentziehenden Maßnahmen zu vermeiden. Die Methode bietet neue Möglichkeiten zur Deeskalation und wurde bereits in mehreren psychiatrischen Kliniken Deutschlands implementiert [7]. Ebenso ist die Wirksamkeit mittlerweile evaluiert und insbesondere eine Änderung der Grundhaltung durch das Vorgehen belegt [8].

Problemstellung

Auch in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel im Ev. Krankenhaus Bielefeld wurde das 4-SIK® im Rahmen eines Praxisprojekts eingeführt. Den ersten Schritt dieses Prozesses stellte die professionsübergreifende Schulung der Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter dar, die aus einem dreitägigen Deeskalations-Basiskurs besteht und im weiteren Verlauf jährlich im Rahmen eines eintägigen Update-Kurses ausfrischert wird.

Nach der großflächigen Schulung wurden im Juli 2013 zwei akutpsychiatrische fakultativ geschlossene Stationen mit gleichem Versorgungsauftrag zur Pilotierung des Praxisprojekts ausgewählt.

Um durch ausreichende Mitarbeiterpräsenz die Sicherheit aller Beteiligten gewährleisten zu können, wurde vereinbart, das 4-SIK® zunächst nur wochentags zwischen 8:00 und 20:00 Uhr anzuwenden.

Über die Schulung aller Mitarbeitenden hinaus wurde festgelegt, die notwendigen Haltegriffe und Gesprächstechniken auf den Pilotstationen 1-mal monatlich im Anschluss an die Mittagsübergabe zu üben.

Ziele

Ziel des Projekts ist eine Vertiefung des 4-SIK® auf beiden Pilotstationen und eine Ausweitung des Vorgehens auf andere Stationen der Klinik. Dies setzt weitere Schulungen, Mitarbeitermotivation und auch Evaluation voraus.

Mit Hilfe einer gezielten Evaluation, die im Juli/August 2016 erfolgen wird, werden Effekte des Vorgehens, aber auch Einflussfaktoren für die Implementierung abgebildet. Die Ergebnisse werden bei der Gestaltung des weiteren Implementierungsprozesses berücksichtigt.

Vorgehen/Methodik

Für die Evaluation des Pilotprojekts werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pilotstationen (Medizin, Pflege, Psychologie, Sozialarbeit) mittels eines Fragebogens zum 4-SIK® befragt.

Dieser Fragebogen wurde im Rahmen der AG Festhalten in einer Kleingruppe erstellt und auf 11 Fragenkomplexe reduziert, um mit max. 10 Minuten Ausfüllzeit den (zeitlichen) Aufwand für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglichst minimal zu halten.

Der Fragebogen besteht aus offenen und geschlossenen Fragen, die sich überwiegend durch Ankreuzen beantworten lassen [vgl. 9].

Inhaltliche Schwerpunkte bilden dabei:

- die Schulung des Vorgehens,
- die Sicherheit der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter,
- die Einstellung zur Technik des Festhaltens und
- die Auswirkungen auf den Umgang mit Patientinnen/Patienten.

Die Teilnahme ist freiwillig und anonym gestaltet. Um die Anonymität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bestmöglich zu gewährleisten und keinerlei Rückschlüsse auf sie vornehmen zu können, wird auf das Erfassen soziodemographischer Daten verzichtet.

Die durch den Fragebogen erhobenen Daten werden per SPSS erfasst und anschließend quantitativ ausgewertet.

Ergebnisse/Erfahrungen:

Positive Erfahrungen gibt es bereits aus der Psychiatrischen Klinik Nordbaden [10]. Dort hat eine Evaluation eine deutliche Verringerung der Fixierdauer belegt. Als ein weiteres Ergebnis ist anzuführen, dass sehr positive Effekte bei Patienten und Mitarbeitern hinsichtlich der therapeutischen Beziehung gezeigt wurden.

Ebenfalls in der Klinik Schloss Winnenden konnten nach Einführung des Konzeptes die Fixierungen reduziert und positives Feedback von Patienten, Mitarbeitern und Angehörigen erzielt werden [vgl. 7].

In Bielefeld zeigen erste praktische Erfahrungen, dass eine Pilotstation nach anfänglicher Skepsis schnell sehr viel Sicherheit mit dem 4-SIK® erlangt, sich das Konzept im Alltag gut etabliert hat und als positiv empfunden wird. Die

Auswertung der fragebogengestützten Projektevaluation steht jedoch noch aus.

Diskussion und Schlussfolgerung:

Da sich die Evaluation in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel (EvKB) noch in der Erhebungsphase befindet, können die Ergebnisse hier nicht dargestellt, sondern erst im Rahmen des Vortrags auf dem Dreiländerkongress vorgestellt und diskutiert werden.

Literatur

1. Steinert, T. (2011). *Nach 200 Jahren Psychiatrie: Sind Fixierungen in Deutschland unvermeidlich?* *Psychiatrische Praxis*. 38(7): p. 348 - 351.
2. Steinert, T. & Schmid, P. (2014). *Zwangmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland*. *Nervenarzt*. 85: p. 621 – 629.
3. Armgart, C. t al. (2013). *Negative Emotionen und Verständnis – Zwangmaßnahmen aus Patientensicht*. *Psychiatrische Praxis*. 40: p. 278 – 284.
4. Rabenschlag et al. (2014). *Pilotstudie: Wahrnehmung ethischer Aspekte in der psychiatrischen Patientenversorgung*. *Psychiatrische Praxis*. 41(07): p. 376 – 378.
5. Busch-Wübbena, U. et al. (2009). *Deeskalationstrainings. Historischer Überblick, Ergebnisse und aktueller Stand*. *Psychotherapie*, 14(1): p. 141 – 152.
6. ProDeMa (2016). *Das 4-Stufen-Immobilisationskonzept (4-SIK)*. <https://prodema-online.de/professionelles-deeskalationsmanagement/unsere-fachbereiche/vierstufen-immobilisationskonzept/> Stand 12.07.2016.
7. Wesuls, R. et al. (2013). *Das Vier-Stufen-Immobilisationskonzept (4-SIK)®. Revolutionierung der Fixierungspraxis?* *Psych. Pflege Heute*. 19: p. 69 - 73.
8. ProDeMA (2016). https://prodema-online.de/fileadmin/files/Frontend/Evaluationsstudien/Zusammenfassung_der_Evaluationsstudie_Endfassung_2012-02-12_korr.pdf Stand 12.07.2016
9. *Endfassung_2012-02-12_korr.pdf* Stand 12.07.2016
10. Raab-Steiner, E. & Benesch, M. (2015). *Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPOSS-Auswertung (4. Aufl.)*. Wien: UTB.
11. Kammerer-Ciernoch, J. et al. (2011). *Physical Restraint versus Mechanical Restraint -Alternativen zur Sicherungsfixierung–erste Auswirkungen eines Modellprojektes*. Poster. <https://prodema-online.de/fileadmin/files/Frontend/Literatur/Poster%202011%20DGPPN.pdf>

68. Familiales Stigmamangement am Beispiel von Familien mit Epilepsie

Hermann-T. Steffen

Ausgangssituation

Obgleich das Potenzial öffentlicher Stigmatisierung von Menschen mit Epilepsie in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich abgenommen hat und mithin in den westlichen Industrienationen kaum noch nachweisbar erscheint [1], spielt das Stigma der Epilepsie aus Binnensicht der Betroffenen und ihrer Familien nach wie vor eine bedeutende Rolle in der Krankheits- und Alltagsbewältigung [2, 3, 10, 11, 12]. Mehr noch scheint die Familie selbst einen einflussreichen Generator im Umgang mit dem Stigma ‚Epilepsie‘ darzustellen [4]. Denn mithin ist sie es, die dem Gegenstand Bedeutung beimisst, ihn in die soziale Lebenswelt von Menschen mit Epilepsie einführt und hier auf Dauer wirksam werden lässt [5]. Wie nun Familien mit Epilepsie das soziale Phänomen antizipierten Stigmas behandeln und welche Konsequenzen in der Privatheit und im öffentlichen Raum daraus gezogen werden, ist weitgehend unbekannt und bedarf einer genaueren Betrachtung. Vor diesem Hintergrund ist es von Interesse, das Stigmamangement im familialen Bezug zu beleuchten, potenzielle Strategien der intra- wie extramuralen Kommunikation zu explorieren und ihre Folgen für die Bewältigung krankheits- und lebensweltbezogener Herausforderungen zu erhellen.

Theoretischer Hintergrund

Mit Eintreten einer – chronischen – Krankheit stellt sich den Betroffenen ein Bündel an krankheits-, alltags und identitätsbezogenen Herausforderungen, die es zu bearbeiten gilt, will das Geschehen und damit die Erkrankung bewältigt werden [16]. Die Stigmabewältigung steht nicht selten an zentraler Stelle dieses Aufgabenkanons [11, 14]. Dabei spielt eben nicht nur der Umgang mit öffentlich erfahrener Stigmatisierung, die sich aus Vorurteilen, Stereotypen und Diskriminierung zusammensetzt, eine Rolle, sondern vor

allem auch das antizipierte Stigma, – also der Befürchtung der Betroffenen diskreditiert werden zu können – das mit Komponenten von Selbststigmatisierung durchwoben sein kann [10, 14]. In der Folge fühlen sich Betroffene wie das familiäre System gleichermaßen in ihrer sozialen Identität bedroht [15]. Nicht selten sinkt das Vertrauen in die eigene wie auch in die familiäre Selbstwirksamkeit und geht mit sozialer Isolierung, Demoralisierung und tiefgreifenden Leid einher [13]. Dergestalt ist den Familien ein zentralstehendes, komplexes Stigmamanagement abverlangt, wollen sie Selbststigmatisierung vermeiden, ihre soziale Integrität retten und ihre Kapazitäten als wichtigstes Unterstützungs- und Bewältigungssystem langfristig erhalten.

Methodische Vorgehensweise

Um Einblick in das familiäre Umgang mit dem Stigma ‚Epilepsie‘ nehmen zu können, wurde ein qualitativ exploratives Forschungsdesign, orientiert an den Maßgaben fallrekonstruktiver Familienforschung [6], gewählt. Insgesamt wurden acht Familien mit einem epilepsiekranken erwachsenen Angehörigen interviewt und vier Familien aus diesem Sample mittels iterativer Kontrastierung ausgewählt. Die Analyse erfolgte mithilfe einer Kombination aus Objektiver Hermeneutik und Grounded Theory [7, 8].

Familiales Stigmamanagement bei Epilepsie

Unabhängig davon, welchen sozialen Hintergrund die Familien aufwiesen und welchen zeitlichen Verlauf die Erkrankung nahm, empfanden die Akteure eine tiefe Diskreditierung durch die Epilepsie, die einschneidende Konsequenzen für die Lebenspraxis nach sich zog und aufwändige Steuerungsmaßnahmen erforderlich machte. Zwei grundlegende Strategien familiären Stigmamanagements konnten im Rahmen der Untersuchung identifiziert werden: Zum einen ‚Partielle Vermeidung‘ und zum anderen ‚Offensive Konfrontation‘.

Diese Hauptstrategien mündeten dabei in eine Kombination unterschiedlicher Handlungsstrategien im Umgang mit Epilepsie und im Offenbarungsverhalten der Familien: Auf der einen Seite das Umgehen der Epilepsie durch

Nicht-Thematisierung verbunden mit teils verschleiender, teils ausweichender Veröffentlichung der Erkrankung. Auf der anderen Seite die offensive Kompensation durch unverhüllte Thematisierung mit teils demonstrativer, teils selektiver Offenlegung. Hierbei wurde deutlich, dass gleich welche Strategie durch die Familien eingeschlagen wurde, diese gewaltige Anforderungen an ihr Abstraktions-, Kommunikations- und Abstimmungsvermögen stellt. Denn scheitert die gewählte Strategie, droht die Familie sich in der Öffentlichkeit bloßzustellen und sich als Bewältigungssystem dauerhaft zu destabilisieren.

Schlussfolgerungen

Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse scheint es notwendig, die Bemühungen von Familien mit diskreditierbaren Erkrankungen stärker in das Versorgungsgeschehen einzubeziehen, also Interventionen zur Kompetenzförderung im Umgang mit Stigma systemisch auszurichten und damit die Familie als prioritäre Bewältigungsinstanz dauerhaft zu stärken.

Literatur

1. Krämer, G. (2012). *Veränderungen in der Einstellung der Bevölkerung zur Epilepsie in der Schweiz. Schweizerische Liga gegen Epilepsie. Epileptologie, 29, 1-42.*
2. Steffen, H. T. (2015). *Epilepsie und Familie – Familialer Umgang mit chronischer Krankheit und Krankenrolle. Universität Bielefeld*
3. Jacoby, A., Snape, D., Baker, G.A. (2005): *Epilepsy and social identity: the stigma of a chronic neurological disorder. The Lancet Neurology 4(3). Pp. 171-178*
4. West, P. (1986): *The Social Meaning of Epilepsy: Stigma as a Potential Explanation of Psychopathology in Children. In: Whitman, S., Hermann, B.P. (Eds.): Psychopathology in Epilepsy – Social Dimensions. New York, Oxford: Oxford University Press. Pp. 245-265*
5. West, P. (1979): *An investigation into social construction and consequences of the label epilepsy. Sociological Review 27. Pp. 719-741*
6. Hildenbrand, B. (2005): *Fallrekonstruktive Familienforschung. In: Busch, F. W., Nave-Herz, R. (Hg.): Familie und Gesellschaft: Beiträge zur Familienforschung. BIS Verlag. S. 219-236*
7. Oevermann, U. (2002): *Klinische Soziologie auf der Basis der Methodologie der objektiven Hermeneutik. Manifest der objektiv hermeneutischen Sozialforschung.*

http://www.ihs.de/publikationen/UlrichOevermannManifestderobjektivhermeneutischen_Sozialforschung.pdf. 03.06.2016

8. Glaser, B.G., Strauss, A.L. (2009): *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. New Brunswick: Aldine
9. Kirchgässler, K.U. (1986): *Diagnose und Deutung. Medizinsoziologische Untersuchungen zu den Handlungskonsequenzen der Diagnose einer chronischen Krankheit am Beispiel Epilepsie*. Gießen: Verlag
10. Scambler, G., Hopkins, A. (1986): *Being epileptic: Coming to terms with stigma. Sociology of Health and Illness* 8. Pp. 26-43
11. Schneider, J.W., Conrad, P. (1983): *Having Epilepsy – The Experience and Control of Illness*. Philadelphia: Temple University Press.
12. Westphal-Guitti, A.C., Alonso, N.B., Migliorini, R.C., da Silva, T.I., Azevedo, A.M., Caboclo, L.O., Sakamoto, A.C., Yacubian, E.M. (2007): *Quality of life and burden in caregivers of patients with epilepsy. J Neurosci Nurs.* 39(6). Pp. 354-360
13. Rüscher, N., Hölzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G. A., Bohus, M. & Corrigan, P. W. (2006). *Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. The Journal of nervous and mental disease*, 194(10), 766-773.
14. Rüscher, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). *Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. Psychiatrische Praxis*, 32(05), 221-232.
15. Goffman, E. (1975): *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt a.M., Suhrkamp
16. Corbin, J., Strauss, A. (2010): *Weiterleben lernen. Chronisch Kranke in der Familie*. (3. überarbeitete Auflage). Bern: Huber

69. „Ich fühlte mich normal“ – Die subjektive Seite der Sucht

Regine Steinauer, Fabian Lötscher, Walter Marc

Hintergrund

Obwohl in der Schweiz ca. 20 Prozent der Bevölkerung risikoreich Alkohol konsumieren, und die Zahl alkoholabhängiger Menschen auf insgesamt rund 250 000 geschätzt wird, ist die Inanspruchnahme suchtspezifischer Behandlungsplätze derzeit noch gering. Die Risikofaktoren für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit sind mittlerweile gut untersucht. Das persönliche Erleben sowie die individuellen Erklärungsmuster der Patienten und Patientinnen sind aber kaum bekannt. Das vorliegende Projekt ist eine erstmalige Untersuchung zu subjektiven individuellen Erklärungsmodellen von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit.

Fragestellung

Uns interessiert besonders, von den Betroffenen aus unterschiedlichen Behandlungssettings (Psychiatrie, Suchtberatung) zu erfahren, welche Faktoren den Verlauf beeinflussen, wie sie sich ihre Erkrankung erklären, und was sie sich für eine gute Behandlung vorstellen bzw. wünschen.

Methode

Qualitatives Studiendesign. Schriftliche Interviews mit offenen Fragen. Die Auswertung der Textdaten erfolgt mit dem Coding-Verfahren von Saldana [1].

Ergebnisse

31 Interviews wurden geführt. Detaillierte Ergebnisse liegen im Sommer 2016 vor. Erste Auswertungen zeigen jedoch auf die Frage nach den beeinflussenden Faktoren folgende Hauptkategorien: Konsequenzen, Symptome, Konsum und Umfeld. Bei den Erklärungsmodellen zeigt sich ein heterogeneres Bild in den Antworten. So werden folgende Kategorien beschrieben:

Bagatellisierung, Lust-/Frusttrinken, Krankheit, Prozess: „Ihm war schnell klar, was Sache war... ich brauchte noch lange bis ich verstand.“ Die Vorstellungen einer idealen Behandlung lassen sich unterteilen in Setting, Inhalt und Haltung: „Der Berater muss einem sympathisch sein, individuelle Beratung ohne gutgemeinte Ratschläge. Anteilnahme, Mitgefühl ohne jegliches Mitleid ist wichtig.“

Diskussion

Während sich in den beeinflussenden Faktoren deutlich die Kriterien einer Abhängigkeitsstörung nach ICD 10 erkennen lassen, zeichnet die Frage nach den subjektiven Erklärungsmustern der Krankheit ein deutlich interessanteres Bild. Während die einen die Bedeutung einer chronischen Erkrankung hervorheben, sehen die anderen eher die Selbstbestimmung und -disziplin als wichtige Aspekte im Umgang mit der Störung. Bei den Vorstellungen einer guten Behandlung zeigt sich in den Antworten die Wichtigkeit einer wertschätzenden, ressourcenorientierten Haltung der professionellen Helfer. Die genannten Behandlungswünsche verdeutlichen die heute als state of the art geltende individualisierte Behandlung von Menschen mit einer Abhängigkeitsstörung.

Literatur

1. Saldaña, J. (2013). *The coding manual for qualitative researchers*. Sage.

70. Aus der Fremde oder in die Fremde? Entweichungen in der stationären Forensik

Christian Stricker, Susanne Schoppmann

Hintergrund

Entweichungen von Patienten stellen für eine psychiatrisch forensische Klinik ein grosses Problem dar, insbesondere wenn Entweichungen mit erneuten Straftaten verbunden sind. Dies kann dazu führen, dass es zu Schuldzuweisungen unter den Mitarbeitenden oder auch der Öffentlichkeit kommt, was wiederum zu einer rigideren Haltung bzw. der Reduktion der Risikobereitschaft führen kann. Neben möglichen Imageschäden für die Einrichtung hat dies nicht unerhebliche Folgen für die Behandlung der Patienten.

Der Blick in die Literatur zeigt, dass Entweichungen v.a. in der Allgemeinpsychiatrie und die dazugehörigen Motive durchaus von Bedeutung sind. Exemplarisch soll hier die Arbeit von Bowers et al. [1, 2, 6] angeführt werden. Sie konnten zeigen, dass Langeweile, die Furcht vor Mitpatienten, sich gefangen und eingesperrt fühlen, sich Sorgen um die Sicherheit der eigenen Wohnung oder bezüglich anderen Eigentums zu machen ebenso wie schlechte Nachrichten und Ärger oder Unzufriedenheit mit der Behandlung zu den Motiven für Entweichungen zählen [1]. Zusätzlich zeigte sich, dass entweichende Patienten vorrangig junge Männer sind, die bereits vorher entwichen sind, an einer psychotischen Erkrankung leiden, sich aggressiv verhalten und die Medikamenteneinnahme in den letzten 48 Stunden verweigert haben [2, 6]. Diese Ergebnisse können nicht einfach auf das stationäre forensische Setting übertragen werden, da sich die Voraussetzungen grundlegend unterscheiden. Die Patienten, die auf einer forensischen Station behandelt werden, waren zuvor meist bereits in einer geschlossenen Einrichtung wie einem Gefängnis. Daher sind Motive wie zum Beispiel sich um die Sicherheit des eigenen Hauses oder anderen Eigentums zu ängstigen nicht unbedingt zutreffend. Andere Gründe wie z.B. Langeweile, Angst vor

Mitpatienten und psychiatrische Symptome können sehr wohl auch für forensische Patienten von Bedeutung sein. Wilkie et al. [7] untersuchten unter anderem die Motive für Entweichungen von forensischen Patienten in Kanada und fanden als Hauptmotive Langeweile und Frustration. Mezey et al. [5] fanden in forensischen Kliniken in Grossbritannien auch den Wunsch nach Freiheit, den Wunsch, Alkohol oder Drogen zu konsumieren, familiäre Sorgen und Unzufriedenheit oder Ärger mit Teilaspekten der Behandlung als Motive für Entweichungen.

Problemstellung und Zielsetzung

In unserer forensisch-psychiatrischen Klinik hatten wir Entweichungen, wobei ein Ereignis grosse sicherheitstechnische Veränderungen nach sich zog. Unser Ziel ist es deswegen, die Anzahl an Entweichungen so gering wie möglich zu halten und dabei weiterhin dem, in unseren Pflegekonzept beschriebenen, Grundsatz des „least restrictiv“ treu zu bleiben. Aus diesem Grund wollen wir mehr über die Motive für Entweichungen erfahren, um möglicherweise frühe Anzeichen für Entweichungen identifizieren können. Diese potentiellen frühen Anzeichen können dann mit den Patienten thematisiert und in den Pflege- und Beziehungsprozess integriert werden, damit möglichen Entweichungen frühzeitig vorgebeugt werden kann.

Vorgehen

Die Erkenntnisse aus der Literatur kommen aus Grossbritannien und aus Kanada – Länder mit anderen kulturelle Gepflogenheiten und möglicherweise auch anderen Gesetzgebungen. Deswegen wollten wir überprüfen inwieweit sich diese Erkenntnisse auf die in unserer Einrichtung behandelten Patienten übertragen lassen. Es war nicht möglich die aus unserer Einrichtung entwichenen Patienten selbst zu ihren Motiven zu befragen, weshalb die pflegerischen Verlaufsdocumentationen von Aufnahme bis zur letzten Entweichung als Datenmaterial auf die folgende Fragestellung hin untersucht wurden:

Welche Entweichungsmotive lassen sich anhand der pflegerischen Verlaufsdokumentation identifizieren?

Das Vorgehen orientierte sich an der von Braun & Clark [3] beschriebenen thematischen Analyse. Dabei wurden, im Sinn einer theoretischen thematischen Analyse (a.a.O. S. 12), die Erkenntnisse aus der Literatur als Analyse-raster genutzt, allerdings ohne dieses als abschliessend zu verstehen.

Die pflegerischen Verlaufsdokumentationen wurden von beiden Autoren unabhängig voneinander analysiert und die jeweiligen Ergebnisse dann abgeglichen und zusammengeführt.

Ergebnisse

Die drei Patienten, die in den letzten fünf Jahren sieben Entweichungsereignisse verursacht haben, waren über längere Zeiträume in stationärer forensischer Behandlung und konnten mühelos den in der Literatur beschriebenen Charakteristika (männlich, jung, an einer Psychose erkrankt, Substanzkonsum) zugeordnet werden. Als Motive konnten Suchtdruck, Symptome der Schizophrenie, nicht vorhandene Medikamentencompliance, aggressive, verbale Äusserungen, Unzufriedenheit mit dem forensischen Setting, das Gefühl nicht verstanden zu werden, Unzufriedenheit mit dem Lockerungsstatus, Überdruß, Unerträglichkeit (das Gefühl den Aufenthalt nicht aushalten zu können), Perspektivlosigkeit, das Gefühl eingeeengt zu sein und Langeweile auf der Station identifiziert werden.

Anhand der pflegerischen Verlaufsdokumentation konnte nachvollzogen werden, dass Entweichungen durchaus geplant worden waren. Dabei handelt es sicher eher darum die passende Gelegenheit zu finden z.B. im begleiteten Ausgang. Auch fanden sich Einträge, dass ein Patient über seine Fluchtgedanken mit den Pflegenden gesprochen hatte.

Diskussion

Die identifizierten Motive für Entweichungen entsprechend weitgehend den in der Literatur gefundenen Befunden [1, 2, 5, 6, 7]. Was nicht gefunden

wurde war: Die Furcht vor Mitpatienten und das Wahrzunehmen von Verantwortlichkeiten im eigenen Haushalt. Letzteres ist nicht überraschend, da, wie bereits erwähnt, die von uns behandelten Patienten häufig schon aus Institutionen zu uns kommen und keine eigenen Haushalte mehr haben. Dass die Furcht vor Mitpatienten nicht als Motiv auftaucht, heisst nicht, dass es dies nicht gibt, sondern nur dass es von den Pflegenden nicht wahrgenommen bzw. dokumentiert wurde. Allerdings besteht auch die Möglichkeit, dass die Patienten der forensischen Klinik aufgrund der Vorerfahrung in anderen Institutionen schon ausreichend Erfahrung mit Mitpatienten und/oder Mitgefangenen gemacht haben, so dass sie sich weniger ängstigen als Patienten, die möglicherweise zum ersten Mal in der Allgemeinpsychiatrie behandelt werden.

In der Literatur bisher nicht beschrieben, sind Eintragungen zu erlebter Perspektivlosigkeit. Hier ist zu diskutieren inwieweit dies möglichen, kulturellen Unterschieden geschuldet ist und ob sich zum Beispiel hinter dem Begriff Frustration [7] oder Ärger [5] auch eine mangelnde Perspektive verbirgt, diese also gleichsam integriert ist. Andererseits gingen Hörberg et al. [4] der Frage nach wie Patienten die Betreuung und Pflege in der forensischen Psychiatrie in Schweden erleben. Eines der Hauptergebnisse ist, dass die Patienten kontinuierlich mit Gefühlen der Resignation zu kämpfen haben. Dabei wird Resignation als ein Mangel an Einfluss auf die eigene Zukunft beschrieben und kommt unserem Verständnis von Perspektivlosigkeit sehr nahe.

Schlussfolgerungen

Die Analyse der pflegerischen Verlaufsdokumentation hat gezeigt, dass unsere Ergebnisse den in der Literatur beschriebenen Motiven für Entweichung entsprechen. Im Unterschied zu einem Assessmentinstrument erfolgt die Wahrnehmung nicht in systematisierter Form, d.h. die Pflegenden nehmen die Motive wahr, stellen sie aber nicht in einen Gesamtzusammenhang. Mithilfe ihrer eigenen Dokumentation und den Erkenntnissen aus der Literatur sollte es aber möglich sein, die Pflegenden für die Thematik zu sensibilisieren und so möglicherweise zur Reduktion oder Verhinderung von Entwei-

chungen beizutragen. Inwieweit dabei eine Checkliste im Sinne der Aufzählung möglicher Motive hilfreich sein kann, bedarf sicher weiterer Abklärung. Mehr als eine Checkliste kann mit den bislang vorliegenden Erkenntnissen allerdings nicht erstellt werden. Dazu wäre sehr viel weiter reichende Forschung in Bezug auf Motive und deren Gewichtung notwendig.

Literatur

1. Bowers, L., Jarrett, M., Clark, N., Kiyimba, F., & McFarlane, L. (1999). 1. Absconding: why patients leave. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6: 199-205.
2. Bowers, L., Jarrett, M., Clark, N., Kiyimba, F., & McFarlane, L. (2000). Determinants of absconding by patients on acute psychiatric wards. *Journal of Advanced Nursing* 32(3): 644-649.
3. Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2): 77 – 101.
4. Hörberg, U., & Sjögren, R., & Dahlberg, K. (2012). To be Strategically Struggling against Resignation: The Lived Experience of Being Cared for in Forensic Psychiatric Care. *Issues in Mental Health Nursing* 33:11, 743 – 751.
5. Mezey, G., Durkin, C., Dodge, L. & White, S. (20 15). Never ever? Characteristics, outcomes and motivations of patients who abscond or escape: A 5-year review of escapes and absconds from two medium and low secure forensic units. *Criminal Behavior and Mental Health* 25: 440-450.
6. Stewart, D., & Bowers, L. (2010). Absconding from psychiatric hospitals: a literature review. Report from the Conflict and Containmentment Reduction Research Programme. Abgerufen von: <http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/research/ciemh/mhn/projects/litreview/LitRevAbsc.pdf>
7. Wilkie, T., Penney, S.R., Femane, S. & Simpson, A. (2014). Characteristics and motivations of absconders from forensic mental health services: a case- control-study. *BMC Psychiatry* 14: 9. Abgerufen von: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/91>

71. Fremdsein verhindern: Faktoren für eine erfolgreiche Integration von Pflegeexpertinnen APN

Karin Stutte, Ursina Zehnder, Kathrin Horlacher und Sabrina Laimbacher

Hintergrund

Der Wandel im Gesundheitswesen geht aufgrund demografischer und epidemiologischer Entwicklungen mit einem steigenden Versorgungsbedarf und einem Mangel an qualifiziertem Fachpersonal einher und führt zu Diskussionen über neue Versorgungsstrukturen. Eine mögliche Reaktion auf diese Bedürfnisse ist die Entwicklung und Implementierung des übergeordneten Berufsprofils der Pflegeexpertin APN (Advanced Practice Nurse) für die bessere Lesbarkeit wird die weibliche Form benutzt). Eine Pflegeexpertin APN ist eine diplomierte Pflegefachperson mit einer zusätzlich erworbenen akademischen Ausbildung (Master of Science in Nursing), welche unter dem Schirmkonzept von Advanced Nursing Practice (ANP) tätig ist. Die Person hat sich Expertenwissen sowie Entscheidungsfindungskompetenzen für hoch komplexe klinische Situationen und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet [1]. In der psychiatrischen Pflege arbeiten bereits Pflegeexpertinnen nach diesem Ansatz und die Integration der Rollen befindet sich in einem fortlaufenden Prozess.

Die Ergebnisse einer Experten-Befragung haben gezeigt, dass ein Bedarf an klinisch tätigen Pflegeexpertinnen APN besteht. Ein zentrales Ergebnis des Workshops zu ANP am *Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie 2015* war, dass die Rolle der Pflegeexpertin in Zukunft verstärkt in die direkte Patientenbetreuung sowie in die bestehenden Strukturen integriert und die Zusammenarbeit optimiert werden soll.

Die Rolle wird stets vom jeweiligen Kontext beeinflusst. Der Prozess der Rollenfindung und -etablierung kann bei allen Beteiligten mitunter das Gefühl des Fremdseins hervorrufen. Häufig beschriebene Probleme sind Unklarheiten in Bezug auf die Rolle, den Aufgaben und Kompetenzen. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass für eine erfolgreiche Integration

folgende Faktoren wichtig sind: Differenzierte Rollenbeschreibungen, klare Kommunikation über Erwartungen, Verständnis der Rolle und Akzeptanz durch Schlüsselpersonen sowie eine klare Einbettung in Strukturen. Der Zusammenarbeit mit Partnern der Patientenversorgung kommt eine Schlüsselrolle zu [2].

Fragestellung

Welche Faktoren haben einen Einfluss auf die Integration der Rolle der Pflegeexpertin APN?

Methode

Für die Umfrage bei Pflegeexpertinnen APN wurde auf der Grundlage der aktuellen Literatur ein semistrukturierter Fragebogen entwickelt. Für die Teilnahme an der Befragung legten wir folgende Einschlusskriterien fest: Master of Science in Pflege und direkter Patientenkontakt in der Schweizerischen Psychiatrie. Die Einschlusskriterien basieren auf der Definition zur Reglementierung der Pflegeexpertin APN in der Schweiz [1]. Die Ergebnisse wurden deskriptiv zusammengefasst dargestellt.

Ergebnisse

Wir haben anhand unseres Netzwerkes in der psychiatrischen Pflege eine erfahrungsbezogene Vollerhebung nach definierten Einschlusskriterien durchgeführt. Von zehn verschickten Fragebögen haben sieben Pflegeexpertinnen APN den Fragebogen zurückgesendet. Die Pflegeexpertinnen APN arbeiten in verschiedenen Bereichen der psychiatrischen Pflege und üben die Rolle seit einem bis fünf Jahren aus.

Die Pflegeexpertinnen wurden nach ihren Kernkompetenzen befragt [3]. Am häufigsten sind sie in der Beratung von Pflegefachpersonen tätig, gefolgt von der Zusammenarbeit mit den Behandlungsteams, der Konsultation und Beratung von Patienten, der Einnahme einer klinischen Leadership Funktion, sowie dem Unterstützen bei ethischen Entscheidungsfindungen. Die Kernkompetenz Forschung wird am wenigsten angewendet.

Bei der Integration der APN-Rolle wurden folgende Faktoren als besonders hilfreich erlebt:

- Vertieftes Wissen und Sicherheit in den eigenen Fähigkeiten
- Unterstützung vom Pflegemanagement
- Sich in der klinischen Tätigkeit autonom organisieren und arbeiten können
- Von Pflegefachpersonen als Ressource wahrgenommen werden.

Die Pflegeexpertinnen APN hätten sich, retrospektiv betrachtet, bei ihrer Rollenimplementierung eine differenzierte Rollendefinition gewünscht. Des Weiteren wäre eine sorgfältigere Rolleneinbettung, sowie Unterstützung vom Pflegemanagement hilfreich gewesen.

Als hinderlicher Faktor bei der Integration der APN-Rolle wurde von allen Befragten das fehlende Wissen des Umfelds zur Rolle angegeben. Die Befragten bemängelten das fehlende Verständnis, Konflikte mit dem Pflegemanagement und, dass keine adäquate Position im Organigramm festgelegt wurde.

Als Herausforderung auf dem Weg zur Integration der Rolle wurde die konstante Einbindung in die Patientenversorgung genannt, die Definition des Scope of practice und die Zusammenarbeit mit dem Pflegemanagement. Eine gelungene Integration der Rolle besteht wenn Klarheit über die Aufgabe, Kompetenzen, Zuständigkeit und Verantwortung der Pflegeexpertin APN und eine gute Zusammenarbeit in der Institution vorhanden sind.

Diskussion

Anhand der Umfrage konnten Faktoren identifiziert werden, die einen Einfluss auf die Integration der ANP-Rolle haben. Die Umfrageergebnisse zeigen, dass die befragten Pflegeexpertinnen APN in ihren Kernkompetenzen am häufigsten in der Beratung von Pflegefachpersonen tätig sind. Die direkte Konsultation und Beratung von Patienten stand an dritter Stelle, was daraufhin deutet, dass die klinische Tätigkeit, welche als zentrale Kompetenz gesehen wird, nicht im Zentrum steht [3]. Es muss geklärt werden, welche

Barrieren in der Patientenversorgung bestehen und wie diese überwunden werden könnten, so dass die Pflegeexpertin APN ihrem Kerngeschäft nachgehen kann. Die seltene Ausführung der Kernkompetenz Forschung wird international beschrieben [4].

Als hilfreich bei der Rollenimplementierung sind Faktoren genannt worden, welche die persönlichen Kompetenzen der Pflegeexpertinnen APN betreffen. Neben der Methoden- und Führungs- und klinischen Kompetenzen sind auch interpersonelle Kompetenzen von zentraler Bedeutung. Diese setzen sich aus Kommunikationsexpertise, Caring-Relationship, Engagement-Commitment und Haltung zusammen [5]. Die Umfrage zeigte, dass die Pflegeexpertinnen APN ihre interpersonellen Kompetenzen eingesetzt haben. Die gezielte Unterstützung im Integrationsprozess, beispielsweise vom Pflegemanagement, könnte sie zudem entlasten.

Der Wunsch nach einer differenzierteren Rollenbeschreibung und -einbettung zeigt auf, dass Unklarheiten hinsichtlich der Umsetzung bestehen und die Rolle vom Kontext abhängig ist. Das fehlende Wissen des Umfelds zeigt, dass ein Kommunikationsdefizit über APN-Rollen besteht. Eine stärkere Reglementierung, ein regelmässiger Austausch, sowie eine koordinierte Zusammenarbeit der Kliniken könnten zu einer Schärfung des Rollenprofils beitragen. Eine Reglementierung der Pflegeexpertin APN im Gesundheitsberufegesetz ist gescheitert, Bestrebungen auf Ebene wie der des Berufsverbandes sind möglich und könnten einen Beitrag zur Rollenklärung leisten [6].

In der Rollenentwicklung wird unterschiedlich vorgegangen. Das PEPPA-Modell bietet hierfür einen theoretischen Rahmen [7]. Das Verfahren ist jedoch mit einem erheblichen zeitlichen und inhaltlichen Aufwand verbunden und wird daher mancherorts als wenig praktikabel betrachtet und nicht angewendet.

Eine weitere Herausforderung stellt das Aufzeigen von Auswirkungen auf Patientenoutcomes dar, ohne dies kann die Rolle gegenüber den Finanzierenden nicht gerechtfertigt werden. In Bezug auf den Wirksamkeitsnachweis

könnte das neu entwickelte Modell für die Evaluation der Wirksamkeit von APN-Rollen ein vereinheitlichtes Vorgehen darstellen [8].

Es muss kritisch angemerkt werden, dass die vorliegende Umfrage einzig sieben Interviews inkludiert und nur das Setting der Schweizerischen Psychiatrie abbildet. Die zentrale Kompetenz, die direkte klinische Praxis, war ein Einschlusskriterium für die Teilnahme, es wurde jedoch nicht erfragt in welchem Ausmass die Befragten klinisch tätig sind.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Befragung liefern erste Informationen über die momentane Situation der Pflegeexpertinnen APN, die in der Schweizerischen Psychiatrie arbeiten. Es besteht weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich wirksamer Strategien für die Integration von ANP-Rollen in der psychiatrischen Pflege, gerade auch im Hinblick auf den Bedarf und die systematische Implementierung der Rollen im deutschsprachigen Raum.

Literatur

1. Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, SwissANP, Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft, & Institut universitaire de formation et de recherche en soins. (2012). *Reglementierung der Pflegeexpertin APN. Zusammenfassung und Gründe für die separate Reglementierung.*
2. Schober, M. & Affara, F. A. (2008). *Advanced nursing practice (ANP).* Bern: Huber.
3. Hamric, A. B., Spross, J. A. & Hanson, C. M. (2009). *Advanced nursing practice: An integrative approach (4th ed.).* St.Louis: Elsevier.
4. Harbman P., Bryant-Lukosius D., Martin-Misener R., Carter N., Donald F., Valaitis R., Kilpatrick K., Sherifali D., Trammer J., & Covell CL. (2015). *An innovative academic-practice partnership to integrate research activities into advanced practice nursing: Results of research training and mentoring. International Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network Conference, Munich, Germany, 04.09.2015.*
5. Ullmann-Bremi, A., Schluer, A.-B., Finkbeiner, G., & Huber, Y. (2011). „Wie ein ANP-Team laufen lernt“ – Herausforderungen und Chancen von ANP-Teams am Universitätsspital Zürich. *Pflege, 24(1), 21-28.*
6. *Die Bundesversammlung – Das Schweizer Parlament.* (2016). *Medienmitteilung: Nationalrat heisst Gesundheitsberufegesetz gut.*
7. Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). *A Participatory, Evidence-Based, Patient-Focused Process for Advanced Practice Nursing (APN) Role Development, Implementation, and Evaluation. Journal of Advanced Nursing, 48, 532.*
8. Bryant-Lukosius, D., Spichiger, E., Martin, J., Stoll, H., Degen Kellerhans, S., Fliedner, M. et al. (2016). *Framework for Evaluating the Impact of Advanced Practice Nursing Roles. Journal of Nursing Scholarship, 48(2), 1-9.*

72. Krank und/oder gefährlich?! Was sollen und können Pflegende im Rahmen des Übergangs vom Maßregelvollzug in die Gemeinde im Spannungsfeld zwischen Anforderungen und Möglichkeiten leisten?

Andrea Trost

Hintergrund

Im Strafgesetzbuch wird aus rein juristischer Sicht von der „Maßregel der Sicherung und Besserung“ – in dieser Reihenfolge – gesprochen. Die Maßregel hat den Zweck, die Allgemeinheit vor der durch den Untergebrachten ausgehenden Gefährdung zu schützen. Zugleich soll die Unterbringung der Besserung des Betroffenen dienen im Sinne der Reduktion der in der psychischen Erkrankung und/oder geistigen Behinderung begründeten Gefährlichkeit auf ein Maß, welches als hinnehmbares Risiko für die Allgemeinheit angesehen werden kann, und das die Möglichkeit der Rehabilitation des Betroffenen in die Gemeinde eröffnet.

Diese Rehabilitation wird in der Regel gekennzeichnet durch ein Netzwerk aus Hilfs- und Unterstützungsangeboten sowie gerichtlichen Auflagen und Weisungen. Pflegende spielen in diesem Kontext eine wichtige Rolle. Sie bieten Unterstützung und Hilfestellung im Alltag sowie bei der Krankheits-/Gefährlichkeitsbewältigung. Hierbei bewegen sie sich im Spannungsfeld zwischen rechtlichen, pflegfachlichen und verschiedenen gesellschaftlichen Anforderungen, unter anderem: die Aufgabe der Gefährlichkeitsreduktion, dem Dilemma des Freiheitsentzugs zum Schutz der Gesellschaft gegenüber dem Freiheitsanspruch des Einzelnen, sowie gesellschaftlicher und politischer Werte und Normen, und – nicht zuletzt – den Vorstellungen und Möglichkeiten der Betroffenen und deren Lebensumfeld.

Problemstellung

Was können und sollten Pflegende in diesem Spannungsfeld leisten und anbieten? Welche Herausforderungen und Möglichkeiten ergeben sich für

die Pflegenden, sowohl bei den in den Maßregelvollzugseinrichtungen tätigen, wie auch bei den nachsorgenden Einrichtungen? Welche evidenzbasierten Theorien, Konzepte und Methoden können Pflegende in diesem Kontext praktisch anwenden und wie kann die forensisch-psychiatrische Praxisentwicklung gestaltet werden?

Ziel

Der Beitrag der Pflegenden im komplexen Spannungsfeld des Übergangs von der Maßregelvollzugseinrichtung in die Gemeinde wird beispielhaft anhand des Konzepts Recovery und damit assoziierter Interventionen sowie ressourcenorientierter Instrumente zur Einschätzung des Gewalttrisikos dargestellt.

Vorgehen

Es werden relevante pflegerische Konzepte, Interventionen und Arbeitshilfen, die im Kontext der vielfältigen Ansprüche und des spannungsbehafteten Kontextes des benannten Übergangs Anwendung finden könnten, vorgestellt, kritisch betrachtet und diskutiert.

Ergebnisse/Erfahrungen

Erfahrungen, erste Forschungsergebnisse und Aussagen von Betroffenen, Angehörigen und Mitarbeitenden lassen vermuten, dass der Einbezug von Ressourcen- und Schutzfaktoren, ganzheitliche Ansätze und die interdisziplinäre Zusammenarbeit der involvierten Berufsgruppen, Erfolg versprechen, und daher weiter etabliert werden sollten. Auch Kenntnisse und Resultate aus anderen psychiatrischen Fachgebieten lassen eine Übertragbarkeit auf das forensische Setting vermuten, die zur Diskussion und zum Ausprobieren einladen.

Diskussion

Welche evidenzbasierten Theorien, Konzepte und Methoden gibt es in der (forensisch-)psychiatrischen Pflege, die in der Praxis und im Spannungsfeld von rechtlichen Rahmenbedingungen, pflegerisch-berufsethischen Ansprü-

chen und aus Sicht der Betroffenen eine Grundlage für die Konzeption und Gestaltung des Übergangs vom Vollzug in die Gemeinden bieten? Wie kann die Praxisentwicklung der forensisch-psychiatrischen Pflege hier gefördert werden?

Schlussfolgerungen

Die Pflegenden stellen die größte Berufsgruppe im Maßregelvollzug dar. Auch im Rahmen der Nachsorge und Führungsaufsicht kommt ihnen eine wichtige Bedeutung zu (Stichwort forensische Ambulanzen). Zu den pflegerischen Kernaufgaben im Maßregelvollzug gehören im Rahmen der Gefährlichkeitsreduktion die Unterstützung und Förderung des Betroffenen in seinen Alltags- und Sozialkompetenzen sowie des Umgangs mit der Erkrankung und daraus (potentiell) resultierenden Gefährlichkeit. Die Gestaltung des Übergangs vom Vollzug in die Gemeinde/Gesellschaft ist daher eine wesentliche Aufgabe der Pflegenden. Dies müsste bereits mit der Aufnahme in den Maßregelvollzug bedacht werden. Hierzu bedarf es fundierter Konzepte und Methoden.

73. Betreuung und Behandlung von Êziden in der ambulanten psychiatrischen Pflege

Ingo Tschinke

Die Auseinandersetzung mit Menschen mit Migrationshintergrund stellt für die ambulante psychiatrische Pflege eine besondere Herausforderung in der Versorgung dar. Insbesondere dann, wenn es sich um eine in sich sehr geschlossene, familienorientiert und kollektivistisch denkende Volksgruppe, wie die kurdische Volksgruppe der Êziden (im dt. Sprachgebrauch meist Jeziden oder Yeziden) handelt, die sich durch ihren soziokulturellen Hintergrund, ihre einzigartige Religion und noch immer festen Clan Strukturen sehr stark von anderen Migranten in Deutschland abheben [5]. In Rahmen der ambulanten psychiatrischen Pflege sind wir in der Region Celle häufig mit Menschen der zweiten und dritten Generation konfrontiert, deren Behandlung eine besondere Sensibilität und Verständnis bedarf. Aus diesem Grunde haben wir ein Fortbildungs- und Behandlungskonzept zur transkulturellen Pflege mit Schwerpunkt auf die kulturelle Kompetenz entwickelt [9], welches auf dem Modell der menschlichen Erfahrung von Wilber basiert [8, 14]. Die kulturelle Kompetenz ermöglicht psychiatrisch Pflegenden die notwendige akzeptierende Haltung gegenüber dem Patienten einzunehmen, als auch durch evidenz-based Nursing Handwerkszeug zu erhalten, um den besonderen Problemlagen des Patienten zu begegnen [8]. Dazu soll hier die Volksgruppe der Êziden mit ihren besonderen Problemlagen dargestellt werden, um dann das Fortbildungs- und Behandlungskonzept praktisch darzulegen. Im Ergebnis sollen einige kurze Fallbeispiele Erwähnung finden.

Hintergrund

Der größte Teil der in Deutschland lebenden Êziden stammt aus der Türkei und wurde von dort in den 70iger Jahren des letzten Jahrhunderts vertrieben. In dem ersten Kurdenkonflikt wurde durch die türkische Regierung der Versuch unternommen, die Kurden Partei der PKK als terroristische Organisation verbieten zu lassen [5]. Ebenso wurden Versuche unternommen die

Êziden zwangsweise zum Islam zu konvertieren, weil die êzidische Religion durch den Islam als Teufelsanbetung betrachtet wird, weswegen die Êziden besonders durch den IS verfolgt werden. Daraufhin wurden ganze Landstriche entvölkert, so dass heutzutage nur noch etwa 500 Êziden in der Türkei leben. Es leben ungefähr zurzeit 80.000 Êziden in Deutschland und davon 10.000 im Landkreis Celle. Der regionale Umgang mit den êzidischen Clans der Alataş, der Yavsans, der Ekinçi, der Kiy, der Kizilhan usw. in der deutschen Gesellschaft im Landkreis Celle ist inzwischen zur Normalität geworden, weil viele êzidischen Kurden sich in der zweiten und dritten Generation dieser Volksgruppe äußerlich einen gewissen Integrationsgrad aufweisen [5]. In ihren inneren Strukturen sind die Êziden allerdings zum großen Teil an ihrer tradierten Sichtweisen und das kollektivistische Denken gebunden, da sie der islamischen Unterdrückung ausgesetzt waren und dem Weg der inneren Soldarisierung durch strikte Einhaltung ihrer Rituale, Werte und Normen folgen [5]. Die Ursprünge der synkretischen Religion der Êziden liegen wahrscheinlich im Zoroastrismus und es handelt sich um eine rein mündlich übertragene Religion, in der der Schöpfer über allen steht und den Menschen die sieben Engel zur Seite gestellt hat, dessen höchste Tausi Melek (Engel Pfau) darstellt [5]. Die êzidischen Religion beinhaltet, dass man nur als Êzide geboren werden kann, es ist nicht möglich in den Glauben zu konvertieren. Dadurch sind alle Êziden Kurden, aber nicht alle Kurden Êziden. Es ist einem Êziden bzw. Êzidinnen nur gestattet einen Angehörigen der eigenen Religion zu heiraten und auch das nur innerhalb der eigenen Kaste der Sheikh/Mir (Fürsten), Pirs (Priester) und Murids (Anhänger oder Volk) ansonsten zieht dies eine Exkommunikation und Ausschluss aus dem Kulturkreis nach sich [5]. Die archaische Kultur der Êziden bedingt zumeist eine starke Familienorientierung und kollektivistisches Denken, was ein individualistisches Heraustreten schwierig gestaltet. Ein Verstoß gegen die Regeln bedeutet einen Ausschluss aus dem System und einen massiven Ehrverlust für die Familie und den Clan.

Problemstellung

In den deutschen Medien werden die Êziden zumeist aufgrund von Berichten über Ehrenmorde, dem Kurdenkonflikten in der Türkei, den Konflikten zwischen den Anhängern der PKK und den Türken und die besondere Situation der Kurden (Peschmerga) im Nordirak und deren Kampf gegen den IS wahrgenommen. Diese allgemeinen kulturspezifischen Konfliktfelder der Êziden als auch die individuellen Konfliktfelder der hilfesuchenden Betroffenen sind einer mehrdimensionalen Betrachtungsweise zu unterwerfen. Dies bedeutet, dass jeder Betroffene in seinen individuellen Kontextzusammenhängen und deren Zusammenwirken gesehen werden sollte [4]. So gibt es z.B. êzidische Frauen, die den tradierten Normen und Werten folgen, wie auch westlich orientierte Frauen, die außerhalb der Familien einer eher hedonistische Haltung zeigen, als auch erfolgsorientierte Frauen, die eine berufliche Karriere deutlich im Vordergrund sehen. Konflikte müssen stets in dem Kontext gesehen werden, in welchem die Betroffenen sich selbst betrachten.

Viele PatientInnen kommen mit Ängsten und Somatisierungsstörungen in die Versorgung und es zeigen sich in Folge der Betreuung viele interfamiliäre Konflikte, Identifikationsprobleme und Schwierigkeiten in den Parallellbensweisen von kollektivistischer Familienstruktur und der individualisierten deutschen Gesellschaft [6]. Die multidimensionale Fokussierung und kulturelle Kompetenz gegenüber der Volksgruppe der Êziden in der Versorgung sowie viel Geduld macht es möglich tatsächliche Problemstellung wahrzunehmen, die zu Beginn der Versorgung noch nicht erkennbar waren.

Ziele und Vorgehen

Das mehrdimensionale Fortbildungsprogramm zum Umgang mit Êziden/fremden Kulturen [4, 16] legt seinen Schwerpunkt auf die Beziehungsarbeit [3, 6, 8, 13], den kultursensiblen Umgang [6, 7, 9, 10, 13, 15, 16], einer akzeptierenden Grundhaltung [2, 6, 12], Wissen über die Kultur und Religion der Êziden [5] und der Vermittlung einer kulturellen Kompetenz [1, 4, 6, 9,

10, 13]. Ziel der Vermittlung ist es eine sensitive und reflektierende Grundhaltung zu entwickeln, um fremden Kulturen mit Anteilnahme, Mitgefühl, Intuition, Wissen, Kompetenz, Offenheit und pflegerischen Ethos zu begegnen [9, 13]. Das Modell der menschlichen Erfahrung dient dabei dem besseren Verständnis gegenüber dem Betroffenen, um dessen Konzepte von Krankheitsverständnis, sozialen Rollen, kultureller und religiöser Gebundenheit, Sichtweisen zur Migration und Minoritätenstatus, Familiendynamik und eigenes Menschenbild einer systemischen Analyse und Bearbeitung zu unterziehen [4, 8, 14, 15].

Zusätzlich zu dieser Grundhaltung werden praktische Interventionen der narrativen Biografiearbeit und des Erzählens, des kultursensiblen Assessments, der Ressourcenaktivierung auf alle Sinne und Symbolhaftes Arbeiten vermittelt [5, 7, 9].

Ergebnisse und Erfahrungen

Aufgrund des Wissens und kulturellen Kompetenz konnte in der praktischen ambulanten psychiatrischen Pflege Êziden angepasst auf ihre Kultur und Religion neue Wege zur Krankheitsbewältigung aufgezeigt werden. Die kulturelle Fachexpertise wurde auch von den Mitarbeitern der ambulanten psychiatrischen Pflege als sehr hilfreich empfunden.

Hierzu werden zwei Fallbeispiele angeführt:

Divan A.; Êzide mit Zwangserkrankung, Angst vor einem eventuellen Todesfall in der Familie, Selbstwertproblematik und Interkulturelle Probleme.

Nursen E.; Êzidin mit Somatisierungsstörung (Kreisrunder Haarausfall) und ausgeprägter interkultureller Problematik – Leiden in der Familie und die Unmöglichkeit der Loslösung.

Literatur

1. *Campinha-Bacote, J.; Cultural competence in psychiatric Nursing: Have you asked the right question?, Journal American Psychiatric Nursing Association 8:183,2002*
2. *Dörner, Klaus; Der gute Arzt; Schattauer Verlag, 2003*
3. *Finkelman, Anita W.; Psychiatric Home Care, Aspen Publication, 1997*
4. *Hegemann, Thomas; Interkulturelles Lernen. Ein multidimensioneller Ansatz zum Erwerb interkultureller Kompetenzen; in Hegemann/Salman, Transkulturelle Psychiatrie – Konzepte für Menschen mit anderen Kulturen; Psychiatrie Verlag, 2001*
5. *Kizilhan, Jan Ilhan; Wer sind die Êziden?, Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2013*
6. *Kizilhan, Jan Ilhan; Kultursensible Psychotherapie; Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2013*
7. *Laabdallaoui, M. & Rüschoff, I.; Umgang mit muslimischen Patienten, Psychiatrie Verlag, 2010*
8. *Norman, Ian and Ryrie, Iain; The Art and Science of mental health nursing; 3thrd edition, Open University Press, 2013*
9. *Oakley, Linda; Social, cultural, and spiritual context of psychiatric nursing care, in Stuart, Gail W. & Lararia, Michele T. (Hrsg.), Principles and practice of psychiatric Nursing, 8th edition, Elsevier Mosby, 2005*
10. *Procter, Nicholas; Services for asylum seekers and refugess, in Barker, Phil (Hrsg.), Psychiatric and mental health nursing, Hooder Arnold, 2009*
11. *Ritter, Lois A. & Lampkin, Shirley Manly; Community mental health; Jones und Bartlett Learning, 2012*
12. *Salter, Mark & Turner, Trevor; Community mental health care – a practical guide for outdoor psychiatry; Churchill-Livingstone Elsevier, 2008*
13. *Schoppmann, Susanne & de Jong, Anneke; Neugier, Respekt und Achtung – psychiatrische Pflege bei Menschen fremder Kulturen, in Hegemann/Salman, Transkulturelle Psychiatrie – Konzepte für Menschen mit anderen Kulturen; Psychiatrie Verlag, 2001*
14. *Wilber, Ken; A theory of everything – an intergral vision for business, politics, science and sprirituality; Shambhala publications, 2001*
15. *Zielke-Nadkarni, Andrea; Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen, Huber Verlag, 2003*
16. *Zielke-Nadkarni, Andrea; Fremdheitserfahrung, Pflege und Kultur; in Zielke-Nadkarni, A. & Schnepf W. (Hrsg.); Pflege im kulturellen Kontext; Huber Verlag, 2003*

74. Enthospitalisierung von psychiatrischen Fachkräften in die ambulante psychiatrische Pflege

Ingo Tschinke, Udo Finklenburg

Hintergrund

Die Heimat der psychiatrischen Klinik als berufliche Lebenswelt zu verlassen und den Wechsel in die ambulante psychiatrische Pflege zu vollziehen, stellt für jeden Mitarbeiter eines psychiatrischen Pflegedienstes in Deutschland als auch für die selbstständige psychiatrische Fachkraft in der Schweiz eine besondere Herausforderung dar [8].

Problemstellung

Für Mitarbeiter, die von einer psychiatrischen Klinik in einen Pflegedienst wechseln oder den Entschluss fassen als selbstständige psychiatrische Pflegefachkraft ambulant tätig zu werden, ist es von großer Wichtigkeit sich mit dem Prozess der Veränderung auseinander zu setzen [6].

Es ändern sich die Inhalte der Arbeit, von einer teamorientierten Behandlung zu einer individualisierten Pflegesituation [6]. Dies bedeutet, dass sich die Dimensionen der Begegnung mit dem Klienten deutlich verschieben. Das System Krankenhaus stellt in seinen Strukturen und Prozessdimensionen ein eigenes autopoietisches System dar, zu dem auch die psychiatrische Pflegefachkraft gehört [17]. Der Klient unterwirft sich diesem System um in der Interaktion das Produkt Gesundheit zu erzielen [21]. Im ambulanten Feld trifft dagegen die Pflegefachkraft nun auf das System des Klienten und nun ist an der Fachkraft sich immer wieder neu zu orientieren und zu positionieren, um in der Interaktion mit dessen Professionalität und dem System des Klienten zu einem ähnlichen Outcome zu kommen. Im stationären Bereich spielt die Interaktion mit dem interdisziplinären Team eine wichtige Rolle, was sich in Bezug auf die Interaktion mit dem ambulanten Team und der interdisziplinären Zusammenarbeit im ambulanten Feld verändert zeigt [21]. Auch der Grad der Verantwortung und autonomen Arbeit nimmt ambulan-

ten Bereich stark zu [20], da es kaum noch ein Team oder Ärzte gibt, auf die man in Krisensituationen zurückgreifen kann [15].

Für einen Wechsel von der stationären Versorgung in die ambulante psychiatrische Pflege ist es notwendig einen hohen Grad an Professionalität aufzuweisen. Die Fachkraft muss in der Lage sein die Kunst der Beziehungspflege selbstständig gestalten zu können [12]. Grundsätzlich ist auf die Haltung in der psychiatrischen Pflege [5, 19], die Fähigkeit zur Selbstreflexion [9] und Selbstwahrnehmung zu achten [19]. Auch ist es wichtig, sich über seine Stellung zur Ethik und Werthaltung im Klaren zu sein [4, 19]. Es ist bei der Übernahme in einen Pflegedienst in Deutschland darauf zu achten, dass die Faktoren im Ansatz vorhanden sind, durch andere Mitarbeiter im Team ist es eventuell möglich eventuelle Defizite zu kompensieren, was als Selbstständige Fachkraft in der Schweiz nicht möglich ist.

Gerade als selbstständige Fachkraft ist es notwendig über ein hohes Maß an Selbstmanagement und Selbstmarketing zu verfügen [11]. Gleiches gilt für die leitende Fachkraft eines Pflegedienstes in Deutschland, die nicht nur selbst für die Versorgung anbietet, sondern die gesamte Institution des Pflegedienstes. Dazu ist die Nutzung der emotionalen Intelligenz [10] und die Fähigkeit zur Selbstmotivation extrem notwendig [11]. Schlussendlich ist die Fachkraft für die eigene Gestaltung der Arbeitszeit zuständig. Das heißt auch auf eine sinnvolle Work-Life-Balance zu achten [11].

Die Teamarbeit in der ambulanten psychiatrischen Pflege ist grundsätzlich anders gelagert, da die Fachkraft zumeist mit dem Klienten allein in der Versorgung ist [8]. Dies gilt insbesondere die in Zukunft sich entwickelnden Assertive Community Mental Health Teams, die zum Teil in der integrierten Versorgung umgesetzt werden [22].

Als Fachkraft ist es im Weiteren notwendig die Versorgungsstrukturen der Regelversorgung [8] und integrierten Versorgung zu kennen [22] und sie muss sich über die Zielrichtung der Versorgung klar sein, für welche die Fachkraft in der Versorgung die Verantwortung trägt. Wobei die Versorgung

noch weit von der Entwicklung zu einem umfangreichen Versorgungssystem wie in den USA [14] und dem Vereinigten Königreich [16] entfernt ist.

Große Unterschiede liegen auch in der Fremdheit in der Häuslichkeit des Klienten dessen Gast die Fachkraft ist [10, 18]. Dort muss die Fachkraft eine kulturelle Kompetenz, die Fähigkeit zur Grenzachtung, die Fähigkeit zur Entwicklung von Vertrauen und Sicherheit für sich selbst und den Klienten sorgen können [18]. Auch die Klienten-Pflegenden Beziehung gestaltet sich in der ambulanten Versorgung sehr viel intensiver [19]. Sie umfasst andere Zeitdimensionen in der Länge der Versorgung und auch in den einzelnen Kontakten. Es gibt kaum Kurzkontakte, wie im stationären Bereich und die Konfrontation mit dem Professionellen-Ich ist sehr viel umfangreicher, da es im Gegensatz zum stationären Bereich nur wenige Kontakte mit dem Alltags-Ich und den regulierenden Ichs gibt [3]. Es ist darauf zu achten, dass eine effektive therapeutische Pflegebeziehung Freundschaften, Abhängigkeiten, widersprüchliche und vermeidende Beziehungsgestaltung ausschließt [5]. Dieser doch recht großen Gefahr muss sich die Fachkraft stets bewusst sein.

Da es notwendig ist, dass der Klient die Versorgung akzeptiert und in seiner Häuslichkeit zulässt, ist es sinnvoll den Klienten in seiner Nutzerperspektive zu sehen [11]. Es kommt in der Versorgung zu einer deutlichen Verschiebung der Machtstrukturen, denn der Klient entscheidet in erster Linie über die Annahme der Versorgung, durch das Öffnen der Haustür. Damit geht der Klient in einen Vertrauensvorschuss, dem die Fachkraft gerecht werden muss [5]. Auch muss die bedarfsorientierte Versorgung Vorrang haben gegenüber Bedürfnisorientiertheit des Klienten und die Fachkraft sollte altruistische Tendenzen vermeiden [19]. Es empfiehlt sich die Umsetzung des Klienten eigene Recovery zu fördern [13], gemäß dem Gezeitenmodell [2].

Auch die ambulante Ablösungsphase nach Peplau geschieht nicht einfach durch Entlassung, sondern es ist bewußt eine ambulante Hospitalisierung zu vermeiden [10]. Die Fachkraft muss sich überflüssig machen können und auch in der integrierten Versorgung eine ausleitende Behandlung gestalten

können [22]. Dies gilt insbesondere für die eher langfristige Versorgung in der Schweiz.

Als letztes sollte die Fachkraft in der Lage seine Vernetzung im ambulanten psychiatrischen Versorgungssystem zu gestalten [8] und eine Lotsenfunktion im psychiatrischen Netzwerk einnehmen [15]. Dazu muss insbesondere die Zusammenarbeit sehr konstruktiv gestaltet werden, denn im Gegensatz zum stationären Bereich ist der Arzt eher Lieferant und auch Kollege [11].

Ziele

Ziel des Vortrages ist es Einarbeitungskonzepte vorzustellen, wie die Transformation des Wechsels von Stationär zu Ambulant stattfinden kann. Das Einarbeitungskonzept beinhaltet eine salutogenetische Sichtweise [1, 23], um durch das Verstehen der Transformation eine Sinngebung für die ambulante Arbeit zu erfahren, so dass darauffolgend Handlungsprozesse für den Mitarbeiter und die Klienten umsetzen zu können.

Literatur

1. Antonovsky, Aaron, *Salutogenese; Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie*, 1997
2. Barker, Phil; *Das Gezeitenmodell: Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege*, Huber, 2013
3. Barker/Jackson/Stevenson; „Wozu werden Pflegefachkräfte in der Psychiatrie gebraucht? Entwicklung einer Theorie der pflegerischen Praxis“; *Psych. Pflege Heute* 2004, 10, 327-335, Gerorg Thieme Verlag
4. Dörner, Klaus; *Der gute Arzt*; Schattauer Verlag, 2003
5. Ellis, Megan & Day, Crispin, *The Therapeutic Relationship: engaging Clients in their Care and Treatment*; in Norman, Ian & Ryrie, Iain (Hrsg.); *The Art and Science of Mental Health Nursing*, 3thrd edition, Open University Press, 2013
6. Finkelman, Anita W.; *Psychiatric Home Care*, Aspen Publication, 1997
7. Heinze, Thomas; *Qualitative Sozialforschung*; Oldenbourg Verlag, 2001
8. Hemkendreis, Bruno & Hasslinger, Volker; *Ambulante psychiatrische Pflege*; *Psychiatrie Verlag*, 2014
9. Johns, Christopher, *Selbstreflexion in der Pflegepraxis*, Huber Verlag, 2004
10. Lüthi, Regula; *Ambulante Hospitalisierung*; in *Depressivität und Suzidalität*; Kongressband des 7. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie, Ibicura 2010

11. Mensdorf, Birte; *Selbstmarketing für Pflegende*, Kohlhammer, 2005
12. Norman, Ian & Ryrie, Iain; *Mental Health Nursing: An Art and Science*; in Norman, Ian & Ryrie, Iain (Hrsg.); *The Art and Science of Mental Health Nursing*, 3thrd edition, Open University Press, 2013
13. O´Toole, Mary; *Self-Management*; in Norman, Ian and Ryrie, Iain; *The Art and Science of mental health nursing*; 3thrd edition, Open University Press, 2013
14. Ritter, Lois A. & Lampkin, Shirley Manly; *Community mental health*; Jones und Bartlett Learning, 2012
15. Ryan, Denis; *Mental health in Community Care*; in Barker, Phil (Hrsg.), *Psychiatric and mental health nursing*, Hooter Arnold, 2009
16. Salter, Mark & Turner, Trevor; *Community mental health care – a practical guide for outdoor psychiatry*; Churchill-Livingstone Elsevier, 2008
17. Stratmeyer, Peter; *Das Klientenorientierte Krankenhaus*; Juventa, 2001
18. Stuart, Gail W.; *Community-based psychaitric Care*; in Stuart, Gail W. & Lararia, Michele T. (Hrsg.), *Principles and practice of psychiatric Nursing*, 8th edition, Elsevier Mosby, 2005
19. Stuart, Gail W.; *Therapeutic Nurse-Klient Realationship*; in Stuart, Gail W. & Lararia, Michele T. (Hrsg.), *Principles and practice of psychiatric Nursing*, 8th edition, Elsevier Mosby, 2005
20. Tschinke et al., *Bezugspflege in der ambulanten psychiatrischen Pflege – Langfassung ; Studie der Leuphana Universität Lüneburg*, http://www.bapp.info/archiv/BezugspflegeAPP-Leuphana_lang.pdf
21. Urbaniok, Frank, *Teamorientierte Stationäre Behandlung in der Psychiatrie*, Thieme Verlag, 2000
22. Walle et. al, *Theorie und Praxis eines zukuntorientierten ambulant psychiatrischen Behandlungssystems*, Weingärtner Verlag, 2010
23. Wydler/Kolip/Abel (Hrsg.); *Salutogenese und Kohärenzgefühl – Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*, Juventa, 2002

75. Die Versorgung von Menschen mit Demenz in englischen Akutkrankenhäusern

Benjamin Volmar

Hintergrund

Im Jahr 2007 wurde die nationale Demenzstrategie vom britischen Gesundheitsministerium im Auftrag gegeben. 2009 wurde die Strategie verabschiedet und veröffentlicht. Enthalten sind 17 Forderungen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen. Diese sollen innerhalb von fünf Jahren realisiert werden. Eine dieser Forderungen lautet: „Die Verbesserung der Qualität der Versorgung von Menschen mit Demenz in allgemeinen Krankenhäusern“.

2012 bezeichnete Ministerpräsident Cameron im Rahmen des „Prime Minister’s challenge on dementia“ die Demenz als Herausforderung, die gemeinsam bewältigt werden müsse.

Der Vortragende reiste im April 2016 mit der Robert-Bosch-Stiftung, im Rahmen einer Studienreise, in verschiedene Krankenhäuser in Großbritannien und lernte dort Best Practice Projekte kennen, die im Rahmen der nationalen Demenz Strategie gefördert und umgesetzt worden sind.

Fragestellung

Es stellt sich die Frage, wie diese Interventionen in der Praxis umgesetzt worden sind und welche dieser Intervention auch in Deutschland vorstellbar und implementierbar sind.

Vorgehen

In dem Vortrag werden die Hintergründe des Nationalen Demenz Programms vorgestellt. Des Weiteren werden Instrumente wie das Spidergramm kurz erläutert, mit dessen Hilfe die Versorgungsqualität von Menschen mit Demenz Krankenhaus erfasst werden kann. Abschließend werden

die bereisten Best Practice Einrichtungen kurz erläutert und die vorhandenen Interventionen im Fokus gerückt.

Erfahrungen/Ergebnisse

Da die Studienreise zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht absolviert wurde, fällt es schwer umfassende Ergebnisse zu präsentieren. Diese liegen aber zum Zeitpunkt des Dreiländerkongresses vor.

Diskussion

Sicherlich lassen sich diese Interventionen nicht 1:1 übertragen, da die nationalen Gesundheitssysteme deutlich unterschiedlich aufgestellt sind und verschiedene kulturelle Parameter die individuelle Krankenhauslandschaft prägen. Dennoch sind die gewählten Ansätze des englischen Gesundheitssystems in den Grundlagen übertragbar und können für die deutschsprachige Krankenhauslandschaft Impulse zur Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Demenz geben.

Schlussfolgerung

In diesem Vortrag werden Ergebnisse der Studienreise beleuchtet und ggf. können neue Denk- und Versorgungsimpulse für die Behandlung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus gegeben werden.

76. Deeskalation durch die Kenntnis der Person – „Der Person-zentrierte Ansatz“

Benjamin Volmar

Hintergrund

Viele Menschen mit Demenz werden aufgrund von ungewohnten Verhaltensweisen akut in der stationären Gerontopsychiatrie behandelt. Durch diese Verhaltensweisen entstehen Krisensituationen für die Patienten als auch für die Angehörigen und die professionell Versorgenden.

Problemstellung

Ungewohnte Verhaltensweisen und Krisensituationen bei Menschen mit Demenz sind oft durch mangelnde Kenntnisse der Person und insbesondere ihrer Bedürfnisse begründet. Diese werden entweder verkannt oder übergangen und erzeugen so eine Eskalation mit ungewohnteren Verhaltensweisen [1].

Ziel

Es soll ein Bewusstsein für den Einfluss der Mitarbeitenden auf das Wohlbefinden, der Menschen in der Krisensituation geschaffen werden. Das Wohlbefinden ist ein individuelles Empfinden, das durch externe Faktoren direkt und indirekt beeinflusst werden kann.

Des Weiteren soll ein Verständnis für das Wohlbefinden geschaffen werden, sowie dessen Bedeutung und Definition im Person-Zentrierten Ansatz.

Vorgehen

In diesem Symposiumsbeitrag werden Faktoren vorgestellt, die eine Krisensituation begünstigen können. Zudem wird mit dem Dementia Care Mapping ein Assessmentinstrument vorgestellt, das die Möglichkeit bietet, das Geschehen um und mit dem Klienten aus dessen Sichtweise zu erfassen, auch

wenn der Klient selbst seine Bedürfnisse nicht mehr entsprechend mitteilen kann [2].

Der Vortrag gliedert sich in drei Teile. Einerseits wird kurz der Person-zentrierte Ansatz von Kitwood erläutert. Danach wird dargestellt, welche Bedürfnisse Einfluss auf die Krisensituation von Menschen mit Demenz nehmen und abschließend wird das Dementia Care Mapping erläutert, welches erfasst, wie die betreuenden Personen Einfluss auf die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz nehmen können.

Erfahrungen/Ergebnisse

Der Person-zentrierte Ansatz ist in der Altenpflege ein weitverbreiteter Ansatz, um die Versorgung von geriatrischen Klienten und insbesondere Menschen mit Demenz zu verbessern. Im englischsprachigen Raum existiert für diesen Ansatz und das Dementia Care Mapping mittlerweile einiges an Evidenz bezüglich der Anwendbarkeit und Übertragbarkeit in verschiedene Settings der Versorgung und Begleitung von Menschen mit Demenz [1, 3, 4]. Einzelne gerontopsychiatrische Bereiche arbeiten schon mit diesem Ansatz, dennoch liegt für die stationäre gerontopsychiatrische Versorgung keine bekannte Evidenz vor.

Diskussion

Es muss sicherlich kritisch diskutiert werden, ob mit diesem Ansatz ein Konzept angewandt wird, das jede Einrichtung nach eigenen Bedarfen formen und ausgestalten kann, ohne eine verbindliche Handlungsanleitung zur Verbesserung des Versorgungsanspruchs von Betroffenen an die Hand zu bekommen. Andererseits funktioniert dieser Ansatz nur, wenn der gesamte Betrieb Personenzentriert arbeitet, da jede Pflege und Begleitung nur so gut sein kann, wie es die Organisationsstrukturen zulassen [5]. Man kann mit Sicherheit sagen, dass es wenig hilft, Kitwoods Begrifflichkeiten zu verwenden, wenn die Durchführung und die Evaluation der Handlungen nicht konsequent reflektiert werden und einem kritischen Monitoring unterliegen, was auch mittels des Dementia Care Mappings durchgeführt werden kann.

Schlussfolgerung

Mit dem Person-zentrierten Ansatz und dem Dementia Care Mapping verfügt die Pflege über ein valides Interaktionsmodell zur Verbesserung der Betreuung und Begleitung von Menschen mit Demenz im Alltag. In der Altenpflege ist der Person-zentrierte Ansatz schon weit verbreitet und bildet für viele Einrichtungen den konzeptuellen Rahmen ihrer Arbeit. Dabei bietet das Wohlbefinden der Betroffenen einen wichtigen Handlungsrahmen, um Krisensituationen proaktiv zu vermeiden.

Literatur

1. James, I. A. (2012). *Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz verstehen: einschätzen, verstehen und behandeln*. Bern: Huber.
2. Brooker, D. (2005). *Dementia Care Mapping: A Review of the Research Literature*. *The Gerontologist*, 45(1), S. 11–18.
3. Douglass, C., Keddle, A., Brooker, D., & Surr, C. (2010). *Cross-Cultural Comparison of the Perceptions and Experiences of Dementia Care Mapping „Mappers“ in the United States and the United Kingdom*. *Journal of Aging and Health*, 22(5), 567–588.
4. Chenoweth, L., & Jeon, Y.-H. (2007). *Determining the efficacy of Dementia Care Mapping as an outcome measure and a process for change: A pilot study*. *Aging & Mental Health*, 11(3), 237–245.
5. Brooker, D. (2008). *Person-zentriert pflegen: das VIPS-Modell zur Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Demenz*. Bern: Huber.

77. Der Umgang mit suizidalen Krisen

Mathias Welberts

Hintergrund

Der Umgang mit Suizidgedanken und Suizidalität stellt für Betroffene, deren Angehörige, Ärzte, Psychologen und auch Pflegefachpersonen eine große unvorhersehbare Herausforderung dar. In dem Vortrag soll über den Umgang mit suizidalen Krisen gesprochen werden und mögliche Vorgehensweisen vorgestellt werden.

Einleitung

Suizidalität bezieht sich auf Suizidgedanken, suizidales Verhalten einschließlich des vollendeten Suizids. Suizidgedanken umfassen Gedanken an Selbstmord und Suizidpläne. Zu suizidalem Verhalten gehören der vollendete Suizid, Selbstmordversuche und selbstverletzendes Verhalten. Laut dem statistischen Bundesamt, sterben in Deutschland jährlich mehr Menschen durch Suizidalität als durch Straßenverkehrsunfälle.

Thema

Eine der wichtigsten, aber auch verantwortungsvollsten Aufgaben bei der Arbeit mit Menschen in akuten Krisen ist wohl die richtige Einschätzung der Suizidalität.

Folgende Fragen werden dabei adressiert:

- Was sind die Grundlagen der Suizidalität?
- Welche krankheitsspezifischen Besonderheiten gibt es?
- Wie schätze ich Suizidalität richtig ein?
- Wie ist eine wirksame Krisenintervention durchzuführen?
- Wie sieht der rechtliche Hintergrund bei einem Suizid aus?

78. Gelebte und ungelebte Sexualität in Forensikeinrichtungen: Einstellungen des Personals

Reto A Wernli Kaufmann, Ian Needham, Michaela Simonik

Hintergrund

Eine funktionierende Sexualität ist bedeutsam für Patienten, die an einer psychischen Störung leiden, was selbstverständlich auch für Menschen in forensischen Einrichtungen (Psychiatrie und Strafvollzug) gilt. Die Literatur zeigt, dass sich Regelungen (sofern es diese explizit gibt) hinsichtlich sexueller Aktivität von psychisch kranken Straftätern nicht nur länderübergreifend, sondern auch national stark unterscheiden [1]. In Ermangelung von Daten aus den deutschsprachigen Ländern wurde auf diesem Hintergrund eine Umfrage durchgeführt.

Fragestellung

Welche Haltungen und Meinungen haben Mitarbeitende von Forensik- und Strafvollzugseinrichtungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz, hinsichtlich der Sexualität von forensisch psychiatrischen PatientenInnen und InsassInnen?

Methode und Material

In einer Querschnittsstudie wurden 2015, bei einer Gelegenheitsstichprobe von Forensik und Strafvollzugseinrichtungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz mit dem Fragebogen „Attitudes towards sexual expression in secure forensic settings“ [2] Daten erhoben. Von den 461 angeschriebenen Einrichtungen beteiligten sich 145 forensisch psychiatrische Einrichtungen und 59 Institutionen für Strafvollzug, was eine Rücklaufquote von 54 % ergibt.

Ergebnisse

Von den Teilnehmenden (TN) aus den Ländern Deutschland, Österreich und der Schweiz (DACH) beurteilten 72 % die „Nicht-Berücksichtigung“ sexueller Bedürfnisse forensischer Patienten als Menschenrechtsverletzung. Im Einzelnen zeigt sich die liberale Haltung auch hinsichtlich einzelner Bereiche der Sexualität forensischer Patientinnen und Patienten. Mit der Idee der Benützung eines klinikeigenen Rückzugsraumes für ungestörte private Kontakte zwischen Patienten und deren Ehe- respektive Lebenspartner(-innen) zeigen sich 53 % (DACH) der TN „unter bestimmten Umständen“ (u.U.) einverstanden. Weiter werden sexuelle Handlungen zwischen MitpatientInnen, im Konkreten bezüglich der Handlungen Küssen, intimer Berührungen als auch der Heirat u.U. akzeptiert. Als ebenfalls „u.U. erlaubt“ beurteilen die TN ihre Zustimmung hinsichtlich des Konsums von Pornografie durch Patienten. Masturbieren von Patienten, als auch emotionale Beziehungen, Umarmungen und Hände halten zwischen Patienten werden mehrheitlich „voll und ganz“ akzeptiert. 70 % sprechen sich dafür aus, Kontakte zu Prostituierten im forensisch psychiatrischen Setting u.U. gut zu heissen. Im Vergleich dazu werden Prostituiertenkontakte in Grossbritannien bei forensisch psychiatrischen Patienten von der Mehrheit (57 %) abgelehnt. Als „verboten“ angesehen werden indes sexuelle Aktivitäten zwischen PatientInnen und Mitarbeitenden.

Welche Aspekte stehen hinter den Erwägungen „unter Umständen einverstanden“ zu sein? Die Fähigkeit zum Einverständnis für sexuelle Beziehungen (92 %), die Vulnerabilität der PatientInnen (86 %), als auch das Risiko übertragbarer Krankheiten (87 %), der Delikthintergrund (78 %) sowie die Diagnose (53 %) wurde von den TN als sehr wichtig erachtet (DACH). Darüber, inwiefern die sexuelle Orientierung der Patienten in den Erwägungen der professionell Tätigen eine Rolle spielt, kann gemäss der Umfrageresultate dahingehend beantwortet werden, dass einerseits Erwägungen hierzu von 60 % der TN als ziemlich oder sehr wichtig und von 40 % als nicht wichtig erachtet worden sind. Hierbei ist davon auszugehen, dass die häufig vor-

kommenden und gesellschaftlich anerkannten Formen der Sexualpräferenz (Hetero-/Homo- als auch Bisexualität) als unwesentlich für die Erwägung zu gelten haben. Anders scheint es in Bezug auf weniger häufige, diagnostisch relevante Varianten, sog. Paraphilien (insbesondere die Pädophilie), wo sich aus den Resultaten Hinweise auf grosse Vorbehalte vermuten lassen.

Als Interventionen zum Umgang mit verbotenen sexuellen Handlungen gelten vorzugsweise gemäss den Umfrageresultaten Beratung (76 %), Berichterstattung an das Team (65 %) und Teambesprechung (61 %). Medikation und Isolierung sind hingegen eher nicht erwünscht.

Es besteht eine grundsätzliche Bereitschaft zur fachlichen Auseinandersetzung mit der Sexualität forensischer PatientInnen. Eine Mehrheit der TN stimmen der Aussage zu, dass Mitarbeitende ihre Kenntnis in Fragen der Sexualität verbessern sollen. 43 % der TN äusserten sich „eher damit einverstanden“, das Recht auf Sexualität in einer Behandlungsrichtlinie festzuhalten. 46 % sind „eher damit einverstanden“, dass sexuelle Themen in der individuellen Pflegeplanung berücksichtigt werden sollen. „Ganz und gar einverstanden“ waren 58 % damit, dass es eine Pflicht professionell Tätiger ist, Patienten über sexualitätsbedingte Nebenwirkungen aufzuklären und die Behandlung ggf. anzupassen.

Diskussion

Die Haltung der Mitarbeitenden gegenüber der Sexualität bei forensisch psychiatrischen PatientInnen kann im deutschsprachigen Raum als liberal bezeichnet werden. Dies entspricht der gegenwärtigen Öffnung gesellschaftlicher Normen gegenüber dem Thema Sexualität [3]. Vorbehalte entstehen aus fachlichen Erwägungen hinsichtlich der Betreuung und Behandlung im forensisch psychiatrischen Kontext. Hierbei beschreibt Fiedler [3] die grosse Herausforderung einer zeitgemässen Sexualforschung, Psychiatrie als auch Juristik, zwischen der (festgelegten) sexuellen Orientierung, der (festgelegten) Sexualpräferenz und der Pericularität möglicher Straftaten zu differenzieren. Die untergeordnete Rolle des Einsatzes von Medikation und Isolierung als Intervention bei verbotenen sexuellen Handlungen scheint – etwa

im Vergleich zu älteren Einzelkasuistiken aus Deutschland [4] – ein Fortschritt in Richtung menschenrechtsbasierter Handhabung der Sexualität zu sein.

Schlussfolgerungen

Handlungsbedarf besteht bei der Konkretisierung von Regelungen zum Umgang mit Sexualität bei psychiatrisch forensischen PatientInnen, um einer etwaigen Medikalisierung/Psychiatisierung normaler Sexualität entgegen zu wirken [5]. Entsprechende Themen stellen Diagnostik und Risikoeinschätzung, Behandlungsaufklärung, Beratung und Prävention sowie Strategien und ethische Entscheidungsfindung in sexuellen Belangen forensischer Patienten dar.

Literatur

1. Bartlett, P., Mantovani, N., Cratsley, K., Dillon, C., & Eastman, N. (2010). 'You may kiss the bride, but you may not open your mouth when you do so': Policies concerning sex, marriage and relationships in English forensic psychiatric facilities. *Liverpool Law Review*, 31(2), 155-176.
2. Lew, K.J. (2014) *Attitudes Towards Sexual Expression in Secure Psychiatric-Forensic Settings*, MSc Psychology – Degree, University of Nottingham (bisher unveröffentlichte Studienarbeit)
3. Fiedler, P. (2004). *Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung. Heterosexualität – Homosexualität – Transgenderismus und Paraphilien – sexueller Missbrauch – sexuelle Gewalt*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
4. Lindenmann, M. (2004). *Die Sanktionierung unbotmässigen Patientenverhaltens. Disziplinarische Aspekte des psychiatrischen Massregelvollzugs*, Berlin: De Gruyter Rechtswissenschaften Verlag-GmbH.
5. Rasch, W. (2008). *Respektierung der Würde - eine Frage der Ethik*. In F. Schmidt-Quernheim, & T. Hax-Schoppenhorst, *Professionelle forensische Psychiatrie. Behandlung und Rehabilitation im Massregelvollzug*. Bern: Verlag Hans Huber.

79. Gespräch unter Freunden in der Fremde: Der Aspekt des Seins im Fremd sein und Auswirkungen des Fremd(-en) Seins in der psychiatrischen Pflege

Pamela Wersin, Ian Needham

Hintergrund

Waldenfels beschäftigt sich in seiner Phänomenologie des Fremden unter anderem mit Aspekten des Fremd seins bei psychischer Erkrankung und in deren Therapie. Er differenziert dabei zwischen «der Therapie als einer vorsorgenden *Pflegekunst*, die der Gewinnung, Erhaltung und Verfeinerung einer Ordnung dient, und der *Iatrie* als einer nachträglichen Heilkunst, die auf die Wiederherstellung einer Ordnung abzielt» [1, S. 113; Hervorhebungen durch den Autor]. Der Autor stellt auf diesen Überlegungen basierend die Frage, an welcher Ordnung sich Betroffene und professionell Tätige orientieren können. Das Folgen einer individuellen Ordnung als Bezugsrahmen entspricht den Prinzipien von Recovery; ebenso folgt der Denkansatz, das gefühlte Fremde mittels eines strukturierten Bezugsrahmens begreifbar und damit in die eigene Identität integrierbar zu machen, diesem Gedankengang. Der Philosoph greift auf sprachlicher Ebene der Pflege immanente Fragen wie z.B. dem Unterschied zwischen krank sein oder eine Krankheit haben [1, S. 120] auf; Abgrenzungen und Zusammenhänge zwischen Sein und Empfinden stellen tägliche Herausforderungen im Umgang mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten dar.

Psychiatrische Patientinnen und Patienten können „Fremd sein“ auf vielen Ebenen erleben: Sie halten sich während eines stationären Aufenthalts in einer ihnen zunächst fremden Umgebung auf, sind anders oder fühlen sich anders als die Menschen in ihrer Umgebung, eventuell ist ihnen auch ihr eigenes physisches und/oder psychisches Erleben fremd und sofern sie nicht in ihrem Heimatland leben, sind ihnen Sprache und Kultur ihres Aufenthaltsorts mehr oder weniger fremd.

Dem letztgenannten Aspekt wird von Pflegenden unter Bezug auf Modelle transkultureller Pflege begegnet – sind diese Modelle auch für den Umgang mit anderen Formen des Fremd seins nützlich? Welche Implikationen ergeben sich aus Waldenfels Erörterungen für Pflegegespräche mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten? Wohin sollte sich psychiatrische Pflege auf Basis dieser Überlegungen und Transformationen weiterentwickeln? Benötigen wir ein Pflegekonzept zum Fremden in der Pflege? Können wir uns dem Fremden in einer offenen Zukunft bereits nähern und wenn ja, welchen Bezugsrahmen wählen wir dafür?

Einleitung/Thema

Das Gespräch beschäftigt sich mit verschiedenen Aspekten des Fremden, des Seins und des Fremd Seins und fokussiert dabei auf Praxiserfahrung, pflegewissenschaftliche Theorien und Konzepte sowie die Phänomenologie des Fremden.

Ziele/Lernziele

Die Teilnehmenden werden zur Reflexion über das eigene Empfinden und das Empfinden ihres Gegenübers angeregt. Grenzen der verschiedenen Disziplinen werden überwunden, indem Modelle und Theorien miteinander verknüpft und in die pflegerische Praxis transferiert werden. Die Teilnehmenden bringen sich aktiv ein und erhalten im Diskurs Anregungen zum Vertiefen der entwickelten Gedanken und zum Transfer in die pflegerische Praxis.

Ablauf/Gestaltung

Der Vortrag findet als Sofa-Gespräch statt. Die Vortragenden führen in Gesprächsform in die Thematik ein und öffnen dann das Gespräch für die Teilnehmenden. Die thematische Einführung orientiert sich an den beschriebenen Inhalten und oben skizzierten Fragen, der Ablauf ist jedoch nicht festgelegt, sondern ergibt sich im Diskurs und kann sich auch an aktuelle Geschehnisse anlehnen.

Literatur

1. *Waldenfels, B. (2008): Grenzen der Normalisierung. Studien zur Phänomenologie des Fremden 2. Suhrkamp Verlag, Frankfurt. Erweiterte Ausgabe.*

80. Praktikabilität des State-Trait Angstinventar im Setting der ambulanten psychiatrischen Pflege

Hansruedi Zölch, Manuela Grieser

Einleitung und Problemstellung

Rund 15-20 % der Menschen leiden irgendwann unter einer Angststörung. In der Allgemeinpraxis sind mehr als 10 % der Patienten davon betroffen [8]. Weniger als 50 % der Fälle werden diagnostiziert und nur ein kleiner Teil wird behandelt [1].

Die strukturierte Erfassung von Angst mit einem Assessment erlaubt eine genauere Einschätzung und eine differenzierte Formulierung einer Pflegediagnose, woraus passende Interventionen bestimmt werden können [3]. Aktuell wird in der SPITEX BERN kein Fokusassessment für Angst verwendet. Die Hausbesuche bei den Patienten finden in unterschiedlichen Abfolgen statt. Daher ist es von Vorteil, wenn das momentane Erleben des Betroffenen möglichst rasch erfasst werden kann aber auch situationsunabhängige Informationen erhoben werden können.

Die Suche nach einem für das ambulante Setting entsprechenden Assessment ergab keinen Erfolg. Aus dem stationären Setting liegt das STAI dem Bedürfnis der ambulanten psychiatrischen Pflege am nächsten.

Das STAI (State-Trait-Angstinventar) entspricht den psychometrischen Eigenschaften Reliabilität, Validität und Objektivität [3]. Die aktuelle Angst wie auch habituelle Angst können mit diesem Instrument erfasst werden. „Damit lassen sich Beziehungen zwischen aktueller und habitueller Angst unter Berücksichtigung von Situationseinflüssen und intrapsychischen Prozessen (...) erfassen“ [3].

Um das Instrument in der Praxis der ambulanten psychiatrischen Pflege implementieren zu können, ist vorgängig die Prüfung der Praktikabilität zu testen.

Fragestellung und Zielsetzung

Fragestellung

Ist das State-Trait-Angstinventar für das Setting der ambulanten psychiatrischen Pflege in Bezug auf die verwendete Zeit, die Verständlichkeit, sowie die Auswertbarkeit der Daten anwendbar?

Zielsetzung

Das State-Trait-Angstinventar wird durch die Prüfung der verwendet Zeit, der Verständlichkeit sowie die Auswertbarkeit auf seine Praktikabilität für den Bereich der ambulanten Psychiatrie Pflege getestet.

Methodik

Projektlauf

- 1) Schulung der Mitarbeitenden im STAI
- 2) Durchführung des STAI bei Kunden zu Hause
- 3) Mitarbeiterbefragung mittels erarbeitetem Fragebogen
- 4) Auswertung der Resultate und Rückmeldung an die Mitarbeitenden

Durchführung der Datenerhebung:

Die Erfassung der Praktikabilität des STAI erfolgt durch eine Mitarbeiterbefragung mittels Fragebogen. Die ausgewählten Mitarbeitenden nutzten während einem Monat das STAI bei Patienten mit allen Diagnosen aus dem Formenkreis der Angst. Nach der Verwendung des STAI beantworteten sie anschliessend die Fragen zur Praktikabilität des STAI. Die Grundlage für die Verwendung des STAI ist die Teilnahme an der Schulung zum Assessment. Die Teilnahme am Projekt war für alle freiwillig.

Das Instrument STAI

Die Erhebung der Angst wird bei Kunden mit 2 Fragebogen erhoben. Erfasst werden die aktuelle (state) Angst und habituelle (trait) Angst. Die Er-

fassung der Zustandsangst kann an beliebige Situationen retro oder prospektiv erhoben werden [4]. „Die Traitskala wird zur Erfassung interindividueller Unterschiede im Persönlichkeitsmerkmal Ängstlichkeit angewandt“ [2]. Die Fragebogen zur State und Trait Angst können unabhängig voneinander genutzt werden [4].

Datenauswertung

Zur Ermittlung des Rohwertes werden für beide Skalen die Summenwerte der jeweils 20 Fragestellungen errechnet. Der Summenwerte der State-Angstskala ist ein Mass das für die Intensität eines emotionalen Zustands, der gekennzeichnet ist durch Anspannung, Besorgtheit, Nervosität, innere Unruhe und Furcht vor zukünftigen Ereignissen. Dabei entspricht ein Wert von 20 dem Nichtvorhandensein und ein Wert von 80 der maximalen Intensität des Gefühls [2].

Der Summenwert der Trait-Angstskala kennzeichnet sich relativ stabil interindividuelle Differenzen in der Tendenz, Situationen als bedrohlich zu bewerten und hierauf mit einem Anstieg der Zustandsangst zu reagieren. Dies bedeutet, dass hochängstliche mehr Situationen als bedrohlich einstufen und hierauf mit höherer Zustandsangst reagieren als Niedrigängstliche [3].

Ergebnisse

An der Schulung des STAI nahmen 14 Pflegefachpersonen teil. Die Projektdauer betrug 30 Tag.

Allgemeine sowie soziodemografische Daten

Es wurden insgesamt sechs Fragebögen retourniert. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 43 % gemessen an den Teilnehmenden der Schulung. An der Befragung nahmen fünf Frauen sowie ein Mann teil. Das Durchschnittsalter der Beteiligten lag bei 50 Jahren. Die Teilnehmenden konnten auf durchschnittlich 19 Jahren Berufserfahrung zurückblicken.

Ergebnisse zur Praktikabilität

- 83 % der Teilnehmenden äusserten, dass sie zur Vorbereitung ausserhalb der Schulung keine Zeit mehr benötigten.
- Das Ausfüllen des STAI gelang bei allen Beteiligten vollständig. Die Verständlichkeit der Fragen war klar und die Kunden mussten sich bei niemandem über die Fragen erkunden.
- Für die Verwendung des STAI inklusiv Auswertung wurden durchschnittlich 30min verwendet. Der Median lag bei 28,3 Minuten.
- Die Auswertung – Summenwerte zusammentragen – des Fragebogens war für alle Teilnehmende in nützlicher Frist möglich.
- Zu den offen formulierten Fragen wurden vier Rückmeldungen gegeben.

Diskussion der Ergebnisse

57 % der Befragten haben trotz mehrmaliger Aufforderung das STAI nicht genutzt oder den Fragebogen zur Praktikabilität nicht ausgewertet. Die Möglichkeit eines aktiven Interviewers, hätten im positiven Sinne Fragen und Unsicherheiten in einem strukturierten Interview erheben können [3] und so die Teilnehmenden zur Befragung befähigt.

Der aufgeführte Zeitbedarf aus der Befragung steht mit dem formuliert Zeitbedarf aus dem Manual vom STAI in einer Differenz. Im Manual wird beschreiben, dass „in der Regel zwischen drei bis sechs Minuten pro Skala benötigt werden“ [3]. Im Manual wird der Zeitbedarf erwähnt der fürs Ausfüllen benötigt wurde, der Zeitbedarf für die Auswertung mit dem Kunden wurde darin nicht vermerkt. Für die anschliessende Formulierung der Pflege-diagnose sowie der passenden Intervention ist ein Mehraufwand zu berechnen.

Das Durchschnittsalter der Beteiligten ist rund 50 Jahre. Die durchschnittliche Berufserfahrung beträgt knapp 19 Jahren. Die Weiterentwicklung der Pflegekompetenz nach Benner kann eine Antwort auf die eher hohe Berufserfahrung geben. Auf den höchsten Entwicklungsstufen nach etwa fünf bis zehn Jahren tritt das analytische Denken zu Gunsten raschen intuitiven Er-

fassens in den Hintergrund [5]. Die Anzahl Jahre Berufserfahrung kann im Zusammenhang mit dem Anforderungsprofil für die Anerkennung für Bedarfsabklärung für Psychiatrie Pflege stehen. Für diese werden mehrere Jahre Berufserfahrung erwartet [6]. Eine mögliche Antwort für das nicht benutzten des STAI kann mit der Berufserfahrung in Verbindung stehen, weil auf Grund der Berufserfahrung die Intuition dem Assessmentinstrument vorgezogen wird.

Einzelne äusserten die Bedenken das die Verwendung vom STAI in Situationen wo die Kunden kognitiv beeinträchtigt sind, fraglich ist. Es wird vermutet, dass Menschen mit eher schweren sowie chronischen Krankheitsverläufen mehr Mühe haben die Skalen und Fragen des STAI auszufüllen. „Die notwendigen Intellektuellen Voraussetzungen dürften bei Probanden mit einem Verbal IQ von grösser als 80 gegeben sein. Inwieweit sich allerdings geringes sprachliches Differenzierungsvermögen auf die Beantwortung Skalen auswirkt, ist bisher nicht untersucht worden“ [3].

Empfehlungen für die Praxis

Die Verwendung des STAI sollte im Zusammenhang mit einem klar festgelegten Prozessablauf verwendet werden. Das STAI ist für Kunden mit einem differenzierten Sprachvermögen geeignet und kann rasch von den Kunden ausgefüllt werden. Die Implementierung eines Pflegestandards für den Umgang bei Patienten mit Angst ist hilfreich, um die durch das Assessment erhobenen Phänomene und Probleme gezielt zu bearbeiten. Um Qualität messbar zu machen, müssen Sacherhalte, Abläufe Strukturen und Erlebnisse genormt werden, indem festgelegt wird, was sein soll [5].

Literatur

1. *Angst und Panik Hilfe Schweiz.* (17. Dezember 2007). www.aphs.ch. Abgerufen am 20. Dezember 2014 von www.aphs.ch: <http://www.aphs.ch/d/angststoerungen/index.asp?page=Einleitung+%28Angstst%F6rungen+Diagnostik%29>
2. Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., & Spielberger, C. *Das State-Trait-Angstinventar (1 Auflage Ausg.)*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
3. Reuschenbach, B., & Mahler, C. (2011). *Pflegebezogene Assessmentinstrumente.* (B. Reuschenbach, Hrsg.) Bern: Hans Huber.
4. Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., & Wolf, S. (2006). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege.* (D. Sauter, Hrsg.) Bern: Hans Huber.
5. SBK Schweizerischer Berufsverband für Krankenpflege. (kein Datum). *SBK Schweizerischer Berufsverband für Krankenpflege.* Von http://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/service/freiberufliche_pfleger/docs/2013_11_01_lp_rb_Kriterien_Bedarfsabkl%C3%A4rung_Psychiatriepflege_dt.pdf abgerufen
6. Zeglin, A., Schnepf, W., Riesner, C., & Herder, K. (Mai 2011). *Bundesamt für Familien, Senioren, Frauen und Jugend.* Abgerufen am 2. Januar 2015 von *Bundesamt für Familien, Senioren, Frauen und Jugend:* <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/kurzbericht-forschungsprojekt-carenapd,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
7. Townsend, M.C., Abderhalden, C., Needham, I. (2008) *Pflegediagnosen und Pflegemassnahmen für die psychiatrische Pflege.* (C. Abderhalden, Hrsg) Bern: Hans Huber.
8. Hättenschwiler, J., Höck, P., (2002) *Angstörungen Diagnostik, Schweiz Med Forum* Nr. 6, S. 125- 130.

81. Protected Engagement Time: Kann man therapeutische Beziehungen durch strukturelle Vorgaben fördern?

Gianfranco Zuaboni

Hintergrund

Das Fundament der psychiatrischen Pflege ist die Beziehung. Hildegard Peplau [1] beschrieb diese Form der Beziehung als therapeutisches Setting, welches sowohl für den Patienten als auch die Pflegefachperson durch Reflektion und Wachstum geprägt ist.

Problemstellung

Die psychiatrische Pflege wird noch mehrheitlich im stationären Bereich von Kliniken angeboten. Dieses Umfeld prägt die Arbeitsweise und Angebote der Pflege. So liegt ein Schwerpunkt der pflegerischen Tätigkeiten in Kliniken im Stationsmanagement, was mit der Sicherstellung der Arbeitsprozessen und der Kommunikation einhergeht. Zahlreiche bürokratische Anforderungen sind dadurch zu bewältigen, die einen wesentlichen Anteil der Arbeitszeit beanspruchen.

Zur stetig zunehmenden Bürokratisierung des pflegerischen Berufsalltags kommen mit der Forderungen der Effizienzsteigerung und Kostensenkung weitere Faktoren dazu, welche die Beziehungsgestaltung zwischen Pflegefachpersonen und Patientinnen und Patienten beeinflussen. Die administrative Arbeitsbelastung nimmt von Jahr zu Jahr zu. Anhand der Eintrittszahlen von psychiatrischen Aufnahmestationen kann dies gut nachvollzogen werden: stetiger Zuwachs der Eintrittszahlen bei gleichbleibenden Personalbestand. Auch bleibt für die Etablierung einer therapeutischen Beziehung im Verlauf eines stationären Aufenthaltes den Pflegefachpersonen durchschnittlich zwei Wochen Zeit zur Verfügung.

Doch kann in diesem Zeitrahmen wirklich eine tragfähige therapeutische Beziehung entstehen? Wie erleben Patientinnen und Patienten die Beziehungsangebote auf psychiatrische Aufnahmestationen?

Aus Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten kann man entnehmen, dass diese den Eindruck haben, die Pflegefachpersonen auf Aufnahmestationen seien mehrheitlich in administrativen Tätigkeiten eingebunden und dadurch weniger zugänglich für spontane Kontakte und Gespräche [2, 3].

Die Metasynthese von Delaney und Johnson [4] untersuchte die Rolle der psychiatrischen Pflegenden in Kliniken. Als ein Merkmal wurde die Herausforderung beschrieben, die Pflegenden begegnen, wenn sie einerseits für die einzelnen Patientinnen und Patienten und andererseits für das Stationsmilieu und deren Abläufe verantwortlich seien. Die Autorinnen schlussfolgerten daraus die Notwendigkeit für die psychiatrisch Pflegenden ihre Tätigkeiten deutlich zu benennen, um die erforderlichen Mitteln für eine qualitative und sichere Dienstleistung einzufordern.

Eine Vorgehensweise um die Beziehungsangebote auf psychiatrischen Aufnahmestationen auszuweiten und entsprechend zu benennen ist die „Protected Engagement Time“ (PET).

Ziele

Im Vortrag wird die Ausgangslage und das Konzept PET vorgestellt. Auch werden die Chancen und Grenzen von PET dargelegt.

Diskussion und Schlussfolgerung

Um therapeutische Beziehungen im Akutsetting von psychiatrischen Dienstleistungen sicherzustellen benötigt es zusätzlicher Bemühungen. Dabei kann mit PET ein struktureller Rahmen geschaffen werden, worin Kontakte und Beziehungsangebote zwischen Pflegefachpersonen und Patientinnen und Patienten ermöglicht werden.

Literatur

1. Peplau, H. E., Mischo-Kelling, M., & Kelling, G. (1995). *Interpersonale Beziehungen in der Pflege ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege*. Basel, Recom-Verlag.
2. Stenhouse, R. C. (2011). 'They all said you could come and speak to us': patients' expectations and experiences of help on an acute psychiatric inpatient ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 74-80.
3. Zuaboni, G., Zielinski, A. M., Malojer, G., Needham, I., & Abderhalden, C. (2015). Was empfehlen Psychiatrie-Erfahrene zur Prävention von Gewalt und Zwangsmaßnahmen während stationärer psychiatrischer Behandlungen? *QuPuG*, 2(2), 8.
4. Delany, KR., & Johnson, ME. (2014) Metasynthesis of research on the role of psychiatric inpatient nurses: what is important to staff? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 20(2):125-37.

Posterpräsentationen

Hinweise:

Für den Inhalt der Beiträge sind die Autorinnen und Autoren verantwortlich.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden die Autorinnen und Autoren der Beiträge meist nur die männliche oder weibliche Form. Selbstverständlich sind immer beide Geschlechter angesprochen.

Die von der deutschen und österreichischen abweichende S-Schreibweise der Schweiz wurde bei den Beiträgen von Schweizer Autorinnen und Autoren beibehalten.

82. Kettenmenschen in Westafrika

Barbara Boßler, Debora Zwick

Hintergrund

In Westafrika gibt es Regionen, in denen bei Menschen Dämonen ausgetrieben werden. Dabei handelt es sich um psychische Krankheiten. Die Methoden sind nach mitteleuropäischer Perspektive menschenunwürdig und verhältnismäßig wie vor mindestens 200 Jahren. Zwischenzeitlich gibt es einzelne Zentren, die eine Unterbringung und psychiatrische Versorgung ermöglichen.

Problemstellung

Die Zahl der Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung von ihren Angehörigen an Ketten gelegt werden ist nicht bekannt. Dies passiert unter anderem aufgrund der fehlenden Aufklärung und fehlendem Wissen. Es ist in ländlichen Regionen immer noch das Mittel zum Zweck. Die medizinisch-pflegerische Behandlung von psychischen Erkrankungen in Westafrika ist längst noch nicht flächendeckend vorhanden. Der Schwerpunkt in den bestehenden Zentren liegt dann hauptsächlich auf der medikamentösen Versorgung. Die Menschen haben weder eine Chance auf ein selbstbestimmtes Leben, noch nach einer psychischen Krise in ein „normales“ Leben zurück zu kehren.

Ziele

Versorgung in den psychiatrischen Zentren in Westafrika verbessern und unterstützen.

Vorgehen

Schaffung von tagesstrukturierenden Maßnahmen, Rekrutierung von Fachpersonal, Schaffung von ambulanten Unterstützungsmöglichkeiten. Öffentlichkeitsarbeit in Westafrika.

Ergebnisse/Erfahrungen

Bisher wurden die Zentren hauptsächlich mit Geld für Medikamente und Nahrung unterstützt. Langfristig soll eine regelmäßige Präsenz deutscher Freunde entstehen, die vor Ort Ansprechpartner sind und partnerschaftlich Projekte voranbringen.

Diskussion

Eine nachhaltige Unterstützung bedarf vor allem Menschen aus Westafrika, die die kulturellen Hintergründe kennen und dementsprechend bedürfnisorientierte Unterstützung leisten. Darum wäre es aktuell am wichtigsten, Fachpersonal zu bekommen, die die Strukturen der Zentren ausbauen und mit Hilfestellungen aus Europa bewerkstelligen können. Momentan fehlt es jedoch noch an Bildung diesbezüglich und Men-/Womenpower.

Schlussfolgerung

Die Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden und in Westafrika leben, haben besonders schwierige Verhältnisse. Hauptsächlich spielt dabei der gesellschaftliche Umgang damit eine Rolle. Darum ist es wichtig, Wissen und Strukturen zu schaffen, damit diese Menschen auch ein menschenwürdiges Leben führen können.

83. Psychiatriepflege mit Migrationshintergrund

Udo Finklenburg

Hintergrund

Für viele Pflegende aus dem europäischen Umland gilt die Schweiz als attraktiver Arbeitsort. Hohe Löhne und das Flair, in einem Urlaubsland zu sein, wirken verlockend.

Ziel

Die Realität präsentiert sich dann aber anders, und der Autor möchte die Teilnehmer auf der Basis seiner langjährigen Erfahrung als «Migrant» in der Schweiz zu einer realistischen Wahrnehmung und somit zu einer fundierten Entscheidungsfindung führen.

Vorgehen

Eingesetzt werden Erfahrungsberichte, Gesetze und Zahlenmaterial mit anschließender Diskussion und Handout.

84. Drama-/Gewinner-Dreieck: Will ich Retter sein – oder Coach?

Barbara Frey

In unserem beruflichen Alltag als Pflegefachperson im psychiatrischen Kontext stehen wir immer wieder hilfesuchenden Patienten/Patientinnen gegenüber. Dabei ist es unser Ziel, diese Beziehungen möglichst wertschätzend zu gestalten und lösungsorientiert vorzugehen. Nicht immer gelingt uns das.

Was können wir tun?

Mit dem vom Transaktionsanalytiker Stephen Karpman zusammengefassten Diagramm des Drama-Dreiecks können diese Beziehungsprozesse analysiert werden. Das Drama-Dreieck ist äusserst einfach und effektiv. Es zeigt die drei Rollen Verfolger, Retter oder Opfer auf [1].

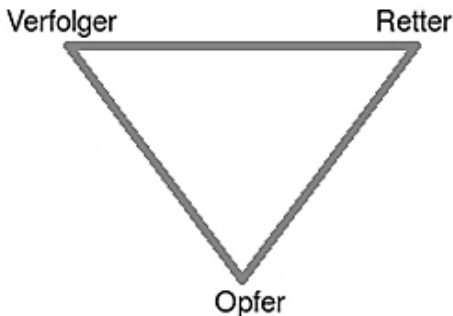


Abbildung 1: Drama-Dreieck nach Stephen Karpman [1]

Diese Rollen werden oft unbewusst eingenommen. Für die Problemlösung sind sie wenig zielführend. Sie können sich in harmlosen Albereien, aber auch in harten Auseinandersetzungen zeigen – und enden stets mit einem schlechten Gefühl (Frustration). Manchmal werden diese Gefühle auch gesammelt und an unpassender Stelle platziert. Hinter diesen Verhaltensmustern stecken immer Bedürfnisse, die abgedeckt sein wollen. Menschen reagieren in diesen Rollen aus der Vergangenheit heraus und nicht im Hier und Jetzt [2].

- Verfolger: empfindet sich als überlegen, die anderen können ihm das Wasser nicht reichen. Er weist zurecht, macht Vorwürfe, kritisiert, klagt an, setzt herab, lacht aus.
- Retter: betrachtet sich als überlegen. Er springt ein, ohne darum gebeten worden zu sein, tröstet, gibt gute Ratschläge.
- Opfer: fühlt sich selber unterlegen. Es verhält sich unterwürfig, kindlich, hilflos, schüchtern, unwissend.

Jeder von uns neigt zu einer dieser drei Rollen. Stehen wir im psychiatrischen Kontext einem Menschen in einer Krise gegenüber, reagieren wir oft aus unserer pflegerischen Hilfsbereitschaft heraus, d.h. aus der Retter-Rolle. Erzielen wir so keine positive Veränderung, können wir schnell in eine andere Rolle wechseln, zum Beispiel in die des Verfolgers. Wir üben dann am Patienten/an der Patientin Kritik aus. Daraus entstehen die dramatischen Momente in einer Beziehung, daher die Bezeichnung „Drama-Dreieck“. Fakt ist: Ein Retter oder auch Verfolger drängt andere in eine komplementäre Opferrolle [3].

Wie können wir aus dem Muster aussteigen?

Wir können lernen, die wiederkehrenden Muster unseres Denkens, Fühlens und Verhaltens in den Drama-Rollen wahrzunehmen und in eine wertschätzende Grundhaltung uns und dem Patienten/der Patientin gegenüber zu kommen. Dazu müssen wir uns unserer Bedürfnisse bewusst werden und die Realität unvoreingenommen wahrnehmen.

Analog zum Drama-Dreieck hat Acey Choy das Gewinner-Dreieck mit den drei Rollen Konfrontierer, Coach und Hilfesuchender entwickelt [4].

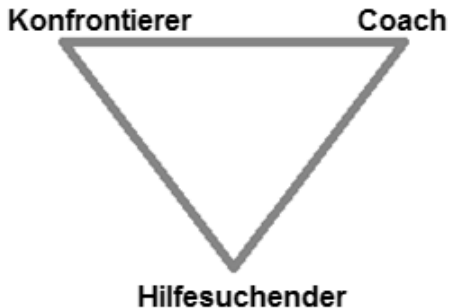


Abbildung 2: Gewinner-Dreieck nach Acey Choy [4]

Die Gewinner-Rollen basieren immer auf gemeinsamen verbindlichen Abmachungen/Absprachen und haben den sachlichen Fokus auf der Problemlösung. So können wir unser professionelles Ziel, den Patienten/die Patientin in seiner momentanen Situation zu unterstützen, auf wirksame Weise angehen.

Rollen

- Konfrontierer: steht zu seiner Haltung und macht deutlich, dass es ok ist, Fehler zu machen. Er vertritt seine Meinung, setzt Grenzen und stützt sich auf beobachtbares Verhalten. Dazu muss er fähig sein, Verhandlungen zu führen.
- Coach: betrachtet den anderen als mündigen Menschen. Er fragt ihn, was er braucht und trifft eine klare Absprache. Er hilft so, dass der andere dabei etwas lernt. Dabei hilft ihm aktives Zuhören und Selbstbewusstsein.
- Hilfesuchender: bittet andere um Unterstützung und Orientierung, ohne sich selbst abzuwerten. Dabei definiert er selbst, was er benötigt und trifft schliesslich eine klare Absprache, wobei er auch zu einer entsprechenden Gegenleistung bereit ist. Dafür benötigt er Strategien zur Problemlösung und Selbstbewusstsein.

„Will ich Retter sein – oder Coach?“ Die Frage ist beantwortet: Ich muss Coach sein, um einen Mitmenschen effektiv unterstützen zu können. Dabei kann es sich auch um einen Teamkollegen oder den Chef usw. handeln.

Welche Fähigkeiten braucht ein Coach?

Ein Coach

- respektiert den Hilfesuchenden und weiss, dass diese selber denken und Probleme lösen kann
- fragt den Hilfesuchenden, was er will und übernimmt nur die Handlungen, die gemeinsam vereinbart wurden
- ist sich seiner eigenen Bedürfnisse sowie Wünsche bewusst und kann so entscheiden, wie weit er den Hilfesuchenden unterstützen kann

Auf diese Weise ist der Ausstieg aus der Drama-Rolle des Retters möglich. Und dies ist auf alle drei Rollen übertragbar. Vom Drama-Dreieck ins Gewinner-Dreieck: eine praxistaugliche Methode, um Beziehungsprozesse zu analysieren und positive Veränderungen anzugehen.

Literatur

1. *Karpman, Stephen B. (1968). Fairy Tales and Script Drama Analysis. TA Bulletin*
2. *Berne, Eric (1995). Was sagen Sie, nachdem Sie „Guten Tag“ gesagt haben? Fischer*
3. *Schlegel, Leonhard (1995). Die manipulativen Rollen oder das Drama-Dreieck nach Karpman. in: Die Transaktionale Analyse. Francke*
4. *Choy, Acey (1990). The Winner's Triangle. TAJ*

85. Bildungsdurchlässigkeit als innovative Möglichkeit in der psychiatrischen Pflege – Implementierung eines pauschalen Anrechnungsverfahrens

Lisa Luft, Anja Kohlesch, Hilde Schädle-Deining, Melanie Schmidt

Hintergrund

Ziel des Projekts „MainCareer – Offene Hochschule“ ist es, Lebenslanges Lernen nachhaltig an der Frankfurt University of Applied Sciences zu implementieren. Das Projekt wird durch das BMBF und wurde durch den ESF gefördert.

Für den Bereich der Psychiatrischen Pflege wurden neue Bildungswege geschaffen: Der Übergang von der anerkannten Fachweiterbildung für Psychiatrische Pflege in den Bachelor-Studiengang Pflege- und Case Management (PCM) der Hochschule wurde durch Implementierung eines pauschalen Anrechnungsverfahrens verbessert [1].

Problemstellung

Die Anrechnung von Anteilen der Fachweiterbildung war anfangs lediglich im Rahmen eines aufwendigen individuellen Verfahrens möglich. Dies erschwerte den Fachpfleger/-innen für Psychiatrische Pflege den Zugang in ein verkürztes Studium.

Ziele

Zur Vereinfachung des individuellen Anrechnungsverfahrens wurde ein pauschales Verfahren implementiert, wodurch die Gleichwertigkeitsprüfung zukünftig nicht personenbezogen erfolgt. Durch die vorgeschaltete Prüfung können Kompetenzen einer Personengruppe mit bestimmter Qualifikation direkt angerechnet werden [2].

Ziel ist es, die Pflege-Akademisierung in Deutschland zu fördern und international Anschluss zu gewinnen.

Vorgehen

Durch eine Zielgruppenanalyse wurden potenzielle Anrechnungsstudierende befragt. Die Ergebnisse zeigten, dass die pauschale Anrechnung einen Anreiz zur Aufnahme eines Studiums darstellen könnte [3]. Als Zielstudiengang wurde der Studiengang PCM gewählt, der erworbene Kompetenzen der Weiterbildungsabsolvent/-innen berücksichtigte.

Zur qualitätsgesicherten Identifikation anrechenbarer Weiterbildungsanteile wurde ein inhaltlicher und niveaubezogener Abgleich [2] durchgeführt. Für Module mit Anrechnungspotenzial wurden Templates erstellt, worin Inhalts- und Lernergebnisbeschreibungen gegenübergestellt wurden. Anschließend erfolgte ein inhaltlicher Abgleich. Für Module mit inhaltlichem Deckungsgrad von über 75 % wurden mittels kollegialen Gesprächen der Weiterbildungsleitung mit Modulverantwortlichen Niveauzuordnungen mit dem Referenzrahmen DQR [4] sowie dem MLI [5] durchgeführt. Abschließend erfolgte ein Niveauabgleich.

Ergebnisse/Erfahrungen

Für 14 Module wurde ein inhaltlicher Deckungsgrad (>75 %) sowie ein gleichwertiges Niveau festgestellt. Da laut Hessischem Hochschulgesetz die größtmögliche Anrechnung von 50 % erreicht wurde, wurden 2 Module ausgeschlossen. Somit können sich Weiterbildungsabsolvent/-innen 12 Module (max. 90 Credit Points) auf den Studiengang PCM pauschal anrechnen lassen, sodass sich der Studienaufwand halbiert. Voraussetzung ist, dass der Weiterbildungsabschluss spätestens 5 Jahre vor Studienaufnahme an der Frankfurt University of Applied Sciences erfolgte. Die Anrechnung erfolgt mit Noten.

Diskussion

Eine qualitätsgesicherte Gleichwertigkeitsprüfung mit Einbezug fachdidaktischer Expertise ist unabdingbar, um die Studierbarkeit und hochschulische Sozialisation sicherzustellen sowie die Vermittlung relevanter Studieninhalte

zu gewährleisten. Die Überzeugungsarbeit an der Hochschule war ein wesentlicher Faktor, um Akzeptanz zu schaffen. Nachfolgend wird das Anrechnungsverfahren nun erprobt, evaluiert und ggf. modifiziert.

Schlussfolgerung

Durch die Implementation eines pauschalen Anrechnungsverfahrens wurde ein Beitrag zur Verbesserung der Bildungsdurchlässigkeit sowie zur Akademisierung und bildungspolitischen Weiterentwicklung der Pflege geleistet. Zudem wurden erstmalig Referenzrahmen erprobt. Das pauschale Anrechnungsverfahren ist ein Baustein, um die Ausbildung langfristig im tertiären Bildungsbereich anzusiedeln.

Literatur

1. Schädle-Deiningner, H.; Luft, L.; Kohlesch, A. (2016): *Auf dem Weg zur Akademisierung in der Pflege. Soziale Psychiatrie.* 40(1): p. 46-47.
2. Loroff, C./Hartmann, E. A. (2012) ANKOM Arbeitsmaterialie Nr. 2. *Verfahren und Methoden der pauschalen Anrechnung.* (2. Auflage). Hannover: HIS Hochschul-Informationen-System GmbH. http://ankom.his.de/pdf_archiv/M2_Ankompdf Stand 12.2.2015.
3. Luft, L.; Steeb, I.; Tolle, P.; Beckmann, M. (2014): *Ergebnisbericht einer explorativen Erhebung zu Qualifikations- und Ausbildungswegen, beruflichen Kompetenzen, Lebenssituationen und Lebensentwürfen von pflegeberuflich qualifizierten Personen im Kontext des Projektes „MainCareer – Offene Hochschule“.* Online Publikation: <http://bit.ly/MC16020> Stand eingesehen am 08.6.2016.
4. (AK DQR) Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (2011) *Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen.* http://www.dqr.de/media/content/Der_Deutsche_Qualifikationsrahmen_fue_lebenslanges_Lernen.pdf Stand 20.5.2015.
5. Müskens, W./Gierke, W.B. (2009) *Gleichwertigkeit von beruflicher und hochschulischer Bildung. Report – Zeitschrift für Weiterbildungsforschung.* 32(3): p. 46-54.

86. Sekundäre Traumatisierung von psychiatrisch Pflegenden

Jacqueline Rixe

Hintergrund

Das Hören von belastenden Geschichten bzw. die „Konfrontation mit Traumamaterial“ [1] gehört für psychiatrisch Pflegende zum Arbeitsalltag. Dies kann subjektiv als positiv erlebt werden, kann aber auch akut und längerfristig mit negativen Auswirkungen verbunden sein [2].

Zurückzuführen ist dies u.a. auf die Sekundäre Traumatisierung (ST) – eine indirekte Traumatisierung – die in der Pflege nur marginal bekannt zu sein scheint. Dies wird im Gespräch mit Pflegenden deutlich, geht aber auch daraus hervor, dass national und international nur vereinzelt Forschungsergebnisse zur ST vorliegen, die sich auf diese Berufsgruppe beziehen [3, 4].

J. Daniels, die einen Fragebogen zur ST (FST©) [5] entwickelt hat, lieferte anhand einer professionsübergreifenden Stichprobe erste Daten für psychiatrische Pflegende in Deutschland und schrieb der ST auch für diese Berufsgruppe eine beachtenswerte Relevanz zu [6].

Fragestellung und wissenschaftliche Zielsetzung

Das im Poster dargestellte Forschungsprojekt, das im Rahmen einer Masterarbeit an der MLU Halle-Wittenberg im September 2016 abgeschlossen sein wird, verfolgt primär das Ziel, die ST-Lebenszeitprävalenz in der psychiatrischen Pflege zu erheben. Darüber hinaus wird das Ziel verfolgt, durch die Erhebung soziodemographischer und arbeitsbezogener Daten Zusammenhänge mit arbeitsbezogenen Charakteristika bzw. dem psychiatrischen Setting zu untersuchen. Somit lautet die Fragestellung:

- Wie viele psychiatrisch Pflegende sind/waren schon einmal betroffen?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen Prävalenz bzw. Symptomausmaß und dem psychiatrischem Setting?

Methodik/Material

Die Erhebung findet von April bis Juli 2016 anonym mithilfe einer Gelegenheitsstichprobe auf zwei Wegen statt: in ausgewählten Kliniken bzw. ambulanten Diensten per Paper & Pencil-Verfahren und deutschlandweit per Online-Verfahren über das Portal SoSci.

Eingeschlossen wurden Pflegende in Deutschland, die mindestens 3 Monate in einem psychiatrischen Arbeitskontext beschäftigt sind. Ausschlusskriterien wurden nicht explizit formuliert. Um eine Repräsentativität der Ergebnisse herzustellen, wurde eine Stichprobengröße von min. $n \geq 400$ anvisiert. Für die Querschnittstudie wurde auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Fragebogenkonstruktion [vgl. z.B. 7] ein Erhebungsinstrument entwickelt. Der konzipierte Fragebogen ist dreigeteilt und enthält soziodemographische und settingbezogene Fragen sowie eine leicht modifizierte Version des FST©, der laut einer Evaluation [8] gute Gütekriterien aufweist. Die Daten werden sicher gespeichert und quantitativ per SPSS ausgewertet.

Ergebnisse

Da sich das Projekt zum Erstellungszeitpunkt des Kongressbandbeitrags noch in der Erhebungsphase befindet, können hier noch keine Aussagen zur Auswertung gemacht werden. Als ein Ergebnis lässt sich jedoch feststellen, dass die anvisierte Stichprobengröße bereits im Juni 2016 erreicht war.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die hohe Beteiligung an der Studie ($n > 1000$) und auch persönliche Rückmeldungen an die Forscherin verdeutlichen ein großes Interesse am Thema. Falls dem Phänomen eine konkrete Relevanz zugeschrieben werden kann, ist weiterführend vorstellbar, das Thema in psychiatrischen Settings zur Gesunderhaltung der Pflegekräfte – und nicht zuletzt im Sinne des Patientenwohls – aufzugreifen und gezielte Präventionsstrategien zu vermitteln.

Literatur

1. Daniels, J. (2006). *Sekundäre Traumatisierung- kritische Prüfung eines Konstruktes. Dissertation. Universität Bielefeld.*
2. Rixe, J. (2013). *Sekundäre Traumatisierung: Der Preis des Helfens? In: S. Hahn, M. Schulz, S. Schoppmann, I. Needham, H. Stefan, A. Hegedüs & U. Finklenburg (Hrsg.): „Blick zurück nach vorn“, Zurückgehen um besser springen zu können. 10 Jahre Praxis, Management, Ausbildung und Forschung. Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen. 10. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld, S. 273 – 279. Bern: Verlag Berner Fachhochschule.*
3. Beck, C.T. (2011). *Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. Archives of Psychiatric Nursing, 25 (1), 1 – 10.*
4. Mangoulia, P. et al. (2015). *Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Psychiatric Nurses. Archives of Psychiatric Nursing, in Press.*
5. Daniels, J. (o.J.). *Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung. http://www.sekundaertraumatisierung.de/studie_sekundaertraumatisierung.html. Stand 13.07.2013.*
6. Daniels, J. (2010). *Sekundäre Traumatisierungen von Pflegerinnen und Pflegern; Ergebnisse einer Onlinestudie. Psych. Pflege Heute, 6 (4), 202 – 205.*
7. Raab-Steiner, E. & Benesch, M. (2015). *Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung (4. Aufl.). Wien: UTB.*
8. Weitkamp, K. et al. (2014). *Psychometric properties of the Questionnaire for Secondary Traumatization. European Journal of Psychotraumatology, 5:21875. Zugriff am 25.02.2016 unter: <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.21875>*

87. Was beeinflusst die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme psychiatrisch Pflegender – eine qualitative Studie

Jacqueline Rixe, Dorothea Sauter

Hintergrund

Der Verantwortungsbegriff ist sehr vielseitig und spielt in vielen Disziplinen eine zentrale Rolle. Träger der Verantwortung ist der Mensch, dessen Verantwortungsbereiche von Entscheidungsfreiheit geprägt sind.

Auch in der Pflege stellt Verantwortungsübernahme ein zentrales, wenngleich kontrovers diskutiertes Element dar. Pflegerische Verantwortung bezieht sich auf den Nachweis der rechtmäßigen Pflege [1].

Derzeit unterliegt das berufliche Selbstkonzept in der psychiatrischen Pflege einem Wandel, da sich u.a. die konzeptionellen Vorstellungen stark verändern [2]. So stellt die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme Pflegender für patientenorientierte Pflegesysteme wie z.B. Primary Nursing [3] eine Kernvoraussetzung dar. Einige Befunde weisen jedoch auch auf deutliche Mängel in der pflegerischen Praxis der Verantwortungsübernahme hin [4].

Fragestellung und wissenschaftliche Zielsetzung

Um pflegerische Verantwortungsübernahme gezielt zu fördern, muss u.a. bekannt sein, welche Wünsche und Hindernisse dies bzgl. vorherrschen.

Im Rahmen eines studentischen Forschungsprojekts im Masterstudium Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der MLU Halle-Wittenberg wurde dies für die stationäre psychiatrische Pflege unter folgender Fragestellung untersucht:

- Wie wird Verantwortung erlebt?
- Was beeinflusst die Bereitschaft zu Verantwortungsübernahme?

Methodik/Material

Das Erkenntnisinteresse zielte auf das Verstehen des Phänomens Pflegeverantwortung, wie sie in der beruflichen Praxis/im Pflegealltag gelebt wird.

Um die Fragestellung beantworten zu können, war ein qualitatives Studiendesign angezeigt [5]. Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen von selbstläufigen Gruppendiskussionen mit stationär tätigen psychiatrisch Pflegenden, um gemeinsame Orientierungen und Wertvorstellungen zu erfassen [6]. Die Auswertung erfolgte über die dokumentarische Methode, bei der es sich um ein spezielles qualitatives Verfahren handelt, das sich besonders dafür eignet, unbewusste praktische Erfahrungen herauszuarbeiten [vgl. 6 und 7].

Ergebnisse

Zwei ca. 90-minütige Gruppendiskussionen wurden durchgeführt und anschließend transkribiert. Mehrere Gesprächspassagen wurden anhand vorgegebener Kriterien [6] ausgewählt und in einer Analysegruppe interpretiert.

Alle Diskutanten brachten zum Ausdruck, dass sie sich mit ihrem Beruf identifizieren und ihre Handlungsräume nutzen wollen, um den Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden. Es wurde geschildert, dass der Verantwortungsrahmen in den letzten Jahren und Jahrzehnten gewachsen sei und Verantwortung gerne übernommen werde (z.B. durch Bezugspflege).

Die Aspekte Sicherheit und hohe Arbeitsbelastung begrenzen die Verantwortungsübernahme jedoch stark. Pflegende erleben es als emotional belastend, wenn sie sich gezwungen sehen, aufgrund der Personalsituation Verantwortung abzuweisen oder sogar gegen Patientenbedürfnisse zu handeln. Nach Einschätzung der Diskutanten kann die personelle Besetzung der jeweiligen Station der ausschlaggebende Faktor für eine freiheitsentziehende Maßnahme oder andere Handlungen gegen das Patientenwohl sein.

Diskussion

Als Ergebnis werden deutliche Hinweise auf erhebliche Einschränkungen der Verantwortungsübernahme geliefert. Der gewachsene Verantwortungsrahmen korreliert mit dem Befund generell steigender Anforderungen in allen Gesundheitsberufen. Wenn die Voraussetzungen für Verantwortung nicht gegeben sind, ist professionelles, patientenorientiertes Handeln unmöglich.

Die Studie unterliegt vielfältigen Limitationen. Insbesondere können die Ergebnisse aufgrund des Studiumumfangs nicht generalisiert werden.

Schlußfolgerung

Es sollten weitere Erhebungen durchgeführt und analysiert werden, um die bisherigen Ergebnisse zu ergänzen und ggf. generalisieren zu können.

Die daraus abzuleitende Planung konkreter Handlungsschritte könnte nicht nur die Professionalisierung unterstützen, sondern dabei helfen, Schaden von den Patienten abzuwenden.

Literatur

1. Tewes, R. (2002). *Pflegerische Verantwortung. Reihe Pflegewissenschaft*. Bern: Verlag Hans Huber.
2. Hahn, S. et al. (2011). *Pflege weiter denken. Psych Pflege*, 17 (01), 9-11.
3. Manthey, M. (2011). *Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem*. 3., überarbeitete und ergänzte Auflage. Herausgegeben von Maria Mischo-Kelling. Bern: Huber
4. Meyer, B. (2011). *Professionalität und Autorität in der psychiatrischen Pflege. Studienarbeit*. Norderstedt: GRIN Verlag GmbH.
5. Polit, D.F. et al. (2012). *Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung*. 2. Nachdruck der Aufgabe von 2004. Bern: Verlag Hans Huber.
6. Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr (2014). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 4. überarbeitete Auflage. München: OldenBourg Wissenschaftsverlag GmbH.
7. Nohl, A.-M. (2012). *Interview und dokumentarische Methode. Anleitung für die Forschungspraxis*. 4. überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Autorinnen und Autoren

***Ambrosio Dorothea**, freiberuflich tätige Psychiatriepflegefachfrau; Studierende MAS Mental Health, Berner Fachhochschule Gesundheit Bern Schweiz. *Kontakt: 0041 78 739 57 47; d_ambrosio@bluewin.ch*

***Andersson Sven**, MAS Mental Health, Dipl. Erwachsenenbildner HF AEB, Dipl. Pfleger PsyKp, arbeitet in den universitären psychiatrischen Diensten Bern als Berufsbildungsverantwortlicher. *Kontakt: sven.andersson@gef.be.ch*

Aquilante Simone, Stationsleiter Sanatorium Kilchberg AG

Baumotte Christian, tätig als Fachkrankenpfleger für Psychiatrie auf einer akutpsychiatrischen Station, seit 2000 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel (Ev. Krankenhaus Bielefeld), seit 2001 Beauftragter für Reanimationsfortbildungen. *Kontakt: Christian.Baumotte@evkb.de*

Behrens Johann, Prof. Dr., Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Universität Halle-Wittenberg.

Benz Jutta, LWL-Universitätsklinik Hamm Erzieherin, Studium B.A. Psychische Gesundheit/Psychiatrische Pflege.

***Bertino Martina**, Dipl.-Psych., PP, MSc, seit 4 Jahren auf der Station B1 in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen tätig. *Kontakt: martina.bertino@evkb.de*

Beynon Tanja, Park-Klinik Bad Hermannsborn, Krankenschwester, Studium B.A. Psychische Gesundheit/Psychiatrische Pflege.

***Bierwirth Vera**, Dipl. Sozialpädagogin, Beraterin aus Erfahrung/EX-IN, Peer Counseling, Moderation in der 2.Stabilisierungsgruppe, Recovery-Trainerin im Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB) – Klinik für Psychiatrie. *Kontakt: v.bierwirth@gmx.de*

***Bigesse Cindy**, Fachschwester für Psychiatrie, seit 20 Jahren in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Jena tätig. *Kontakt: Cindy.Bigesse@med.uni-jena.de*

***Bluhm Alexander**, Gesundheits- und Krankenpfleger in Fachweiterbildung Psychiatrie an der Akademie im Park, Wiesloch. *Kontakt: alexander1984bluhm@gmail.com*

***Boden Marie**, DBT-Therapeutin für Sozial- & Pflegeberufe, Erzieherin, Primary Nurse, Dipl. Fotodesignerin; tätig im Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB) – Klinik für Psychiatrie. *Kontakt: Marie.Boden@evkb.de*

***Boßler Barbara**, M.Sc. Pflegewissenschaft, Gesundheits- und Krankenpflegerin, ZfP Südwürttemberg. *Kontakt: barbara.boßler@zfp-zentrum.de*

***Bransi Ahmad**, Dr. med., ärztlicher Geschäftsführer und Direktor. *Kontakt: a.bransi@gpz-lippe.de, abransi@live.de*

***Burr Christian**, MScN, Pflegeexperte und wissenschaftlicher Mitarbeiter, Abteilung F&E Pflege, UPD Bern. *Kontakt: christian.burr@gef.be.ch*

***Deppe Ina-Elisabeth**, Fachkrankenschwester Psychiatrie, seit 1998 im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld/ Gilead IV, tätig auf einer allgemein psychiatrischen Akutstation. Seit 2013 B.A. Studentin für Psychiatrische Pflege/ Psychische Gesundheit an der Fachhochschule der Diakonie Bielefeld

Dinkel Jürg, Pflegeexperte, Erwachsenenbildner MAS A&PE, arbeitet seit 13 Jahren in dieser Funktion in der Clenia Privatklinik Schlössli, CH-8618 Oetwil am See und begleitet Stationen im Erwachsenen -und Privatbereich bei konzeptionellen und inhaltlichen Themen der Stationsentwicklung. *Kontakt: juerg.dinkel@clenia.ch*

***Durrer Michael**, Pflegefachmann MScN, arbeitete 7 Jahren auf einer Akutstation der Luzerner Psychiatrie. Gegenwärtig ist er als Dozent höherer Fachschulen i. A. tätig. *Kontakt: mmd1@gmx.ch*

Egger Wolfgang, MBA, Diplom für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, Stationsleitung auf einer allgemeinpsychiatrischen Station in Wien – Krankenanstalt Rudolfstiftung, Praxisanleiter im stationären Bereich, Berater und Trainer für Deeskalations- und Sicherheitsmanagement, MBA Health Care Management. *Kontakt: wo.egger@gmail.com*

Eichmann Bodil, BNSc, dipl. Pflegefachfrau, Ambulante Psychiatrische Pflege sollievo.net, ehemals Fachverantwortliche Pflege Station Lüthi, UPD Bern. *Kontakt: bodil.eichmann@sollievo.net*

Engeler Jelena, Peer, Dipl. Kunstvermittlung (FH), studiert Ethnologie und Geschlechterforschung an der Universität Basel, arbeitet als wissenschaftliche Assistentin mit persönlicher Krankheitserfahrung im Projekt PIONEERS in der angewandten Forschung und Entwicklung Pflege an der Berner Fachhochschule. *Kontakt: jelena.engler@bfh.ch*

Feldt Doris, DBT-Therapeutin für Sozial- & Pflegeberufe, Dipl. Sozialarbeiterin, Sozial- und Mileupädagogin; tätig im Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB) – Klinik für Psychiatrie.

***Fettah Öznur**, M.A. Berufspädagogik Pflege und Gesundheit, RN, Pflegeschulen im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld.

***Finklenburg Udo**, Dipl. Pflegefachmann Psychiatrie, MAS Mental Health; Er führt gemeinsam mit 4 weiteren Pflegefachleuten kollektiv den ambulanten psychiatrischen Pflegedienst "just do it" und ist Präsident des "Verein Ambulante Psychiatrische Pflege". *Kontakt: u.finklenburg@just-do-it.ch*

***Flansburg Susanna**, Institutsambulanz Allgemeinpsychiatrie & Psychotherapie, Arzhelferin, Klinikum am Weissenhof Weinsberg, Studium Psychische Gesundheit/Psychiatrische Pflege, FHdD Bielefeld. *Kontakt: susanna.flansburg@web.de*

***Freitag Kerstin**, examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, B. A. Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege; auf einer fakultativ geschützten Akutaufnahmes-tation der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach tätig. *Kontakt: Kerstin.Freitag@gmx.de*

***Frey Barbara**, Pflegeexpertin Höfa II/FH, dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, in Weiterbildung zur Transaktionsanalytikerin Organisation, arbeitet als Pflegeexpertin an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. *Kontakt: barbara.frey@puk.zh.ch*

***Fuchs Doris**, Krankenschwester mit Weiterbildung Psychiatrie, DBT-Therapeutin für Sozial-und Pflegeberufe, B.A. Medizinalfachberufe. Sie arbeitet als Stationsleitung der Psychotherapie-Station am Klinikum rechts der Isar der TU München und leitet seit über 10 Jahren eine ambulante Skillsgruppe für Borderline-Betroffene. *Kontakt: Doris.Fuchs@mri.tum.de*

***Gebler Frank**, cand. BA Psychiatrische Pflege, Stationsleitung einer forensischen Station im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren. *Kontakt: frank.gebler@gmx.net*

***Grieser Manuela**, Dipl. Pflegefachfrau, Diplompflegewirtin (FH), Master of Arts, seit 5 Jahren als Dozentin und Studienleiterin an der BFH Bern tätig. *Kontakt: manuela.grieser@bfh.ch*

Gschwind Andreas, Dr. med., Chefarzt, Klinik für Sonnenhalde AG, Psychiatrie und Psychotherapie, Riehen Schweiz.

***Gurtner Caroline**, MScN, RN, wissenschaftliche Mitarbeiterin der angewandten Forschung und Entwicklung Pflege an der Berner Fachhochschule. *Kontakt: caroline.gurtner@bfh.ch*

***Hahn Birgit**, Sozial- und Milieupädagogin, pflegerische Stationsleitung auf einer Station für psychoseerkrankte Menschen, Mitglied des Ethik-beratungsdienstes und Ethikkomitee des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld, Studentin „Psychische Gesundheit/Psychiatrische Pflege (BA)“. *Kontakt: Birgit.Hahn@evkb.de*

***Hahn Sabine**, Prof. Dr. Pflegefachfrau und Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin; leitet am Fachbereich Gesundheit, der Berner Fachhochschule die Disziplin Pflege und die angewandte Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege. *Kontakt: sabine.hahn@bfh.ch*

***Hans Michaela**, Pflegefachfrau für Psychiatrie, DAS Diploma of Advanced Studies (BFH) in Psychische Gesundheit. *Kontakt: mi.hans@gmx.ch*

Hauck Silvia, Arzthelferin, WFB-Platz in der Botenmeisterei, langjährige Teilnehmerin in der Stabilisierungsgruppe, Teilnahme an der Recoveryschulung im EvKB.

***Hegedüs Anna**, Mag., Pflegewissenschaftlerin in der Abteilung Forschung / Entwicklung Pflege und Pädagogik der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern, Doktorandin der Graduiertenschule „Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie“ der Internationalen Graduiertenakademie der Universität Halle-Wittenberg. *Kontakt: anna.hegedues@gef.be.ch*

Heinsch Anna, seit vier Jahren als Pflegeexpertin am ZfP Südwürttemberg tätig. *Kontakt: anna.heinsch@zfp-zentrum.de*

Hepp Urs, Prof. Dr. med., Chefarzt und Bereichsleiter Psychiatrie und Psychotherapie; Psychiatrische Dienste Aargau AG.

Hoffmann Holger, PD Dr., Chefarzt, Direktion Psychiatrische Rehabilitation, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern und Chefarzt Soteria Bern.

Höhmman Ulrike, Univ.-Prof. Dr., Lehrstuhlinhaberin des Studiengangs Multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft, der Universität Witten-Herdecke, Stockumer Str. 12, 58453 Witten. *Kontakt: ulrike.hoehmann@uni-wh.de*

***Holzke Martin**, M.A. Pflegewissenschaft, Gesundheits- und Krankenpfleger, Wissenschaftlicher Mitarbeiter Enquetekommission Pflege in Baden-Württemberg, ZfP Südwürttemberg. *Kontakt: martin.holzke@zfp-zentrum.de*

Homan Philipp, Dr. med. PhD, ehemaliger Oberarzt der Station Lüthi, UPD Bern. *Kontakt: philipp.homan@puk.unibe.ch*

Horlacher Kathrin, MNS, Leiterin Pflegeentwicklung, ist in den solothurner Spitälern tätig. *Kontakt: kathrin.horlacher@spital.so.ch*

***Jaun Fabienne**, BScN Berner Fachhochschule. Pflegefachfrau, ehem. Fachverantwortung auf der akut Station „Lehmann“ des Schwerpunktes Psychotherapie der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD). Studienkoordinatorin am Zentrum Translationale Forschung der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD). *Kontakt: fabienne.jaun@gef.be.ch*

Jaun Simona, Stv. Teamleitung Pflege Hometreatment; Psychiatrische Dienste Aargau AG.

***Karlheim Christoph**, Dipl.-Soz., studierte Dipl.-Soziologie in Bielefeld und promovierte in den Gesundheitswissenschaften. Bis Mitte des Jahres 2016 war er als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Siether mehrere Lehraufträge an der Fachhochschule der Diakonie (Bethel) und der Universität Bielefeld. *Kontakt: c.karlheim@yahoo.de*

***Kirchhoff Johannes**, BA Psychiatrische Pflege, Stationsleitung in der Uniklinik Köln. *Kontakt: johannes.kirchhof@uk-koeln.de*

Kobert Klaus, Dr. med., Leitender Klinischer Ethiker im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld, Vorsitzender des Ethikkomitees des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld, Leitung des Ethikberatungsdienstes, Trainer für Ethikberatung (AEM). *Kontakt: Klaus.Kobert@evkb.de*

Kohlesch Anja, Pädagogin M. A., wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „Main-Career – Offene Hochschule“ an der Frankfurt University of Applied Sciences, Aufgaben: Themenfeldkoordination Produktentwicklung für Lebenslanges Lernen; Arbeitsschwerpunkte: Lebenslanges Lernen, Wissenschaftliche Weiterbildung, Anrechnung von außerhochschulisch erworbenen Kompetenzen, Kompetenzorientierung. *Kontakt: a.kohlesch@mc.fra-uas.de*

Kömmling Ann-Kristin, Gesundheits- und Krankenpflegerin, seit 2008 in der LWL-Klinik Lengerich/ Abt. Rheine, tätig auf einer allgemein psychiatrischen Akutaufnahmestation. Seit 2013 B.A. Studentin für Psychiatrische Pflege/ Psychische Gesundheit an der Fachhochschule der Diakonie Bielefeld.

Koval Alla, Prof. Dr., Dipl.-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin, wissenschaftlich und praktisch tätig in den Bereichen Migration, Bildung, Sozialraum- und Biografiearbeit, seit 2013 Lehrstuhl für Theorien und Methoden der Sozialen Arbeit an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld. Schwerpunkte in der Lehre sind einzelfallbezogene Methoden der Sozialen Arbeit, Migration und interkulturelle Verständigung, Qualitative empirische Sozialforschung und Evaluation. *Kontakt: alla.koval@fhdd.de*

***Kozel Bernd**, MNSc, Diplom-Pflegewirt (FH), examinierter Krankenpfleger, Pflegeexperte in der Abteilung Forschung / Entwicklung Pflege und Pädagogik der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern. Doktorand der Graduiertenschule „Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie“ der Internationalen Graduiertenakademie der Universität Halle – Wittenberg. *Kontakt: bernd.kozel@gef.be.ch*

***Krause Petra**, Dipl. Pflegewirtin (FH), Leitung Ausbildung und Personalentwicklung, Gesundheitsschulen im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld.

Krombholz Ulrike, Bachelor of Science in Nursing und Stationsleitung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Uniklinikum Jena. *Kontakt: Ulrike.Krombholz@med.uni-jena.de*

Kuhn Alexandra, Teamleitung Pflege Hometreatment; Psychiatrische Dienste Aargau AG.

***Laimbacher Sabrina**, MScN, wissenschaftliche Mitarbeiterin, ist in den St. Gallischen Kantonalen Psychiatrischen Diensten Sektor Nord tätig. *Kontakt: sabrina.laimbacher@gd-kpdw.sg.ch*

***Lang, Sven** Dipl. Pflegefachmann, Stationsleiter der Station PT3 in den Psychiatrischen Diensten Thurgau. *Kontakt: sven.lang@stgag.ch*

***Laukamp Silke**, B.A., Pflegeentwicklerin in der Abteilung Allgemein Psychiatrie II im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld.

Lautenschläger Manuela, M.A., Wissenschaftliche Mitarbeiterin Lehrstuhl für Multi-professionelle Versorgung chronisch kranker Menschen, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft, der Universität Witten-Herdecke, Stockumer Str. 12, 58453 Witten. *Kontakt: manuela.lautenschlaeger@uni-wh.de*

***Lerzer Helmut**, Leiter Pflege, Fachtherapien und Sozialdienst (PFS); Psychiatrische Dienste Aargau AG. *Kontakt: helmut.lerzer@pdag.ch*

Lipp Iris, MScN-Studentin, Wissenschaftliche Assistentin, Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Bern. *Kontakt: iris.lipp@bfh.ch*

Löbbing Tanja, Gesundheitswissenschaftlerin, Klinische Ethikerin im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld, Mitglied des Ethikberatungsdienstes und des Ethikkomitees des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld, Trainerin für Ethikberatung (AEM). *Kontakt: Tanja.Loebbing@evkb.de*

Loeckle Jacob, Gesundheits- und Krankenpfleger, seit 2010 am Bezirkskrankenhaus Augsburg, tätig auf einer psychiatrischen Intensivstation. Seit 2013 B.A. Student für Psychiatrische Pflege/Psychische Gesundheit an der Fachhochschule der Diakonie

***Löhr Michael**, Prof. Dr., Professor für Psychiatrische Pflege / Psychische Gesundheit an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld; Krankenpfleger. *Kontakt: Michael.Loehr@fhdd.de*

Lötscher Fabian

***Luft Lisa**, Studentin im Promotionsstudiengang Pflegewissenschaft an der Philosophisch -Theologischen Hochschule Vallendar, Dipl.-Pflegerin (FH)/M. Sc. in Public Health, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „MainCareer – Offene Hochschule“ an der Frankfurt University of Applied Sciences, Themenfeldkoordination Produktentwicklung für Lebenslanges Lernen; Arbeitsschwerpunkte: Lebenslanges Lernen, Anrechnung von außerhochschulisch erworbenen Kompetenzen, Verbesserung der Übergänge zwischen pflegeberuflicher und akademischer Bildung, Evaluation und Begleitforschung, Zielgruppenanalysen, qualitätsgesicherter Auf- und Ausbau von Kooperationen. *Kontakt: l.luft@mc.fra-uas.de*

Maire Sonja, Betroffenenvertreterin, Abteilung Forschung / Entwicklung Pflege und Pädagogik der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern. *Kontakt: sonja.maire@gef.be.ch*

Maistrak Bärbel, Köchin, Erzieherin, Teilnehmerin der Stabilisierungsgruppe, Ko-Moderatorin der Selbsthilfegruppe Stabilisierung in Halle, EX-IN-Ausbildung ab Mai 2016.

Marc Walter, Dr. med.

***Mayer Beate**, BScN, Diplom der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege (2011), Bachelorstudium der Pflegenwissenschaft mit Schwerpunkt Pädagogik an der Umit, seit 2011 auf einer allgemein psychiatrischen Station in Wien tätig. *Kontakt: beate.mayer@wienkav.at*

***Mayer Michael**, M.A. in Psychologie, Erziehungswissenschaften und Philosophie, Supervisor, Krankenpfleger für Psychiatrie, Bildungsreferent für den Fachbereich Psychiatrie und Heilpädagogik an der allgäu akademie am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren. *Kontakt: mm@allgaeu-akademie.de*

***Meyer Günter**, Dr. phil.,M.A., Krankenpfleger, Historiker, Geschäftsführer eines psychiatrischen Pflegedienstes. Dozent für Psychatriegeschichte und ambulant psychiatrische Pflege. Vorstandsmitglied der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP). *Kontakt: gue.mey@web.de*

Michel Konrad, Prof. Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie Bern

***Mika Jenny**, studierte Klinische Psychologie und Medical Anthropology in München und am University College London. Sie ist als Psychotherapeutin am Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer Refugio München tätig. *Kontakt: jenny.am.mika@gmail.com*

***Naeem Mohab**, Master absolvent der psychiatrischen Krankenpflege an der Universität Alexandria – Ägypten. Arbeitete 4 Jahre im psychiatrischen Krankenhaus Ibn-Rusd in Syrien als Psychiatrischer Krankenpfleger, Publikation: Naeem, M M; Maximus M H, Ramadan F H. Relationship Between Coping Styles and Level of Depression Among Depressed Patients. Journal of American Science 2011; 7(3):322-35. *Kontakt: mohapna84@yahoo.com*

***Naumann Nils**, Fachkraft für psychiatrische Pflege, B.A. Psychiatrische Pflege, AMEOS Klinikum Osnabrück. *Kontakt: naumann71@gmx.de*

***Needham Ian**, RN, Pflegewissenschaftler MSc, Rechtspsychologe MSc, Kantonale Psychiatrische Dienste - Sektor Nord; Center of Education & Research (COEUR). *Kontakt: ian.needham@gd-kpdw.sg.ch*

Nienaber André, M.Sc. Gesundheits- und Pflegewissenschaft; wissenschaftl. Mitarbeiter an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld; Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung am LWL-Klinikum Gütersloh; Student der Internationalen Graduiertenakademie (InGrA) im Promotionsstudiengang „Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie“ an der MLU Halle-Wittenberg. *Kontakt: Andre.Nienaber@fhdd.de*

Oetmann Hajo, Dipl.-Pädagoge, Gesundheits- und Krankenpfleger, LVR-Akademie für seelische Gesundheit, Solingen

***Osinski Martin**, Diplom-Psychologe, Supervisor (DGSp), Jahrgang 1960, lebt und arbeitet in Neuruppin. Er war mehr als 20 Jahren in einer unterstützenden Wohnform für Menschen mit seelischen Behinderungen tätig. 2011 übernahm er die Koordination der Beherbergung, Betreuung und Beratung der AsylbewerberInnen im Landkreis Ostprignitz-Ruppin. Er ist ehrenamtliches Mitglied der Redaktion der DGSP-Mitgliederzeitschrift "Soziale Psychiatrie".

***Pauge Matthias**, staatlich anerkannter Heilerziehungspfleger, Psychische Gesundheit BA, studiert das sozialwissenschaftliche Masterprogram Kultur und Person an der Ruhr-Universität Bochum und ist Mitarbeiter in der Sozialpsychiatrie. *Kontakt: Matthias.pauge@rub.de*

Pohlmann Wolfgang, EX-In Trainer, Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Stationsleitung im EvKB. *Kontakt: pohlmannwolfgang@aol.com*

***Pöschel Klaus**, Dr., Pflegerische Abteilungsleitung Gerontopsychiatrie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel – Evangelisches Krankenhaus Bielefeld (EVKB), Bethesdaweg 12, 33617 Bielefeld. *Kontakt: klaus.poeschel@evkb.de*

***Reist Sonja**, dipl. Pflegefachfrau Höfa 1, Stationsleitung Station Lüthi, UPD Bern. *Kontakt: sonja.reist@gef.be.ch*

Richard Bodo, Erzieher, B.A. Psychische Gesundheit, LWL- Maßregelvollzugsklinik Rheine.

***Richter Dirk**, Dr., Leiter Forschung und Entwicklung, Direktion Psychiatrische Rehabilitation, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern und Dozent Angewandte Forschung und Entwicklung Pflege, Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule. *Kontakt: dirk.richter@puk.unibe.ch*

***Rixe Jacqueline**, B.A. Psychiatrische Pflege, RN, Stabsstelle Pflegeforschung Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel (EvKB); wissenschaftl. Mitarbeiterin an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld; Studentin im Masterstudium Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der MLU Halle-Wittenberg. *Kontakt: Jacqueline.Rixe@evkb.de*

***Rogge Stefan**, LVR Klinik Köln (Abteilung für forensische Psychiatrie), Fachgesundheits- und Krankenschwester für Psychiatrie, Studium Psychische Gesundheit/Psychiatrische Pflege, FHDD Bielefeld

Römer Clara, Pflegewissenschaftlerin (cand. M.A.), Abteilung Forschung und Entwicklung Pflege, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, Deutschland

***Ruckstuhl Andreas**, Stationsleiter, Akutstation 1OG, Luzerner Psychiatrie. *Kontakt: andreasruckstuhl@me.com*

Ruf Maurus, cand. BScN, Hilfsassistent in der angewandten Forschung und Entwicklung Pflege an der Berner Fachhochschule. *Kontakt: mauruschristof.ruf@bfh.ch*

Rühle Andersson Sabine, Lic. Phil I, arbeitet als wissenschaftliche Assistentin mit persönlicher Krankheitserfahrung im Projekt PIONEERS in der angewandten Forschung und Entwicklung Pflege an der Berner Fachhochschule. *Kontakt: sabine.ruehle@bfh.ch*

***Sauter Dorothea**, BA, RN, Krankenschwester, wiss. Mitarbeiterin Fachhochschule der Diakonie Bielefeld, Studentin im Masterstudium Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der MLU Halle-Wittenberg. *Kontakt: Dorothea.sauter@fhdd.de*

***Schädle-Deininger Hilde**, Dipl. Pflegewirtin, Lehrerin Für Pflegeberufe und Fachkrankenschwester in der Psychiatrie, Leiterin der Weiterbildung zum Fachpfleger/zur Fachpflegerin für Psychiatrische Pflege, Abteilung Forschung Weiterbildung Transfer und Promotorin im Projekt „MainCareer – Offene Hochschule, Frankfurt University of Applied Sciences. *Kontakt: schaedle-deininger@t-online.de*

***Scheydt Stefan**, Pflegewissenschaftler (M.A.), Abteilung Forschung und Entwicklung Pflege, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim, Deutschland. *Kontakt: stefan.scheydt@zi-mannheim.de*

***Schmid Martin**, Pflegeexperte, Master of Science Health Education, arbeitet seit 12 Jahren in dieser Funktion in der *Clenia Privatklinik Schlössli, CH-8618 Oetwil am See* und begleitet Stationen im Erwachsenen -und Altersbereich als Fachexperte bei inhaltlichen Themen der Stationsentwicklung. *Kontakt: martin.schmid@clenia.ch*

Schmidt Melanie, Wissenschaftsjournalistin B. A., wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „MainCareer – Offene Hochschule“ an der Frankfurt University of Applied Sciences, Arbeitsschwerpunkte: Lebenslanges Lernen, Anrechnung von außerhochschulisch erworbenen Kompetenzen, Verbesserung der Übergänge zwischen pflegeberuflicher und akademischer Bildung, qualitätsgesicherter Auf- und Ausbau von Kooperationen. *Kontakt: melanie.schmidt@mc.fra-uas.de*

Schmitz Sara, Klinik für Sonnenhalde AG, Psychiatrie und Psychotherapie, Riehen Schweiz.

***Schnackenberg Joachim**, engl. Dipl. Fachpfleger & dt. Sozialpädagoge/-arbeiter (FH), Leitung Stimmenhören und Recovery in der Diakonie Kropp, Schleswig-Holstein & EFC Fortbilder/ Supervisor/ Berater/ Forscher. *Kontakt: info@efc-institut.de*

***Schneider Florian**, BscN Universität Basel, seit 2 Jahren auf der Akutstation „Flügel“ (Schwerpunkt Sucht) sowie im angegliederten Suchtambulatorium in den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern tätig. *Kontakt: florian.schneider@gef.be.ch*

Schneider Jacqueline, MAS Mental Health, Bereichsleiterin Pflege des Schwerpunktes Psychotherapie der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD). *Kontakt: jacqueline.schneider@gef.be.ch*

Schnider, Nadine Dipl. Pflegefachfrau. *Kontakt: nadine.schnider@stgag.ch*

Schoppmann Susanne. Pflegewissenschaftlerin bei den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, Wilhelm-Klein-Strasse 27, CH 4012 Basel. *Kontakt: Susanne.Schoppmann@upkbs.ch*

Schulz Michael, Prof. Dr. habil., Professor und Studiengangsleiter für Psychiatrische Pflege / Psychische Gesundheit an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld; Krankenpfleger. *Kontakt: Michael.Schulz@fhdd.de*

Schwarze Thomas, MNS, Wissenschaftlicher Mitarbeitender, Projektleitender, Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Bern.
Kontakt: thomas.schwarze@bfh.ch

Schweika Elizabeth, Genesungsbegleiterin/EX-IN auf einer Akutstation im EvKB, Angebot einer sog. Teezeitgruppe, Teilnehmerin und Vertretungsmoderatorin in der 1. Stabilisierungsgruppe

***Simonik Michaela, RN**, Pflegewissenschaftlerin MSc, Pflegefachfrau Gerontopsychiatrie, Kantonale Psychiatrische Dienste - Sektor Nord. *Kontakt: michaela.simonik@gd-kpdw.sg.ch*

***Spannhorst Stefan**, Dr., Oberarzt Abteilung Gerontopsychiatrie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel des EVKB, Bethesdaweg 12, 33617 Bielefeld.
Kontakt: stefan.spannhorst@evkb.de

Sporleder Anita, Erzieherin (5 jähr. Berufserfahrung in der Kinder-& Jugendpsychiatrie), im VPE-Vorstand, Peer, langjährige Teilnehmerin der Stabilisierungsgruppe, Teilnahme an der Recoveryschulung im EvKB.

***Stade Andrea**, tätig als Fachkrankenschwester für Psychiatrie und Stationsleitung auf einer Drogenentgiftungsstation, seit 1996 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel (EvKB), seit 2011 ProDeMa-Deeskalationstrainerin. *Kontakt: Andrea.Stade@evkb.de*

Stefan Harald, Dr., Philosophiae doctor nursing Science, MSc., Master of Science in nursing, akademischer Pflegemanager, Diplom für psych. Gesundheits- und Krankenpflege (1985). Führungsaufgaben in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege seit 1987 in Wien/A. Trainer für Pflegeprozess und Pflegediagnostik seit 1998. Ausgebildeter Trainer für Deeskalations- und Sicherheitsmanagement seit 2004. Vortragstätigkeiten an Fachhochschulen und Universitäten. Internationale Tätigkeit in Netzwerken für Pflegeforschung und Pflegeklassifikationssystemen. Mehrfache Buchpublikationen zu den Themen Pflegeprozess und Pflegediagnostik. Publikationen zum Thema Aggressions- und Sicherheitsmanagement. Mitorganisator des Dreiländerkongress Psychiatrie Pflege. Organisation von TrainerInnenausbildungen für Deeskalations- und Sicherheitsmanagement im Gesundheitswesen. *Kontakt: haraldstefan@gmx.at*

***Steffen Hermann-T.**, BSc, MSc PH, Dr. PH ist Krankenpfleger und Gesundheitswissenschaftler. Nach seiner Tätigkeit in der klinischen Epilepsieberatung im Epilepsie-Zentrum Bethel und Pflege- und Versorgungsforschung der psychiatrischen und psychosomatischen Klinik des Ev. Krankenhauses Bielefeld ist er derzeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter und Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Fachhochschule der Diakonie beschäftigt. Seine Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen ‚Familie und Chronische Krankheit‘, ‚Gesundheitsbezogene Kommunikation im Web 2.0‘ sowie ‚Neue Versorgungsmodelle in der Psychiatrie‘. *Kontakt: hermann.steffen@fhdd.de*

Steinauer Regine, MSc, Pflegerische Leitung Ambulatorium ADS/Janus APN Zentrum für Abhängigkeitsstörungen Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel. *Kontakt: regine.steinauer@upkbs.ch*

***Stricker Christian**, Dipl. Pflegefachmann HF, CAS Pflege in der forensischen Psychiatrie, seit 20 Jahren in der stationären psychiatrischen Pflege, aktuell als pflegerische Abteilungsleitung einer forensischen Station, tätig. *Kontakt: christian.stricker@upkbs.ch*

Stulz Niklaus, Dr. phil., Leiter Evaluation, Forschung und Lehre (ELF); Psychiatrische Dienste Aargau AG.

Sturm Ute, Dipl.-Pflegerin, M.A. Erwachsenenbildung, Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für psychiatrische Pflege, LVR-Akademie für seelische Gesundheit, Solingen.

***Stutte Karin**, MScN, Pflegeexpertin APN, ist in den Psychiatrischen Diensten der solothurner Spitäler tätig. *Kontakt: karin.stutte@spital.so.ch*

***Trost Andrea**, BA of Nursing, M.A. Beratung und Vertretung im Sozialen Recht, Promotionsstudentin Ph. D. Pflegewissenschaft Univ. Witten/Herdecke, arbeitet als Pflegeexpertin ANP in der LVR-Klinik Köln, seit 2009 im Fachbereich Forensische Psychiatrie tätig. *Kontakt: Andrea.Trost@lvr.de*

***Tschinke Ingo**, Master of Nursing, Dipl. Pflegewirt (FH), Fachpfleger in der Psychiatrie, Fachliche Leitung der ambulanten psychiatrischen Pflege im Pflegedienst Caspar & Dase, Wedemark und Celle, Deutschland, Regionalsprecher der BAPP Nord. *Kontakt: i.tschinke@fachpflegedienst.de*

***Volmar Benjamin**, B.A. Psychiatrische Pflege, Case Manager (DGCC), Seit 01.03.2015 Demenzkoordinator am Klinikum Gütersloh und im LWL-Klinikum Gütersloh in der Stabsgruppe Klinikentwicklung/Forschung (SKF). *Kontakt: Benjamin.Volmar@Klinikum-Guetersloh.de*

Wabnitz Pascal, Prof. Dr., Professor für angewandte Psychologie an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld; Psychologischer Psychotherapeut (VT) in eigener Praxis in Bielefeld. *Kontakt: Pascal.Wabnitz@fhdd.de*

Walkenhorst Ute, Erzieherin, Genesungsbegleiterin/EX-IN auf einer Akutstation im EvKB

Weber Tobias, tätig als Fachkrankenschwester für Psychiatrie auf einer akutenpsychiatrischen Station, seit 2000 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel (EvKB), seit 2001 Beauftragter für Reanimationsfortbildungen. *Kontakt: Tobias.Weber@evkb.de*

***Welberts Mathias**, Gesundheits- und Krankenpfleger für Psychiatrie, studiert an der HFH Hamburg Health Care (B.sc.), arbeitet in der Klinik für Allgemeinpsychiatrie am Universitätsklinikum Heidelberg, Mitglied in der DFPP - Leiter der AG Suizidprävention. *Kontakt: MathiasWelberts@t-online.de*

***Wernli Kaufmann Reto A**, RN, Berufsschullehrer HF, Trainer Aggressionsmanagement, Berner Bildungszentrum Pflege. *Kontakt: reto.wernli@bzpflege.ch*

***Wersin Pamela**, RN, BA Pflege und Gesundheitsförderung, cand. MScN, Sanatorium Kilchberg, Station B2/1. *Kontakt: pamelawersin@sanatorium-kilchberg.ch*

Will Kerstin, Gesundheits- und Krankenpflegerin, B.A. Psychiatrische Pflege, Psychosozialer Trägerverein Eppendorf/Eimsbüttel e.V.

Winter Andréa, Peer-Mitarbeiterin und Genesungsbegleiterin EX-IN, Station Lüthi, UPD Bern. *Kontakt: andrea.winter@gef.be.ch*

Wolfensberger Peter, MScN, cand. PhD an der Bournemouth University, UK, Pflegewissenschaftler in der Abteilung Bildung/Beratung/Entwicklung Pflege der Integrierten Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (ipw), CH.

Wyss Roman, BscN Berner Fachhochschule, Dipl Pflegefachmann Psychiatrie, seit 8 Jahren auf der Akutstation „Schneeberger“ (Schwerpunkt Sucht) sowie im angegliederten Suchtambulatorium in den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern tätig. KISS-Projektmanager, Ausbildung in Motivierender Gesprächsführung. *Kontakt: roman.wyss@gef.be.ch*

Zehnder Ursina, MScN, Pflegeexpertin APN, ist in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich tätig. *Kontakt: ursina.zehnder@puk.zh.ch*

***Zuaboni Gianfranco**, MNSc, cand. PhD Medizinische Fakultät InGrA Universität Halle-Wittenberg, Leiter Pflegeentwicklung & Recovery Beauftragter, Sanatorium Kilchberg AG. *Kontakt: g.zuaboni@sa-ki.ch*

Zwick Debora, Pflegeberatung, Wundexpertin, Krankenschwester, ZfP Südwürttemberg.

Unter

<http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/>

finden Sie weiter Informationen zum jährlichen Kongress und nützliche Links. Sie können alle bisherigen Kongressbände als PDF downloaden. Zudem finden Sie auf dieser Seite auch schon frühzeitig die Ausschreibung für den Kongress 2017 in Bern.

Dieser Band dokumentiert Vorträge, Workshops, Symposien und Poster des dreizehnten Dreiländerkongress „Pflege in der Psychiatrie“ vom September 2016 in Bielefeld zum Thema „Fremdsein überwinden“. Die hier publizierten Beiträge zeigen auf, dass „Fremdsein überwinden“ für die psychiatrische Pflege ein zentraler Aspekt im Umgang mit Patient/-innen, Kolleg/-innen, Mitgliedern anderer Berufsgruppen und der Gesellschaft allgemein ist. Wie immer zeigen die Beiträge in diesem Band auf wie sich die psychiatrische Pflege dem Thema annähert. Praxisprojekte, Fachbeiträge aus dem Management, Erfahrungsberichte aus der Betroffenenarbeit, Forschungsarbeiten und Keynotes und die daraus gewonnenen Erkenntnisse bieten eine spannende Grundlage für den Austausch.

ISBN 978-3-033-05784-5

Verlag Berner Fachhochschule,
Fachbereich Gesundheit
Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege
Murtenstrasse 10, 3008 Bern
September 2016
Druck und Verarbeitung:
resch druck - Thomas Resch KG,
Rosinagasse 19, A-1150 Wien,
office@resch-druck.at