

# **„Et cetera PPP: Psychopathologie, Psychotherapie, Psychopharmakologie“**

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

„Et cetera PPP: Psychopathologie, Psychotherapie, Psychopharmakologie“  
- eine Aufforderung an die psychiatrische Pflege in Praxis – Management –  
Ausbildung – Forschung

16. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld

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

Verlag Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit  
Forschung & Entwicklung Pflege

September 2019

ISBN 978-3-033-07426-2

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

**„Et cetera PPP:  
Psychopathologie,  
Psychotherapie,  
Psychopharmakologie“**  
**- eine Aufforderung an die psychiatrische Pflege in  
Praxis – Management – Ausbildung – Forschung**

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

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

Verlag Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit  
Forschung & Entwicklung Pflege  
Murtenstrasse 10, 3008 Bern  
September 2019

## **Vorwort der Veranstalter:**

### **16. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie**

#### **„Et cetera PPP: Psychopathologie, Psychotherapie, Psychopharmakologie“**

Liebe Leserinnen und Leser,  
Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wieder einmal ist es gelungen, zum Kongress den dazugehörigen Kongressband fertigzustellen. Hier finden sich die freien Beiträge - nicht enthalten sind die Keynotes. Es handelt sich für die psychiatrische Pflege im deutschsprachigen Raum um ein wertvolles Buch. An keiner anderen Stelle lässt sich der Puls der Berufsgruppe so umfassend erfüllen. Hier wird deutlich, mit welchen Themen sich die Berufsgruppe beschäftigt und welche Strategien ergriffen werden, um den fachlichen Herausforderungen gerecht zu werden. Wer sich die Mühe macht und auch in früheren Ausgaben dieses Kongressbandes stöbert stellt fest, dass insgesamt eine deutliche Qualitätssteigerung im Hinblick auf das wissenschaftliche Arbeiten zu erkennen ist. Tatsächlich ist es in unruhigen Zeiten wie diesen auch ein großer Wert, dass wir nach 16 Jahren schon eine gewisse Tradition mit dem Dreiländerkongress begründet haben. Als der Kongress im Jahr 2004 zum ersten Mal stattfand, ging Facebook an den Start. Peer Arbeit oder Advanced Nurse Practice waren damals noch kein Thema, Aggression aber schon. Während man Facebook heute eher schon als „Altenheim des Internets“ begreift, weil die jungen Menschen längst weitergezogen sind, bleibt das Format der Veranstaltung vor allem durch die Vielzahl von Mitwirkenden Vortragenden jung und zeitgemäß. Dafür möchten wir uns als Veranstalter herzlich bei allen bedanken.

Das Thema des diesjährigen Kongresses lautet:

„Et cetera PPP: Psychopathologie, Psychotherapie, Psychopharmakologie“

Dabei ist psychiatrische Pflege natürlich ganz viel mehr als diese drei P's. psychiatrische Pflege ist Beziehungs- und Kommunikationsarbeit, ist Dabei-

sein und ist bisweilen auch „Mädchen für alles sein“. Psychiatrische Pflege braucht es in psychiatrischen Kliniken, in somatischen Krankenhäusern, in Altenheimen, zu Hause in der direkten Lebenswelt von Nutzenden und über alle Lebensphasen hinweg. Zunehmend wird psychiatrische Pflege auch digital ortsungebunden angeboten und genutzt. Der zentrale Fokus der psychiatrischen Pflege liegt dabei meist auf der Begleitung und der Unterstützung im Umgang mit den Folgen von Krankheit im Alltag der betroffenen Personen und deren Umfeld.

Psychiatrische Pflege ist aber auch ein therapeutischer, psychodynamischer Prozess, in dem es darum geht zu erkennen, zu klären und ein Verständnis für die Patientensituation zu entwickeln, zu kommunizieren, zu intervenieren, zu reflektieren und die Wirkung der Pflege zu evaluieren. Die drei „P’s“ liefern hierzu eine wichtige Wissensgrundlage. Zudem ist psychiatrische Pflege eine wichtige Säule in medizinisch – pflegerischen Diagnostik-Prozessen sowie per Definition untrennbar mit psychotherapeutischen Aspekten verbunden. Psychiatrische Pflege übernimmt ebenfalls beim Thema Medikation mehr Aufgaben als ihr allenthalben lieb sein kann. Sie beobachtet Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten und ist wichtiges Bindeglied zwischen Patientinnen und Patienten und ärztlichem Dienst, um Informationen weiter zu tragen und die sichere Medikation zu gewährleisten. Auch hierzu sind die drei „P’s“ unabdingbare Grundlage.

Gleichzeitig ist es aber so, dass der Arzt für die medizinische Diagnose und Medikation sowie für die verordnete Therapie verantwortlich ist und der Psychotherapeut Psychotherapie durchführt. Die psychiatrische Pflege im deutschsprachigen Raum wird bisher – bis auf einige wenige interessante Ausnahmen – nur indirekt in die medizinische Diagnostik und Therapie einbezogen und kann psychotherapeutische Interventionen nur implizit und nur mit wenig politischer Unterstützung durchführen.

So erleben wir im Hinblick auf die drei „P’s“ in der psychiatrischen Behandlung viele Diskrepanzen, aber auch Entwicklungsmöglichkeiten. Wir sehen, dass in der Schweiz das Erlernen eines fundierten klinischen Assessments

auf Masterstufe sowie Kompetenzen in der Differentialdiagnostik in der Praxis immer häufiger gefragt sind. Denn dies stellt sicher, dass Pflegefachpersonen genau wissen, was zu tun ist und dies umfassend mit den Patientinnen und Patienten besprechen und abgleichen können. Im Hinblick auf die Diagnostik scheint zudem die Trennung zwischen Pflegediagnosen und medizinischen Diagnosen nicht immer für alle leicht nachvollzieh- oder umsetzbar. Wir stellen zudem beispielsweise fest, dass es in Finnland selbstverständlich ist, dass psychiatrisch Pflegende nach entsprechender Ausbildung als Verhaltenstherapeuten tätig werden können. Auch in Deutschland gibt es eine Reihe von psychotherapeutischen Programmen, die ohne die Mitarbeit von Pflegenden nicht zur Umsetzung kommen können. In England verschreiben psychiatrisch Pflegende Medikamente oder können diese weiter verschreiben. Und auch hierzulande wissen wir, dass es nicht nur auf den Arzt ankommt, wenn es darum geht, dass die medikamentöse Therapie so gestaltet ist, dass sie wirkt und zum Leben der Patientinnen und Patienten passt.

All dies hat zur Folge, dass innerhalb der psychiatrischen Pflege Diskussionsbedarf darüber entsteht, was heute schon Inhalt der psychiatrischen Pflege von morgen ist und was zukünftiger Inhalt sein soll, um den künftigen Anforderungen und der Rollenentwicklung gerecht zu werden.

Im Hinblick auf den Kongress gilt unser Dank den vielen Helfern aus Bielefeld und Gütersloh. Namentlich genannt seien hier vor allem Sabine Urban, Jacqueline Rixe und Michael Löhr. Die Erstellung des Kongressbandes erfolgte auch in diesem Jahr wieder durch die Fachhochschule Bern. Hier ist vor allem Sabine Seiler zu danken, die mit großer Hingabe und hoher Fachlichkeit aus unzähligen Einzelteilen ein gut lesbares großes Ganzes geschaffen hat.

Wir sind stolz darauf, dass dieser Kongress zum 16. Mal ohne die Unterstützung der Pharmaindustrie stattfinden kann.

Für die Veranstalter

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

Bielefeld, Bern, September 2019

# Inhaltsverzeichnis

<b>Präsentationen und Workshops</b>	<b>18</b>
1. Vom Umgang mit der Macht im forensischen Kontext/Setting (Abstract)	19
<i>Denis Albani, André Heemann, Maria Weisskerber</i>	
2. Das Erleben von Intensivbetreuungen in eigengefährdenden Krisensituationen aus Sicht der Betroffenen	22
Lars Alsbach	
3. Medikamententraining zur Förderung der Selbstbefähigung und Selbstbestimmung	25
Simone Beeri, Gabriela Minnier	
4. Optimiertes Basis-Assessment als Ausgangspunkt zur systematischen Umsetzung des pflegediagnostischen Prozesses	30
Simone Beeri	
5. Die praktische Umsetzung von Recovery in der ambulanten psychiatrischen Pflege auf Grundlage des Gezeiten-Modells (Abstract)	33
Sarah Birzele	
6. Vier wichtige Lebensthemen auf dem persönlichen Recoveryweg (Abstract)	36
Marie Boden, Doris Feldt, Vera Bierwirth, Bärbel Maistrak, Anita Sporleder	
7. Mensch mit mittelschwerer Demenz. Wie identifizieren Pflegende die aktuellen Selbst- bzw. Dependenzpflegeerfordernisse? (Abstract)	39
Barbara Boßler	
8. Offener Dialog in der Schweiz	41
Michael Durrer, Cornelia Hartenbach, Nadine Binggeli Veltman, Martin Fluder, Johann Meinhof	



9.	Skill Grade Mix in der Pflege – eine Möglichkeit zur Karriereplanung und Mitarbeiterbindung? (Abstract)	47
	Andreas Fraunhofer	
10.	Das Erleben "Erfahrungsfokussierter Beratung" aus Sicht der Stimmenhörer: Eine qualitative Studie (Abstract)	50
	Kerstin Freitag	
11.	Expositionstraining bei Angsterkrankungen - Evidenzbasierte Intervention	54
	Barbara Frey, Lucia Strehler	
12.	„PPP“ – Praxisentwicklung Pflege in der Psychiatrie – erste Erfahrungen des Einsatzes einer Pflegeexpertin APN Psychiatrie	61
	Sonja Freyer	
13.	Deeskalation – ein Basic erfordert Training	65
	Bernhard Giuliani, Ursel Basener-Roszak	
14.	Schließer oder Therapeut? Rolle der Pflegefachperson in der Deliktbearbeitung bei untergebrachten Patient*innen im Maßregelvollzug (MRV)	67
	Simon Gödecke, Domitian Woloszyk, Saskia Flegel, Dorothea Sauter	
15.	Adherencetherapie neu denken	72
	Manuela Grieser, Maja Lo Faso, Nicole Amrein	
16.	Professionalisierung der psychiatrischen Pflege in der Schweiz	79
	Manuela Grieser, Eduard Felber	
17.	Beziehung ist alles - kongruente Beziehungspflege in der ambulanten Versorgung praktisch angewandt (Abstract)	85
	Bettina Grundmann-Horst, Kay Hesse	
18.	Arbeitnehmende Menschen mit Sucht unterstützen	88
	Silvia Günter	
19.	Recoveryorientierte Gruppen – „so unterschiedlich wie das Leben“	94
	Birgit Hahn, Gabriele Braum, Caroline Bromann, Fritz Hillebrenner, Claudia Hülsmann, Volker Panzer, Jacqueline Rixe	

20.	Eine empirische Untersuchung zur partizipatorischen Dokumentation als Instrument zur Steigerung des Klienten*inneneinbezugs auf einer Soteria (Abstract)	100
	Simone Heckenberger	
21.	Das Huddle-Board als Methode zur Verbesserung der Zusammenarbeit auf psychiatrischen Stationen – Resultate der qualitativen Evaluation eines Pilotprojektes (Abstract)	103
	Jacob Helbeck, Philipp Meyer, Christian Burr	
22.	Sechs auf einen Streich – Einsatz von akademisch qualifizierten Pflegenden auf der Station	106
	Claudia Himmel, Franziska Weidlich, Johanna Blöcker, Birgit Marx	
23.	Was kann bzw. darf die Fachpflege im psychoonkologischen Dienst leisten (Abstract)	110
	Michaela Hörmann	
24.	ANP meets CRA – Suchttherapie durch Pflegende	112
	Wolfram Kämmer	
25.	Strukturiertes Problemlösetraining in der psychiatrischen Pflege – Effekte auf die Problemlösefähigkeiten depressiver Patient*innen im Hinblick auf therapeutische Belastungserprobungen	117
	Sebastian Köhler	
26.	Therapeutisches Arbeiten in der psychiatrischen Pflege – ein Puzzle aus Wissenschaft, Bildung, Praxis und Management (Abstract)	122
	Bernd Kozel, Beatrice Etter, Daniel Gilgen, Zamzam Abdi, Lukas Hählen, Amina Tainasti, Sven Andersson	
27.	Schlüsselmomente – Patientenorientierte Qualitätsentwicklung in der Psychiatrie (Abstract)	125
	Bernd Kozel, Lars Wyss	
28.	Humor in der Psychiatrie - Die spinnen doch!	127
	Nancy Krüger, Michael Durrer	
29.	Akademisch ausgebildet-...und nun??? (Abstract)	133
	Christin Kunert, Jacqueline Rixe, Michael Schulz, André Nienaber	

30.	Schema? Schema! Werkzeugkasten Schematherapie. Daniela Lang, Esther Meier	136
31.	Modellprojekt zur Weiterentwicklung der Weiterbildung auf dem Gebiet der Psychiatrie (Abstract) Marina Mertens, Birgit Reichert	140
32.	Komplexe Transition – Brauchen wir Transitionsbeauftragte in den psychiatrischen Kliniken? André Nienaber	142
33.	Die AggressionsAcht und der GesprächsKompass als Handwerkzeuge in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen (Abstract) Lars Petersen	148
34.	Einweisungen von Menschen mit Demenz in die Gerontopsychiatrie: Häufigkeiten medizinischer, pflegerischer und sozialer Faktoren Klaus Pöschel, Stefan Spannhorst	150
35.	Dementia Care Sensitive Demands (DCSD) – Demenzversorgungs- sensitive Bedarfslagen Klaus Pöschel, Stefan Spannhorst	157
36.	Muss es zwingend eine randomisierte kontrollierte Studie sein? Das Studiendesign eines Projekts in der psychiatrischen Wohnversorgung (Abstract) Dirk Richter, Christine Adamus, Sonja Mötteli, Matthias Jäger	163
37.	Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie: Was steht drin und was bewirken sie? Jacqueline Rixe, Lina Macdonald	166
38.	Pflegeexpert*innen werden und sein (Abstract) Anja Rohlfing	172
39.	Home Treatment Rehabilitation in den UPD Bern (Abstract) Daniel Schärer, Jonas Hahn, Dirk Richter	173

40.	Psychiatriespezifisches Pflegebasisassessment: Gesundheitsverhaltensmuster gekoppelt an eine funktional- verhaltensanalytische Haltung (Abstract)	175
	Philipp Schmidt, Sonja Forster	
41.	Unterstützung der Sinnfindung in der psychiatrischen Pflege	178
	Alexandra Stähli, Petra Metzenthin	
42.	Settingspezifische Implementierung des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“	183
	Ilka Strodthoff	
43.	Wirksamkeit von Experten aus Erfahrung im Recovery Training	188
	Ingo Tschinke, Melanie Rogner	
44.	Methamphetamin-Abhängigkeit: Handlungsfelder für die psychiatrische Pflege	193
	Markus Weber	
45.	„Das vierte P: Psychotherapie als Thema und Aufgabenbereich von Advanced Practice Nursing (APN)“	198
	Katja Weidling, Holger Schmitte	
46.	Malingering aus der Perspektive psychiatrischer Pflegefachpersonen. Eine qualitative rekonstruktive Analyse	203
	Reto Wernli Kaufmann, Andreas Heuer	
47.	<i>Beitrag wurde zurückgezogen</i> <b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>	
48.	Teilnehmende Beobachtung in einem trialogischen Bildungsgang	213
	Andrea Wild, Manuela Grieser	
49.	Mechanische Fixierung versus Isolierung: Erleben, Bedürfnisse und Haltung aus der Sicht aller Beteiligten – eine quantitative Fragebogenerhebung	218
	Florian Wostry, Harald Stefan	
50.	FHP: Pflegediagnostik in der täglichen Dokumentation abbilden	224
	Maximilian Ziegler, Brigitte Spranger, Markus Kugler	

51.	Psychotherapie, Psychopharmakologie und sonst nichts? - Über Möglichkeiten und Notwendigkeiten der psychiatrischen Pflege als „Taking Care - An Alternative To Therapy“ (D. Smail)	228
	Jürgen Zink	
52.	Gemeinsam an Wünschen und Zielen arbeiten: Strategien und Techniken zur personenzentrierten Zielformulierung (Abstract)	234
	Gianfranco Zuaboni	
53.	Bildungskommission der Südhalde – Gemeinsame Bildungsaktivitäten fünf psychiatrischer Kliniken in der Schweiz (Abstract)	237
	Gianfranco Zuaboni, Anja Arnold, Jürg Dinkel, Martin Weyer	
	<b>Symposien</b>	240
54.	PPP: Psychose-Psychotherapie durch Pflegefachpersonen	241
	Christian Burr, Evgenia Zraychikova, Karsten Gensheimer, Ursina Zehnder	
55.	Grundlagen und Rahmenbedingungen der Stationsäquivalenten Behandlung (StäB) in Deutschland unter Einbezug einer Perspektive der Nutzenden	252
	Anna Feldmann, Johannes Kirchhoff, Birgit Hahn	
56.	Implementierung der Stationsäquivalenten Behandlung - Viele Wege führen nach Hause	258
	Martin Holzke	
57.	Veränderungen im Rollenprofil des multiprofessionellen Teams und der Nutzer*innen durch die stationsäquivalente Behandlung (StäB) – sind zukünftig andere Kompetenzen notwendig?	261
	Birgit Hahn, Anna Feldmann, Kristin Linneweber, Kerstin Ziehn	
58.	Safewards als komplexe Intervention implementieren – was wir gelernt haben	266
	Michael Löhr, Michael Schulz	
59.	Safewards trifft auf Maßregelvollzug und EX-IN	271
	Andrea Trost, Claudia Franck	

60.	Safewards in der Akutpsychiatrie – Berlin	276
	Johanna Baumgardt, Dorothea Jäckel, Heike Helber-Böhlen, Nicole Stiehm, Karin Morgenstern, Andre Voigt, Ann-Kathrin Mc Cutcheon, Enrico Schöppe, Stefan Weinmann, Edwin Emilio Velasquez Lecca, Andreas Bechdolf	
61.	Safewards in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Hamm	281
	Nadia Basarir, Silvana Heße	
62.	Bildung ergänzt Therapie: Recovery-orientierte Lernsettings zur Förderung der Genesung und Prävention psychischer Krankheit	282
	Michael Schulz, Michael Löhr, Andrea Zingsheim, Christian Burr, Giannfranco Zuaboni, Manuela Grieser	
63.	Trialogisch Lernen – Betroffene, Angehörige und Fachpersonen studieren zusammen	292
	Manuela Grieser	
64.	Psychotherapie durch psychiatrisch Pflegende - klinische Notwendigkeiten und curriculare Ausrichtung	294
	Michael Schulz, Thomas Pollmächer, Pascal Wabnitz, Michael Löhr	
65.	Psychotherapeutische Interventionen durch psychiatrisch Pfleger - Verantwortung für Intervention und Vergütung (Abstract)	297
	Norbert Wietscher	
66.	Psychotherapeutische Interventionen durch psychiatrisch Pfleger – Psychiatrische Pflege als Handwerk und Sprechwerk. Eine Verteidigung. (Abstract)	300
	Daniel Heinrichs	
67.	Psychotherapeutische Interventionen durch psychiatrisch Pfleger – Klingt ganz gut, aber ist es so neu?	303
	Stefan Rogge	
68.	Traineeprogramm Psychiatrische Pflege – Neue Wege zur Fachkräftegewinnung und –bindung	307
	Klaus Pöschel, Mario Gevers	

69.	Traineeprogramm in psychiatrischer Pflege (TiPP) - Schulung und Mentoring	313
	Birgit Hahn, Wolfram Kämmer, Jacqueline Rixe	
70.	Praxisnah und pädagogisch sinnvoll?!? Erste Erfahrungen mit TiPP, dem Traineeprogramm in psychiatrischer Pflege...	318
	Jacqueline Rixe, Charlotte Lamm, Hannah Rott	
71.	Therapeutische Konzepte in der Jugendforensik: Trauma Informed Care	323
	Susanne Schoppmann	
72.	Hundegestützte Therapie als Element des traumapädagogischen Konzepts in der Jugendforensik (Abstract)	328
	Pamela Wersin, Sabine Krumbeck, Susanne Schoppmann	
73.	Einführung eines traumapädagogischen Konzepts in der Jugendforensik – Grenzen und Möglichkeiten (Abstract)	330
	Pamela Wersin, Sabine Krumbeck, Susanne Schoppmann	
74.	Was benötigt eine moderne gerontopsychiatrische Station für Menschen mit Demenz	332
	Benjamin Volmar, Sophia Mühlenjost, Katja Veldboer	
75.	Milieugestaltung einer Gerontopsychiatrischen Station (Abstract)	334
	Benjamin Volmar, Sophia Mühlenjost	
76.	Versorgungsqualität aus Sicht der Angehörigen auf einer gerontopsychiatrischen Station.	336
	Sophia Mühlenjost	
77.	Die Stellenbeschreibung von ANP auf einer Station für Menschen mit Demenz mit einem geriatrischen und gerontopsychiatrischen Behandlungsschwerpunkt (Abstract)	342
	Benjamin Volmar, Katja Veldboer	
78.	Et cetera PPP: Partizipation der Betroffenen, Personen-geleitete Pflegeplanung und „Pflegepower“ – Statements der DFPP e.V.	345
	Dorothea Sauter, Karsten Gensheimer und Michael Mayer	

79.	Autonieförderung und Betroffenen-Partizipation: Anforderungen an die psychiatrische Pflege Karsten Gensheimer	346
80.	Personen-geleitete Pflege – mit Kreativität und Flexibilität zu mehr Selbstbestimmung der Betroffenen Michael Mayer	347
81.	Power für die Pflege ermöglicht Power durch die Pflege Dorothea Sauter	352
	<b>Posterpräsentationen</b>	354
82.	Stimmen im Kopf – ein alternativer Umgang mit Stimmen hörenden Menschen Johanna Blöcker, Sarah Reiche	355
83.	Welche Kompetenzen benötigen Pflegefachpersonen, um einen Suizidversuch unterbrechen zu können? Mirco Müller, Sara Häusermann	358
84.	Psychiatrisch Pflegende, die Einsamkeit und ihre Rolle in der Versorgung migrationserfahrener Menschen (Abstract) Mohab Naeem	361
85.	Pflegeinterventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der psychiatrischen Versorgung André Nienaber, Dorothea Sauter	365
86.	Empowerment in der Gerontopsychiatrie (Abstract) Kerstin Redzinski, Sabine Brüchmann, Klara Döllner	370
87.	Pflegephänomene und Pflegeinterventionen bei Frauen mit Symptomen der Menopause und/oder Depression im ambulanten Setting Anja Salzwedel Pieri, Manuela Grieser	373
88.	Professionalisierung in der pflegetherapeutischen Gruppenarbeit, Bettzeitrestriktionsgruppe (BZR-Gruppe) Michèle Schuierer	377



89.	Zeit sich den gerontopsychiatrischen Herausforderungen zu stellen Maria Seidenschwann	381
90.	Evaluation des 3. EX-IN Weiterbildungskurses in Bielefeld Daniel Sieg, André Nienaber, Michael Schulz	384
91.	Evidenzbasierte Pflege bei Suizidalität mit multifaktorieller Problematik – ein Fallbericht Stauffer Andrea, Heuer Andreas, Grieser Manuela	387
92.	Psychiatrische Pflege zwischen Wunsch und Wirklichkeit – Zur Situation psychiatrisch Pflegender (Abstract) Alexandra Vogt, Martin Holzke, Andreas Blume	391
	<b>Autorinnen und Autoren</b>	<b>394</b>

# 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.*

*Wenn für Vorträge, Workshops oder Poster von den Autorinnen und Autoren kein zusätzlicher Beitrag für den Kongressband verfasst wurde, wird der beim Call für Abstracts eingereichte Bewerbungs-Abstract abgedruckt (erkennbar am in Klammer stehenden Wort „Abstract“ nach dem Titel)*

# 1. Vom Umgang mit der Macht im forensischen Kontext/Setting (Abstract)

*Denis Albani, André Heemann, Maria Weisskerber*

## Hintergrund

In der Literatur gibt es unterschiedliche Definitionen und Formen von Macht. Grundlegend bezeichnet Macht die Beziehung zwischen zwei Personen oder Gruppen. Über die Beziehungsebene kann eine Person Einfluss auf eine andere Person oder Gruppe nehmen.

Der französische Philosoph Michel Foucault analysierte Macht in unterschiedlichen Kontexten. Dabei verdeutlichte er, wie der Führungsstil eines Staates bzw. Regierung die Bevölkerung beeinflussen kann. In der Gesellschaft gibt es kontinuierliche Machtbeziehungen wie z. B. in der Familie, im Beruf sowie im Alltag. Vor diesem Hintergrund erlebt jeder Mensch Machtbeziehungen, die er auch selber auf andere ausüben kann. Machtbeziehungen sind dynamisch und können sich jederzeit verändern.

Macht hat einen positiven und negativen Aspekt. Mithilfe von Macht, können Entscheidungen, Ordnung und Veränderung entstehen. Macht steht in enger Verbindung mit einer wachsenden Verantwortung. Unter diesen Bedingungen steigt auch die Gefahr des Machtmissbrauches.

Der Staat führt im Rahmen der Gesetzgebung Macht über die Gesellschaft aus. Damit kein Machtmissbrauch entstehen kann, unterliegt die Staatsgewalt der Gewaltenteilung mehrere Staatsorgane. Der Maßregelvollzug fungiert als ein ausführendes Organ dieser Staatsgewalt.

Eine Maßregelvollzugsklinik stellt eine totale Institution dar, in der psychisch kranke Straftäter im Zwangskontext nach dem § 63 oder 64 behandelt werden. Eine Behandlung im Maßregelvollzug findet unter gesicherten Bedingungen statt und unterliegt dem Maßregelvollzugsgesetz, mit dem Ziel der Besserung und Sicherung. Eine Resozialisierung im Rahmen von Gefährlichkeitsreduktion findet infolge eingesetzte Lockerungen statt.

In diesem Zusammenhang verwenden die Mitarbeiter unterschiedliche Instrumente bzw. Interventionen die Aspekte der Macht beinhalten.

## **Fragestellung**

Durch das besondere Setting im Maßregelvollzug, aus dem die Autoren auch kommen, sind sie täglich mit Macht konfrontiert. Dabei haben sich folgende Fragen herauskristallisiert:

- Wie setzen die Mitarbeiter im Pflege- und Erziehungsdienst Machtinstrumente ein, um das Maßregelvollzugsziel zu erreichen?
- wie üben Mitarbeiter im Pflege- und Erziehungsdienst Macht im Stationsalltag aus?
- Missbrauchen die Mitarbeiter im Pflege- und Erziehungsdienst ihre Macht gegenüber den Patienten?

## **Thema**

Um eine qualifizierte Behandlung im Maßregelvollzug gewährleisten zu können werden unterschiedliche Machtinstrumente im stationären Setting verwendet. Die Strukturen der Klinik und das vorgegebene Maßregelvollzugsziel legitimieren den Mitarbeitern schon von zu Beginn an, Macht über die Patienten auszuüben. In diesem Zusammenhang besitzen die Mitarbeiter auch eine Verantwortung in ihren täglichen Entscheidungen.

## **Ziele**

Um der wachsenden Verantwortung im Behandlungsprozess gerecht zu werden, setzen die Mitarbeiter im Pflege- und Erziehungsdienst unterschiedliche Interventionen im Stationsalltag ein. Dabei werden unterschiedliche Machtinstrumente verwendet wie z. B. einen Schlüssel, die Stationsregeln oder Lockerungen. Die Mitarbeiter müssen täglich neue Entscheidungen im Rahmen ihres professionellen Selbstverständnisses treffen, die auch eine Machtausübung beinhalten. Die professionelle Beziehungsarbeit mit dem Patienten geht automatisch mit einer Machtbeziehung einher. Im Zwangskontext können die Mitarbeiter ihre Macht entweder missbrauchen

oder Verantwortungsvoll einsetzen. Ein Verantwortungsvoller Umgang mit Machtinstrumenten ist eine wichtige Grundbasis/ Voraussetzung zur Entscheidungsfindung.

Totale Institution, wie eine Maßregelvollzugsklinik begünstigen Machtverhältnisse.

## **2. Das Erleben von Intensivbetreuungen in eigengefährden- den Krisensituationen aus Sicht der Betroffenen**

*Lars Alsbach*

### **Hintergrund**

Pflegerische Intensivbetreuungen bei Menschen, die aufgrund von Eigengefährdungen einer 1:1-Betreuung bedürfen, finden in einer Vielzahl an Publikationen Erwähnung [u.a. 1, 2, 3, 4, 5].

Bis auf wenige Ausnahmen wird das Empfinden der betroffenen Menschen in diesen Betreuungssituationen in den Veröffentlichungen nicht berücksichtigt. Vier Studien [6, 7, 8, 9] haben sich bislang des Themas gewidmet. Eine quantitative Überprüfung der darin gebildeten Hypothesen hat bislang nicht stattgefunden. Aktuelle Evidenz liegt damit nur unzureichend vor.

Pflegerische Intensivbetreuungen sind elementarer Bestandteil pflegerischer Tätigkeit auf psychiatrischen Akutstationen. Wohingegen weitestgehend geklärt ist, welche Voraussetzungen der Durchführende mitbringen muss, um eine fachlich gute Intensivbetreuung durchführen zu können, sind hilfreiche Interventionen aus Betroffenenensicht unklar. Um das Thema zu aktualisieren, wurde sich dieser Fragestellung gewidmet und die hier vorgestellte qualitative Studie durchgeführt.

### **Fragestellung**

Welche hilfreichen und hinderlichen Erfahrungen beschreiben Menschen, die aufgrund eigengefährdender Krisen intensiv betreut wurden? Welche weiteren Einflussfaktoren werden benannt?

### **Methode und Material**

Zur Beantwortung der Forschungsfragen und zum Generieren neuer Hypothesen wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Da es sich um kein gänzlich unbekanntes Forschungsfeld handelt, bot sich die Durchführung

eines halbstrukturierten Interviews und die Auswertung per Qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring an.

Folgende Vorgehensweise wurde durchgeführt:

- Literaturrecherche
- Erstellen eines halbstrukturierten Interviewleitfadens
- Abklärung Feldzugang
- Einholen der ethischen Durchführungserlaubnis bei der Ethikkommission der Universität Münster
- Aufklärung der Probanden
- Durchführung von halbstrukturierten qualitativen Interviews mit Menschen, die bereits in eigengefährdenden Krisensituationen 1:1 begleitet wurden.
- Auswertung der erhobenen Daten anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.

Die Studienteilnehmer sowie ein Feldzugang auf relevante Stationen waren für die Beantwortung der Forschungsfrage unerlässlich. Qualitative Forschungsarbeiten sind auf Experten als Gesprächspartner angewiesen. Da es sich bei dem Vorhaben um die Weiterentwicklung pflegerischer 1:1-Betreuungen handelt, war das Einbeziehen von Experten aus ggf. vulnerablen Personenkreisen von Nöten.

## **Ergebnisse**

Die endgültigen Ergebnisse lagen zum Zeitpunkt der Einreichfrist des Dreiländerkongresses noch nicht vor. Bisherige Auswertungen deuten darauf hin, dass die Betroffenen neben förderlichen und hinderlichen Erfahrungen in Intensivbetreuungssituationen weitere Aspekte benannten, die im Rahmen der Analyse in acht Kategorien eingeteilt werden konnten:

1. Hilfreich Interventionen
2. Gründe für Intensivbetreuung
3. Hinderliche Interventionen
4. Mitgestaltung

5. Personalfaktoren
6. Information über Intensivbetreuung
7. Strukturelle Faktoren
8. Betroffenenfaktoren

## Diskussion

Eine Diskussion und Schlussfolgerung kann aktuell noch nicht erfolgen. Dies wird in der Veranstaltung stattfinden.

## Literatur

1. *Nienaber A, Schulz M, Hemkendreis B et al.* Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung. *Psychiatrische Praxis* 2013; 40: 14 – 20
2. *Stewart D, Bowers L, Warburton F.* Constant special observation and self-arm on acute psychiatric wards: a longitudinal analysis. *General hospital psychiatry* 2009; 31: 523 – 530
3. *Nienaber A, Groß R, Hemkendreis B et al.* Eins-zu-eins-Betreuung in der psychiatrischen Versorgung. *Psychiatrische Pflege* 2016; 1: 76 – 84
4. *Triplett P, Dearholt S, Cooper M et al.* The Milieu Manager: A Nursing Staffing Strategy to Reduce Observer Use in the Acute Psychiatric Inpatient Setting. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 2017; 23: 422 – 430
5. *Lienhardt A, Rabenschlag F, Panfil E-M.* Die Praxis der psychiatrischen Intensivbetreuung bei Erwachsenen in der Deutschschweiz – eine deskriptive Querschnittstudie. *Pflege* 2018; 31: 255 – 265
6. *Pitulla C, Cardell R.* Suicidal Inpatients' Experience of Constant Observation Carol Rogers. *Psychiatric Services* 1996; 47: 649 – 651
7. *Cardell R, Rogers Pitulla C.* Suicidal Inpatients' Perceptions of Therapeutic and Nontherapeutic Aspects of Constant Observation. *Psychiatric Services* 1999; 50: 1066 – 1070
8. *Jones J, Ward M, Wellmann N et al.* Psychiatric Inpatients' Experience Of Nursing Observation. *Journal of psychosocial nursing* 2000; 12: 10 – 20
9. *Insua-Summerhays B, Hart A, Plummer E et al.* Staff and patient perspectives on therapeutic engagement during one-to-one observation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2018; 25: 546 – 557



### **3. Medikamententraining zur Förderung der Selbstbefähigung und Selbstbestimmung**

*Simone Beeri, Gabriela Minnier*

#### **Hintergrund**

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation betrifft die fehlende Adhärenz bei der Medikamenteneinnahme etwa 50% der chronisch kranken Menschen [1]. Rund 25% der an Schizophrenie erkrankten Patienten/-innen stellen ihre Medikamenteneinnahme innerhalb der ersten Woche nach der Entlassung aus der stationären Behandlung ein [2]. Es werden verschiedene Faktoren für die fehlende Adhärenz diskutiert: unzureichende Kenntnis der Erkrankung und ihrer Behandlung, mangelndes Wissen über die Medikation und mangelnde Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden der stationären und ambulanten psychiatrischen Versorgung [3, 4]. Die Studie von Hashimoto & Tensh, 2016 [5] zeigt beispielsweise, dass nur 27,6% der Patienten/-innen die Nebenwirkungen ihrer Medikamente kennen.

Die Massnahmen zur Verbesserung der Adhärenz bei Patienten/-innen mit schizophrenen Erkrankungen sind vielfältig. Bis heute benutzt man dafür mehrheitlich kognitive oder psychoedukative Ansätze. Patienten/-innen sollen die Namen der Medikamente, deren Substanzen, die Dosierung sowie den erforderlichen Zeitplan für die Medikamenteneinnahme kennen. Zudem sollen sie lernen, ihre wöchentliche Medikation im Voraus in einem Wochenspender vorzubereiten.

Eine randomisiert kontrollierte Studie hat gezeigt, dass ein Medikamententrainingsprogramm, das sich auf praktische Fähigkeiten der Patienten/-innen konzentriert und somit eine autonome Medikamenteneinnahme ermöglicht, die Adhärenz verbessert. Vier Wochen nach der Entlassung konnten 98% der Patienten/-innen in der Interventionsgruppe (N=52) nach erfolgter Zählung der Tabletten als adhärenz eingestuft werden, gegenüber 76% in der Kontrollgruppe (N=50;  $P < 0,01$ ). Bei der Messung des Serumspiegels waren 88,5% gegenüber 70% adhärenz ( $P < 0,05$ ) [6].

## **Problemstellung**

Patienten/-innen werden heute zuwenig in den Entscheidungsprozess der medikamentösen Behandlung einbezogen. Zudem obliegt im stationären Setting das Medikamentenmanagement meistens den Fachpersonen. Wenn Patienten/-innen eine aktive Rolle im Medikamentenmanagement einnehmen und selbstbestimmter handeln können, gewinnen sie Unabhängigkeit und stärken ihr Empowerment. In einem speziellen Training erhalten sie Sicherheit in der Beschaffung, der Aufbewahrung, der Bereitstellung und der Einnahme ihrer Medikamente. Das Medikamententraining zeigt den Patienten/-innen, wie wichtig eine regelmässige Einnahme ist und erweitert ihr Wissen durch gezielte Informationen.

## **Ziele**

Das Ziel des Medikamententrainings ist sowohl die Sensibilisierung für die Wichtigkeit einer regelmässigen Medikamenteneinnahme als auch die Förderung der Selbstbefähigung durch das eigenständige Medikamentenmanagement.

Das Training bildet einen festen Bestandteil des Behandlungsprozesses und wird möglichst bei allen Patienten/-innen auf den Therapiestationen angewendet.

## **Vorgehen**

Das Trainingsprogramm wurde 2016 durch eine interprofessionelle Projektgruppe erarbeitet. Es umfasst ein stufenweises Vorgehen von der kontrollierten Abgabe der Medikamente durch die Pflegefachpersonen bis hin zur eigenverantwortlichen Handhabung durch die Patienten/-innen.

Das Training beginnt mit der Beratungsphase. Patienten/-innen werden durch die Ärztinnen und Ärzte und die pflegerische Bezugsperson ausführlich über die Wirkungen sowie unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Medikamente informiert. In der Vorbereitungsphase festigen die Patienten/-

innen ihr Wissen über die Medikamente und werden auf das eigenständige Bereitstellen und die Einnahme aus dem Tagesdosett vorbereitet.

In der Teilverantwortungsphase stellen die Patient/-innen ihr Tagesdosett im Beisein der Pflegefachperson bereit und nehmen die Medikamente selbstständig ein. In dieser Phase erlangen die Patienten/-innen Sicherheit in der praktischen Umsetzung.

In der Selbstverantwortungsphase führen die Patienten/-innen das gesamte Medikamentenmanagement eigenständig durch. Die Pflegefachpersonen stehen ihnen beratend zur Seite und führen die Gegenkontrollen durch.

Das Trainingsprogramm wird durch eine Ernährungsberatung, ein Coaching zu den Bewegungsgewohnheiten und einer Sporttherapie ergänzt.

Zum Abschluss wird das Training mit Hilfe eines Fragebogens evaluiert. Der verwendete Bogen ermittelt durch eine 4-teilige Bewertungsskala (trifft zu = 4 Punkte bis trifft nicht zu = 1 Punkt) den subjektiven Wissenszuwachs im Umgang mit der Medikation, der Grundeinstellung gegenüber Medikamenten und deren längerfristigen Einnahme sowie die Veränderungen in der Ernährung und Bewegung. Weiter wird erfragt wie die Patienten/-innen das Einzelcoaching erlebt haben und ob sie das Trainingsprogramm weiterempfehlen würden.

Seit 2018 erfolgt die Umsetzung des Trainingsprogramms auf einer Therapiestation für psychotisch erkrankte Menschen. Nach abschliessender Evaluation des gesamten Praxisprojekts ist die Einführung auf allen Therapiestationen geplant.

## **Ergebnisse / Erfahrungen**

Auf der Politstation wurden im Jahr 2018 145 Patienten/-innen behandelt, davon beteiligten sich 43 Personen (29.65%) am Trainingsprogramm. Vor dem Start des Trainingsprogramms gaben die Patienten/-innen an, die Medikamenteneinnahme wiederholt vergessen, sich meistens mit Hilfe des Beipackzettels über die Medikamente informiert zu haben sowie maximal drei Nebenwirkungen zu kennen. Sie wussten jedoch kaum, was sie gegen

diese unternehmen können. Nach Abschluss der Trainings waren Patienten/-innen besser über die Wirkung der Medikamente (mean = 2.83) und deren Nebenwirkungen (mean = 2.87) informiert. Die meisten akzeptierten die Medikation als Bestandteil ihrer Genesung (mean = 3.35), ihre Medikamente mindestens während eines Jahres einzunehmen. Dementsprechend würden die Patienten/-innen das Trainingsprogramm (mean = 3.74) weiterempfehlen. Trotz Ernährungsberatung hat sich das Essverhalten kaum verändert (mean = 2.38) und auch die Bewegungsgewohnheiten bleiben gleich (mean = 2.16). Das Einzelcoaching wird gegenüber einer Schulung in der Gruppe (mean = 1.45) bevorzugt.

## **Diskussion**

Das Medikamententraining fördert die Selbstbefähigung und Selbstbestimmung der Patienten/-innen im Umgang mit ihrem Medikamentenmanagement. Durch das Training werden sie mutiger und getrauen sich, mit den Fachpersonen in einen Dialog zu treten. Die Fachpersonen werden aufgefordert, ihr eigenes Handeln kritisch zu hinterfragen und Patienten/-innen aktiv in die Entscheidungen einzubeziehen.

Der kooperative Umgang der Fachpersonen mit den Patienten/-innen und ihren Wünschen ist für die Selbstbefähigung und Selbstbestimmung im Umgang mit Medikamenten unerlässlich und sollte Basis für jede Therapie sein. Medikamententrainings sind eine effektive Methode, die Verantwortung für den Umgang mit den Medikamenten an die Patienten/-innen zurückzugeben und damit ihre Autonomie zu fördern sowie die Adhärenz zu verbessern.

## **Schlussfolgerung**

Das Medikamententraining ist zukünftig ein fester Bestandteil des Behandlungsprozesses. Die Einführung soll danach auf allen Therapiestationen umgesetzt werden.

## Literatur

1. World Health Organization. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action Section I – Setting the Scene*. Geneva: World Health Organization; 2003. Retrieved from <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>.
2. Keith, S.J., & Kane, J.M. (2003). *Partial compliance and patient consequences in schizophrenia: our patients can do better*. *J Clin Psychiatry*; 64(11):1308-15.
3. Haynes, R.B., Yao, X, Degani, A., Kripalani, S., Garg, A., McDonald, H.P. (2005). *Interventions to enhance medication adherence*. *Cochrane Database Syst Rev*, (4):CD000011.
4. Lacro, J.P., Dunn, L.B., Dolder, C.R., Leckband, S.G., Jeste, D.V. (2002) *Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature*. *J Clin Psychiatry*, 63(10):892-909.
5. Hashimoto, Y., & Tensho, M. (2016). *The need for educating patients with schizophrenia about the adverse effects of medications*. *Australas Psychiatry*, 24(4):352-5. doi: 10.1177/1039856216634825.
6. Schirmer, U.B., Steinert, T., Flammer, E., & Borbé, R. (2015). *Skills-based medication training program for patients with schizophrenic disorders: a rater-blind randomized controlled trial*. *Patient Prefer Adherence*, 9:541-9. doi: 10.2147/PPA.S75616.

## **4. Optimiertes Basis-Assessment als Ausgangspunkt zur systematischen Umsetzung des pflegediagnostischen Prozesses**

*Simone Beeri*

### **Hintergrund**

Die interprofessionelle Behandlungsplanung dient dazu, die Aufnahmeumstände, die Anamnese und den aktuellen Psychostatus zu erheben. Anschliessend werden die Behandlungsziele und die diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Massnahmen festgelegt. Gleichzeitig wird der Beziehungsaufbau zu den Patientinnen und Patienten wahrgenommen. Der pflegediagnostische Prozess ist ein zentraler Bestandteil der Behandlungsplanung und basiert auf der klinischen Entscheidungsfindung. Er umfasst die Schritte Assessment, Pflegediagnosen, Ergebnisplanung, Implementierung und Evaluation.

### **Problemstellung**

Die Umsetzung des Pflegeprozesses bleibt eine stetige Herausforderung. In der Qualität der Anwendung zeigen sich grosse Unterschiede. Im pflegerischen Alltag zeigt sich, dass unterschiedliches Wissen, divergierende Haltungen und vor allem der Vorgang der klinischen Entscheidungsfindung die Umsetzung des Pflegeprozesses erschweren.

### **Ziele**

Das Praxisprojekt verfolgt verschiedene Ziele. Das Basis-Assessment ist mittels einer graphischen Darstellung der Ergebnisse optimiert. Die relevanten Pflegediagnosen sind durch Punktwerte direkt angesteuert. Die Wissensbestände der Mitarbeitenden zum Pflegeprozess sind erweitert und seine Umsetzung im Betrieb ist einheitlich.

## **Vorgehen**

Das im Klinikinformationssystem (KIS) erarbeitete Basis-Assessment erfasst den physischen und psychischen Zustand der Patientinnen und Patienten. Die Einschätzung der wesentlichen Patientenmerkmale wird in Zahlenwerte übertragen. Ab einem bestimmten Punktwert müssen zwingend Pflegediagnosen erfasst werden. Die häufigsten Pflegediagnosen sind mit dem Basis-Assessment direkt verknüpft. Gleichzeitig werden mit den Fokus-Assessments die Risiken Aggression/Gewalt, Suizidalität und Sturz eingeschätzt.

Durch die Integration einer graphischen Darstellung des Pflegebedarfs können Pflegefachpersonen bereits während der Einschätzung erkennen, in welchen Bereichen Patientinnen und Patienten Unterstützung benötigen. Sie erhalten damit eine Entscheidungshilfe für die weitere Pflegeplanung. Zudem kann den Patientinnen und Patienten sowie dem interprofessionellen Team der Pflegebedarf bildlich veranschaulicht werden.

Anhand einer Handlungsanweisung werden sämtliche in der Klinik erwarteten Schritte des Pflegeprozesses inkl. Zielsetzung, genauer Tätigkeit, auszuführendem Gefäß und dem spätesten zu erfassenden Zeitpunkt durch ein Ablaufdiagramm dargestellt.

Anhand eines E-Learning-Moduls wurden alle Mitarbeitenden der Pflege in der Anwendung der neuen Grundlagen geschult. Massgeschneiderte Follow-up Schulungen in allen Pflegeteams dienen dazu, Wissenslücken zu schließen und Handlungsfragen zu klären.

## **Ergebnisse / Erfahrungen**

Das Projekt wurde im Oktober 2018 lanciert. In der Umsetzung des Pflegeprozesses sind Fortschritte erkennbar. Bei 73% aller neu eintretenden Patientinnen und Patienten werden innerhalb der ersten 24 Stunden das Basis-Assessment, sämtliche relevante Pflegediagnosen und Risiken erfasst. Nach dem fünften Aufenthaltstag sind 75% aller Pflegeplanungen erstellt. Die graphische Darstellung des Pflegebedarfs wird als Hilfsmittel bei Bespre-

chungen mit Patientinnen und Patienten sowie bei interprofessionelle Sitzungen eingesetzt. Weil der Patientenzustand durch Folge-Assessments wiederholt gemessen wird, ist der pflegerische Erfolg in der Graphik sichtbar.

### **Diskussion**

Bei Eintritt erfolgt eine systematische Analyse des Pflegebedarfs inkl. sämtlicher relevanten Pflegediagnosen. Die Pflegeplanung wird anschliessend strukturiert durchgeführt und dokumentiert. Somit sind die Pflegeleistungen übersichtlich festgehalten, deren Wirksamkeit überprüft und gegenüber Dritten (z.B. Krankenkassen) sichtbar.

Die graphische Darstellung des Basis-Assessments dient als Hilfsmittel zur Verdeutlichung des aktuellen Pflegebedarfs und der Zustandsveränderungen der Patientinnen und Patienten im Verlauf der Hospitalisation.

### **Schlussfolgerung**

Durch das Praxisprojekt wurde eine solide Basis für die verbesserte Umsetzung des Pflegeprozesses erarbeitet. Der Nutzen liegt neben der Aktualisierung des Wissensbestandes in der Verknüpfung des Basis-Assessments mit den Fokus-Assessments zur Einschätzung der Risiken und den Pflegediagnosen. Mit dieser Integration im KIS entsteht für die Umsetzung des Pflegeprozesses eine optimalere Prozesssteuerung. Die Graphik unterstützt eine transparente Kommunikation.



## **5. Die praktische Umsetzung von Recovery in der ambulanten psychiatrischen Pflege auf Grundlage des Gezeiten-Modells (Abstract)**

*Sarah Birzele*

### **Einleitung und Hintergrund**

Als ABZ Sozialstation bieten wir Ambulante Psychiatrische Pflege im Rahmen der viermonatigen Regelversorgung bzw. als längerfristige Unterstützungsleistung im Rahmen der Integrierten Versorgung in Berlin an. Unserem sozialpsychiatrischen Ansatz und einem damit einhergehenden kritisch-humanistischen Menschenbild folgend, suchten wir theoretische Fundamente, in denen wir unsere Grundhaltungen wiederfinden können.

So wurde das sich stark an Recovery orientierende Gezeiten-Modell von Phil Barker und Poppy Buchanan-Barker, sowie der Empowerment-Ansatz, auf der Basis des Care-Ethik-Konzeptes, zur Grundlage unserer praktischen Arbeit. Diese Konzepte definieren den Menschen als Individuum, eingebettet in ein Netzwerk aus Beziehungen, und räumen der therapeutischen Beziehung auf Augenhöhe mit dem Ziel der Selbstermächtigung den höchsten Stellenwert ein.

Unter Recovery verstehen wir eine gesundheits- statt defizitorientierte, prozesshafte Einstellung, die Hoffnung, Wissen, Selbstbestimmung, Lebenszufriedenheit und vermehrte Nutzung von Selbsthilfemöglichkeiten fördern will und die damit eine Verbesserung subjektiver Lebensqualität trotz psychischer Störung fokussiert.

Das Gezeiten-Modell sieht als seinen primären Ausgangspunkt die (allgemein-) menschliche Erfahrung psychischer Erschütterungen und fragt danach, wie die Pflege sich den spezifischen Bedürfnissen von Betroffenen, deren Geschichte(n) und Erfahrungen, nicht abstrakten Diagnosen und Krankheitsbildern, anpassen müsse.

Carol Gilligans Care-Ethik-Konzept und der Empowerment-Ansatz helfen uns, einen (selbst-) kritischen Blick auf die Beziehungen zwischen Betroffenen und Unterstützer\*innen zu werfen. Vor dem Hintergrund von Gilligans These, dass therapeutische Beziehungen zwar per se asymmetrische Beziehungen sind, diese aber durchaus partner\*innenschaftlich und auf Augenhöhe gestaltet werden können, versuchen wir, unsere Funktionen als Unterstützer\*innen neu zu definieren, um Betroffene - ganz im Sinne von Empowerment - in ihrer Rolle als selbstbestimmte und selbstbestimmende Menschen besser stärken und fördern zu können.

## **Ziel**

Recovery soll anhand von Praxisbeispielen geübt und das Gezeiten Modell als wissenschaftliches Instrument in der Praxis Anwendung finden.

## **Inhalte**

Innerhalb des Workshops wollen wir gemeinsam mit den Teilnehmer\*innen anhand von Fallbeispielen die Theorie mit der Praxis verbinden. Es soll für die Beteiligten spürbar werden, wie der Blick auf Gelingendes auch uns als Unterstützer\*innen verändern kann und so eine völlig neue Begegnung, gerade auch unter Infragestellung der gängigen therapeutischen Hierarchien, mit Betroffenen möglich wird.

## **Ablauf**

Zu Beginn des Workshops wird es eine etwa 20 minütige Einführung zu Recovery und dem Gezeiten Modell geben, daran anschließend werden zwei Fallbeispiele vorgestellt.

Danach werden Gruppen gebildet, welche innerhalb der Arbeitsphase jeweils einen Fall mit der Brille von Recovery und des Gezeiten Modells betrachten um gemeinsam Überlegungen anzustellen, welche Informationen zu sammeln sind, wie eine mögliche Unterstützung und Interventionsmöglichkeiten geplant werden können. Die Teilnehmer\*innen haben dazu 30 Minuten Zeit.

Im dritten Teil des Workshops werden die verschiedenen Gruppen ihre Ergebnisse dem Plenum vorstellen und es kann mit den Workshopleiter\*innen abgeglichen werden, inwieweit die Ergebnisse mit den theoretischen Ansätzen im Einklang stehen. Hierzu stehen nochmal etwa 20 Minuten zur Verfügung.

## **6. Vier wichtige Lebensthemen auf dem persönlichen Recoveryweg (Abstract)**

*Marie Boden, Doris Feldt, Vera Bierwirth, Bärbel Maistrak, Anita Sporleder*

*„Es gibt ein Bleiben im gehen, ein Gewinnen im Verlieren, im Ende einen Neuanfang.“ (aus Japan)*

### **Einleitung**

Abschied/Trauer – Trost – Hoffnung & Neues wagen sind vier wesentliche Lebensthemen für den persönlichen Recoveryweg.

Der Weg des Abschiednehmens/ Trauerns wird häufig 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 ist die Hoffnung und die Zuversicht, dass etwas wieder besser werden kann, und dabei geht es u.a. um die Suche nach Hoffnungsträgern. Hoffnung ist der Motor für Veränderung und die Voraussetzung, etwas Neues zu wagen, d.h. in kleinen Schritten neu zu beginnen.

### **Hintergrund**

Im Herbst 2017 wurde unser 3. Buch: Trost und Hoffnung auf dem Genesungsweg veröffentlicht. Das neue Handbuch basiert auf und verbindet DBT, Achtsamkeit, unser Gruppenkonzept und den Recoveryansatz. Die vier Lebensthemen werden umfang- und facettenreich bearbeitet. Abschiednehmen und Trauer beziehen sich hier auf nicht gelebte Lebensentwürfe, auf Lebenskonzepte, die im Rahmen von Erkrankung zerbrochen sind. Trost und Hoffnung sind wesentlich, um sich der Auseinandersetzung zu stellen und

um wieder einen heilsamen Umgang mit Veränderungen zu finden und schlussendlich Neues zu wagen. Die Themen Abschied/Trauer – Trost – Hoffnung und Neues wagen sind leider im psychiatrischen Alltag häufig vernachlässigte und tabuisierte Themen, dabei sind sie intensiv vorhanden und brauchen unbedingt eine angemessene Beachtung sowie eine "heilsame Kommunikation".

Das Buch ist gemeinsam mit den Gruppenteilnehmenden aus beiden Stabilisierungsgruppen und Genesungsbegleiterinnen in unserer Klinik entwickelt worden.

### **Ziele des Workshops**

Ziel ist es, Fachleute dafür zu gewinnen, den Menschen in der Behandlung und auf ihrem persönlichen Recoveryweg Raum zur Auseinandersetzung mit diesen zentralen Themen zu ermöglichen, um sie später als Teil der eigenen Lebensgeschichte annehmen zu können.

Und dabei zu verstehen, dass die Rolle der Profis bedeutet, zu unterstützen, zu begleiten, Orientierung zu geben, Angebote zu machen, Hoffnungsträger zu sein. Und insbesondere zu akzeptieren, dass Tempo und Richtung vom Recovery-Reisenden vorgegeben wird.

Bei der Bearbeitung dieser Themen ist es wesentlich, mit den Menschen 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.

### **Inhalte und Ablauf des Workshops:**

- Warum dieses Buch aus Sicht der Autorinnen und aus Sicht der Peers
- Verknüpfung der theoretischen Grundlagen
- Wie ist das Buch aufgebaut
- Skizzierung der vier großen "Lebensthemen" durch Profis und Peers

### **Gestaltungselemente des Workshops**

- Vermittlung aus verschiedenen Blickwinkeln

- Erprobung der Arbeitsmaterialien
- Übungen
- Teilnehmerzahl: max. 25 Personen

## **7. Mensch mit mittelschwerer Demenz. Wie identifizieren Pflegende die aktuellen Selbst- bzw. Dependenzpflegeerfordernisse? (Abstract)**

*Barbara Boßler*

### **Hintergrund**

Menschen mit Demenz im mittelschweren Stadium sind Defiziten wie kognitiven Leistungseinschränkungen, zeitlicher und räumlicher Desorientiertheit, eines Sprachverlustes und Verhaltensveränderungen ausgesetzt. Eine selbstständige Lebensführung scheint erschwert und die Alltagserfordernisse alleine zu bewerkstelligen kaum mehr möglich [vgl. 1].

Für eine angemessene Selbst-bzw. Dependenzpflege bei einer mittelschweren Demenz können im Pflegeprozess Erfordernisse definiert werden. Die Bestimmung der Erfordernisse ist notwendig, um den Pflegebedarf optimal bewerkstelligen zu können.

### **Fragestellung**

Die Fragestellung dazu lautet: Was wird benötigt, um die Selbst- bzw. Dependenzpflegedefizite zu bewältigen?

### **Vorgehen**

Literaturrecherche, Fallbearbeitung

### **Ergebnisse**

Die Selbstpflegedefizit-Theorie nach Dorothea Orem stellt dafür einen Orientierungs- bzw. Strukturrahmen dar [2]: Die Einbettung der Defizite einer mittelschweren Demenz in die grundlegenden Bedingungsfaktoren und Selbst- bzw. Dependenzpflegeerfordernisse bietet Pflegenden Handlungsvorschläge und Fragen zur Eruiierung des aktuellen Selbst- bzw. Dependenzpflegebedarfs an.

Sind Handlungsvorschläge im Vorfeld organisiert, können Pflegende fachlich auf Defizite reagieren und Sicherheit vermitteln. Richtungsweisende Fragen können Defizite ausfindig machen und somit den Pflegeprozess angemessen gestalten lassen.

### **Diskussion und Schlussfolgerung**

Letztendlich bietet die Identifizierung der Erfordernisse bei einer mittelschweren Demenz einen theoretischen Handlungsrahmen, um den Pflegeprozess individuell für betroffenen Personen und deren Dependenzpflegenden gestalten zu können.

### **Literatur**

1. *Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.): Die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzformen. Online unter (05.08.2019): <https://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit.html>.*
2. *Taylor, S.G.; Renpenning, K., Bekel, G. (dt. Hrsg.) (2013) Selbstpflege – Wissenschaft, Pflege Theorie und evidenzbasierte Praxis. Hans Huber Verlag, Bern.*



## 8. Offener Dialog in der Schweiz

*Michael Durrer, Cornelia Hartenbach, Nadine Binggeli Veltman, Martin Fluder, Johann Meinhof*

### Hintergrund

Bei der Entstehung des offenen Dialogs (OD) Mitte der 80er Jahre in Finnland stand die Ursprungsidee, dass nicht nur mit den Patienten selber gearbeitet wird, sondern auch mit dessen Netzwerken. Das Ziel war einerseits, unabhängig vom Setting durch mobile Behandlungsteams, lebensnah und im Alltag der Patienten den Dialog mit Netzwerkgesprächen zu fördern. Andererseits, die Kontinuität in der Beziehung zu gewährleisten. Dabei steht die Prozessorientierung im Vordergrund, mit der Annahme, dass Lösungen im Netzwerk selber vorhanden sind und diese lediglich aufgedeckt werden müssen.

Der OD ist geprägt von Polyphonie und Allparteilichkeit. Jede Person des Netzwerks soll ihren Platz haben und Raum einnehmen dürfen, jede Stimme zählt. Es gibt keine richtigen oder falschen Aussagen. Beiträge jedes Einzelnen haben einen Grund und eine Bedeutung. Hinter jeder Aussage verbergen sich Geschichten und Erfahrungen aus dessen Leben. Mit dieser Perspektivenvielfalt und dem Fokus auf die Lebensgeschichten und Bedeutungen entsteht ein Dialog, in dem auch Unsicherheiten ihre Gültigkeit haben. Unsicherheit seitens der Fachpersonen wird im OD nicht als negativ oder Schwäche gesehen. Vielmehr ist es Ausdruck dafür, neugierig und offen zu sein, sich Zeit zu nehmen, Vorannahmen zu überdenken und auch fallen zu lassen. Es sollen keine vorschnellen Lösungen erzwungen werden. Fachleute treten nicht als Experten auf, die wissen was gut für das Netzwerk ist. Im Gegenteil, in Netzwerkgesprächen nehmen sie sich zurück, so dass alle Beteiligten in gleichem Masse gehört werden und sich menschlich begegnen können.

Ein erstes Netzwerkgespräch sollte früh, im besten Fall innerhalb von 24 Stunden, nachdem Hilfesuchende ihren Bedarf der Unterstützung an Fach-

personen gerichtet haben, stattfinden. Die Netzwerkgespräche dauern 90 Minuten und werden zu zweit moderiert, wobei die Berufszugehörigkeit der OD-Moderatoren sekundär ist. Die OD-Moderatoren bedienen sich verschiedener Methoden aus der systemischen Therapie wie Reflektionen, Metakommunikation, Reframing, die Sprache des Netzwerks und die Wirkung von einzelnen Worten, auch Schlüsselwörter genannt. Die Häufigkeit und der Ort der Durchführung wie auch die Teilnehmenden eines Netzwerkgesprächs bestimmen die Hilfesuchenden selber. Die Erfahrung zeigt, dass mit dem OD und den erwähnten strukturellen und inhaltlichen Methoden eine Tiefe im Gespräch erreicht werden kann, welche viele erfahrene Fachpersonen in ihrer Berufskarriere noch nicht erlebt haben. Durch die entgegengebrachte Wertschätzung seitens der OD-Moderatoren fühlen sich die Netzwerkteilnehmenden gehört und wahrgenommen. Dies schafft Platz zur Veränderung [1].

Kohortenstudien zur Evaluation der Behandlung mit OD zeigten vielversprechende Ergebnisse bei Ersterkrankten mit Schizophreniediagnose. Nach 5 Jahren Behandlung wiesen über 80% eine Symptombefreiheit auf und hatten in dieser Zeit deutlich kürzere stationäre Behandlungen. Zudem wurden 40 bis 70% der Studienteilnehmenden ohne Neuroleptika behandelt. Ein hoher Anteil ist erwerbstätig oder befindet sich im Studium [1].

## **Land und Leute**

Aufgekommen und manifestiert hat sich der OD in der Schweiz durch eine Weiterbildung zu OD-Moderatoren in Interlaken. Die Art und Weise des OD und deren Haltung zeigen eine hohe Passung zur Behandlungskultur in der Schweiz. Die Weiterbildungen vermitteln den Teilnehmenden die Perspektive des Netzwerkgedankens einer handlungsorientierten, polyphonen, psychiatrischen Behandlung. Mittlerweile entstanden aus den Weiterbildungen in Deutschland 2016 und in der Schweiz 2019 Netzwerke zur Entwicklung und Verbreitung des OD.

## **Organisation**

Auch die Luzerner Psychiatrie (*lups*) profitiert von dieser Passung des OD zu ihrer Grundhaltung. Der Kernteamgedanke (Patient, berufsunabhängige Fallführung und Bezugsperson als kleinste Behandlungseinheit), die duale Führung, flache Hierarchien und die Recoveryorientierung sind gute Voraussetzungen, um mit dem OD zu arbeiten.

Es stellt sich die Herausforderung, eine ursprünglich in Finnland entwickelte Behandlungsmethode in die Angebote der *lups* zu integrieren. Ein setting-übergreifendes Jahresziel 2019 und eine gemeinsame Übungsgruppe für OD-Moderatoren fördert die Bereitschaft für die dazu notwendigen Anpassungen.

## **Behandlung nach offenem Dialog im stationären Setting**

Damit die Einführung der Methoden des OD im Rahmen des Jahresziels gelingt, müssen Anpassungen für das stationäre Setting vorgenommen werden. Dies darf jedoch nicht unter Aufhebung der Kernidee des OD geschehen. Oberste Maxime muss daher sein, nicht über, sondern mit den Patienten zu sprechen. Dies bedeutet, dass alles was der Methodik OD zugeschrieben wird, die physische oder zumindest symbolische Anwesenheit des Patienten und allenfalls seinem Netzwerk erfordert. Aus dem vielfältigen Instrumentarium des OD wurde bei der Einführung der Fokus auf das «Patientenohr» und das «Reflecting Team» gerichtet. So werden aus herkömmlichen Rapporten Patientenbesprechungen mit "Patientenohr", aus Fallbesprechungen Behandlungskonferenzen mit Anwesenheit der Patienten und aus Standort- und Systemgesprächen Netzwerkgespräche. Beim «Patientenohr» nimmt ein Mitglied des Behandlungsteams stellvertretend die Rolle des Patienten ein. Die Person achtet auf Äusserungen, die für das Ohr des Patienten möglicherweise abwertend und stigmatisierend klingen. In diesem Fall interveniert sie und fordert zur Neuformulierung auf. Wichtig ist, dass der Inhalt der Aussage dabei nicht verändert wird. Das Instrument des «Reflecting Team» dient dem Nutzen verschiedener Sichtweisen in verstehen-

der und wertschätzender Art und Weise Ausdruck zu verleihen. Dies schafft Raum für die Entwicklung neuer Lösungsmöglichkeiten. OD lässt sich schwer erklären jedoch gut erleben. Die Methodik anhand von Übungen zu erfahren, hilft das Wesen des OD zu erfassen und Unterschiede zu bisherigen Methoden zu erkennen. Ob die Einführung gelingt oder nicht, steht und fällt mit dem Entscheid tatsächlich zu beginnen. Es muss nicht alles gleichzeitig eingeführt werden. Auch hier steht der Prozess im Mittelpunkt.

### **Umsetzung auf der Station Rehabilitation**

Als erstes wurde das Patientenohr im interdisziplinären Behandlungsteamrapport eingeführt. Das «Patientenohr» verhilft zu einem bewussteren Sprachgebrauch und fordert auf, die eigene Haltung zu überprüfen und zu hinterfragen.

In einem zweiten Schritt konnten Behandlungskonferenzen etabliert werden. Ein OD-Moderator führt mit dem Kernteam ein Gespräch über den Verlauf der Behandlung und das weitere Vorgehen. Der OD-Moderator erfragt gemeinsame und unterschiedliche Sichtweisen. Nach einer gewissen Zeit wird dem „Reflecting Team“, welches aus interdisziplinären Behandlungsteammitgliedern besteht, die Möglichkeit gegeben, ihre Gedanken und Ideen in Form von Reflektionen dem Kernteam zur Verfügung zu stellen. Es fällt auf, dass in diesem Rahmen das Kernteam untereinander schneller bereit ist, offener und ehrlicher über Grenzen und Möglichkeiten in der Behandlung zu sprechen.

Als Drittes wurden Netzwerkgespräche eingeführt. Behandlungsteammitglieder werden auf Einladung der Patienten selbst Teil des Netzwerkes und bringen sich ein. Dies ist für die jeweiligen Fachpersonen eine Herausforderung und Chance zugleich. Sie müssen sich in einer neuen Rolle einbringen. Bisher wurden auf der Station mehrere erste Netzwerk- und Folgegespräche durchgeführt. Dies zeigt, dass die Methode OD als hilfreich erlebt wird. In den meisten Fällen hat sich die Zusammensetzung des Netzwerkes in den weiteren Gesprächen verändert. Fachpersonen oder Arbeitgebende sind weggefallen oder neu hinzugekommen. Das private Umfeld ist meistens

gleich geblieben. Seitens des Moderatorenteams konnte Kontinuität gewährleistet werden. Die Netzwerkgespräche haben überwiegend auf der Station stattgefunden; was aber nicht zwingend erforderlich ist. Netzwerkgespräche können auch nach Austritt angeboten und durchgeführt werden.

## **Diskussion**

OD erfordert ein Umdenken. Primär steht der Gesprächsprozess im Vordergrund und nicht die Präsentation von Lösungen. OD-Moderatoren versuchen durch weiterführende Fragen und Gedanken diesen Prozess im Fluss zu halten. Es kann für den Prozess förderlich sein, dies vor dem Netzwerkgespräch zu beschreiben.

Das laute Nachdenken über das Gehörte (Reflektionen) dient der Anregung des inneren Dialogs bei den Netzwerkteilnehmenden(Resonanz). Resonanzauslösende Reflektionen erfordern eine hohe Qualität in Bezug auf Inhalt, Zeitpunkt, Menge und Pausen. Das Reflektieren muss daher geübt werden.

Die Anwendung und Durchführung des Patientenohrs kann auf Widerstand im Team stossen, da die eigene Haltung überprüft werden muss. Die Bereitschaft zum Perspektivenwechsel ist unabdingbar. Die Aufforderung zur Neuformulierung darf nicht als Kritik empfunden werden. Sie bietet vielmehr die Möglichkeit die Interaktionen mittels Sprache auf gleicher Augenhöhe einzuüben.

## **Schlussfolgerung**

Die bisherige Auseinandersetzung mit dem OD zeigt bereits jetzt, dass alles ohne den Patienten weniger wichtig wird, da seine Stimme fehlt. Der Einbezug des sozialen Netzwerkes gewinnt an Bedeutung in den Behandlungsentscheidungen und darüber hinaus. Der OD ist eine wirksame systemtherapeutische Methode, die den vor Jahren begonnen Prozess der recoveryorientierten Behandlung der Luzerner Psychiatrie massgeblich ergänzt.

Die Gesundheitssysteme fordern weltweit, neue Versorgungsmodelle, die der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit gerecht werden. Der OD bietet sich als ein möglicher Lösungsansatz an, den Patienten eine Stimme zu geben und psychologische Kontinuität in einem durchlässigen Versorgungssystem zu gewährleisten.

## **Literatur**

1. Aderhold, V. and N. Greve, Bedürfnisangepasste Behandlung und Offene Dialoge. PiD-Psychotherapie im Dialog, 2010. 11(03): p. 258-261.

## 9. Skill Grade Mix in der Pflege – eine Möglichkeit zur Karriereplanung und Mitarbeiterbindung? (Abstract)

*Andreas Fraunhofer*

Die Versorgungssituation in der psychiatrischen Pflege wird insbesondere in deutschen Ballungszentren, wie z. B. München oder Berlin, kontinuierlich komplexer [3]. Obwohl sich die mittlere Verweildauer in psychiatrischen Kliniken in den letzten 20 Jahren bundesweit von rd. 50 auf rd. 25 Tage beinahe halbiert hat, führt dies nicht zu einer Entlastung der Kliniken. Ganz im Gegenteil zeigt sich meist eine Steigerung der Arbeitsintensität und Verdichtung durch eine deutliche Erhöhung der Fallzahlen [6]. In den Großstädten ist ein Grund hierfür die Urbanisierungstendenz der letzten Jahre. So erlebt beispielsweise die Region München einen jährlichen Zuzug von ca. 30.000 Menschen pro Jahr [5]. Bedenkt man nun, dass „in Deutschland [...] jedes Jahr etwa 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen [sind], von denen pro Jahr [...] 18,9 % Kontakt zu Leistungsanbietern aufnehmen“ [2], wird deutlich, dass ein Vollversorger in dieser Region beinahe jährlich eine neue Station eröffnen könnte. Dies kann jedoch nicht das Ziel sein, zumal die Besetzung der zusätzlichen Stationen mit qualifiziertem Personal eine sehr große Herausforderung darstellen würde. Allgemein kann festgestellt werden, dass viele Stellen in der direkten Patientenversorgung nicht mehr besetzt werden können. Analysen bspw. aus dem Jahr 2013 zeigen, dass 27 % der Pflegekräfte im Alter zwischen 25 und 29 ernsthaft über den Ausstieg aus der Pflege nachdenken [4]. Der am meisten genannte Grund ist die hohe Arbeitsbelastung, was aufgrund der skizzierten Situation nicht verwunderlich erscheint. Ein weiterer „Ausstiegsgrund“ ist die oft fehlenden Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung. So eröffnet sich in Deutschland zwar nach der beruflichen Ausbildung die Perspektive einer in sich geschlossenen Weiterbildung (z.B. Fachpflege- und/oder Praxisanleiterweiterbildung), wobei darauffolgende Anschlussperspektiven oft fehlen. Sicherlich können weitere Fort- und Weiterbildungen (Aromatherapie etc.) zur horizontalen Weiterentwicklung absolviert werden,

ein vertikaler Aufstieg im Sinne einer (Fach-)Karriere, der sich auch finanziell „auszahlt“, stellt hingegen eine Seltenheit dar. Die Ausnahme bildet hier der Managementkarriereweg, sodass die Stationsleiterweiterbildung rechtlich den Weg zur Pflegedienstleitung und/oder PflegedirektorIn ermöglicht, wenngleich auch hier die Mitarbeitenden ohne akademischen Abschluss mittlerweile oft an die gläserne Decke stoßen.

Karrieremodelle, die ein vertikales Aufsteigen auch in der direkten Patientenversorgung ermöglichen, sind in Deutschland nur vereinzelt anzutreffen, obwohl sich diese, wie der internationale Vergleich [1] zeigt, sowohl zur Mitarbeiterakquise, als auch Mitarbeiterbindung eignen können. Deshalb wurde auf Grundlage internationaler Literaturrecherchen und Expertenschätzungen ein (noch) theoretisches Skill-Grade-Mix-Modell entwickelt, das hier vorgestellt werden soll. Durch die Koppelung der Aufgabenverteilung mit individualisierbaren und passgenauen Bildungsangeboten wird exemplarisch aufgezeigt, wie Pflegefachkarrieren ermöglicht werden können. Die Berechnungsgrundlage des Modells basiert auf den Tätigkeiten der Psychiatrie-Personalverordnung in Kombination mit den Minutenwerten der Schussenrieder Tabellen. Die Differenzierung der einzelnen Qualifikationsniveaus erfolgt anhand der Klassifikation des Deutschen Qualifikationsrahmens, sodass klar definiert wird, für welche Tätigkeit welche Kompetenz erforderlich ist. Eine institutionelle Verankerung und die vertikale Durchlässigkeit bieten in diesem Modell jedem Mitarbeitenden je nach Voraussetzung die Möglichkeit selbst zu entscheiden, wie weit er in der Hierarchie steigen will.

## Literatur

1. Behar, Benjamin I.; Guth, Clemens; Salfeld, Rainer (2018): *Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen*. Springer. Berlin.
2. DGPPN (2019): *Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie*. Stand Januar 2019. Online verfügbar unter [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/933a83524dd5459f46f2d2885ff57a0b69264cef/Factsheet\\_Psychiatrie.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/933a83524dd5459f46f2d2885ff57a0b69264cef/Factsheet_Psychiatrie.pdf) [Stand 14. März 2019].



3. *Fraunhofer, Andreas, Lewin Dirk (2016): Erfolgreich studieren. Ein Szenario aus Bayern. In: Pflegewissenschaften. (18). S. 491- 502.*
4. *Pfaff, Heiko (2013): Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse - PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf. Hrsg. v. destatis - Bundesamt für Statistik. Wiesbaden. Online verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile) [Stand 14. März 2019].*
5. *Statistisches Amt der Landeshauptstadt (2019): Das neue Statistische Jahrbuch 2018 ist da. Online verfügbar unter <https://www.muenchen.de/aktuell/2018-12/statistisches-jahrbuch-2018-erschienen.html> [Stand 14. März 2019].*
6. *Trüg, Elke et al. (2018): Medizinisch leistungsgerechte Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychosomatik. Kalkulationshilfe für die Budgetverhandlungen 2018/19. Online verfügbar unter: [https://www.zfp-web.de/fileadmin/Freigabe\\_ZfP\\_Suedwuerttemberg/Dokumente/Forschung/Erlaeuterungen\\_Schussenrieder\\_Tabelle.pdf](https://www.zfp-web.de/fileadmin/Freigabe_ZfP_Suedwuerttemberg/Dokumente/Forschung/Erlaeuterungen_Schussenrieder_Tabelle.pdf) [Stand 14. März 2019].*

## **10. Das Erleben "Erfahrungsfokussierter Beratung" aus Sicht der Stimmenhörer: Eine qualitative Studie (Abstract)**

*Kerstin Freitag*

### **Hintergrund**

Stimmenhören wird überwiegend im Kontext von Erkrankung betrachtet, als behandlungsbedürftig bewertet und in Verbindung mit verminderter sozialer Funktionsfähigkeit des Betroffenen gesetzt. Zahlreiche Stimmenhörer weisen allerdings außer dem Stimmenhören, keinerlei diagnoserelevanten Kriterien auf und haben einen effektiven Umgang mit ihren Stimmen erlernt. Stimmenhören kann ebenso als bedeutungsvolle Erfahrung gewertet werden, die im Sinne einer psychologisch sinnvollen Reaktion im Kontext des Lebens der Betroffenen erklärbar und somit in das Leben integrierbar ist. Entsprechend gelten Stimmen als Möglichkeit mit schwierigen Situationen und sozialen und emotionalen Krisen umzugehen.

Die Erfahrungsfokussierte Beratung basiert auf den Grundlagen, dass ein guter Umgang mit dem Erleben und die Integration in den Lebenskontext des Betroffenen, entscheidende Elemente für ein hohes Funktionsniveau der Betroffenen darstellen. Das Verstehen und die Normalisierung des Phänomens sowie die Einordnung in die individuelle Lebensgeschichte können es nachvollziehbar machen und zur Ausarbeitung der psychologischen Funktion der Stimmen sowie zu geeigneten Strategien im Umgang mit dem Phänomen beitragen.

### **Fragestellung**

- Wie erleben Stimmenhörer die Arbeit mit der Erfahrungsfokussierten Beratung?
- Welche Veränderungen im Erleben und im Umgang mit Stimmen beschreiben Betroffene in Zusammenhang mit der Anwendung der Erfahrungsfokussierten Beratung?

## **Methode und Material**

Es findet ein qualitatives Forschungsdesign mit Durchführung halbstrukturierter Interviews Anwendung. Personenbezogene Daten werden in einem gesonderten Fragebogen erhoben.

Aufgrund des Einbezugs eines ggf. vulnerablen Personenkreises wurde ein Ethikantrag bei einer unabhängigen Ethikkommission gestellt.

Die Rekrutierung der Interviewteilnehmer erfolgt über Selbsthilfegruppen.

Die Interviews werden auf Tonband aufgezeichnet, transkribiert und anhand der Angewandten Thematischen Analyse ausgewertet.

## **Ergebnisse**

Die Ergebnisse des Forschungsvorhabens werden erstmalig auf dem Dreiländerkongress 2019 vorgestellt.

Stimmenhören stellt ein verbreitetes Phänomen in diversen Diagnosegruppen dar. Effektive Unterstützungsmethoden stimmenhörender Menschen sind somit als essentieller Bestandteil guter psychiatrischer Praxis zu werten.

Die Erfahrungsfokussierte Beratung ist bislang in der Wissenschaft nicht ausreichend beleuchtet, in der Praxis wenig angewendet. Diese Studie soll zur Schließung der Forschungslücke beitragen. Die Betrachtungsweisen der Betroffenen sind für einen Erkenntnisgewinn und damit zur (Weiter-) Entwicklung und Spezifizierung hilfreicher Interventionen von großer Bedeutung.

## **Diskussion**

Bislang sind kaum Veröffentlichungen zur Erfahrungsfokussierten Beratung vorhanden. Die Ergebnisse deuten auf eine signifikante Verbesserung der Psychopathologie, als auch auf die Anwendbarkeit unabhängig der Diagnose hin. Ebenso zeigt sich, dass es sich bei der Erfahrungsfokussierten Beratung um eine traumasensible Intervention handelt, die von Betroffenen als hilfreich zum Verstehen und Bewältigen traumatischer Erlebnisse bewertet wird (Schnackenberg et al., 2016; Schnackenberg et al., 2018). Steel et al.

(2019) weisen in ihren Untersuchungen keine signifikanten Ergebnisse [5, 6, 7].

Erste Studien zu den einzelnen Elementen (z. B. Maastrichter Interview, Stimmenbericht, Konstrukt, Stimmendialog), die in der Erfahrungsfokussierten Beratung Anwendung finden, deuten darauf hin, dass hierdurch eine systematische Ausarbeitung des individuellen Bezugs der Stimmen im Lebenskontext der Betroffenen ermöglicht wird [1, 2, 3, 4].

## Schlussfolgerung

Das Forschungsprojekt kann einen Beitrag dazu leisten, die Forschungslücke zur Erfahrungsfokussierten Beratung weiter zu schließen. Es bietet ebenso eine Grundlage für weitere quantitative Untersuchungen. Bei ausreichender Evidenz ist eine erhöhte Anwendung geeigneter Interventionen zur Optimierung der Behandlungsprozesse stimmenhörender Menschen denkbar.

## Literatur

1. Corstens, D. & Longden, E. (2013). *The origins of voices. Links between life history and voice hearing in a survey of 100 cases. Psychosis 5 (3), S. 270–285.*
2. Corstens, D.; Longden, E.; McCarthy-Jones, S.; Waddingham, R. & Thomas, N. (2014). *Emerging perspectives from the hearing voices movement: implications for research and practice. Schizophrenia bulletin 40 Suppl 4, S. S285-94.*
3. Longden, E.; Madill, A. & Waterman, M. G. (2012). *Dissociation, trauma, and the role of lived experience: toward a new conceptualization of voice hearing. Psychological bulletin 138 (1), S. 28–76.*
4. Romme, M. & Escher, S. (2013). *Stimmenhören verstehen. Der Leitfaden für die Arbeit mit Stimmenhörern. 2. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.*
5. Schnackenberg, J.; Fleming, M. & Martin, C. R. (2016). *A randomised controlled pilot study of Experience Focused Counselling with voice hearers. Psychosis 9 (1), S. 12–24.*
6. Schnackenberg, J. K.; Fleming, M. & Martin, C. R. (2018). *Experience Focussed Counselling with Voice Hearers as a Trauma-Sensitive Approach. Results of a Qualitative Thematic Enquiry. Community mental health journal 54 (7), S. 997–1007.*

7. Steel, C.; Schnackenberg, J.; Perry, H.; Longden, E.; Greenfield, E. & Corstens, D. (2018). *Making Sense of Voices. A case series. Psychosis 11 (1), S. 3–15.*

## **11. Expositionstraining bei Angsterkrankungen - Evidenzbasierte Intervention**

*Barbara Frey, Lucia Strehler*

### **Hintergrund**

Angsterkrankungen gehören nach WHO zu den häufigsten psychischen Störungen. Diese Erkrankungen gehen mit einem hohen individuellen Leidensdruck und gravierenden sozialen Folgen einher. Im Alltag der betroffenen Menschen kann dies zu grossen Einschränkungen führen.

Untersuchungen zeigen, dass Angsterkrankungen erfolgreich behandelt werden können [8]. Leitlinien [2] empfehlen neben der Psycho- und Pharmakotherapie die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als Intervention auf dem höchsten Evidenzgrad (Ia).

### **Problemstellung / Ziele**

Wie kann den Patientinnen/en mit einer Angsterkrankung im stationären Setting eine wirksame Behandlung angeboten werden? Was ist dabei aus pflegetherapeutischer Sicht zu beachten?

Die Pflegediagnose ‚Angst‘ zählt in der stationären Psychiatrie zu den am häufigsten beschriebenen Phänomenen [3] und ist damit ein wichtiges Handlungsfeld für die Pflege. Als Pflegeinterventionen (NIC) werden u.a. ‚Angstminderung‘ und ‚Copingverbesserung‘ vorgeschlagen. Um bei Ängsten einen verbesserten Umgang zu erzielen, kann das Expositionstraining basierend auf der KVT eingesetzt werden.

### **Vorgehen**

In der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) wurde das Manual ‚Psychoedukation bei Angst- und Panikstörungen‘ von Alsleben [1] für das stationäre Setting adaptiert und eingeführt. Unser ‚Angst- und Panik-Bewältigungs-Programm (AP-Programm)‘ umfasst die drei vorgegebenen Elemente:

- Wissensvermittlung (psychoedukative Gruppe)
- Expositionstraining (individuell)
- Entspannungstraining (Gruppe oder einzeln)

Die Durchführung der Gruppe erfordert eine Leitungsperson, die mit dem Manual/Programm vertraut ist. Dies kann auch eine erfahrene Pflegefachperson sein. Dabei sind verhaltenstherapeutische Grundkenntnisse wünschenswert [1]. Die Vorgaben der PUK besagen, dass psychotherapeutische und psychoedukative Angebote/Gruppen von Pflegefachpersonen mit spezifischen Zusatzausbildungen/-kenntnissen durchgeführt werden können.

Das AP-Programm wird fortwährend mittels schriftlicher Prä- und Post-Einschätzungen der teilnehmenden Patientinnen/en und deren Einzeltherapeutinnen/en evaluiert.

### **Intervention Expositionstraining**

Die Exposition ist eine Form von Verhaltensexperiment aus der KVT und meint die Konfrontation der/s Patientin/en mit den Situationen und/oder Gedanken, die Angst machen. Der Wirkmechanismus ist dabei, dass die Angst ausgelöst wird (in nicht gefährlichen Situationen) und die/der Patientin/ neue Erfahrungen macht und damit konkrete Bewältigungsstrategien erlernen kann [5].

Dabei gibt es unterschiedliche Arten des Vorgehens [5]

- graduiert/gestuft: Schritt für Schritt  
massiert (flooding): Konfrontation mit dem stärksten angstaustösenden Reiz
- in vivo: real in die angstaustösende Situation gehen  
in sensu: die gedankliche Konfrontation

Das Expositionstraining bedeutet für die Patientinnen/en eine Auseinandersetzung mit den angstaustösenden Situationen. Dazu einbezogen werden allfälliges Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten. Nicht die Angst soll das Handeln bestimmen, sondern die/der Betroffene sollte wieder möglichst unabhängig entscheiden und handeln können.

Je nach Angsterkrankung empfiehlt die S3-Leitlinie [2] unterschiedliche Formen der KVT, welche in der nachfolgenden Tabelle dargestellt sind:

Angsterkrankung	Empfehlung: KVT	Beispiele Vermeidungs-/ Sicherheitsverhalten
Agoraphobie F40.0	<ul style="list-style-type: none"> <li>- in vivo oder in sensu</li> <li>- Exposition in Begleitung eines Therapeuten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- statt mit ÖV mit Auto fahren</li> <li>- Lebensmittel nach Hause bestellen</li> </ul>
Spezifische Phobien F40.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- in vivo</li> <li>- wenn nicht möglich ,in sensu'-Exposition</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- putzen / Handschuhe tragen</li> <li>- nicht in den Keller gehen</li> <li>- wegschauen</li> </ul>
Panikstörung F41.0	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposition in Begleitung eines Therapeuten</li> <li>- Provokation von Körpersymptomen, z.B. Sport</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- immer in Begleitung unterwegs sein</li> <li>- nicht zu grosse Anstrengung (wegen Herz)</li> </ul>
Soziale Phobie F40.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- als Einzeltherapie</li> <li>- in vivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keine Vorträge halten</li> <li>- nicht an Anlässen/Gruppenaktivitäten teilnehmen</li> </ul>
Generalisierte Angststörung F41.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- in sensu</li> <li>- mit Übungsaufzeichnung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keine Nachrichten schauen</li> <li>- Kritik vermeiden</li> <li>- viel Zeit für hohe Leistung, z.B. Mails checken</li> </ul>

Die Vermeidung oder Sicherheitsverhalten sind grundsätzlich menschliche Reaktionen auf Angstsymptome. Typische Strategien sind die Einnahme von Beruhigungsmitteln (Benzodiazepinen) oder Alkohol. Damit können unangenehme durch die Angst hervorgerufene Empfindungen kurzfristig eingedämmt werden. Doch die möglichen langfristigen Folgen einer Anhängigkeit sind gravierender als deren Nutzen [4].

Die Durchführung des Expositionstrainings sollte wenn möglich auch ohne Begleitung der/s Therapeutin/en stattfinden [1]. Dabei ist eher das gestufte Vorgehen anzuwenden [6]. Diese Selbst-Exposition entspricht damit einer Selbsthilfe ohne eine Begleitung als Sicherheitsverhalten. Ziel des Expositi-



onstrainings ist, dass die/der Patientin/ die Erfahrung machen kann, dass die Angst von alleine wieder abnimmt. So lernt sie/er, dass sie/er die Situation bewältigen kann und das Selbstvertrauen wird gestärkt [6].

Alle Elemente des AP-Programms und im Speziellen das Expositionstraining bedürfen jeweils einer sorgfältigen Vor- und Nachbesprechung. Dies soll gewährleisten, dass diese Übungen erfolgreich verlaufen und somit den Teilnehmerinnen/n neue Erfahrungen ermöglichen. Die Expositionen gliedern sich in mehrere Phasen. Diese sind nicht mechanisch aufeinander folgend und auch nicht immer sind alle notwendig [1/5]. Die Expositionen fokussieren stets die vereinbarten gemeinsamen Ziele in Bezug auf die zu behandelnde Störung.

### ***Vorbereitung [1/5/6]***

Fokus: Motivierung & gemeinsame Planung

- Inhalt anhand der Angststufen (Schweregrad) zusammen mit der/m Patientin/en wählen
- Ablauf genau planen: klar umschreiben und begrenzen
- Belohnung festlegen
- Begleitung & Hilfsmittel klären
- beruhigende Versicherung geben

### ***Durchführung***

Fokus: Entschluss & Umgang

- laufend Angstwerte prüfen
- unterstützende Bewältigungsstrategien einsetzen, z.B. ‚10 goldene Regeln der Angstbewältigung‘, Atemübung
- Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten so weit möglich weglassen
- die Exposition ist ein Training, bei dem ‚Fehler‘ passieren dürfen
- so lange in der angstmachenden Situation bleiben bis die Angstintensität merklich nachlässt

- Übungen mehrmals wiederholen und erst danach steigern

### **Nachbesprechung**

Fokus: Auswertung & Perspektiven

- Erfahrungen und Lerneffekten herausarbeiten: kognitive Umbewertung und Umgang mit Rückschlägen
- anhand der theoretischen Informationen einordnen
- positive Verstärker von Erfolgen einsetzen

### **Ergebnisse / Erfahrungen**

Für die Patientinnen/en sind die Motivation zur aktiven Angstbearbeitung und die entsprechende Wissensvermittlung Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung [7]. Das Expositionstraining ermöglicht den Patientinnen/en die unmittelbare Umsetzung in die Praxis. Für die Durchführung brauchen alle in die Therapie involvierten Professionen eine solide Wissensbasis. Insbesondere da sich das Expositionstraining je nach Art der Angsterkrankung unterschiedlich gestaltet. Für das AP-Programm haben wir die Grundlagen, den Ablauf und die Durchführung des Expositionstrainings in einer Anleitung festgehalten. Zudem werden vorgegebene Hilfsmittel wie Angst-Hierarchie, Übungsprotokolle und Checklisten (z.B. ‚Gesprächsleitfaden für die Übungsvorbesprechung‘) verwendet [1].

Unser AP-Programm führen wir bereits seit über drei Jahren durch und die laufende Evaluation zeigt aufgrund der Rückmeldungen der Einzeltherapeuten sowie der betroffenen Patientinnen/en eine insgesamt positive Zustandsveränderung und einen spezifischen Nutzen des Expositionstrainings. Zudem ist es uns gelungen, das AP-Programm sowie im Speziellen das Expositionstraining als Interventionsbereich für die Pflege zu etablieren. Auf den Stationen stehen geschulte Pflegefachpersonen als Ansprechpersonen für Patientinnen/en wie auch für das Behandlungsteam zur Verfügung.

## Diskussion

Im Bereich der Angsterkrankungen bieten sich der Pflege anspruchsvolle Interventionsmöglichkeiten [7]. Für die Durchführung von Expositionstrainings sind grundlegende Kenntnisse zur KVT nötig.

Die Therapie von Angsterkrankungen soll in ein evidenzbasiertes Behandlungskonzept eingebettet sein, welches Psychoedukation, Entspannungstraining sowie individuelles Expositionstraining umfasst. Das Zusammenspiel dieser Programm-Elemente ist dabei die Grundlage für eine wirkungsvolle Behandlung und stellt in der Praxis eine Herausforderung an die interprofessionelle Zusammenarbeit dar.

## Schlussfolgerung

Das Expositionstraining bei Angsterkrankungen ist ein wesentliches Behandlungselement, dessen Wirksamkeit mehrfach nachgewiesen ist [8]. Die Pflege kann dabei einen wichtigen Beitrag leisten und die betroffenen Patientinnen/en unterstützen, den Teufelskreis der Angst zu durchbrechen und dadurch in ihrem Alltag einen verbesserten Umgang mit der Angst zu finden.

## Literatur

1. *Alsleben, H. et al. (2004). Psychoedukation Angst- und Panikstörungen: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. Urban & Fischer.*
2. *Bandelow, B. et al. (2014). S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen.*
3. *Frauenfelder, F. et al. (2018). Nursing diagnoses related to psychiatric adult inpatient care. J Clin Nurs.*
4. *Hautzinger, M. (2011). Kognitive Verhaltenstherapie: Behandlung psychischer Störungen im Erwachsenenalter. Beltz.*
5. *Hoffmann, N. & Hofman, B. (2012). Expositionen bei Ängsten und Zwängen, Beltz.*
6. *Geusen, E. (2011). Angsterkrankungen: Expositionstraining bei Agoraphobie mit Panikstörung. Psych. Pflege Heute.*
7. *Mattenklotz, J. (2018). Ängste in der Psychiatrie: Gemeinsam gegen die Angst. Psych. Pflege Heute.*

8. *Olatunji, B. O. et al. (2010). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: A Review of Meta-Analytic Findings. Psychiatric Clinics North America.*

## 12. „PPP“ – Praxisentwicklung Pflege in der Psychiatrie – erste Erfahrungen des Einsatzes einer Pflegeexpertin APN Psychiatrie

Sonja Freyer

### Hintergrund

Die Pflegedirektion des Klinikums Bremerhaven Reinkenheide gGmbH hat sich im Rahmen der Strategieausrichtung entschlossen, das Modell Advanced Practice Nursing klinikweit einzuführen. Das Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide gGmbH ist ein kommunales Krankenhaus mit 14 Kliniken, zwei Instituten, einem Medizinischen Versorgungszentrum sowie einem extern betriebenen Herzkatheterlabor und verfügt insgesamt über 682 Betten [1]. Bisher gab es am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide keine Erfahrungen mit dem Einsatz akademisierter Pflegefachpersonen auf Masterniveau in der Praxis. Somit begann in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Januar 2019 der Implementierungsprozess von Advanced Practice Nursing mit dem Einsatz einer Pflegeexpertin APN (Advanced Practice Nurse). Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik verfügt über vier Stationen und eine Tagesklinik [2].

Als theoretischer Hintergrund für die Rolleneinführung Pflegeexpertin APN Psychiatrie finden sowohl der *“participatory, evidence-based, patient-focused process for advanced practice nursing (APN) role development, implementation and evaluation”* (PEPPA-Framework) [3] als auch das Kompetenzprofil einer APN nach Hamric et al. [4] Anwendung.

Innerhalb der ersten Monate der Einarbeitungszeit wurde der Bedarf an pflegerischen Fallbesprechungen in Zusammenhang mit dem Pflegeprozess als ein Aufgabenfeld der APN identifiziert.

### Ziele

Durch den Einsatz der Pflegeexpertin APN Psychiatrie soll zum einen die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehöri-

gen verbessert, mögliche Versorgungslücken geschlossen werden und zum anderen eine Weiterentwicklung der Pflegepraxis erfolgen.

Konkret bedeutet dies, dass mit der Ein- und Durchführung von den genannten pflegerischen Fallbesprechungen in Bezug auf den Pflegeprozess mehrere Ziele verfolgt werden, unter anderem die Entwicklung einer gemeinsamen Fachsprache, die Stärkung des Person-zentrierten und Recoveryorientierten Ansatzes, sowie die Transparenz des Pflegeprozesses, insbesondere der geplanten Interventionen im Pflgeteam, die Reflektion der pflegerischen Arbeit und die Förderung kritischen Denkens.

### **Vorgehen**

Damit die Pflegeexpertin ihr neues Tätigkeitsfeld und die aktuellen Versorgungsformen und -strukturen der Klinik für Psychiatrie umfassend kennenlernt, arbeitet sie während der Einarbeitungszeit zunächst auf jeder der vier psychiatrischen Stationen für mindestens vier Wochen im klinischen Alltag mit. Während dieser Kennenlernphase kam schnell das Thema Pflegeprozess in den Mittelpunkt sowie der Bedarf, der Pflegefachpersonen sich intensiver damit auseinanderzusetzen. Die Auseinandersetzung mit dem Pflegeprozess war gerade für die Berufsanfängerinnen und –anfänger sowie für neue Mitarbeitende, die bisher keine Erfahrung mit der Pflege in der Psychiatrie haben, ein wichtiges Thema. Daraufhin führte die Pflegeexpertin APN zunächst auf einer Station die Durchführung von pflegerischen Fallbesprechung ein. Der Zeitrahmen für die wöchentlichen Fallbesprechungen beträgt 30 Minuten. Die Pflegefachpersonen legen fest, über welche Patient\*innensituation gesprochen werden soll. Dabei ist die Voraussetzung, dass die zuständige Bezugspflegeperson an der Fallbesprechung teilnimmt. Der Ablauf der Fallbesprechungen orientiert sich am vorgeschlagenen Modell von Sauter et al. [5] mit einer Einleitung, Vorstellung der aktuellen Patientensituation und die sich daraus ergebene Problematik bzw. aktuelle Fragestellung. Darauffolgend werden mögliche Ziele und Maßnahmen erarbeitet sowie die Art der Evaluation und die Verschriftlichung in der Pflegeplanung besprochen [5].

Jede Fallbesprechung endet mit einem kurzen Statement aller Beteiligten in Form eines „Blitzlichtes“.

## **Erfahrungen**

Die Implementierung der pflegerischen Fallbesprechungen begann Mitte März 2019 auf einer offen geführten, allgemeinspsychiatrischen Station mit einer Einführung in die Thematik. Anfangs wurden diese Fallbesprechungen etwas skeptisch beäugt. Im Laufe der Zeit gewann die Akzeptanz dieses Modells immer mehr. Laut einiger persönlicher Rückmeldungen werden die Fallbesprechungen und die dabei entstehende fachliche Auseinandersetzung sowie die Hilfestellung bei der Verschriftlichung der Pflegeplanung als positiv beschrieben. Ebenfalls dienen die Fallbesprechungen auch zur Evaluation, gerade bei Patientensituationen, die herausfordernd und einen längeren Verlauf haben. So konnten bis jetzt (Stand Juli 2019) elf Fallbesprechungen zu unterschiedlichen Fragestellungen wie beispielsweise zu Umgang mit schwerstdepressiven Patient\*innen, Menschen mit Persönlichkeitsstörungen oder die Problematik immer wiederkehrender Patient\*innenaufnahmen durchgeführt werden. Um die Kontinuität der Fallbesprechungen zu gewährleisten übernahm in Abwesenheit der Pflegeexpertin APN die Stationsleitung die Moderation.

Zu den bisherigen, weiteren Aufgaben und Tätigkeiten der Pflegeexpertin APN sind, in Anlehnung an das Kompetenzmodell nach Hamric et al. [4], folgende Bereiche zu nennen. Die direkte klinische Praxis [4], die während der Einarbeitungszeit den größten Anteil einnahm. Beratung und Konsultation [4]

von Patient\*innen und Angehörigen, Aufbau der interdisziplinären Zusammenarbeit, Coaching [4] von Pflegefachpersonen sowie die Beteiligung an ethischer Entscheidungsfindung [4]. Die Bearbeitung der einzelnen Schritte des PEPPA –Frameworks [3] ist aktuell (Juli 2019) noch im Prozess.

## Schlussfolgerung

Der bisherige Verlauf des Implementierungsprozesses der Pflegeexpertin APN in der Klinik für Psychiatrie ist als positiv zu beschreiben. Die bis jetzt angestossenen Veränderungen finden eine hohe Akzeptanz auf den Stationen. Das Ziel ist es weitere Pflegeexpert\*innen APN sowohl in der Psychiatrie als auch in der gesamten Klinik einzusetzen, um die Versorgungsqualität für die Patient\*innen und ihre Angehörigen zu verbessern.

## Literatur

1. *Klinikum Bremerhaven (2019): <https://www.klinikum-bremerhaven.de/aufsichtsrat-organigramm>, verfügbar am 18.01.2019*
2. *Klinikum Bremerhaven (2019): <https://www.klinikum-bremerhaven.de/psychiatrie>, verfügbar am 25.07.2019*
3. *Bryant-Lukosius, D. & DiCenso, A. (2004): A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530-540.*
4. *Hamric, A. B.; Hanson, C. M.; Tracy, M. F. & O'Grady, E. T. (2014): *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach. 5th Edition. Missouri: Elsevier**
5. *Sauter D.; Abderhalden C.; Needham, I. & Wolff, S. (Hrsg.)(2004): *Lehrbuch Psychiatrische Pflege. 1. Auflage. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.**



## **13. Deeskalation – ein Basic erfordert Training**

*Bernhard Giuliani, Ursel Basener-Roszak*

### **Einleitung**

Früher wurden Gewalterfahrungen als Berufsrisiko angesehen. Gewalt und Zwang waren daher vor nicht allzu langer Zeit in erschreckendem Ausmaß normal, die Schwellen für gegenseitige Eskalation und Machtkämpfe gering. Die Folgen waren gleichermaßen traumatisierend für Patienten und für Personal [1].

### **Erste Schritte: Sicherheitstraining**

Weil immer wieder Team-Mitglieder teilweise schwer verletzt wurden, überlegten sich kampfsportherfahrene Mitarbeiter (tatsächlich nur Männer), Kolleg\*innen zu schulen, damit physischer Gewalt etwas entgegengesetzt werden kann. Wie sich zeigen sollte, war dies ein Fehler mit weitreichenden Folgen. Gewalt und Verletzungen nahmen zu und der zunächst intuitiv richtig erscheinende Ansatz führte zu einer Verstärkung dessen, was wir beseitigen wollten. Intuition war demnach nicht hilfreich und das Konzept der Eindämmung ohne weitergehende Überlegungen nicht empfehlenswert [3].

### **Lernprozesse**

Der bisherige Ansatz war also bis ins letzte Detail zu hinterfragen. Wir stellten unser Menschenbild und unsere Grundannahmen auf den Prüfstand. Durch konsequente Fortbildung, Selbstkritik und Offenheit für Erkenntnisse und deren Folgen entstand unser aktuelles Trainingskonzept für Mitarbeiter aller Berufsgruppen. Die Entwicklung geht weiter. Jedes Training verarbeitet aktuelle Erfahrungen, neue Erkenntnisse und juristische Entwicklungen [4].

### **Training**

Training ist Arbeit. Training ist anstrengend, führt an Grenzen und zu unerwarteten Ergebnissen. Dies zu begleiten setzt eine außergewöhnliche Be-

reitschaft voraus, sich mit Unsicherheit, Angst und den eigenen Abgründen zu konfrontieren.

### **Kritikfähigkeit**

Wir sind der Meinung, dass eine konstruktive Kritikfähigkeit und die damit verbundene innere Haltung und Beweglichkeit die Grundlage für Deeskalation auf allen Ebenen ist.

### **Zukunftsorientierung**

- Neue Entwicklungen werden ausdrücklich begrüßt
- Umgang mit grundsätzlicher Überforderung wird Thema bleiben
- Handlungsfähigkeit für alle Beteiligten bleibt zentrales Konzept<sup>2</sup>

### **Literatur**

1. *S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“, Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), Autoren: T. Steinert, S. Hirsch, G. Gerlinger*
2. *„Aggression und Aggressionsmanagement – Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe“, Herausgeber: G. Walter, J. Nau, N. Oud*
3. *„Safewards: ein neues Modell für Konflikte und deren Eindämmung auf psychiatrischen Stationen“, L. Bowers*
4. *„Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten – (PsychKHG) in Baden-Württemberg“, veröffentlicht in Gbl 2014, 534, in der Fassung vom 25. Juni 2019*

## **14. Schließer oder Therapeut? Rolle der Pflegefachperson in der Deliktbearbeitung bei untergebrachten Patient\*innen im Maßregelvollzug (MRV)**

*Simon Gödecke, Domitian Woloszyk, Saskia Flegel, Dorothea Sauter*

### **Hintergrund**

Pflegefachpersonen arbeiten als Teil eines multiprofessionellen Teams im MRV mit Menschen, die aus einer schuld mindernden oder -ausschließenden psychischen Erkrankung eine Straftat begangen haben. Ein zentraler Begriff, der in Stellenbeschreibungen, Tätigkeitsprofilen und im Alltag zu finden ist, ist die Deliktbearbeitung. Die Literatur zeigt kein klares Bild darüber, was gemeint ist und welche Methoden verwendet oder Kompetenzen nötig sind. Einige Autor\*innen aus der professionellen Pflege befürworten die Mitarbeit ihrer Berufsgruppe in der Deliktbearbeitung [1,2], andere sehen es eher als ein Alleinstellungsmerkmal der Therapeuten [3,4,5]. Nähere Begründungen hierfür liefern die einzelnen Autoren nicht.

### **Fragestellung**

Was ist Deliktbearbeitung und was sind hier die Aufgaben der Pflegefachpersonen?

### **Methodik**

Anhand einer Literaturrecherche mit den Suchbegriffen „Deliktbearbeitung“ und „Maßregelvollzug“ wurde deutschsprachige Fachliteratur ausfindig gemacht, um Aussagen zur Fragestellung treffen zu können. Die Ergebnisse wurden mit zwei Pflegefachexpert\*innen diskutiert und auf Kernaussagen reduziert. Durch praktische Fallbeispiele wurden die Ergebnisse reflektiert.

## **Ergebnisse**

### ***Was ist Deliktbearbeitung?***

Es konnte keine einheitliche Definition der Deliktbearbeitung gefunden werden. Nur wenige Autor\*innen vertiefen den Begriff und die dahinterstehenden Konzepte, die je nach Störungsbild, Deliktart sowie psychotherapeutischer Ausrichtung variieren. Urbaniok verwendet anstelle des Begriffs der Deliktbearbeitung den Begriff der deliktorientierten Arbeit [11], da Deliktbearbeitung bei manchen Autor\*innen ab einem gewissen Fortschreiten einen Abschluss erreicht. Urbaniok benennt hingegen das deliktorientierte Arbeiten als fortlaufenden bzw. schritthaften Prozess [11].

Übereinstimmung gibt es dahingehend, dass die Deliktbearbeitung ein Prozess ist, bei dem sich Untergebrachte durch therapeutische Unterstützung kritisch mit der Tat auseinandersetzen [6,11]. Hierzu wird die Tat rekonstruiert und analysiert, mit dem Ziel einer frühzeitigen Erkennung von Risikosituationen deliktischen Handelns und Erarbeitung von alternativen Verhaltensweisen zur Rückfallprophylaxe, welche sich in der Praxis bewähren müssen [6,7,8,9,11]. Die Deliktbearbeitung verfolgt jedoch nicht das Ziel von Reue oder Buße [12].

Abhängig von Erkrankung und Besonderheiten des Delikts kann die Deliktbearbeitung nicht bei jedem Untergebrachten angewendet werden und beinhaltet das Risiko von Traumatisierung oder Reaktanz [6,10].

Anhand der Ergebnisse definieren wir Deliktbearbeitung durch folgende Merkmale:

- 1.) Als einen Prozess, bei welchem sich die straffällig gewordene Person kritisch mit der Tat auseinandersetzt.
- 2.) Mit Hilfe eines Expert\*in wird das Delikt rekonstruiert und analysiert.
- 3.) Das Ziel der Deliktbearbeitung ist das Erkennen von Risikosituationen deliktischen Handelns.
- 4.) Die Erarbeitung von alternativen Verhaltensweisen zur Rückfallprophylaxe.

### ***Aufgaben der Pflegefachperson im Maßregelvollzug***

Pflegefachpersonen sind durch ihre Präsenz für die Patient\*innen oft erster Ansprechpartner im Spannungsfeld „Besserung und Sicherung“ und nehmen Einfluss auf die alltägliche Lebensgestaltung der Patient\*innen [1,2].

Sie beobachten und reflektieren das Verhalten im Alltag und informieren das Behandlungsteam [2,3,13,14]. Das Erarbeiten und Anleiten alternativer Verhaltensweisen ist ein grundlegendes Aufgabengebiet von Pflegefachpersonen und bezieht sich auch auf die Bewältigung des Delikts [13].

### ***Überschneidungen zwischen den Merkmalen der Deliktbearbeitung und den Aufgaben der Pflegefachperson***

Der Abgleich mit realen Beispielen aus dem beruflichen Alltag der Pflegefachleute ergibt, dass diese entsprechend der von uns erstellten Definition einen eigenständigen Beitrag sowie eine Mitarbeit zur Deliktbearbeitung oder deliktnehm / -spezifischen Verhalten leisten. Eine deutliche Überschneidung findet sich in den Merkmalen 3) und 4). Die Begründung findet sich vor allem in der Nähe, die die Pflege im Alltag und ihrer Präsenz zu den Patient\*innen hat, womit sie entsprechende Verhaltensweisen und Risiken schnell erkennen, reflektieren, intervenieren und Alternativen anbieten oder erarbeiten kann. Dabei können sie auf Intuitionen und Tools aus unspezifischen oder störungsspezifischen Ansätzen zurückgreifen (z.B. Beratung, DBT, MKT, PBS). Selbst wenn die Pflegefachperson meist nicht direkt Delikte mit den Patient\*innen rekonstruieren und analysieren (Merkmal 1), geben sie Impulse und aus dem Kontakt gewonnene Ergebnisse am Therapeuten oder Teams weiter, die das Verständnis um den Stand der Deliktbearbeitung bereichern.

### **Diskussion**

Ein Vergleich zwischen den Ergebnissen mit den Fallbeispielen zeigt, dass Pflegefachpersonen einen Beitrag zur Deliktbearbeitung leisten und sich diese nicht allein auf psychotherapeutische Therapiesitzungen begrenzt. Die

Begründung liegt in der professionellen Nähe, die Pflegefachpersonen im Alltag zu den Patient\*innen haben, was ihnen ermöglicht, deliktische Verhaltensweisen zeitnah zu erkennen und durch verschiedene Interventionen aufzugreifen. Allerdings kann die Deliktbearbeitung Nebenwirkungen haben oder unsachgemäß durchgeführt werden. Um diese Gefahr zu reduzieren, sind spezifische Qualifikationen und Kompetenzen zur Straftäterbehandlung und Deliktdynamik psychisch erkrankter Menschen notwendig, welche sich Pflegefachpersonen qualifiziert aneignen müssen.

Die Methode muss kritisch betrachtet werden. Das Thema Deliktbearbeitung wurde hinsichtlich einiger Kernaussagen untersucht und möglicherweise nicht umfassend abgehandelt. Die Literaturrecherche war aus pragmatischen Gründen auf die deutschsprachige Literatur begrenzt worden.

### **Schlussfolgerung**

Deliktbearbeitung kann als multiprofessioneller Prozess unter Beteiligung der Pflegefachpersonen verstanden werden, da diese eine Schlüsselrolle in der Erfassung von behandlungsrelevanten Informationen einnehmen, deliktpräventive Maßnahmen steuern und so die Deliktbearbeitung mitgestalten. Sie sollten deshalb Methoden und Auswirkungen der Deliktbearbeitung kennen und patientenorientiert einordnen können. Erforderlich sind weitere Forschungsarbeiten zur Rolle der Pflegefachpersonen in der Deliktbearbeitung, an deren Ergebnisse sich Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote orientieren können.

Ergänzend zum Thema wurde ein Poster gestaltet.

### **Literatur**

1. *Needham, I. & Almvik, R. (2014) Forensische psychiatrische Pflege: Entwurf eines Berufsprofils. Unveröffentlichtes Manuskript*
2. *Kolbe, H.J. (2013) Forensische psychiatrische Pflege im Maßregelvollzug. Pflege & Gesellschaft 2, 18: p. 101-116.*

3. *Schädle-Deininger, H. (2015) Ethische Prinzipien – Basis pflegerischen Handelns in der Forensischen Psychiatrie. Saimeh, N. (Hrsg.). Straftäter behandeln. (p. 255-266). Berlin Medizinisch Wissenschaftlich Verlagsgesellschaft*
4. *Voss, F. (2010). Herausfordernde und schwer nachvollziehbare Verhaltens- und Interaktionsmuster. Psych Pflege, 116, 178-183.*
5. *Trost, A & Rogge, S. (2016). Basiswissen: Umgang mit Menschen im Maßregelvollzug. Köln. Psychiatrie Verlag*
6. *Schmidt-Quernheim, F. (2018), Behandlung im Maßregelvollzug gemäß §63StGB. Schmidt-Quernheim, F. & Hax-Schoppenhorst (Hrsg.) Praxishandbuch Forensische Psychiatrie. (p. 171-196). Bern: Hogrefe*
7. *Eucker, S. & Müller-Isberner, R. (2017). Kriminaltherapeutische Methoden. Müller-Isberner, R.; Born, P.; Eucker, S. & Eusterschulte, B. (Hrsg.) Praxishandbuch Maßregelvollzug. (S. 191-208). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft*
8. *Schwanengel, F. & Endres, J. (2016) Kriminaltherapeutische Straftäterbehandlung. Theoretische Modelle und praktische Umsetzungen Forum Strafvollzug, 65(3): p. 158-162.*
9. *Peiffer, W.; Gerke, A. & Hecht, M. (2018). Sexualisierte Gewalt im Maßregelvollzug. Psychiatrische Pflege (2018), 3 (1): p.19–22.*
10. *Lau, S. (2016) Die Bedeutung von „Leugnen“ für die Gefährlichkeitsbeurteilung und Behandlung von Straftätern. Saimeh, N (Hrsg.). Straftäter behandeln, (p. 159-170). Berlin Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft*
11. *Urbaniok, F. (2003] Der deliktorientierte Therapieansatz in der Behandlung von Straftätern – Konzeption, Methodik und strukturelle Rahmenbedingungen im Zürcher PPD-Model. Psychotherapie Forum, 11 (4): p 202-213*
12. *Kröber, H.-L. (2007) Die Auseinandersetzung mit der Tat. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 2: p.162-163.*
13. *Trost, A (2018) Forensische Psychiatrie als Fachbereich der Gesundheits- und Krankenpflege. Schmidt-Quernheim, F. & Hax-Schoppenhorst (Hrsg.) Praxishandbuch Forensische Psychiatrie. (p. 171-196). Bern: Hogrefe*
14. *Kammeier, H. (2013) Die Pflege strafrechtlich nach §63 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebrachter Personen. Pflege & Gesellschaft 2, 18: p. 117-116-137.*

## 15. Adherencetherapie neu denken

*Manuela Grieser, Maja Lo Faso, Nicole Amrein*

### Hintergrund

Massnahmen, um die Medikamentenadherence zu steigern werden in den Guidelines empfohlen [1]. Adherencetherapie (AT) – eine strukturierte Intervention mit 5 bis 10 Sitzungen nach Gray [2] kann eine bedeutende Massnahme sein. Die wesentlichen Elemente der Adherencetherapie nach Grey sind: Assessment, Probleme lösen, Rückblick, Ambivalenzen herausarbeiten, Sorgen und Bedenken und Blick nach Vorn [3]. In der Schweiz werden seit 2008 Adherencetherapeuten ausgebildet. Seit 2014 findet diese Ausbildung mehrheitlich an der Berner Fachhochschule Gesundheit im Rahmen eines Weiterbildungskurses statt. Die Anmeldezahl der Interessenten ist seit 2016 rückläufig.

### Einleitung

Eine Onlineumfrage mittels SurveyMonkey an alle 48 Studentinnen und Studenten, die zwischen 2014 und 2017 am Kurs teilnahmen, wurde durchgeführt, mit dem Ziel die Bedürfnisse des Zielpublikums und die Nachhaltigkeit des Kurses zu evaluieren. Die Umfrage ergab,

- 1) Die Rolle des Adherencetherapeuten, die recoveryorientierte Haltung und das Gesamtkonzept der Adherencetherapie sind zu wenig spürbar
- 2) Die Wenigsten setzen die gesamte Adherenctherapie um, bevorzugt werden einzelne Tools und Techniken aus dem Kurs angewandt.
- 3) Es besteht der Wunsch, nicht nur auf die Medikamentenadherence zu fokussieren, sondern auch andere ahhängenzbetreffende Entscheidungen einzubeziehen.
- 4) Es sollten nicht nur einzeltherapeutische sondern auch gruppentherapeutische Elemente in das Konzept integriert werden.



Der achttägige Adherencetherapiekurs wurde überarbeitet. Die Bereitschaft Medikamente einzunehmen oder sich für einen therapeutischen/individuellen Weg zu entscheiden, wird neu als Veränderungsprozess betrachtet, der das Denken, das Fühlen und den Willen des Klienten/der Klientin fokussiert. Um das Fühlen und den Willen der Klienten zu erarbeiten, werden zusätzlich zu den bekannten Techniken und Tools, Elemente aus der Körpertherapie, dem Psychodrama, der Naturarbeit und der Gestalttherapie integriert. Der überarbeitete Kurs soll eine recoveryorientierte Haltung vermitteln, indem eine Expertin durch Erfahrung im gesamten Kurs als Co-Leitung einbezogen ist. Die Zusammenarbeit der drei Lehrpersonen erfolgte gemäss Stufenmodell nach Cornwell auf der Stufe Co-Operation [4].

Das neue Kurzkonzept wurde 2019 erstmals mit 10 Teilnehmenden erfolgreich umgesetzt.

### **Die Sitzungen der Adherencetherapie**

Die Adherence-Schulung und äquivalent die Sitzungen der Adherencetherapie sind in 6 Phasen strukturiert:

1. Einer Anamnese der Gesamtsituation und einem anschliessenden Entscheid, welchen Prozess man mit dem Klienten beschreitet: Prozess zur Entscheidung über die Medikation, Prozess über einen anderen nichtmedikamentösen Entscheid. Für jeden Prozess wird ein unterstützendes Assessmentinstrument bereitgestellt.
2. Betrachten der Gesamtsituation aus unterschiedlichen Perspektiven. Dieser Prozessschritt hat das Ziel, „blinde Flecken“ aufzudecken, die kognitive und emotionale Ebene zu öffnen und bestehende Grundannahmen bewusst zu machen.
3. Sinnesbasierte Wahrnehmung von relevanten Aspekten: Diese Phase verfolgt das Ziel, emotionale Themen anzusprechen, eigene Grenzen wahrzunehmen, Konflikte und Tabus sichtbar zu machen sowie eigene Sorgen und Bedenken wahrzunehmen.
4. Altes verabschieden/ gestärkt sein in seiner Achtsamkeit/ Neues entstehen lassen: In dieser Phase geht es darum, alte Muster zu

verabschieden, die innere Präsenz zu schärfen, Ressourcen zu erkennen und neue Ideen oder Wege entstehen zu lassen.

5. Herausarbeiten, Manifestieren und Einüben von Lösungen und Ressourcen: In dieser Phase geht es darum, erkannte Ressourcen anzuwenden und Lösungen in Form von Prototypen auszuprobieren und zu manifestieren.

## Die Gestaltung der Adherencetherapie

Jede der oben beschriebenen Phasen wurde mit didaktischen Komponenten bestückt, die den Prozess unterstützen. Die Folgende Tabelle zeigt einen Überblick:

Kurstag	Lehrmethoden	Körpertherapeutische Interventionen [5]	Methoden der Expertin durch Erfahrung
Anamnese der Gesamtsituation	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wohlwollendes Hypothesieren</li> <li>2) Rollenspiele</li> <li>3) Rolle des AT als Pantomime oder Theaterstück vorstellen</li> <li>3) Wissensvermittlung</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1)Wahrnehmungsübungen</li> <li>2)Bodyscan</li> <li>3)Kurzinterventionen (Gähnen, Strecken, Ballmassage)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1)Storytelling (die eigene Recoverygeschichte erzählen)</li> <li>2)Die eigene Rolle klären</li> <li>3)Being with (mit der Gruppe sein und Fragen beantworten)</li> </ol>
Betrachten der Gesamtsituation aus unterschied-	<ol style="list-style-type: none"> <li>1)Reste von gestern</li> <li>2)Praktische Probleme</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1)Perspektivwechsel</li> <li>2)Das innere Kind</li> <li>3)Aussensicht, In-</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1)Berichten von eigenen praktischen Problemen</li> <li>2)Lehrgespräch</li> </ol>

lichen Perspektiven	lösen/ einen Gefallen tun 3)Informationen geben 4)Das innere Team 5)Rollenspiele	nensicht 4)Das Gute des Schlechten 5)Innere Bilder deuten	(welche Informationen bräuchten Klientinnen und Klienten) 3)Modelhaftes Präsentieren von Übungen und Rollenspielen mit einer Co-Dozentin 4)Eigene Erfahrungen mit Psychoparmaka, wichtige Tipps und Tricks
Sinnesbasierte Wahrnehmung von relevanten Aspekten	1)Reste von gestern 2)Skalenfragen 3)4-Felder Tafeln 4)Drei Häuser Beschreibung 5)Feedbackübung Rollen 6)Naturübung: Die Energie folgt der Aufmerksamkeit 7)Rollenspiel	1) Gefühle mit Aussagen verknüpfen 2) Sinnesbasiert: Atemarbeit sitzend 3) Fussmassage mit T-Ball und Summen 4) Körper- und Selbstwahrnehmung vertiefen	1)Vierfeldertafel auf eigene Erfahrung angewandt 2)Skalenfragen auf die eigene Erfahrung angewandt
Altes verarbeitet/	1)Reste von gestern	1)Sinnesbasiert: Kurzinterventionen	1)Die eigene Biografie aufzeigen

<p>gestärkt sein in seiner Achtsamkeit/ Neues entstehen lassen</p>	<p>2)Biografieübung, 3)Blind Spot Interview 4)Ambivalenzen herausarbeiten 5)Drawing Together (Zeichnen von 5 Symbolen) 6)Zeichnen 7)Lego Play 5)Rollenspiele</p>	<p>wie Hüpfen, Stimmbildung, Kiefer, Mund loslassen, etc. 2)ESR 3)EMDR 4)Klopfakupressur 5)Bilaterale Rollbewegungen zur Entspannung</p>	<p>2)Ambivalenzen herausarbeiten auf die eigene Erfahrung bezogen</p>
<p>Herausarbeiten, Manifestieren und Einüben von Lösungen und Ressourcen</p>	<p>1)Reste von gestern 2)Zukunft kreativ bauen (Knet, malen, Lego) 3)Circle of Excellence 4)Training von Tools und Methoden im Psychodrama 5)Individuelles Coaching</p>	<p>1)Affirmation ausarbeiten, physisch &amp; visuell umsetzen 2)Verankerung mit ESR und EMDR</p>	<p>1)Gruppenbeobachtungen 2)Gruppenreflexion und Rückmeldungen</p>

## Evaluation

Der Kurs soll im Folgenden auf den Ebenen Struktur, Prozess und Ergebnis evaluiert werden.

Strukturebene:

Der Kurs umfasste 8 Kurstage. Er war geblockt in 3-2-3 Tage mit einem Abstand der Blöcke von durchschnittlich 14 Tagen. Es hat sich gezeigt, dass eine Kursverteilung von 3-2-2-1-1 optimaler wäre, damit ein besserer Praxis-transfer gelingen kann. Die räumliche Umgebung mit Stuhlkreisen und Übungsräumen für die Rollenspiele hat sich bewährt. Die Hausaufgaben wie die Biogarfeübung, das Blind Spot Interview und der Circle of Excellence haben sich ebenfalls bewährt. Am Kurstag 7 war ein individuelles Coaching am Arbeitsplatz geplant. Diese Intervention konnte bei keinem Kursteilnehmer umgesetzt werden, weil es schwer organisierbar ist.

Prozessebene:

Die Gruppendynamik hat sich über den Kurs entwickelt. Ziel war es, den richtigen Moment zu erspüren, wann das Gegenüber/die Gruppe zu einer Bewegung der Veränderung bereit ist und diesen dann zu ergreifen und eine Lernumgebung zu schaffen, mit dem Ziel, ein lebendiges, flexibles und offenes System zu halten. Einzelne Gruppenmitglieder, die Widerstand zeigten, konnten in die Gruppe integriert werden, indem man ihnen mit Offenheit begegnete und ihnen die Freiheit lies, ihren eigenen Lernprozess zu gestalten. Nach dem Kurstag 6 zeigten die Teilnehmenden Unsicherheiten und Irritationen wegen der zahlreichen Tools, Techniken und Interventionen der Adherencetherapie. Wir erarbeiteten eine Übersicht, welche die einzelnen Schritte der AT und dazu passende körperliche, kognitive und emotionale Interventionen grafisch darstellt. Zudem organisierten wir eine Psychodramasitzung mit einer Simulationspatientin an der die Gruppe den gesamten AT prozess ausprobieren, reflektieren und vertiefen konnte. Des Weiteren simulierten wir gruppentherapeutische Sitzungen, in denen alle Kursteilnehmenden einzelne Tools und Techniken, die sie im Kurs gelernt hatten, um-

setzen mussten. Diese spontanen Interventionen wurden als sehr hilfreich empfunden.

Ergebnisebene:

Alle 10 Teilnehmenden schlossen den Kurs erfolgreich mit einer Supervision und einer Fallstudie ab. Die allgemeine Kurszufriedenheit war hoch bis sehr hoch. Die Qualität der Fallstudien variierte zwischen gut bis sehr gut. Bei allen Absolventen war eine patientenorientierte, individualisierte, prozessunterstützende (und nicht prozessführende) Haltungsänderung erkennbar.

## Literatur

1. *NICE Nationala Institute of clinical Excelence (2009). Medicines adherence. Quick reference guide. National Institute for Health and Clinical Excellence*
2. *Gray R, Gournay K, David A. QUATRO: Adherence Therapy – Training and Treatment Manual. London. 2001 (unveröffentlicht)*
3. *Gray R, Gournay K, Wykes, T. From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication.*
4. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2002; 9: 277–284*
5. *Cornwall, A. (2008). Unpacking “Participation” models, meanings and Practice. Community Dev J, 269–283.*
6. *Lo Faso Maja, Unversehrt. Selfcoaching körperlich, emotional, mental. Grundlagenwissen & Praxis, tredition (2018)*

## **16. Professionalisierung der psychiatrischen Pflege in der Schweiz**

*Manuela Grieser, Eduard Felber*

### **Einleitung**

Die demografische Entwicklung, die Migration, veränderte Finanzierungs- und Abrechnungssystem TarPsy, eine veränderte Bildungssystematik, und Kundenansprüche, die Individualität und Spezialisierung in den Vordergrund stellen, bilden wichtige Herausforderungen im psychiatrischen Versorgungsetting. In Folge Verknappung der Ressourcen sind Geschäfts- oder Klinikleitungen gefordert, Personal unterschiedlichster Qualifikationen (Grade) einzusetzen, um kosteneffektiv zu arbeiten und dies bei Beibehaltung der Pflegequalität.

### **Fragestellung**

1. Wie sind die verschiedenen Qualifikationen (Grades) in den psychiatrischen Kliniken der Schweiz verteilt?
2. Welche Altersstruktur haben die im Pflegebereich der Schweiz eingesetzten Personen mit unterschiedlicher Qualifikation (Grades)?
3. Wie wird sich aus Sicht der Experten und Expertinnen der Skill- und Grademix in der Zukunft entwickeln?

### **Methodisches Vorgehen**

Es wurde ein Querschnittsdesign gewählt. In der gesamten Schweiz gibt es 51 psychiatrische Kliniken [1]. Die Pflegedirektoren und – direktorinnen von 34 dieser psychiatrischen Kliniken sind in der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) organisiert. Gesamthaft sollten die Daten dieser 34 Institutionen erhoben werden. Auf Grundlage eines von der VPPS entwickelten Fragebogenkonzeptes und eines Fragebogens, welcher 2013 bereits für die Ersterhebung verwendet wurde [2], entstand ein neues Instrument in deutscher, französischer und italienischer Sprache. Die Umfrage erfolgte von Februar 2017 bis August 2017 über survey monkey. Die quantitativen Daten

wurden deskriptiv ausgewertet. Die qualitativen Daten wurden inhaltlich zusammengefasst und strukturiert:

## **Ergebnisse**

Von 34 angefragten Kliniken nahmen 23 Kliniken an der Datenerhebung teil. Die Rücklaufquote liegt bei 68 %.

Aus dem deutschsprachigen Raum haben 23 Kliniken teilgenommen. Aus dem italienisch- und französischsprachigen Raum hat keine Institution aus nicht nachvollziehbaren Gründen teilgenommen. Von den teilnehmenden Institutionen werden 14 öffentlich - rechtlich und neun privat geführt. Es handelt sich mehrheitlich um größere Institutionen mit einer Kapazität zwischen 200 - 300 oder mehr Betten. In sechs Fällen handelt es sich um kleinere Institutionen mit einer Bettenkapazität unter 100.

### ***Wie sind die verschiedenen Qualifikationen (Grades) in den psychiatrischen Kliniken der Schweiz verteilt?***

Derzeit liegen etwa 6% der Stellenanteile bezogen auf die Gesamtstellenzahl im Tertiär A Bereich (Hochschulen, Universitäten), 82% im Tertiär B Bereich (Höhere Fachschulen). Abschlüsse auf Sekundärniveau (Berufsausbildungen) machen ca. 12% der Gesamtstellenmenge aus. 11 Prozent der Mitarbeitenden haben Nachdiplomstudiengänge und akademischen Weiterbildungsstudiengänge absolviert.

### ***Welche Altersstruktur haben die im Pflegebereich der Schweiz eingesetzten Personen mit unterschiedlicher Qualifikation (Grades)?***

Die meisten Mitarbeitenden mit Ausbildungen im Tertiärniveau liegen haben eine Altersspanne von 26 bis 55 Jahren. Es fehlt der Nachwuchs und im Moment sind Fachpersonen, welche älter als 55 Jahre sind eher selten. Mitarbeitende mit einem Abschluss auf Sekundärniveau bringen mehrheitlich Nachwuchskräfte < 25 Jahren hervor.



### ***Wie wird sich aus Sicht der Experten und Expertinnen der Skill- und Grademix in der Zukunft entwickeln?***

Meinung 1: Es wird eine Polarisierung zwischen sehr hoch qualifizierten und niedriger qualifizierten Fachpersonen entstehen. Die höher qualifizierten Fachpersonen werden komplexere Behandlungs- und Betreuungssituationen, Planungs- und Organisation, sowie Controllingaufgaben übernehmen. Es werden Advanced Nursing Practitioners eingesetzt, um den immer komplexer werdenden Aufgabenbereich innerhalb der Behandlung zu handhaben.

Meinung 2: Skill- und Grademix im wird im multiprofessionellen Team stattfinden. Die Patientenbetreuung wird auf eine multiprofessionelle Dienstleistung hinauslaufen. Dabei hat jede Fachprofession bestimmte Aufgaben, Kompetenzen, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

Meinung 3 Zusatzausgebildete Pflgende (Doctor Nurses) werden zukünftig vermehrt medizinische Aufgaben –Kompenetnzen und Verantwortlichkeiten übernehmen.

Meinung 4 Die Pflege wird weiter an politischem Einfluss gewinnen. Fachangestellt Gesundheit (FaGe) werden politisch wie auch gesellschaftlich zu einer wichtigen Berufsgruppe im Gesundheitswesen werden und sie stellen eine wichtige Nachwuchsgruppe dar. Eine politische Gefahr besteht darin, dass auf Grund von Sparmassnahmen nur noch „billige“ Mitarbeitende eingestellt werden.

Meinung 5: Ökonomische Faktoren werden in den Mittelpunkt rücken. Es geht vor allem darum den Schritt ambulant vor stationär zu schaffen. Der Patientenpfad wird zukünftig aus einem Prozess gesteuert (stationär-teilstationär ambulant).

### **Diskussion und Schlussfolgerung**

Im nationalen Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe der GDK und OdA Santé [3] wird von einer zunehmenden Professionalisierung und Akademisierung des Pflegeberufes gesprochen. Mit einem 88% Stellenanteil von Mitarbeitenden auf Tertiärniveau scheint sich die Ausgangslage für eine

sichere und qualitativ hochwertige Pflege positiv zu entwickeln. Im Weiterbildungsbereich kann man von einer deutlichen Entwicklung in Richtung Spezialisierung der Berufsfachleute ausgehen.

***Empfehlung für die Praxis:***

1. Pflegefachpersonen in Weiterbildungen und Nachdiplomstudiegängen spezialisieren.
2. Pflegeexpertinnen und –experten mit hoher Qualifikation (Master in Science oder Bachelor in Science) anstellen.
3. Bei Curricula von Studiengängen und Weiterbildung auf Kompetenzen in intelligenter Delegation und Teamentwicklung abzielen [4].

Der demografische Wandel hat Einfluss auf die Anzahl möglicher neuer Berufspersonen, die Anzahl der jungen Fachpersonen reduziert sich. Zum einen ist dies darauf zurückzuführen, dass die Geburtenrate sinkt [6]. Zum anderen ist der Pflegeberuf nicht der attraktivste. Weiterhin verändert sich die Geschlechterzusammensetzung beim Fachpersonal [5]. In 5-10 Jahren rückt eine grosse Gruppe der jetzt 46-55-jährigen ins Pensionierungsalter.

***Empfehlungen für die Praxis:***

1. altersgerechte Karrieremodelle erarbeiten.
2. Frauen- und familienfreundliche Strukturen schaffen.
3. Personalentwicklungsmodelle wie Arbeits- und Personalwelt 4.0 bereithalten, um Fachpersonen an patientennahe Tätigkeiten zu binden anstelle sie zu patientenfernen Karrieren zu motivieren.
4. Bedürfnisse älterer Mitarbeitende berücksichtigen: flexible Arbeitszeiten, Information über Pensionierungsmöglichkeiten, eine Reduktion des Arbeitspensums vor der Pensionierung, kontinuierliche Weiterbildung, Anerkennung und Wertschätzung der Leistungen der Mitarbeitenden.
5. Gesundheitsprävention beim Pflegepersonal vor allem im Hinblick auf dessen Altersstrukturentwicklung

Bei der Expertenbefragung konnten wichtige Meinungen zusammengefasst werden. Skill- und Grademix ist jetzt und wird auch in der Zukunft ein bedeutendes Thema im psychiatrischen Pflegebereich im Kontext zu den anderen Fachexperten. Es ist eine multidisziplinäre Entwicklung anzustreben. Dass die Umsetzung von Skill- und Grademix - Projekten auf dem Hintergrund der Ökonomisierung und Kostenoptimierungsbedürfnisse geschieht, konnte international aufgezeigt werden [6]. Das intelligente Delegieren von Aufgaben der Pflegefachpersonen an tiefer qualifiziertes Personal ist nur dann sinnvoll, wenn es modellgestützt oder evidenzbasiert ist [7] und nicht wenn allein die vorhandenen Ressourcen den Grund für das Mengengerüst darstellen. Skill- und Grademix Projekte lassen sich nur sinnvoll umsetzen, wenn im Bereich der Mitarbeitenden und der Pflegemanager ein gemeinsamer Entscheidungsfindungsprozess eingeleitet wurde [8].

## Literatur

1. *H+ Spitäler der Schweiz. Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie tendenziell rückläufig.* H+ Spital- und Klinikbarometer. [http://www.hplus.ch/de/zahlen\\_fakten/h\\_spital\\_und\\_klinik\\_monitor/psychiatrie/leistungen/aufenthaltsdauer/](http://www.hplus.ch/de/zahlen_fakten/h_spital_und_klinik_monitor/psychiatrie/leistungen/aufenthaltsdauer/) [07.12.2017].
2. Ullmann P., Grieser M., Gantschnig G., Malojer G., Hoffmann S., Felber E (2013). *Skill und Grademix der Schweizer Psychiatrie. Bestandsaufnahmen.* Akademische Fachgesellschaft Psychiatrie des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft (VFP) & Konferenz Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren Psychiatrischer Institutionen der Schweiz (KPP).
3. Oda Santé, GDK, CDS. (2009). *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009. Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene. Ein Projekt von GDK und Oda Santé Bern*
4. Ludwig I. (2008). *Auf den Mix kommt es an. Die Auswirkungen des neuen Berufsbildungsgesetzes auf die Pflegeberufe.* Caremanagement, 1 (2), 19–21.
5. Ruedin, H. J., & Weaver, F. (2009). *Ageing Workforce in an Ageing Society – Wie viele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030?* Zürich: Careum Verlag.

6. Vernon D.J., Salsberg E., Erikson C., Kirch D.G. (2009). *Planning the future mental health workforce: with progress on coverage, what role will psychiatrists play?* *Acad Psychiatry*, (33), 10–21.
7. Standing Th S; Anthony M K. (2008). *Delegation: What it means to acute care nurses.* *Nursing research*, (21), 8–14.
8. Crossan F., Ferguson D. (2005). *Exploring nursing skill mix: a review.* *Journal of nursing management*, 13, 356–362.

## **17. Beziehung ist alles - kongruente Beziehungspflege in der ambulanten Versorgung praktisch angewandt (Abstract)**

*Bettina Grundmann-Horst, Kay Hesse*

### **Hintergrund**

Die Auswahl von Pflegeinterventionen steht in der ambulanten Pflege in einem anderen Kontext als bei einem Krankenhausaufenthalt, da die aufsuchende Hilfe in die Häuslichkeit der Klient\*innen nur mit deren Zustimmung möglich ist. Bereits im ersten Gespräch mit den Klient\*innen begibt sich die Pflegekraft also in eine Gastrolle, wo viel Fingerspitzengefühl darüber entscheidet, ob sich eine tragfähige Beziehung entwickeln kann, die zur Stabilisierung beiträgt. Die häusliche Atmosphäre und die intimen Einblicke in das soziale System der Klient\*innen ermöglichen einerseits einen Aushandlungsprozess auf Augenhöhe, andererseits stellt sie alle Beteiligten vor extreme Herausforderungen.

### **Problemstellung**

In der pflegerischen Ausbildung wird wenig auf die eigentliche Beziehungsgestaltung mit den Klient\*innen eingegangen. Die Ausbildung zur examinieren Altenpflege ist da besser aufgestellt, jedoch ist die Praxis der Langzeitversorgung geprägt von angelernten Pflegeassistent\*innen, rahmenvertraglichen Notwendigkeiten und von Angehörigen, die sich im Dschungel des Gesundheitswesens nicht zurechtfinden. Dazu kommt die Zuspitzung der Personalsituation in der Pflege, die durch Finanzdruck und Zeitmangel bestimmt wird. Es zeigte sich in der Praxis schnell, dass ein Konzept fehlt, welches die konkrete und positive Beziehungsgestaltung in den Blick nimmt und allen an der Versorgung Beteiligten die Möglichkeit eröffnet, ihre Beziehungen während der Pflege sinnstiftend zu gestalten.

## **Kongruente Beziehungspflege**

Nach Rüdiger Bauer, erstmals 1992 veröffentlicht, beschreibt die Beziehungsgestaltung als elementaren Bestandteil aller Pflegeinterventionen. In der kongruenten Beziehungspflege geht es vor allem darum, Pflegeinterventionen durch die Pflegenden so zu gestalten, dass Vertrauen entstehen kann und dadurch für die Klient\*innen Wohlbefinden und positive Erfahrungen entstehen. Durch das systematische Erfassen von Lebensereignissen und die Anwendung der bio-psychosozialen Hypothese in impliziter oder expliziter Form kann es gelingen, vertrauensvolle und freudige Momente zu erzeugen, die helfen, den Alltag zu bewältigen.

### **Vorgehen**

An einem Fallbeispiel wird die systematische Anwendung einer solchen kongruenten Beziehungspflegeplanung vorgestellt. Dabei wird deutlich, dass die Beziehungsprozessplanung eine systematische Erfassung, Einbeziehung und interaktionelle Bearbeitung von Bedeutungen des Lebens von Menschen ist und dass Pflegenden die Motivation und die Gesundheit von Klient\*innen wesentlich durch gezielte Reizsetzung in den täglichen Beziehungen beeinflussen können.

### **Ergebnisse/Erfahrungen**

Durch die jahrelange Anwendung und Erprobung konnten die Autoren mit ihrem Team einen Handlungsleitfaden erstellen, der von allen an der Pflege Beteiligten genutzt werden kann.

### **Schlussfolgerung**

Die lange Zeit der Begleitung in der ambulanten Versorgung macht es möglich mit einem Konzept zur professionell gestalteten Beziehung positive Reize zu setzen, die es ermöglichen, das Leben in möglichst krankheitsfernem Kontext hoffnungsvoll zu gestalten und beizubehalten. Das Konzept der kongruenten Beziehungspflege kann mit einer guten Schulung und Einfüh-

rung alle an der Pflege Beteiligten befähigen in kleinen Schritten Beziehungen heilsam zu gestalten.

Ergänzend zum Thema wurde ein Poster gestaltet.

## **18. Arbeitnehmende Menschen mit Sucht unterstützen**

*Silvia Günter*

### **Hintergrund**

Die Suchtprävention in Betrieben hat das Ziel, Mitarbeitende vor gesundheitlichen Schäden zu bewahren und die Betriebskosten zu senken [1].

Alkohol und illegale Substanzen generieren der Schweizer Volkswirtschaft indirekte Kosten wie Arbeitsunfähigkeit, Produktionsausfälle, Frühberentungen von jährlich 3.8 Milliarden Franken [2]. Substanzgebundene Süchte spielen in der Arbeitswelt eine grössere Rolle als angenommen. Eine Leistungseinbusse oder eine grössere Unfallgefahr können Folgen sein. Erst danach kommen die Langzeitabsenzen in Folge von Sekundärschäden oder eines stationären Entzugs [1]. Im Jahr 2016 wurde laut dem Taggeldversicherer 17% der Gesamtleistungen für Fehlzeiten wegen einer psychischen Problematik ausgegeben. Abhängigkeitserkrankungen gehören in diese Kategorie.

Das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) begleitet Mitarbeitende einerseits bei Langzeitabsenzen durch Krankheit oder Unfall, andererseits bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz oder wiederholten Kurzabsenzen. Das Hauptziel ist, die Förderung der Wiedereingliederungen und die Erhaltung des Arbeitsplatzes. Bezüglich der Suchthematik führt BGM einerseits Beratungsgespräche mit abhängigkeitsverdächtigen Mitarbeitenden durch andererseits wünschen Vorgesetzte Informationen, weil sie mit der Thematik zu wenig vertraut sind. Grundsätzlich wird von der Personalabteilung die Ansicht vertreten, dass Mitarbeitende mit einer Abhängigkeitsproblematik die Möglichkeit haben, diese therapieren zu lassen ohne den Arbeitsplatz zu verlieren.

### **Fragestellung**

Wie kann der Arbeitgeber Mitarbeitende in Bezug auf stoffgebundene Abhängigkeiten unterstützen?



## **Methode**

Es wurde eine Literatursuche in der Datenbank „Pubmed“ vorgenommen. Dabei wurde mit den Suchbegriffen „addiction“ AND „workplace“ AND „intervention“, Publikationsjahr 2003 bis 2018 gesucht.

Für diese Arbeit wurden 5 Artikel ausgewählt, dazu gehören zwei Interventionsstudien und drei Reviews. Die Ausschlusskriterien waren: Studien in Bezug auf Rauchen, stoffungebundene Abhängigkeiten, Interventionen in Bezug auf Menschen, die nicht im ersten Arbeitsmarkt arbeiten.

## **Ergebnisse**

Damit die Ergebnisse von den fünf ausgewählten Artikeln strukturiert aufgelistet werden können, werden sie nach den BGM Kriterien zugeordnet.

### ***Absenzenmanagement, Kosten Nutzen Analyse***

Insbesondere im europäischen Raum herrscht ein Mangel an Studien, welche die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit von betrieblicher Suchtprävention untersuchen [3].

Wenn ein Programm durchgeführt wird, fehlt meistens eine Evaluation und somit eine Kosten-, Nutzenanalyse [1]. Ausserdem werden die Kosten vielfach nur im Zusammenhang mit den Fehlzeiten nicht aber mit der Leistungseinbusse berechnet. Rey-Riek [4] konnte nachweisen, dass Alkoholranke zwei- bis viermal häufiger fehlen als die Gesamtbelegschaft.

### ***Arbeitssicherheit, Ergonomie, Arbeitsmedizin, Gesundheitsschutz***

Gemäss Pidd & Roche [1] ist das Hauptziel von Drogentests am Arbeitsplatz, eine Verbesserung der Sicherheit und Produktivität, respektive eine Substanzkonsumabschreckung zu erreichen. Betriebsvereinbarungen alleine reichen nicht aus, um den Konsum von Substanzen nachhaltig zu verbessern. Trotz des wachsenden internationalen Interesses an Drogentests am Arbeitsplatz, ist die Evidenz der Wirksamkeit in Bezug auf Drogentests für eine Verbesserung der Arbeitssicherheit und Produktivität zu schwach [5].

Der Arbeitsplatz kann ein geeignetes Setting sein, um die sogenannten ASBI (alcohol screening and brief intervention) durchzuführen. Mitarbeitende mit einem (drohenden) Abhängigkeitssyndrom können durch diese Tests identifiziert und ermutigt werden, an Interventionen teilzunehmen, um den Konsum zu reduzieren oder zu stoppen und so gesundheitliche Schäden zu verhindern. Schulte et al. [6] beschreibt, dass durch die Interventionen in der Nachbeobachtungszeit von 6 Monaten, eine Reduktion des Konsums stattgefunden hat.

### ***Betriebliche Gesundheitsförderung, gesundheitsorientierte Massnahmen***

Croissant et al[1] erwähnt, dass die Interventionsgruppe von Berufsbildenden, welche an einem eintägigen Workshop teilgenommen hat und drei Monate später dazu ein Fragebogen ausfüllte, gegenüber der Kontrollgruppe ohne Teilnahme angab, im Umgang mit suchtmittelgefährdeten Lernenden sicherer zu sein, das Thema präventiv eher anzusprechen und zu verstehen.

Lucas et al. [7] beschreiben ein „Empowered health consciousness Programm“. In persönlichen oder webbasierten Weiterbildungen haben die Mitarbeitenden erfahren, wie sie psychisch gesund bleiben können, ohne Substanzen zu missbrauchen. Direkt nach der Intervention wurde untersucht, welche Interventionsart bei den Mitarbeitenden mehr Wirkung zeigte. Grundsätzlich ist der Wissenszuwachs signifikant besser geworden. Ob die Informationen persönlich oder webbasiert vermittelt wurden, war irrelevant [7].

### ***Arbeitsorientierte Massnahmen, Personalentwicklung, Organisationsentwicklung***

Vielfach werden Arbeitsplatzprobleme im Zusammenhang mit dem Konsum von legalen und illegalen Substanzen von Vorgesetzten und Kollegen lange nicht angesprochen [1]. Aus dem Review von Rey-Riek et al. [3] geht hervor, dass in Bezug auf Abhängigkeitserkrankungen am Arbeitsplatz dem Employee Assistance Program (EAP) am meisten Beachtung geschenkt wird.

Vorgesetzte sprechen den bereits auffälligen Arbeitnehmenden auf das arbeitsbezogene Fehlverhalten an und bieten oder vermitteln gleichzeitig Hilfe. Die Aussage aus der Arbeit von Croissant et al. [1], dass sich Berufsbildende, welche an einer entsprechenden Intervention teilgenommen haben, in der Gesprächsführung signifikant sicherer fühlen, lässt aufhorchen.

## **Diskussion**

Der Arbeitgeber hat die Pflicht, Mitarbeitende mit Problemen von stoffgebundenen Abhängigkeiten anzusprechen und Massnahmen einzuleiten, um sie vor selbst- und fremdgefährdetem Verhalten zu schützen [8]. Da Mitarbeitende eine Suchtproblematik vielfach verneinen, bleibt der Test in solchen Fällen die einzige Möglichkeit, um das Gegenteil zu beweisen und die Sicherheit in Bezug auf gefährliche Arbeiten, zum Beispiel mit Maschinen, zu gewährleisten. Die gesetzliche Grundlage in der Schweiz sieht aber Substanzentest als Eingriff in die Persönlichkeit [9].

Wegen erhöhten Ausfalltagen und Leistungseinbussen wird der Betrieb finanziell belastet [10]. Eine genaue Kosten- Nutzenanalyse von präventiven Angeboten durchzuführen ist zeitaufwendig und wird kaum gemacht. Eine breit angelegte Evaluationsstudie im Auftrag vom Bundesamt für Gesundheit sagt, dass in Bezug auf Alkoholprävention für 11 investierte Franken, 29 Franken gespart werden können [11]. In diesem Zusammenhang wäre es wünschenswert, auch für die Betriebsprävention Daten zu haben, die den Return to Investment Einsatz belegen und somit flächendeckende Programme für Mitarbeitende und Vorgesetzte zu implementieren.

## **Schlussfolgerung**

### ***Empfehlungen für ein betriebsinternes Konzept***

Aus Scham oder fehlendem Wissen, tragen Arbeitskollegen und Vorgesetzte eine Abhängigkeitsproblematik eines Arbeitskollegen lange mit. Die Leistungsfähigkeit nimmt ab und die Gesundheitsschäden nehmen zu [12]. Deshalb ist es die Aufgabe des Betriebes, das Thema in die Personal- und Orga-

nisationsentwicklung aufzunehmen und nötige Kommunikationstrainings anzubieten.

Vorgesetzte, Kollegen und Berufsbildner sollen befähigt werden, Beobachtungen im Zusammenhang mit einem Fehlverhalten wie Leistungseinbuße, risikoreiches Verhalten, Konflikte im Team und zunehmende Unfallgefahr frühzeitig, korrekt und sachlich anzusprechen und Massnahmen einzuleiten [4].

Unter der oben erwähnten Voraussetzung, dass Beobachtungen korrekt angesprochen werden, ist der Arbeitsplatz ein geeignetes Setting, Mitarbeitende mit einem (drohenden) Abhängigkeitssyndrom ausfindig zu machen und sie zu ermutigen, sich extern behandeln zu lassen. In diesen Fällen soll mit dem Mitarbeitenden eine Vereinbarung gemacht werden, die über einen definierten Zeitraum interne oder externe Kontrollen erlaubt und bei nicht Einhalten die Konsequenzen aufzeigt.

Ein wichtiger Beitrag scheint weiter die allgemeine Information für alle Mitarbeitenden in Bezug auf den riskanten und schädlichen Suchtmittelkonsum und das Reflektieren des eigenen Konsumverhaltens [10]. Dabei spielt es keine Rolle, ob diese persönlich oder webbasiert passieren [7].

## Literatur

1. Croissant, B., Klein, O., Löber, S., & Mann, K. (2004). *Betriebliche Suchtprävention - Durchführbarkeitsstudie in einem Betrieb der chemischen Industrie. Das Gesundheitswesen*, 66(08/09), 505–510. <http://doi.org/10.1055/s-2004-813343>
2. Jeanrenaud, C., Widmer, G., & Pellegrini, S. (2005). *Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse*. Neuchatel. Abgerufen von [http://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/jeanrenaud\\_hroednb2xaa8.pdf](http://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/jeanrenaud_hroednb2xaa8.pdf)
3. Rey-Riek, S., Güttinger, F., & Rehm, J. (2003). *Lohnt sich betriebliche Suchtprävention? Suchttherapie*, 4(1), 12–17. <http://doi.org/10.1055/s-2003-38099>
4. Bartsch, G., & Merfert-Diete, C. (2013). *Alkoholabhängigkeit und riskanter Alkoholkonsum*. In *Fehlzeiten-Report 2013* (pp. 67–73). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. [http://doi.org/10.1007/978-3-642-37117-2\\_8](http://doi.org/10.1007/978-3-642-37117-2_8)

5. Pidd, K., & Roche, A. M. (2014). How effective is drug testing as a workplace safety strategy? A systematic review of the evidence. *Accident Analysis & Prevention*, 71, 154–165. <http://doi.org/10.1016/j.aap.2014.05.012>
6. Schulte, B., O' Donnell, A. J., Kastner, S., Schmidt, C. S., Schäfer, I., & Reimer, J. (2014). Alcohol Screening and Brief Intervention in Workplace Settings and Social Services: A Comparison of Literature. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 131. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00131>
7. Lucas, G., Neeper, M., Linde, B., & Bennett, J. (2017). Preventing Prescription Drug Misuse in Work Settings: Efficacy of a Brief Intervention in Health Consciousness. *Journal of Medical Internet Research*, 19(7), e242. <http://doi.org/10.2196/jmir.7828>
8. Suva. (2001). Suchtmittel am Arbeitsplatz. Abgerufen von <https://www.suva.ch/material/dokumentationen/suchtmittel-am-arbeitsplatz-aus-rechtlicher-sicht-66095.d-17869-17869>
9. Sucht Schweiz. (2018). Alkohol am Arbeitsplatz. Konsumnachweis und Tests. Abgerufen am 17. Juni, 2018 von <http://www.alcoolautravail.ch/de/konsumnachweis-und-tests-186>
10. Wallroth, M., & Schneider, B. (2013). Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe - Massnahmen, Herausforderungen und Chancen. In *Fehlzeiten-Report 2013* (pp. 201–207). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. [http://doi.org/10.1007/978-3-642-37117-2\\_8](http://doi.org/10.1007/978-3-642-37117-2_8)
11. Fueglistler-Dousse, S., Jeanrenaud, C., Kohler, D., & Marti, J. (2009). Kosten und Nutzen von Präventionsmassnahmen: Tabakkonsum und übermässiger Alkoholkonsum, Kurzfassung. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-ncd-sucht/evalber-ncd-sucht-2010.html>
12. Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., & Meyer, M. (2013). *Fehlzeiten-Report 2013*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <http://doi.org/10.1007/978-3-642-37117-2>

## **19. Recoveryorientierte Gruppen – „so unterschiedlich wie das Leben“**

*Birgit Hahn, Gabriele Braum, Caroline Bromann, Fritz Hillebrenner, Claudia Hülsmann, Volker Panzer, Jacqueline Rixe*

### **Hintergrund und Problemstellung**

Die Anwendung des personenzentrierten Recovery-Ansatzes ist v.a. in angelsächsischen Ländern fest im psychiatrischen Hilfesystem verankert [1] und die World Health Organisation (WHO) formulierte schon 2013 das Ziel, eine recoveryorientierte psychiatrische Versorgung anzustreben [2, 3]. Die Diskussion um die Möglichkeiten, die dieser konsequent an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtete Versorgungsansatz bietet, wird zunehmend auch im deutschsprachigen Raum geführt und gewinnt immer mehr an Bedeutung [3]. So konnten mittlerweile Empfehlungen zu partizipativer recovery-orientierter Haltung bzw. therapeutischen Konzepten auch in S3-Leitlinien psychiatrischer Behandlung und Versorgung in Deutschland aufgenommen werden [4].

Dabei kann der Begriff „Recovery“ unterschiedlich definiert und interpretiert werden [5]. Einerseits kann die Erreichung des ursprünglichen Zustandes vor Beginn der Erkrankung gemeint sein. Diese Haltung schließt die Erwartung ein, die Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen zu reduzieren und ausschließlich auf eine Symptomreduktion/ Symptombfreiheit zu setzen. Andererseits schließt eine weiter gefasste Definition von Recovery Symptome einer psychischen Störung ein und definiert einen gelungenen Recoveryweg darin, trotz Auftreten von Symptomen und Nutzung psychiatrischer Hilfen ein sinnerfülltes Leben führen zu können. Dieser individuell definierte Weg kann nur durch die Betroffenen selbst bewertet werden und durch professionell Tätige mit der Bereitstellung förderlicher Rahmenbedingungen entsprechend unterstützt werden [5].

Besondere Bedeutung auf dem individuellen Genesungsweg erhält dabei der Aspekt der Hoffnung bzw. Zuversicht. Um mehr Sicherheit zu erlangen, wel-

che Faktoren in dem komplexen Zusammenspiel von Hürden und Unterstützungsfaktoren bei der Bewältigung psychischer Krankheit wirken, wurden sog. Recovery-Prinzipien analysiert und deren Wirksamkeit herausgearbeitet [6]. Diese Prinzipien werden im sog. „CHIME“-Modell zusammengefasst. Danach können als wesentliche Wirkfaktoren „die Verbundenheit mit anderen (connectedness (C))“; „Hoffnung bzw. Zuversicht (hope (H))“, „Identität (identity (I))“, „bedeutungsvolles Leben (meaningful (M))“ sowie das „Empowerment (E))“ angesehen werden.

Betroffene benötigen Begleiter und Unterstützer in der subjektiven Bewältigung psychischer Krankheit. Dabei können Peers eine ausgesprochen wichtige Rolle einnehmen [3, 7, 8]. Durch deren Expertenrolle (Experte aus eigener Erfahrung) können sie im Recovery-Prozess wichtige Wegbegleiter im (Wieder-)erlangen von Sinn und Selbstbestimmung sein. In der psychiatrischen Versorgung sollten daher Orte der Begegnung zwischen Betroffenen, Peers und Professionellen jenseits aktueller Rollen und eine Begegnung auf Augenhöhe ermöglicht werden. Sog. Recovery-Gruppen können einen solchen Beitrag im Recovery-Prozess leisten.

## **Fragestellung**

Drei unterschiedlich ausgestaltete Recovery-Gruppen in unterschiedlichen psychiatrischen Settings werden in Bezug auf das „CHIME“ – Konzept und dessen Prinzipien und Wirkfaktoren überprüft. Es wird der Frage nachgegangen, inwieweit die dargestellten Gruppenangebote entsprechende Wirkfaktoren enthalten und die Nutzer in der Gestaltung eines Recoveryweges unterstützen.

## **Vorgehen**

Die drei Recovery-Gruppen, die in unterschiedlichen Settings und bei unterschiedlichen Hilfeleistern in Bielefeld zum therapeutischen Angebot gehören, werden zunächst kurz vorgestellt und hinsichtlich der „CHIME“-Wirkfaktoren analysiert. Dabei kommen Betroffene, Peers und professionell Tätige der verschiedenen Recovery-Gruppen zu Wort.

Die Gruppen stammen sowohl aus dem ambulant und stationär betreuten Wohnen als auch aus dem klinischen Setting unterschiedlicher psychiatrischer Hilfeleister in Bielefeld. Es werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Gruppenkonzepte herausgearbeitet und dargestellt. Eine Nutzerbefragung, die im klinischen Setting durchgeführt wurde, liefert neben der Analyse der Gruppenmanuale weitere wichtige Hinweise in Bezug auf die Wirkfaktoren der dargestellten Recovery-Gruppen.

## Ergebnisse

Die drei zu Grunde gelegten Gruppen zählen bei unterschiedlichen psychiatrischen Hilfeleistern in Bielefeld zum festen therapeutischen Angebot. Dazu zählt der Verein *Gesellschaft für Sozialarbeit e.V. (GfS) Fachbereich Lebensräume*, das *Unterstützte Wohnen, Bethel.regional* als auch die psychiatrische *Fachklinik Pniel*, eine Teilklinik des *Evangelischen Klinikum Bethel* in Bielefeld.

	<b>Unterstütztes Wohnen Bethel.regional</b>	<b>Gesellschaft für Sozialarbeit e.V.; Fachbereich Lebensräume</b>	<b>Fachklinik Pniel / Evangelisches Klinikum Bethel</b>
Gruppengründung	Mitte 2017	Mai 2017	April 2016
Teilnehmer	aus dem ambulant und stationär betreuten Wohnen	aus dem ambulant betreuten Wohnen	Patienten der Klinik Pniel
	ca. 8-12 TN	ca. 5 TN	ca. 10-15 TN
Häufigkeit	14-tägig	wöchentlich	wöchentlich
Manual	freie Themen im Stil einer Selbsthilfegruppe	Manual von M. Boden und D. Feld [9]	Manual von G. Braum und V. Panzer [10]



Die Recovery-Gruppen haben in allen Settings einen festen Platz im Wochenablauf bzw. Therapieprogramm. Dabei kann die Teilnahme nie verordnet werden, sondern ist stets ein freiwilliger Schritt seitens der Betroffenen. Diese zeigen hohes Interesse an dem Gruppenangebot, was durch persönliche Rückmeldungen, dem wertschätzenden Umgang miteinander, der kontinuierlichen Teilnahme und den Ergebnissen der Nutzerbefragung deutlich wird. Dabei zeigt sich, dass die im CHIME-Acronym festgehaltenen recovery-bezogenen Wirkfaktoren bei allen drei Gruppen einen festen Platz im Gruppenablauf haben:

- *Verbundenheit / connectedness*: Nutzer beschreiben es als wesentlich, sich als Teil der Gruppe zu erleben, für die anderen wichtig zu sein und darüber Rückhalt zu haben. Darüber hinaus können wachsende Beziehungen innerhalb der Gruppe, auch über das Gruppenangebot hinaus, beobachtet werden.
- *Hoffnung und Zuversicht / Hope and Optimism about the Future*: Diskussionen in den Gruppenthemen zeigen, dass das Thema der Bildung von Hoffnung und Zuversicht mit viel Feingefühl zu gestalten ist und in vielen Biografien mit langjährigem Krankheitsverlauf häufig lange nicht mehr gedacht wurde.
- *Identität / Identity*: Die Begegnung und der Umgang mit stigmatisierendem Erleben sowie die (Neu-)definition der individuellen Identität ist ein regelmäßiger Bestandteil in Diskussionsthemen.
- *Bedeutung und Sinn im Leben / Meaning in Life*: Im Gruppenprogramm werden Diskussionsthemen angestoßen, die sich mit der Bewältigung und dem subjektiven Krankheitserleben beschäftigen. Darüber hinaus ist das Thema der Bewertung von Lebensqualität ein wesentlicher Bestandteil.
- *Selbstbestimmung / Empowerment*: Nutzer nehmen mit hohem Interesse an Diskussionsthemen rund um das Thema der Selbstverantwortlichkeit teil. Dabei spielt das Thema der eigenen Zuständigkeit und (Wieder-)erlangen von eigener Stärke und Macht eine wesentliche Rolle.

## Diskussion und Schlussfolgerung

Die Wahrnehmung von Krankheit als auch von Genesung und Gesundheit ist immer ein subjektiv empfundener und definierter Prozess, der nur aus dem Fokus der Betroffenen bewertet werden kann. Der offene Erfahrungsaustausch von Betroffenen sollte stets gefördert werden. Dieser Prozess kann durch förderliche Rahmenbedingungen durch die professionell Tätigen unterstützt werden. Damit können recoveryorientierte Gruppenangebote insbesondere durch die Moderation von Expert\*innen aus Erfahrung einen wesentlichen Baustein der Unterstützung bilden. Darüber hinaus tragen Recovery-Gruppen essentiell dazu bei, dass sich die psychiatrische Versorgung zukünftig stärker an den Bedürfnissen und Ressourcen der Betroffenen orientiert [s. auch 8]. Dennoch ist weitere Forschung und Erfahrungsaustausch zu diesem Thema dringend angezeigt.

Ergänzend zum Thema wurde ein Poster gestaltet.

## Literatur

1. Zuaboni, G., Abderhalden, C., Schulz, M. & Winter, A. (2012). *Recovery praktisch! Schulungsunterlagen*. Bern: Verlag Universitäre Dienste UPD. Online abrufbar unter: [http://www.pflege-in-der-psychiatrie.er/files/recovery/Recovery\\_praktisch-\\_PDF\\_Version\\_2012.pdf](http://www.pflege-in-der-psychiatrie.er/files/recovery/Recovery_praktisch-_PDF_Version_2012.pdf)
2. World Health Organisation (WHO) (2017). *World Health Organisation – Promoting recovery in mental health and related services*. Online abrufbar unter: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254810/WHO-MSD-MHP-17.10-eng.pdf;jsessionid=0259AF1790FB1582AB2C00E75DE743B1?sequence=1>
3. Zuaboni, G., Ventling, S. & Schulz, M. (2014). *Das Recovery Konzept in der Psychiatrie – Implikationen für Case Management*. In *Case Management (4)*, 189 – 194.
4. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2013). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. Online abrufbar unter:

[https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/624d163d1df61ca1e079a5ca496f6b6595e83d6b/S3-LL-PsychosozTherapien\\_Langversion.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/624d163d1df61ca1e079a5ca496f6b6595e83d6b/S3-LL-PsychosozTherapien_Langversion.pdf)

5. Schrank, B. & Amering, M. (2007). 'Recovery' in der Psychiatrie. *Neuropsychiatrie* 21(1), 45 – 50.
6. Leamy, M., Bird, V., Le Boutillir, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). *Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. The British Journal of Psychiatry* 199, 445 – 452.
7. Deegan, P. (2013). *Ohne Hoffnung gibt es kein Recovery. In: C. Burr, G. Zuaboni (Hrsg.). Recovery in der Praxis. S. 15 – 21. Bonn: Psychiatrie Verlag.*
8. Winter, A. & Burr, C. (2011). *Gruppe „Gesundheit und Wohlbefinden“ – ein Angebot von Betroffenen für Betroffene. PsychPflege* 17, 255 – 261.
9. Boden, M. & Feldt, D. (2008). *„Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen“, Bonn: Psychiatrie Verlag*
10. Panzer, V., Braum, G., (2016). *„Manual für eine Recovery-Gruppe“, wurde in Rahmen des Dreiländerkongress 2017 in Bern vorgestellt, nicht verlegt - kann beim Autor bezogen werden*

## **20. Eine empirische Untersuchung zur partizipatorischen Dokumentation als Instrument zur Steigerung des Klienten\*inneneinbezugs auf einer Soteria (Abstract)**

*Simone Heckenberger*

### **Hintergrund**

Das psychiatrische Setting tut sich, trotz der Bestrebungen von Betroffenen, dass Professionelle eine ganzheitliche Sicht auf sie als Menschen und nicht eine reduzierte Wahrnehmung auf die Symptomatik nehmen sollen, schwer eine subjektorientierte Perspektive einzunehmen. Es wird zu viel Wert darauf gelegt, die professionelle Kompetenz und Zuständigkeit zu behaupten [2]. Aus diesem Hintergrund wurden die Ergebnisse einer Patientenzufriedenheitsbefragung einer Soteria näher beleuchtet. Diese fielen zwar überwiegend positiv aus, jedoch konnte eine Verschlechterung bei den Items Vertrauen zu Ärzten/Therapeuten/Pflege und ob mit oder über die Betroffenen gesprochen wird, festgestellt werden. Diese Verschlechterung wurde lösungsorientiert mit den dort tätigen Professionellen diskutiert. Die Intention war es, den Behandlungsprozess so zu verändern, dass die Teilhabe der Betroffenen gefordert werden kann. Das Recovery-Konzept und das Gezeiten-Modell wurden als theoretische Grundlage und Behandlungskonzept einer Soteria mit einbezogen, weshalb sich aus diesen Überlegungen folgende Fragestellung ergab.

### **Fragestellung**

Inwieweit kann die Partizipation junger Psychoseerkrankter während der Behandlung auf der Soteria durch die partizipatorisch gestaltete Dokumentation gefördert werden?

### **Methode und Material**

In einer Projektgruppe wurde ein standardisierter Dokumentationsbogen in Anlehnung an das Gezeiten-Modell von Barker und Buchanan-Barker erar-

beitet, welche den Inhalt des Gespräches mit den Betroffenen, die Reflexion des Gespräches sowie die Erfassung der Zuversicht aller Beteiligten festhält. Dieser fand vom 23.10. – 23.12.2017 praktische Anwendung. Dokumentiert wurden vom Patienten und seiner Bezugsperson spätestens ab der zweiten Behandlungsphase (Aktivierungsphase) alle geplanten Bezugspersonengespräche, Gespräche mit Angehörigen, Betreuer, Behörden, etc. Danach wurde der Bogen in die elektronische Patientenakte eingepflegt. Nach dem Zeitraum der praktischen Anwendung wurden mittels leitfadengestützten theoriegenerierenden Experteninterviews ein Sample an Mitarbeitenden befragt und die Daten in Anlehnung an Meuser und Nagel ausgewertet.

## **Ergebnisse**

Aus dem empirischen Material konnten die Ergebnisse in drei Kategorien eingeteilt werden:

- Beziehungsfördernde Neuverteilung des Machtverhältnisses
- Gestaltung einer personenzentrierten Recovery-Atmosphäre
- Strukturelle und persönliche Indikatoren für die praktische Umsetzung.

## **Diskussion**

Die Fragestellung konnte teilweise beantwortet werden. Die Haltung des Einzelnen ist essentiell um Einfluss auf das Machtverhältnis zu haben und somit auf die Partizipation der Betroffenen. Eine veränderte Haltung konnte in situ geschaffen werden, es gab jedoch Hinweise darauf, dass sich die Experten in zwei Lager teilen (Bereitschaft Macht zu teilen vs. Festhalten an Macht/Kompetenz). Der visuelle Aspekt der gemeinsamen Dokumentation wurde von Experten hervorgehoben, sowie dass der Fokus auf die Betroffenen gelenkt werden kann.

## **Schlussfolgerung**

Eine umfassende Beantwortung war im Rahmen der Bachelorthesis nicht möglich, da die Erhebungsgröße zu klein war und lediglich die Professionellen befragt wurden, obwohl es mehr Akteure bei einer gemeinsamen Do-

kumentation, nämlich die Betroffenen, gibt. Partizipation als solches ist multifaktoriell abhängig und deshalb schwer messbar. Trotzdem konnte eine Veränderung der Haltung bei Experten erreicht werden, was eine gesteigerte Partizipation der Betroffenen zur Folge hat. Daher kann die partizipatorische Dokumentation als geeignetes Instrument zur Steigerung der Teilhabe der Soteria-Behandlung eingeschätzt werden.

## Literatur

1. *Barker, Philip J.; Buchanan-Barker, Poppy (2013): Das Gezeitenmodell. Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege. Unter Mitarbeit von Michael Herrmann. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber (Programmbereich Pflege).*
2. *Bock, Thomas (2005): Umgang mit psychotischen Patienten. 3. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag (Basiswissen, 2).*
3. *Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch).*
4. *Heckenberger, S. (2018): Recovery in der Psychiatrie – eine empirische Untersuchung zur partizipatorischen Dokumentation als Instrument zur Steigerung des Klienten\*inneneinbezugs*

## **21. Das Huddle-Board als Methode zur Verbesserung der Zusammenarbeit auf psychiatrischen Stationen – Resultate der qualitativen Evaluation eines Pilotprojektes (Abstract)**

*Jacob Helbeck, Philipp Meyer, Christian Burr*

### **Hintergrund**

Auf Grund sich verändernder Strukturen im Gesundheitswesen in der Schweiz, unterstehen psychiatrische Kliniken einem großen Anpassungsdruck. Durch sich verändernden Rahmenbedingungen wie verkürzte Aufenthaltsdauern hat sich die Komplexität aber auch die Dichte der Akuität von Patientensituationen stark zugenommen, was zu einer Arbeitsverdichtung führt. Dies äußert sich auch in einem erhöhten Arbeitsstress (Arbeitsressourcen vs. Arbeitsbelastung). Im Arbeitsalltag stellt sich daher die Frage nach der richtigen Priorisierung und Aufteilung der Arbeit. Dafür wurde in unserer Klinik auf 5 Pilot-Stationen das Huddle-Board eingeführt. Es handelt sich dabei um fünf- bis zehnminütige Treffen der Mitglieder eines Behandlungsteams vor einer Informationstafel. Alle Erhalten so relevante Informationen über Ereignisse in ihrem Arbeitsumfeld, haben aber auch die Möglichkeit, aktuelle Fragen und Probleme zeitnah anzusprechen.

### **Fragestellung**

Lässt sich durch die Einführung des Huddle-Board die Tagesorganisation, die Verbindlichkeit und Priorisierung der Arbeit, sowie die Nutzerorientierung auf psychiatrischen Stationen verbessern?

### **Methode**

Für die qualitative Evaluation wurde ein gemischt induktiver und deduktiver Ansatz gewählt, um die definierten Zielsetzungen zu überprüfen. Es wurden qualitative Experteninterviews in Form von Fokusgruppen durchgeführt. Während der Interviews wurde mithilfe des Knowledge Mappings komplexe Diskussionsverläufe zusammengefasst, strukturiert und veranschaulicht und

direkt mit den Teilnehmenden validiert. Anschließend wurden die erstellten Mapps auf Vollständigkeit hin überprüft und inhaltsanalytisch Zusammengefasst. Dieses Verfahren eignet sich bestens zur Analyse und Präsentation von Fokusgruppeninterviews und erlaubt eine regelgeleitete, ökonomische Durchführung und Auswertung (Pelz et al., 2004).

## **Ergebnisse**

Die Resultate werden in 3 Hauptkategorien dargestellt die sich an den Fragestellungen resp. Zielen des Projektes orientieren: Was wird besprochen?, Wie wirkt es? und Wie gelingt die Implementierung? Bezüglich der besprochenen Inhalten und der Ausgestaltung der Darstellung der Themen an den Informationstafeln zeigt sich eine große Heterogenität. Bezüglich Wirksamkeit zeigte sich eine verbesserte Verbindlichkeiten und einen positiven Einfluss auf die Tagesorganisation (Personal u. Patienten). Da wo die Treffen interdisziplinär stattgefunden haben, zeigte sich auch eine höhere Zufriedenheit bezüglich interdisziplinärer Zusammenarbeit. Die Personalverteilung scheint sich zu zumindest innerhalb der Station verbessert zu haben. Negativ wurden Doppelspurigkeiten, der Aufwand für die Pflege sowie auch die fehlende Möglichkeit zur Psychohygiene genannt.

## **Diskussion**

Die qualitative Evaluation der Einführung des Huddle Boards weist auf eine gelungene Umsetzung der vorab definierten Zielesetzungen hin. Es wurden allerdings auch Aussagen festgehalten, in denen ersichtlich wird, dass das Erreichen der vorab gesetzten Ziele noch nicht in jedem Fall umgesetzt werden konnte. So muss zum Beispiel die Nivellierung von Personalressourcen verbessert werden. Zudem scheint die interdisziplinäre Durchführung ein wichtiges Erfolgskriterium, welches noch nicht überall umgesetzt wurde. Zudem kann die fehlende Nutzerorientierung bei der Anwendung als ein Kritikpunkt gesehen werden.



## **Schlussfolgerung**

1. Das Potenzial und die Möglichkeit, Stationsabläufe mittels des Instrumentes Huddle Board positiv zu beeinflussen, sind in unserer Evaluation sehr deutlich geworden
2. Es ist notwendig, dass bei der Einführung des Huddle Boards alle Berufsgruppen einbezogen und beteiligt werden, ebenfalls muss ein ausreichender Support von Seiten der Führungsebene vorliegen. Nur so kann erreicht werden, dass ein gegenseitiges Verständnis entwickelt wird und eine nachhaltige Implementierung gelingen kann.

## **22. Sechs auf einen Streich – Einsatz von akademisch qualifizierten Pflegenden auf der Station**

*Claudia Himmel, Franziska Weidlich, Johanna Blöcker, Birgit Marx*

### **Hintergrund**

Pflegende stehen aufgrund sich stark wandelnder Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen oft vor neuen Herausforderungen, die ein hohes Maß an Innovations- und Anpassungsfähigkeit erfordern. Zudem sind Patient\*innen nicht mehr nur passiv Beteiligte der Behandlung, sondern wünschen sich eine aktive Einbindung in die Versorgung. Sie hinterfragen, wollen mitbestimmen und setzen sich im Rahmen von bürgerlichem Engagement für eine bessere Versorgung vor Ort ein [1]. So übernehmen Pflegende zunehmend komplexere Tätigkeiten mit hoher Verantwortung für Patient\*innen. Bereits 2012 empfahl der Wissenschaftsrat mindestens 10-20 % der Pflegenden eines jeden Ausbildungsjahrganges akademisch zu qualifizieren [2].

Die bisherige Akademisierung hat zu einem deutlichen Wissenszuwachs geführt, welcher sich in der fachlichen Umsetzung bislang nicht ausreichend in einer höheren Pflegequalität ausdrückt. Der Deutsche Pflegerat und die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft formulieren Empfehlungen, wie die Umsetzung von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen in der Praxis voranzutreiben ist und somit die Versorgungsqualität verbessert werden kann [3].

### **Einleitung**

Das Management des LVR-Klinikums Essen erkannte, dass das von der Pflegeentwicklung zur Verfügung gestellte schriftliche Informationsmaterial, die von Projektgruppen erarbeiteten Konzepte und die durchgeführten Schulungen lediglich für eine kurzfristige Kompetenzsteigerung sorgten. Das neu erworbene Wissen verschwand oft schnell in der Handlungsroutine oder erreichte aufgrund von Schichtdienst nicht alle Mitarbeitenden. Eine notwendige fachliche Beratung und Begleitung der Stationsleitungen und Pfl-

genden vor Ort zur Verfestigung des Erlernten im Praxisalltag fand nicht in einem ausreichenden Maße statt.

Vor diesem Hintergrund hat sich das LVR-Klinikum Essen entschieden, den Empfehlungen zu folgen und akademisch ausgebildete Pflegende in der direkten Patient\*innenversorgung einzusetzen. Voraussetzung zur Einstellung als Pflegefachexpertin/ Pflegefachexperte ist eine abgeschlossene Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin sowie ein abgeschlossenes Bachelorstudium in Pflegewissenschaften oder einem vergleichbaren Studium.

In einem gemeinsamen zwei Jahre andauernden Prozess haben pflegerische Führungskräfte zusammen mit der Stabsstelle Pflegeentwicklung ein Konzept zum Einsatz von akademisch ausgebildeten Pflegenden in der Patient\*innenversorgung entwickelt.

Folgende strategische Ziele sollen erreicht werden:

- Verbesserung der evidenzbasierten pflegerischen Versorgung,
- Verbesserung des Theorie-Praxis-Transfer
- und Personalgewinnung, -bindung und -entwicklung.

## **Thema**

Seit diesem Jahr werden im LVR-Klinikum Essen sechs Pflegende mit akademischer Ausbildung als Pflegefachexpert\*innen in der direkten Patient\*innenversorgung eingesetzt. Sie verteilen sich auf die Abteilungen der Allgemeinpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Forensik. So sind die Pflegefachexpert\*innen einer Station direkt zugewiesen und arbeiten überwiegend an stationsspezifischen Themen. Sie übernehmen u.a. die Verantwortung für die Umsetzung von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen im eigenen Arbeitsbereich für eine bestmögliche Versorgung der Patient\*innen und unterstützen die Mitarbeitenden und Stationsleitung in fachlichen Fragen mit dem Ziel höchstmöglicher Pflegequalität.

Zu den stationsinternen Themen erhalten die Pflegefachexpert\*innen Arbeitsaufträge zu stationsübergreifenden Projekten, an denen sie gemeinsam

arbeiten. Mittelfristig geplant ist der Einsatz einer Pflegefachexpertin/ eines Pflegefachexperten auf jeder Station.

## **Ziele**

Der Workshop soll im Rahmen des kollegialen Austauschs zu einer tiefergehenden Auseinandersetzung mit dem Thema anregen. So sollen Ansätze und Umsetzungsideen vorgestellt, aber auch Meilensteine und Barrieren identifiziert werden. Die Teilnehmenden sind eingeladen sich mit ihren eigenen Erfahrungen in der Praxis einzubringen, aber auch um Fragen zu klären – sodass eine rege Diskussion entsteht.

## **Gestaltung**

Nach einer kurzen Begrüßung und Einführung der Teilnehmenden berichtet die Leitung der Pflegeentwicklung in einem Impulsvortrag über den Prozess der Konzeptentwicklung und die Hintergründe und Rahmenbedingungen des Einsatzes von Pflegefachexpert\*innen in der Klinik.

Anschließend stellen die pflegerische Leitung der Komfortstation, die dort tätige Pflegefachexpertin und die Leitung der Pflegeentwicklung ihre Erfahrungen dar und stehen den Teilnehmenden in einer offenen Plenumsdiskussion für Fragen zur Verfügung. Die Diskussionsrunde wird von einer Moderatorin begleitet.

## **Lernziele**

Die Teilnehmenden des Workshops werden zum Austausch über Ansätze und Ideen angeregt. Sie erhalten aus den verschiedenen Perspektiven Einblicke in die Praxis des Einsatzes von Pflegefachexpert\*innen auf der Station.

Der Workshop dient dazu, sich Gedanken über die Rahmenbedingungen zu machen und sich mit der Frage des Einsatzes von Pflegefachexpert\*innen auseinanderzusetzen, z.B.:

- Wo gibt es Barrieren und Hürden, welche überwunden werden müssen?

- Welche Berufsgruppen und Hierarchieebenen sollten in die Erstellung eines Konzeptes mit einbezogen werden?

Darüber hinaus soll gemeinsam der Blick in die Zukunft und auf die Perspektiven für akademisch ausgebildete Pflegende in der Praxis gerichtet werden.

Ergänzend zum Thema wurde ein Poster gestaltet.

## Literatur

1. *Dierks, M.-L., Horch, K., Schwartz, F.W., Seidel, G. (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Heft 32. Berlin: Robert-Koch-Institut. [http://www.gbe-bund.de/pdf/Heft\\_32\\_und\\_Wertetabellen.pdf](http://www.gbe-bund.de/pdf/Heft_32_und_Wertetabellen.pdf). Stand: 25.06.2019.*
2. *Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, Drs. 2411-12. Berlin. <https://wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>. Stand: 25.06.2019.*
3. *Deutscher Pflegerat und Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2014): Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen. [https://deutscher-pflegerat.de/Fachinformationen/2015-04-17-DGP-Papier\\_final.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/Fachinformationen/2015-04-17-DGP-Papier_final.pdf). Stand: 25.06.2019*

## **23. Was kann bzw. darf die Fachpflege im psychoonkologischen Dienst leisten (Abstract)**

*Michaela Hörmann*

### **Hintergrund**

Psychoonkologische Dienste sind in den deutschsprachigen Ländern eine bedeutende Versorgungssäule im Allgemeinkrankenhaus geworden. Onkologische Zentren müssen beispielsweise eine psychoonkologische Mitversorgung strukturell vorhalten um akkreditiert zu werden. Aber auch außerhalb der onkologischen Zentren wächst das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer psychosozialen Diagnostik und für die Vorzüge einer psychoonkologischen Mitbehandlung.

### **Fragestellung**

Was leistet ein psychoonkologischer Liaisondienst in einem Allgemeinkrankenhaus der Regelversorgung und welchen Platz kann die pflegerische Arbeit hierin einnehmen?

### **Methode**

Es wird zunächst der Liaisondienst der Psychosomatischen Abteilung Friedrichshafen beschrieben. Im Anschluss wird die Dienstleistung mit Kennzahlen exemplarisch für das Jahr 2018 dargestellt und für das Jahr 2019 unter Einbezug der neu eingeführten Pflegeleistungen. Daraufhin werden die rechtlichen Rahmenbedingungen dargestellt sowie der Spielraum pflegerischer Interventionen erörtert. Schließlich werden Möglichkeiten und Grenzen des pflegerischen Einsatzes in der Liaison-Psychoonkologie diskutiert.

### **Ergebnisse und Diskussion**

Die Versorgungssektor-übergreifend arbeitende Abteilung für Psychosomatik in Friedrichshafen hat zum 1. Januar 2019 den bestehenden Liaisonvertrag im Allgemeinkrankenhaus um Kunst- und pflegerische Leistungen er-

weitert, und zwar nach Sondierungsgesprächen mit der Deutschen Krebsgesellschaft. Hier sind rechtliche Rahmenbedingungen, Aufgaben und sogar gesonderte Leistungsziffern festgeschrieben, die die Leistung der Pflege würdigen. Die Dokumentation ist standardisiert und selbständig durchgeführt. Pflegerische Aufgaben sind allem voran die Begleitung der Patientinnen und Patienten und der Beistand während des stationären Aufenthaltes anlässlich von Diagnostik und Behandlung, die Arbeit an der Trauer, die Bewältigung des Alltages trotz Behinderung, multiprofessionelle Absprachen im im Allgemeinkrankenhaus, auch Vernetzung mit den Mitarbeitenden anderer Berufsgruppen, Entspannungs- und imaginative Übungen und nicht zuletzt Angehörigenarbeit. Eine Besonderheit stellt die Möglichkeit der weiteren poststationären Versorgung über die abteilungseigene Ambulanz im Rahmen eines multiprofessionellen Teams dar.

## 24. ANP meets CRA – Suchttherapie durch Pflegende

*Wolfram Kämmer*

### Hintergrund

Mehrere Millionen Menschen in Deutschland sind direkt als Abhängige oder Angehörige von Suchterkrankungen betroffen [1]. Der Konsum psychotroper Substanzen ist die häufigste Hauptdiagnose für stationäre Krankenhausbehandlungen bei Männern und die zweithäufigste Hauptdiagnose bei Krankenhausbehandlungen insgesamt [2]. Trotz dieser hohen Fallzahlen gelingt es vergleichsweise selten, Menschen mit Suchterkrankungen nach der stationären Akutversorgung Suchttherapie anzubieten, obwohl sich damit die Wahrscheinlichkeit für eine dauerhafte Konsumreduktion oder die Aufrechterhaltung einer Suchtmittelabstinenz deutlich erhöhen lässt. Gründe für dieses Phänomen sind unter anderem die starke Fragmentierung im Hilfesystem und damit verbundene, lange Wartezeiten auf eine Anschlussbehandlung. Sie verhindern häufig eine übergangslose Weiterbehandlung und erhöhen die Wahrscheinlichkeit für Rückfälle bzw. Behandlungsabbrüche. Das Angebot von Psychotherapie durch Pflegende in der stationären Behandlung oder im unmittelbaren Anschluss daran kann dazu beitragen, vorhandene Therapiekapazitäten deutlich zu erhöhen und Versorgungslücken zu schließen und ist in vielen Ländern bereits fest etablierte Versorgungspraxis [3]. Hier konnte in vielen Fachdisziplinen und mit unterschiedlichen Patientengruppen bereits nachgewiesen werden, dass entsprechend ausgebildete Pflegende Verhaltenstherapie ebenso erfolgreich anwenden können, wie tradierte, therapeutische Berufsgruppen. [4]. Die Europäische Vereinigung der Psychiatrisch Pflegenden (HORATIO) fordert folgerichtig in einem Positionspapier das Angebot von Psychotherapie durch Pflegende [5]. Der „Community Reinforcement Approach“ (CRA) ist ein, effektives, gut evaluiertes, manualisiertes, aber im deutschsprachigen Raum noch relativ unbekanntes, verhaltenstherapeutisches Suchttherapieverfahren, das sich gut für die Anwendung durch Pflegende eignet. Es basiert auf der Grundan-



nahme, dass das Suchtverhalten für Abhängige eine primär als positiv empfundene Funktion hat und nur dauerhaft verändert wird, wenn eine Konsumreduktion oder Abstinenz zu einer unmittelbar erlebbaren Verbesserung der Lebenszufriedenheit führt. Die Ermittlung, Planung und Umsetzung der diesbezüglichen, individuellen Wünsche und Ziele der Klienten bilden die Grundlage jeder CRA-Therapie. CRA-Therapeuten nehmen dabei die Rolle eines Motivators und Beraters (Counselor) ein und vermeiden bevormundendes Verhalten. Abstinenzorientierung ist im CRA Mittel zum Zweck, aber kein originäres Ziel. Die Anzahl und Frequenz von CRA-Sitzungen können flexibel an die Bedürfnisse von Klienten angepasst werden. Dennoch versteht sich CRA als ein zeitlich begrenztes Unterstützungsangebot, welches Menschen mit Suchterkrankungen im Ergebnis dabei unterstützt, sich selbst gut um die eigene Lebenszufriedenheit zu kümmern, bzw. den eigenen, individuell gestalteten Genesungsweg zu gehen [6].

### **Problemstellung und Ziel**

Unter Federführung des ärztlichen Leiters der Abteilung für Abhängigkeits-erkrankungen am Evangelischen Klinikum Bethel (EvKB) wurde das Manual zur CRA-Therapie aus dem Amerikanischen ins Deutsche übersetzt und an die spezifischen Bedingungen des deutschen Suchthilfesystems angepasst [7]. Auf dieser Basis sollte die möglichst breite Anwendung von CRA in stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsangeboten der eigenen Klinik und in weiteren Settings des Suchthilfesystems erprobt werden. Das Ziel war die feste Etablierung von CRA als Basis für moderne, evidenzbasierte, anschlussfähige und an den Bedürfnissen der Menschen mit Suchterkrankungen orientierte Suchtbehandlung im EvKB.

### **Vorgehen**

Um möglichst vielen Menschen mit Suchterkrankungen CRA anbieten zu können, wurden zunächst nicht nur ärztliche und psychotherapeutische Mitarbeitende, sondern auch Mitarbeitende der Sozialarbeit, der Pflege im Stationsdienst und der Pflegeentwickler/ANP der Abteilung für Abhängig-

keitserkrankungen gemäß dem entsprechenden Curriculum [8] als „CRA-Counselor“ ausgebildet. Die Deutschen Begriffe „Beratung“ und „Psychotherapie“ wurden dabei bewusst in der Qualifikationsbezeichnung vermieden, um Rollenkonflikte zu vermeiden [9].

Die Pflegenden als quantitativ größte Berufsgruppe in dieser Ausbildung waren alle in der Funktion als „Primary Nurse“ und somit für die Erstellung und Koordination der Behandlungsplanung gemeinsam mit Patienten und in Absprache mit anderen Berufsgruppen zuständig. Dafür sollten die entsprechenden Module von CRA bei allen Patienten angewendet werden. Alle ausgebildeten „CRA-Counselors“ sollten darüber hinaus einzelne Menschen mit Suchtproblemen, bei denen es eine entsprechende Indikation gab, über den stationären Aufenthalt hinaus ambulant weiterbehandeln. Zur Sicherstellung der Behandlungsqualität wurde eine regelmäßige Gruppensupervision durch Oberärzte und Psychologen für alle CRA-Counselor angeboten.

## **Erfahrungen**

Bereits während der laufenden Ausbildung zeigte sich, dass es für Pflegende im Schichtsystem, aber auch für die anderen Berufsgruppen im akutpsychiatrischen, stationären Setting eine große und häufig nicht erfüllte Herausforderung war, gezielt regelmäßige Gesprächstermine mit einzelnen Patienten zu vereinbaren und auch einzuhalten. Dem Pflegeentwickler/ANP, als Stabsstelle mit flexiblen Arbeitszeiten, gelang es zuverlässig, CRA-Therapie im stationären und ambulanten Setting anzuwenden. Aufgrund dieser Erfahrung wurde eine weitere, akademisch qualifizierte Pflegenden der Abteilung mit einem Stellenanteil von 50% für die Anwendung von CRA freigestellt.

Im ersten Jahr konnten so bereits über 500 CRA-Therapiesitzungen von Pflegenden angeboten werden. Durch den niederschweligen Zugang zum pflegerischen CRA-Angebot hat sich neben der Anfrage durch die Stationen der Suchtabteilung auch eine enge Zusammenarbeit mit Tageskliniken und Ambulanzen entwickelt, die regelmäßig Menschen mit Suchtproblemen in die pflegerische CRA-Behandlung vermitteln. Menschen in CRA-Behandlung, bei denen medizinische Probleme auftreten oder bei denen der Bedarf nach

psychologischer Diagnostik oder psychotherapeutischer Behandlung sichtbar wird, werden ihrerseits im Sinne einer guten, kollaborativen Versorgung (collaborative care) an die entsprechenden Behandler bzw. Behandlungsstellen weitergeleitet.

### **Ergebnisse/Ausblick**

Das Angebot von CRA durch Pflegende/ANP hat zur Etablierung dieser Behandlungsmethode beigetragen und ist eine sinnvolle Ergänzung des Behandlungsangebotes für Menschen mit Suchtproblemen in der stationären und nachstationären Behandlung. Im Modellprojekt wird sichtbar, wie direkte klinische Praxis, die als zentrale Kern-Kompetenz für akademisch qualifizierte Pflegende im ANP-Konzept beschrieben wird [10], umgesetzt werden kann.

Neben einer entsprechenden Ausbildung und begleitenden Supervision sind frei planbare Arbeitszeiten die Voraussetzung für die gezielte Durchführung von CRA. Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Sinne einer kollaborativen Versorgung wird von allen Beteiligten als wirksam und sinnvoll beschrieben. Eine Ausweitung des verhaltenstherapeutischen Angebots durch Pflegende über das Modellprojekt hinaus ist wünschenswert. Voraussetzung dafür wäre eine entsprechende Vergütung der Therapie durch Pflegende, die aktuell noch nicht möglich ist.

### **Literatur**

1. *Pabst, A. et al. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. Sucht, 59(6): S. 321-331.*
2. *Statistisches Bundesamt (2017). Gesundheit – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2016, Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (DESTATIS)*
3. *Wabnitz, P. et al. (2019). Perspektiven und Chancen für pflegerisch-psychotherapeutische Interventionen in der stationären psychiatrischen Behandlung. Psychiatrische Praxis, 46(03): S. 156-161*

4. Marks, I. *Controlled trial of psychiatric nurse therapist in primary care*. In: Traynor M, Rafferty AM eds. *Exemplary research for nursing and midwifery*, S. 261-271. New York: Routhledge
5. 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](http://www.horatio-web.eu/downloads/Psychotherapy_position_paper.pdf) Stand: 13.07.2019
6. Meyer, RJ, Smith, JE (2017). *CRA Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Erfolgreicher behandeln durch positive Verstärkung im sozialen Bereich*. 5. Auflage 2017. Köln: Psychiatrie Verlag
7. Lange, W, Reker, M, Driessen, M (2008). *Community Reinforcement Approach (CRA) – Überblick über ein integratives Konzept zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen*. *Sucht*, 54(06): S. 20-30
8. Verein für gemeindeorientierte Psychotherapie e.V. (2019). *Fortbildung*. <http://www.cra-kongress.de/fortbildung/ausbildung-cra-counselor/cra-counselor> Stand 13.07.2019
9. Reker, M. (2011). *Community Reinforcement Approach. Suchtbehandlung vom Patienten aus konzipiert*. *Psychiatrische Pflege*, 17: S. 309-314
10. Hamric, AB. (2014). *A Definition of Advanced Practice Nursing*. In: Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET (Hrsg.). *Advanced Nursing Practice. An Integrative Approach*. 5. Auflage, S. 67-85.. St. Louis: Elsevier

## **25. Strukturiertes Problemlösetraining in der psychiatrischen Pflege – Effekte auf die Problemlösefähigkeiten depressiver Patient\*innen im Hinblick auf therapeutische Belastungserprobungen**

*Sebastian Köhler*

### **Hintergrund**

Im Verhältnis zu anderen Fachrichtungen, kommt es im Bereich der Psychiatrie am häufigsten zu Verzögerungen im Rahmen des Entlassmanagements [1]. Hierfür verantwortlich sind häufig Probleme der Patient\*innen in ihrem häuslichen Umfeld. Die Konfrontation mit diesen Problemen, die häufig zum Ende eines stationären Aufenthalts hin für die Betroffenen präsen-ter werden, begünstigen eine erneute Destabilisierung vor einer geplanten Entlassung [2]. Eine Möglichkeit die Betroffenen im Vorfeld der Entlassung bei der Bewältigung dieser problematischen Situationen zu unterstützen, bieten therapeutische Belastungserprobungen ins häusliche Umfeld [3]. Das Entlassmanagement sollte als wichtige Aufgabe der psychiatrischen Pflege betrachtet werden, welches evidenzbasierte Grundlagen benötigt [4]. Diese Forderung lässt sich auch auf die gezielte Vorbereitung von Belastungserprobungen übertragen.

Gerade im englischsprachigen Raum erhalten die sog. „Low Intensity CBT Intervention“ eine zunehmende Bedeutung. Es handelt sich hierbei um isolierte i.d.R. gut erforschte Kurzinterventionen der kognitiven Verhaltenstherapie. Ihre Durchführung wird, gerade im englischsprachigen Raum, auch von psychiatrische Pflegekräften nach entsprechender Ausbildung / Schulung vorgenommen [5]. Eine von diesen Interventionen ist das Problemlösetraining. Es basiert auf dem sozialen Problemlösungsmodell. Dies geht von zwei wichtigen Dimensionen für eine erfolgreiche Problemlösung aus: Der Einstellung gegenüber dem Problem und den Fähigkeiten ein Problem zu lösen [6].

## **Fragestellung**

Welche Effekte hat ein strukturiertes Problemlösetraining, als pflegerische Gruppenintervention, auf die Selbstwirksamkeitserwartung und die kognitiven Bewältigungsstrategien depressiver Patienten in Bezug auf häusliche Belastungserprobungen?

## **Methode und Material**

Das strukturierte Problemlösetraining wurde als pflegetherapeutische Gruppe auf einer allgemeinpsychiatrischen Station pilothalber eingeführt. Ein Turnus bestand aus 5 Terminen und wurde durch ein deutschsprachiges Manual gestützt [7].

Als Forschungsdesign wurde ein Eingruppen Pre-Post-Test mit quantitativer Datenanalyse durchgeführt. Als Assessment wurden je vier Fragebögen vor und nach der Intervention erhoben:

- Die Skala zur „allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)“ von Schwarzer und Jerusalem.
- Die Subskala zur „kognitiven Bewältigung“ aus dem „Proactive Coping Inventory (PCI)“ von Schwarzer, Greenglass und Kolleg\*innen.
- Der Beck Depression Inventory (BDI-II).
- Ein selbstdesignter Fragebogen zur Erhebung von persönlichen Daten und zur Erhebung spezifischer Fragen zu Belastungserprobungen. Dieser wurde im Vorfeld der Studie durch die Methodik der Augenscheinvalidität überprüft.

Der Pre-Test wurde unmittelbar vor Beginn der Intervention, der Post-Test unmittelbar nach der letzten Einheit durchgeführt. Das Zeitfenster zwischen Pre- und Posttest betrug acht Tage.

## **Ergebnisse**

An der pilothalber eingeführten Gruppe nahmen insgesamt 15 Teilnehmer\*innen teil. Alle erfüllten die Einschlusskriterien: Die Diagnose

einer Depression und allgemeinen Fähigkeiten zur Gruppenteilnahme. Die Gruppengröße variierte zwischen drei und vier Teilnehmer\*innen. Das Durchschnittsalter lag bei 40,5 Jahre (SD 6,84). Zu Beginn der Intervention waren die Patient\*innen im Schnitt 3,1 Wochen in stationärer Behandlung (SD 1,06). 10 der 15 Teilnehmer\*innen hatten bereits vor Besuch der ersten Einheit der Gruppe eine therapeutische Belastungserprobung ins häusliche Umfeld absolviert.

Der t-Test für abhängige Stichproben zeigt bei den 15 Teilnehmern eine statistisch signifikante Erhöhung, der beiden untersuchten Variablen an. Der Mittelwert der Selbstwirksamkeitserwartung stieg um 2,87 Punkte (SD: 1,4 / Sig. ,001). Der Mittelwert der Skala zur kognitiven Bewältigung stieg um 1,93 Punkte (SD 3,0 / Sig. ,026). Die Patient\*innen bewerteten ihre Zufriedenheit mit dem Angebot, auf einer 5-stufigen Likert Skala (1= Gar nicht zufrieden / 5= Sehr zufrieden), mit einem Mittelwert von 4,27 (Min. 3 / Max. 5). Ebenfalls mit der gleichen Likert-Skala, wurde bei den zehn Patient\*innen die bereits vor der Intervention in einer Belastungserprobung waren, erhoben wie zufrieden sie dabei mit dem Umgang problematischer Situationen waren. Beim Pre-Test, also vor der Intervention ergab sich hier ein Mittelwert von 2,2 (SD 0,88). Beim Post-Test, also nach der Intervention stieg der Mittelwert auf 3,3 (SD 0,65) an.

## **Diskussion**

Bei dem gewählten Studiendesign muss die interne Validität der Studie kritisch hinterfragt werden. Es wurde versucht im Rahmen dieser Studie mögliche Störvariablen zu kontrollieren bzw. zu erfassen. So wurden die fünf Termine binnen acht Tagen abgehalten, um das Zeitfenster für den Einfluss anderer, nicht zu erfassender Störvariablen, gering zu halten. Es wurde zusätzlich erfragt, ob eine Vorbereitung auf die Belastungserprobung im Rahmen anderer Therapien stattgefunden hat. Dies war nur bei einer Patientin der Fall. Da Studien auf die positive Korrelation der Variablen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und Depression hinweisen [8], wurde

auch der Beck Depression Inventory (BDI-II) ausgewertet. Ein Vergleich der Mittelwerte zeigt hier eine Reduktion von 2,74 Punkte an. Das bedeutet, dass die über den BDI-II ermittelte Intensität der Depression geringer wurde. Auch dies kann sich positiv auf die ermittelte Verbesserung der SWE ausgewirkt haben.

## **Schlussfolgerung**

Die Pilotstudie zeigt eine statistisch signifikante Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartung und der kognitiven Bewältigung der Teilnehmer\*innen bzgl. therapeutischer Belastungserprobungen ins häusliche Umfeld. Es könnte durch dieses fachpflegerisch geleitete Angebot möglich sein, potentielle Verzögerungen beim Entlassmanagement zu verhindern oder zu reduzieren. Der entstehende Nutzen könnte sich neben einer Verbesserung der Versorgungsqualität auch positiv auf ökonomische Aspekte auswirken. Es bedarf hierzu jedoch weiterer Forschung und Analyse, da das hier verwendete Forschungsdesign die Fragestellung nicht gesichert beantworten kann.

Ergänzend zum Thema wurde ein Poster gestaltet.

## **Literatur**

1. *Manzano-Santaella A., Goode B. (2011) Delayed discharges in mental health beds. British Journal of healthcare management. 17: p. 113-119*
2. *Impey M., Millner E. (2013) Delayed discharge from mental health inpatient care in the UK. Mental health practice. 16: p. 31-35*
3. *NICE Guidance (2016) Transition between inpatient mental health settings and community or care home setting (NG53) [www.nice.org.uk/guidance/ng53](http://www.nice.org.uk/guidance/ng53) Stand 12.07.2019*
4. *Alghzawi H. (2012) Psychiatric Discharge Process. International Scholarly Research Network. [www.hindawi.com/journals/isrn/2012/638943](http://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/638943) Stand 12.07.2019*



5. *Benett Levy J. et al. (2012) Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions. Oxford University Press, London*
6. *D’Zurilla T.J., Nezu A.M. (2010) Problem Solving Theory in Dobson K. (Hrsg.) Handbook of cognitive-behavioral. The Guilford Press, New York*
7. *Kaiser A., Hahlweg K. (2009) Kommunikations- und Problemlösetraining in Margraf J., Schneider S. (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Springer Verlag, Heidelberg*
8. *Schwarzer R., Jerusalem M. (2002) Das Konzept der Selbstwirksamkeit in Jerusalem M., Hlpf D. (Hrsg.) Selbstwirksamkeit und Motivation in Bildungsinstitutionen. Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft 44: p.28-53*

## **26. Therapeutisches Arbeiten in der psychiatrischen Pflege – ein Puzzle aus Wissenschaft, Bildung, Praxis und Management (Abstract)**

*Bernd Kozel, Beatrice Etter, Daniel Gilgen, Zamzam Abdi, Lukas Hählen, Amina Tainastj, Sven Andersson*

### **Einleitung**

Der pflegediagnostische Prozess erfordert nach der Diagnosestellung professionell durchgeführte, evidenzbasierte Massnahmen, die sich am jeweiligen Pflegephänomen und an den individuellen Bedürfnissen des Klienten/ der Klientin orientieren. Identifizierte Ursachen und gemeinsam mit den Patienten festgelegte Ziele erfordern spezifische therapeutische Interventionen und Prozessfähigkeiten.

### **Hintergrund**

Therapeutisches Arbeiten in der psychiatrischen Pflege ist unabdingbar, um eine moderne Patientenversorgung zu gewährleisten, die beispielsweise den folgenden Punkten Rechnung tragen kann: Die Umsetzung einer offener geführten Psychiatrie; die Reduktion von Rückfallraten und die Stärkung des Selbstmanagements der Betroffenen; eine recoveryorientierte und an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtete Qualitätsentwicklung; die Reduktion von Zwangsmassnahmen und Aggressionsereignissen.

### **Ziel**

Unser primäres Ziel ist die systematische Entwicklung therapeutischer Kompetenzen in der Pflegepraxis. Dadurch möchten wir zur Qualitätsentwicklung in der pflegerischen Versorgung und zur Verbesserung von patientenrelevanten Ergebnissen beitragen.

## **Inhalt**

Wir werden in diesem Workshop ausgehend von der strategischen Ausrichtung der Pflege (Modell der Magnetklinik) aufzeigen, wie wir die Entwicklung therapeutischer Kompetenzen systematisch steuern und implementieren. Dies funktioniert nur durch das vernetzte Zusammenarbeiten verschiedener Disziplinen innerhalb der Pflege. Verschiedene „Puzzle-Teile“ – Wissenschaft, Bildung, Praxis und Management – sorgen dafür, dass therapeutische Haltungen und Interventionen bei den Betroffenen ankommen, beziehungsweise von Ihnen wahrgenommen werden. Die Herausforderung besteht darin, unterschiedliche Konzepte und Aktivitäten gezielt und systematisch so miteinander zu vernetzen, dass nachhaltige Veränderungen und Ergebnisse erzielt werden können. Unter anderem werden wir die Zusammenarbeit zwischen Advanced Practice Nurses, Pflegeexperten, Pflegefachpersonen, Bildungsverantwortlichen, Berufsbildnerinnen und Führungspersonen in unserer Klinik aufzeigen.

## **Ablauf**

Nach der Vorstellung der strategischen Ausrichtung der Pflege als leitendes Rahmenmodell werden wir exemplarisch verschiedenen konzeptionellen Bausteine (unter anderem Huddle Board, Lean Leadership, Evidenzbasierte Pflege, manualisierte Interventionen, Coaching, Fallbesprechungen, qualitative Evaluation der Versorgungsqualität zum Beispiel durch die Erfassung von Schlüsselmomenten, Bildungsmodelle, zertifizierte Weiterbildung psychosoziales Caring) vorstellen, die eine therapeutische Ausrichtung der Pflege stärken und therapeutische Kompetenzen entwickeln sollen. Dabei werden Pflegefachpersonen aus den zuvor genannten Bereichen (Wissenschaft, Bildung, Praxis und Management) ganz konkret anhand von Fallbeispielen erläutern, wie sie täglich ihren Beitrag zum Gesamtpuzzle „therapeutische Kompetenz“ in der Pflegepraxis erbringen. Im Zentrum stehen der stetige Austausch und die Diskussion mit den Teilnehmenden des Works-Shops.

## **Gestaltungselemente**

PowerPoint Präsentation, Erfahrungsschilderungen aus verschiedenen Perspektiven und Bereichen der Pflege, Verdeutlichung einer komplexen Verzahnung und Steuerung unterschiedlicher Massnahmen anhand von Fallbeispielen, metaphorische Veranschaulichung durch das Bild des Puzzles, Diskussion.

## **27. Schlüsselmomente – Patientenorientierte Qualitätsentwicklung in der Psychiatrie (Abstract)**

*Bernd Kozel, Lars Wyss*

### **Hintergrund**

Qualitätsmanagement und Qualitätsentwicklungsmaßnahmen gehören heute zum Standard der klinischen Versorgung in der Psychiatrie. Meist wird damit argumentiert, dass Qualitätsentwicklung die bestmögliche Versorgung der Patienten sicherstellen möchte – es also um die „Patientenorientierung“ geht. Unter anderem werden detaillierte Patientenbefragungen mit standardisierten Instrumenten durchgeführt, die vor allem auch zum Benchmarking mit anderen Kliniken verwendet werden. Damit wird ein repräsentatives Bild der Patientenzufriedenheit, der Patientengesundheit und weiteren definierten Variablen abgebildet.

### **Problemstellung**

Nichtsdestotrotz berichten Patienten immer wieder von einschneidenden, persönlichen Erfahrungen in psychiatrischen Kliniken, die nicht durch standardisierte Patientenbefragungen erfasst werden können. Standardisierte Befragungen sind nicht dazu geeignet, das zu erfassen, was für Patienten tatsächlich von subjektiver Bedeutung ist. Der beschriebene Sachverhalt verdeutlicht, dass ein grosses Optimierungspotential verloren geht, wenn Qualitätsentwicklung ausschliesslich auf der Basis standardisierter Verfahren stattfindet. Nur Einblicke in die subjektiv erlebten (Schlüssel-)Momente der Patienten können tatsächlich für eine patientenorientierte Sicht auf die Versorgungsqualität sorgen.

### **Ziele**

Das Ziel unseres Projektes ist, dass 1.) Schlüsselmomente gewonnen werden, die tiefere Aussagen über die Patientenzufriedenheit erlauben und 2.) der Begriff „Schlüsselmoment“ als Werkzeug zur Patientenerhebung in der

Psychiatrie erprobt wird. (In diesem Sinne ist unsere Studie als ein Pilotprojekt zu betrachten.) Unsere Studie strebt 3.) und letztendlich nach einer Optimierung der Patientenzufriedenheit und ist somit eine neue und systematische Form des Qualitätsmanagements in unserer Klinik.

## **Vorgehen**

Im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse von Interviews werden die persönlichen Schlüsselmomente der Patienten herausgearbeitet, die sie während des Behandlungsprozesses in unserer Klinik erlebt haben. In diesem Prozess werden Kriterien für den Begriff „Schlüsselmoment“ definiert. Der Begriff Schlüsselmoment wird zugleich (theoretisch) deduktiv abgeleitet, wie seine Kriterien (praktisch) induktiv durch den Interviewprozess gewonnen werden. Was ist genau ein Schlüsselmoment? Der Begriff Schlüsselmoment kennzeichnet allgemein gesagt eine „lebensverändernde Begebenheit, die eine Person emotional besonders belasten oder auch entlasten kann“ (Lexikon der Psychologie). Schlüsselmomente können dazu dienen, sinnbildhafte Rückschlüsse auf das Patientenbewusstsein zu ziehen. Als quantitative Einheiten komplementieren sie qualitative Patientenerhebungen. Wir werden zunächst vier Interviews mit Patienten nach dem Aufenthalt in unserer Klinik durchführen (vier unterschiedliche Stationen, zwei Personen, die freiwillig und zwei die unfreiwillig in unserer Klinik waren), um etwas über die subjektive Erlebniskette vom Eintritt über den Behandlungsprozess bis zum Austritt unserer Patienten zu erfahren.

## **Ergebnisse und Diskussion**

Die Ergebnisse werden am Kongress vorgestellt und unter Einbezug der Literatur diskutiert. Empfehlungen für Massnahmen in unserer Klinik zur Qualitätsverbesserung werden abgeleitet und präsentiert.

## 28. Humor in der Psychiatrie - Die spinnen doch!

*Nancy Krüger, Michael Durrer*

### Hintergrund

Humor zählt in der positiven Psychologie zu den wichtigsten Charakterstärken und ist ein wirksames Mittel zur Erzeugung von positiven Emotionen [1]. Eine Review (28 Studien) zeigte wichtige Zusammenhänge zwischen Humor und positiven Emotionen sowie eine signifikante Verbesserung der Symptome von Depressionen durch verschiedene Strategien der positiven Psychologie auf [2]. Dazu besagt die "broaden and build"-Theorie, dass positive Emotionen im Moment des Auftretens das Denk- und Handlungsrepertoire erweitern. Werden positive Emotionen zugelassen oder erzeugt, können Ressourcen freigelegt und neue Perspektiven entwickelt werden [3]. Dies führt dazu, Neues spielerisch auszuprobieren, Grenzen auszutesten und kreativ zu sein [4]. Humor hat viele Facetten und ist ein Zusammenspiel folgender Aspekte: Intellektuell, sozial, emotional, expressiv und innere Einstellung. Humor ist sehr subjektiv und somit auch etwas ganz Persönliches. Was der eine zum Lachen findet, kann für jemand anders einfach nur blöd sein. Alledem zum Trotz, Humor fördert die Resilienz und Humor als Resilienzfaktor kann trainiert werden [5].

Humortrainings haben positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden [6]. Humor ist im Umgang mit kleineren und größeren Schwierigkeiten des Lebens eine wichtige Copingstrategie. Damit Humor erlebt und selber angewendet wird, benötigt es eine gewisse kognitive Voraussetzung und die Fähigkeit Perspektiven zu wechseln. Bei Menschen mit psychischen Erkrankungen kann dieses Humorverständnis eingeschränkt sein, indem eigenes humorvolles Verhalten nicht mehr gezeigt wird [7].

Schlussendlich ist alles eine Frage der Perspektive. Das berühmte Glas ist entweder halb voll oder halb leer. Auf das, worauf die Aufmerksamkeit gelegt wird, fließt auch die Energie hin. Dazu beschreibt Revers [5] das Phä-

nomen des Anziehens. Ist der Fokus auf das Positive und Lustige im Leben gelegt, wird einem auch viel Positives, Lustiges und Schönes wiederfahren.

In der psychiatrischen Pflege kann Humor genutzt werden, um Missgeschicke und Traurigkeit in ihr Gegenteil umzukehren. Wenn Melancholie vorhanden ist, soll die Heiterkeit nicht vergessen werden. Oft ist es das ganz alltägliche Lachen, welches einen neuen Tag zu einem positiven Erlebnis macht. Es ist noch zu selten, dass psychiatrisch Pflegende über Humor nachdenken und gerade in schwierigen Situationen, Humor als Möglichkeit der Deeskalation, im Alltag anwenden [8]. Humor zu leben heisst, mutig sein und sich zu exponieren.

Aus pflegewissenschaftlicher Sicht sind die Bestrebungen Humor und das Lachen zu entdecken noch dürftig. In der Praxis sollte es nicht darum gehen, Komödiant zu werden oder konkrete Werkzeuge einzusetzen. Eigene Wege zu finden, um authentische humorvolle Interaktionen zu gestalten, sollten im Vordergrund stehen. Dabei hilft es, ein Gespür zu entwickeln, durch das erkannt werden kann, in welchen Situationen es sinnvoll ist, humorvoll und spielerisch zu handeln [8]. In der intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema Humor und der Frage, wie dieses in ein Gruppenangebot für Patientinnen und Patienten umgesetzt werden kann, hat sich herausgestellt, dass ein solches Angebot in der Schweizerischen Psychiatrielandschaft noch nicht existiert.

## **Einleitung**

Eine manualisierte Form eines Humortrainings ist das 7-Humor-Habits-Programm (7-HHP) von McGhee [9]. Die sieben Schritte des Programms sind: (1) Umgeben Sie sich mit Humor (und denken Sie über die Art Ihres Humors nach), (2) kultivieren Sie eine spielerische Haltung, (3) lachen Sie öfter und herzhafter, (4) finden Sie Ihren eigenen Sprachwitz, (5) suchen Sie den Humor im Alltag, (6) nehmen Sie sich nicht so ernst: lachen Sie über sich selbst und (7) den Humor mitten im Stress finden. Die Wirksamkeit des 7-HHP wurde in diversen Ländern untersucht: USA, Schweiz, Australien und Deutschland. Die Untersuchungen zeigen, dass der Sinn für Humor entwi-



ckelt und gefördert wird. Zudem verbesserte es die Alltagsstimmung, förderte den Optimismus und die Stressbelastbarkeit und steigerte die Lebenszufriedenheit. Auch konnte es klinische Angst- und Depressionszustände reduzieren [9-11].

## **Thema**

In Anlehnung an das 7-HHP [9] werden Patientinnen und Patienten bei dem vorliegenden Gruppenangebot "Humorkurve" eingeladen, eine spielerische Auszeit vom Alltag zu nehmen. Spielerisch, künstlerisch, Perspektiven verrücken – einfach anders sein. In der Gruppe Spass haben, neue Dinge ausprobieren und humorvoll sein. In der "Humorkurve" werden Fertigkeiten vermittelt, mit denen auch in Konflikt- und Stresssituationen mit mehr Witz und Heiterkeit die persönlichen Ziele erreicht werden können. Die Fähigkeit, sich im richtigen Moment weniger ernst zu nehmen und über sich selbst lachen zu können, wird angestrebt.

Die Durchführung der manualisierten Form des 7-HHP ist aus diversen Gründen wie bspw. das Setting der Akutpsychiatrie und deren kurzen Aufenthaltsdauer nicht möglich. So wird das Programm in mehrere kleine Trainings aufgeteilt, was zur Folge hat, dass die Sequenzen 5- 7 nicht explizit thematisiert werden, sondern in den Sitzungen einfließen. Auch hat sich gezeigt, dass ein höherer Anteil an spielerischen Interventionen von den Teilnehmenden geschätzt und gewünscht wird.

Zu Beginn der "Humorkurve" gibt es einen kurzen Rückblick zur letzten "Humorkurve". Es können Nachgedanken, Erlebtes aus dem Alltag der letzten Woche, persönliche "Aha-Erlebnisse" oder die Auswertung der Hausaufgabe, wenn es eine gegeben hat, besprochen werden. Das anschließende Warm-up in Form eines kurzen Spiels dient dem gegenseitigen Kennenlernen und leitet den Prozess, „vom Kopf in den Bauch“ zugehen, langsam ein. Nach einem kurzen Input und Austausch zum Wochenthema folgt der praktische Hauptteil mit dazugehörigen Übungen aus dem Improvisationstheater, der Erlebnispädagogik und der Clownerie. Den Abschluss bildet eine kurze Feedbackrunde. In den letzten ca. 5 Minuten können die Teilnehmenden

neue Erfahrungen, Erkenntnisse, Komplimente oder eine Rückmeldung an die Gruppe mitteilen. Auch wird eine mögliche Hausaufgabe erläutert.

Die Humorkurve dauert rund 60 Minuten. Das Anmeldeverfahren für die Gruppenteilnahme ist unkompliziert und es bestehen, ausser "die Stabilität in der Akutphase", praktisch keine Ausschlusskriterien für die Teilnehmenden.

### **Ziele des Kongress-Workshop**

- Auseinandersetzung mit dem Thema: Humor in der Psychiatrie; ist Humor in der Psychiatrie ein Tabuthema? Wieviel Humor geht im Arbeitsalltag mit Professionalität und Ernsthaftigkeit verloren?
- Selbsterfahrung, dass Spass & (Spiel-)Freude ansteckend ist
- Teilnehmende machen die Erfahrung, mehr Humor im Arbeitsalltag einfließen zu lassen

### **Gestaltung**

Nach einem theoretischen Input aus der Wissenschaft zum Thema Humor werden die Workshop-Teilnehmenden mehr und mehr an die "Humorkurve" herangeführt. Es werden die Inhalte der "Humorkurve" an sich vermittelt und in praktischen Übungen transferiert.

Anfangs des Workshops wird mit allen Teilnehmenden eine Übung durchgeführt. Im Verlauf werden weitere Übungen in einer kleineren Gruppen vorgezeigt. Jede Übung soll neue Workshop-Teilnehmende einbinden. Die Übungen werden so vermittelt, dass sie 1:1 in die Praxis übertragen werden können. Anschliessend an die jeweilige Übung findet ein kurzer Erfahrungsaustausch unter den Teilnehmenden statt und Zusammenhänge zu den anfänglich gegebenen Inputs werden hergestellt.

Als letzter Schwerpunkt wird eine Fachdiskussion über Pro & Contra in der Durchführung von Humortraining in der psychiatrischen Praxis lanciert.

## Lernziele

- Den Wert von Humor als soziale Kompetenz kennenlernen und dessen Gesundheitswert erkennen.
- Die psychische und physische Wirkung des Humortrainings in Selbsterfahrung erleben und in Bezug zu theoretischen Grundlagen setzen.
- Humor-Fertigkeiten entwickeln und im Praxisalltag umsetzen und einbeziehen.

Ergänzend zum Thema wurde ein Poster gestaltet.

## Literatur

1. Peterson, C. and M.E. Seligman, *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Vol. 1. 2004: Oxford University Press.
2. Santos, V., et al., *The role of positive emotion and contributions of positive psychology in depression treatment: systematic review*. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 2013. **9**: p. 221.
3. Fredrickson, B.L. and C. Branigan, *Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires*. *Cognition & emotion*, 2005. **19**(3): p. 313-332.
4. Härtl-Kasulke, C. and H.-F. Dettweiler, *Die Vielfalt positiver Emotionen entdecken, in Lebenskunst! Eine Anleitung zur Positiven Psychologie: Einführung für Trainer, Coaches und Personalentwickler*. 2018, Beltz Verlag: Weinheim Basel. p. 75-80.
5. Revers, A., *Humor als Schlüssel zum Wohlbefinden, in Lebenskunst! Eine Anleitung zur Positiven Psychologie: Einführung für Trainer, Coaches und Personalentwickler*. 2018, Beltz Verlag: Weinheim Basel. p. 104-109.
6. Tagalidou, N., et al., *Efficacy and feasibility of a humor training for people suffering from depression, anxiety, and adjustment disorder: a randomized controlled trial*. *BMC psychiatry*, 2019. **19**(1): p. 93.
7. Falkenberg, I., *Humortraining mit psychiatrischen Patienten, in Barbara Wild (Hg.). Humor in der Psychotherapie - Neurobiologie - Methoden - Praxis*. . 2016, Schattauer Verlag: Stuttgart. p. 229–243.

8. Müller, C., *Humor in der psychiatrischen Pflege*, in Barbara Wild (Hg.). *Humor in der Psychotherapie - Neurobiologie - Methoden - Praxis*. . 2016, Schattauer Verlag: Stuttgart. p. 307-318.
9. McGhee, P., *Humor as survival training for a stressed-out world: The 7 humor habits program*. 2010: Author House.
10. Falkenberg, I., P. McGhee, and B. Wild, *Humorfähigkeiten trainieren: Manual für die psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis-Mit einem Geleitwort von Martin Hautzinger*. 2018: Klett-Cotta.
11. Ruch, W.F., et al., *Training the sense of humor with the 7 Humor Habits Program and satisfaction with life*. *Humor*, 2018. **31**(2): p. 287-309.

## **29. Akademisch ausgebildet-...und nun???** (Abstract)

*Christin Kunert, Jacqueline Rixe, Michael Schulz, André Nienaber*

### **Hintergrund**

Die Forderungen einer evidenzbasierten Pflege auf Grundlage der sich wandelnden gesellschaftlichen Strukturen setzen eine Ausweitung der akademischen Ausbildung Pflegender voraus. Dies gilt für alle Gesundheitsbereiche, einschließlich dem psychiatrischen. Mit der Ausbildung akademisch Pflegender werden Tätigkeitsfelder und Rahmenbedingungen benötigt, um diese in die Praxis zu integrieren. Zwar fordert der Wissenschaftsrat einen Anteil von 10-20% akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in der direkten Patientenversorgung, in Deutschland scheint dieses Ziel aber noch weit entfernt zu sein. Zusätzlich sind die Aufgabenprofile in der Patientenversorgung für die Absolventen noch unklar. So liegen zum aktuellen Zeitpunkt in Deutschland wenige Studien zum Verbleib von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen vor. Es mangelt sowohl an Erkenntnissen hinsichtlich der Tätigkeitsfelder und Verantwortungsbereiche, als auch hinsichtlich der Anwendung von Studieninhalten in der Praxis. Dies gilt auch im psychiatrischen Versorgungskontext.

### **Fragestellung**

Im Rahmen einer Bachelorarbeit wurde das Ziel verfolgt, diesem Mangel entgegen zu wirken und drei grundlegende Fragestellungen zu verfolgen:

1. In welchen Bereichen verändert sich die Arbeit der Absolventinnen und Absolventen nach einem Studium der „Psychiatrische Pflege“?
2. Welchen Nutzen hat die Akademisierung für die eigene Arbeit im Hinblick auf die Umsetzung der Studieninhalte in der Praxis?
3. Mit welchen Rahmenbedingungen sind die Absolventinnen und Absolventen nach dem Studienabschluss konfrontiert?

## **Methode und Material**

Im deutschsprachigen Raum gibt es wenige Fachhochschulen, an denen Studiengänge mit dem Schwerpunkt Psychiatrische Pflege / Psychische Gesundheit angeboten werden. An einer dieser Fachhochschulen wurde im Rahmen einer Bachelorarbeit eine Verbleibstudie durchgeführt, um die oben genannten Fragestellungen zu beantworten. Die Datenerhebung erfolgte in dem Zeitraum vom 27.12.2018 bis zum 15.01.2019 mittels einer Online-Befragung. Es wurden gezielt alle Absolventinnen und Absolventen des Bachelor-Studiengangs kontaktiert. Die Teilnahme war anonym und freiwillig. Die Studie wurde überwiegend quantitativ und deskriptivstatistisch ausgewertet.

## **Ergebnisse**

Insgesamt wurden die Daten von 80 Bachelorabsolventinnen und Absolventen analysiert. Die Ergebnisse zeigten, dass neue Tätigkeitsbereiche von diesen übernommen wurden und die Studieninhalte sich positiv auf die berufliche Situation auswirkten. Die Absolventen erfuhren Wertschätzung am Arbeitsplatz und konnten eigene Ideen verwirklichen. Sie zeigten sich gleichzeitig mit den Parametern Einkommenshöhe, Aufstiegschancen und den Möglichkeiten die Pflege zu verbessern am wenigsten zufrieden.

## **Diskussion**

Die übernommenen Tätigkeitsfelder akademisch Pflegender, die Unzufriedenheit mit der Einkommenshöhe sowie die Verwirklichung beruflicher Visionen deckten sich mit den Ergebnissen anderer Absolventenbefragungen. Andere Ergebnisse, wie die Zufriedenheit am Arbeitsplatz, oder patientenferne Tätigkeiten waren lediglich bedingt vergleichbar. Die Ergebnisse sind hinsichtlich der Ursachen vorsichtig zu interpretieren. Auf Grund der kleinen Stichprobe ( $n=80$ ) konnten keine inhaltlichen Vergleiche gemacht und ein Selektionsbias nicht ausgeschlossen werden. Zusätzlich liegen methodische Limitierungen hinsichtlich der Fragebogenerstellung vor.

## **Schlussfolgerung**

Die Studie zeigt, dass den befragten Absolventinnen und Absolventen größtenteils eine erfolgreiche Integration ihrer erworbenen Kompetenzen in den Praxisalltag gelungen ist, dass sich aber noch nicht allerorts spezifische Rollenprofile entwickelt haben. Es sind weitere Absolventenbefragungen erforderlich, um langfristig und nachhaltig eine Verbesserung der Integration akademisch ausgebildeter Pfleger in der Praxis zu überprüfen. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, den Mehrwert durch akademisch Pfleger in Deutschland wissenschaftlich zu belegen, um die Entwicklung neuer Rollenprofile und somit auch den Skill & Grade-Mix weiter voranzubringen.

## **30. Schema? Schema! Werkzeugkasten Schematherapie.**

*Daniela Lang, Esther Meier*

### **Hintergrund**

Schematherapie ist ein integrativer Ansatz zur Behandlung verschiedenster langanhaltender emotionaler und zwischenmenschlicher Schwierigkeiten, deren Entstehungsbedingungen in Kindheit und Jugend, durch Nichterfüllung zentraler Grundbedürfnisse, liegen [1, S.11ff.]. Schematherapie hilft, Patienten mit Persönlichkeitsstörungen gerecht zu werden, sie besser zu verstehen und die Störung zu „entschärfen“: indem die Pflege im Alltag die Funktion des „Gesunden Erwachsenen“- Modus übernimmt und mit den Patienten in jedem Kontakt interragiert. Die Patienten werden in ihrem Erleben „nachbeelert“ und erlangen nach und nach die Fähigkeit, sich selbst „ein guter Vater / eine gute Mutter“ zu sein. Die Patienten werden befähigt zu erkennen, in welchem Modus sie sich gerade befinden und ob die Art und Weise ihres Verhaltens zum gewünschten Ziel führt.

### **Einleitung: Einige Worte zur Schematherapie**

E. Roediger beschreibt, abgeleitet von K. Grawe 4 Wirkfaktoren, welche Schematherapie für die Behandlung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen hervorhebt: (1) Ressourcenaktivierung, (2) Problemaktualisierung, (3) Problemklärung und (4) Problembewältigung [1, S.15ff.]. Neben den 4 Wirkfaktoren ist für eine erfolgreiche Psychotherapie die Beziehung zwischen Therapeut und Patient und im stationären Setting die Beziehung zur Pflege substantiell. Schematherapie bewegt sich mit ihrer Begrifflichkeit nah an neurobiologischen Prozessen („Schema“ = „Fussabdruck“) was die Hintergründe, warum sich ein Mensch verhält, wie er sich verhält, greifbar macht. In der gesamten stationären Zeit des Patienten wird interdisziplinär mit demselben individuellen Modusmodell gearbeitet welches nach und nach ausgebaut und verständlich wird. Zusätzlich zur Modusarbeit wird mit dem Patienten eine wohlwollende, selbstreflexive Haltung (ein-)geübt, in-



dem er sich innerlich von der aktivierten Emotion lernt zu distanzieren und aus der Vogelperspektive in seiner Aktion mehr Freiheit gewinnt [1, S.16].

### **Modusmodell**

Als Modus wird der momentan aktivierte Erlebenszustand des Patienten verstanden, einschliesslich Kognition, Emotion und Verhalten. Der Vorteil dieser Betrachtungsweise liegt darin, dass nicht „die ganze Person“ dysfunktional reagiert, sondern „nur“ Teile von ihr. Das bedeutet, dass wenn in der Therapie der Patient mit seiner Verhaltensweise konfrontiert wird, nicht „die ganze Person“ kritisiert oder konfrontiert, sondern nur der aktivierte Modus. Durch diese deeskalative Vorgehensweise erhält der Patient die Möglichkeit, in eine selbstreflexive Haltung zu gehen und sein Verhalten nachhaltig zu verändern. Folgerichtig ist, mit dem Patienten eine achtsame Wahrnehmung zu trainieren [2, S. 69].

Deutlich wird dies am folgenden Akronym, BEATE [1, S. 85: durch Autorinnen gekürzt und sinngemäss wiedergegeben]:

<b>Benennen</b>	Die aktualisierten Gefühle oder inneren Handlungsanweisungen bzw. der Impuls zur Bewältigung werden markiert und benannt, bevor die Handlung gestartet wird.
<b>Erkennen</b>	Die Patienten vergegenwärtigen sich, dass es sich um alte, früher angelegte Modi handelt welche nur bedingt etwas mit der aktuellen Situation zu tun haben.
<b>Anerkennen</b>	Die Patienten akzeptieren, dass sie zunächst so sind wie sie sind. Sie tragen selbst die Verantwortung, eine Situation positiv zu beeinflussen. Danach wird mit Blick auf die Grundbedürfnisse und langfristigen Zielen versucht, eine bewusste Wahl aus der Position des gesunden Erwachsenen zu

	treffen, was sie nun tun wollen.
<b>Trennen</b>	Der spontane Handlungsimpuls wird losgelassen und „durchgewunken“.
<b>Einbrennen</b>	Die neu gewählte Handlung wird ganz bewusst durchgeführt und eingeübt.

## **Thema**

Die Station Privé Stressfolgeerkrankungen und Psychosomatik der Clenia Schlössli AG in Oetwil am See (Schweiz), arbeitet seit 2012 mit Schematherapie. Alle interdisziplinären Teammitglieder sind darin geschult. Die Patienten erhalten während des gesamten stationären Aufenthaltes schematherapeutische Begleitung. Während das therapeutische Team (Psychologen, Stationsarzt) den Fokus auf die Wirkfaktoren Problemaktualisierung und die Problemlösung setzt, ergänzt die Pflege die beiden Wirkfaktoren Ressourcenaktivierung und Problembewältigung. Die Pflege befähigt im Speziellen den Patienten in der Bewältigung alltäglicher Probleme. Sie dient unterstützend als Vorbild des gesunden Erwachsenenmodus, an dem sich die Patienten orientieren können. Die Pflegefachperson erarbeitet mit dem Patienten neue Bewältigungsstrategien und nutzt ihr Hintergrundwissen zum Modusmodell für das Aufzeigen dysfunktionaler Verhaltensweisen. Die Pflege nutzt dazu auch Elemente aus der 8-Wochen-Methode der Achtsamkeit (Mindfulness-Based Stress-Reduction, MBSR) nach Prof. Jon Kabat-Zinn [3 S. 17ff.].

## **Ziele**

Den Teilnehmenden (TN) des Workshops wird aufgezeigt, dass Schematherapie sowohl Haltung als auch Werkzeug ist in der ganzheitlichen Begegnung mit Patienten. Die TN erhalten die Gelegenheit ihr eigenes pflegerisches Spannungsfeld zu reflektieren und Schlussfolgerungen auf das eigene Verhalten zu ziehen. Die TN des Workshops kennen die Grundzüge der Schematherapie und wissen für wen sich Schematherapie eignet. Mittels einer emotionsaktivierenden Übung wird Schematherapie erfahrbar gemacht.

## **Gestaltung**

Die Teilnehmenden:

- können in eigenen Worten Schematherapie beschreiben
- machen eine Selbsterfahrung und gehen in den Austausch zu schematherapeutischen Modi
- reflektieren die eigene pflegerische Haltung und die daraus resultierende Arbeit mit Patienten

## **Literatur**

1. *Roediger, E., Was ist Schematherapie? Eine Einführung in Grundlagen, Modell und Anwendung (2009), Junfermann Verlag, Paderborn, ISBN 978-3-87387-738-2*
2. *Roediger, E., Raus aus den Lebensfallen! Das Schematherapie-Patientenbuch (2012), 3. Auflage, Junfermann Verlag, Paderborn, ISBN 978-3-87387-777-1*
3. *Lehrhaupt L. & Meibert, P. (Hrsg.) aus Kabat-Zin, J. (1979), Stress bewältigen mit Achtsamkeit. Zu innerer Ruhe kommen durch MBSR (2013) , 5. Auflage, Kösel-Verlag, München, ISBN 978-3-466-30847-7*

## **31. Modellprojekt zur Weiterentwicklung der Weiterbildung auf dem Gebiet der Psychiatrie (Abstract)**

*Marina Mertens, Birgit Reichert*

Die Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft (DKG) postuliert bereits in 2015 für unterschiedliche Fachgebiete, auch für die Pflege in der Psychiatrie, den modularen Aufbau von pflegerischen Weiterbildungen und führt weiter aus, dass bisher im Weiterbildungsbereich nur wenige modulare Konzepte umgesetzt werden.

Um die Weiterbildung für Psychiatrische Pflege langfristig zukunftsfähig zu gestalten und somit u.a. den Zielen der Förderung vertikaler und horizontaler Durchlässigkeit, der länderübergreifenden Vergleichbarkeit von erworbenen Kompetenzen und Qualifikationen sowie dem Erwerb von Teilqualifikationen Rechnung zu tragen, wurde die seit 1963 existierende, staatlich anerkannte Weiterbildung in den Jahren 2016 und 2017 einer grundlegenden Neukonzeption unterzogen. Auch die Neukonzeption ist staatlich anerkannt und vom Ministerium als Modellprojekt zur Weiterentwicklung der Weiterbildung auf dem Gebiet der Psychiatrie genehmigt. Mit Blick auf die generalistische Pflegeausbildung ab 2020, in der für die Vermittlung von psychiatrisch-pflegerischem Fachwissen nur wenig Zeit vorgesehen ist, steigt der Stellenwert der Weiterbildung für Psychiatrische Pflege.

Die Neukonzeption der zweijährigen Weiterbildung gibt Antworten auf die Frage, wie Weiterbildung für Psychiatrische Pflege in Zukunft aussehen kann. So sieht das Modellprojekt die Strukturierung der Weiterbildung in Modulen vor. Durch die Definitionen von „Bausteinen“ werden Lerninhalte, zu erwartende Handlungskompetenzen und Lernergebnisse transparent und sind so leichter auf andere Weiterbildungen und ein späteres Studium anrechenbar. Die Modularisierung ermöglicht zusätzlich durch die Ausdehnung der Länge der Weiterbildung die Flexibilisierung von Bildungsverläufen in der Pflege. Gleichzeitig können einzelne Module als Fortbildung belegt werden. Weitere Besonderheiten des überarbeiteten Konzepts sind die intensi-

ve Begleitung der Praxiseinsätze durch eine hauptamtliche Praxisanleitung, der Einsatz von Ex-In-Genesungsbegleitende sowie das situierte Lernen mit Simulationspatientinnen und -patienten sowie Videofeedback, das auf den Ausbau der Kommunikationsfähigkeiten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer abzielt. Ferner ist die berufspädagogische Zusatzqualifikation zur Praxisanleitung Teil der Weiterbildung. Die gesamte Weiterbildung schließt nach zwei Jahren neben einer mündlichen Prüfung und einer Facharbeit mit einer praktischen Prüfung im Sinne eines Objective Structured Clinical Examinations ab.

Anfang 2018 startete erstmals diese neukonzipierte Weiterbildung mit 14 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Nach über einem Jahr zieht die Leitung der Weiterbildungsstätte ein erstes Resümee zur Praktikabilität des Modellprojekts. Die bisherige Evaluation macht Optimierungspotenzial deutlich. Aufgrund der Rückmeldungen der Adressaten der Evaluation wird der aktuelle Kurs kontinuierlich überarbeitet. Gleichzeitig werden auch die Vorzüge des Konzepts klar: Das bisherige Konzept kann für die Entwicklung weiterer Weiterbildungen anderer Fachgebiete herangezogen werden. Zugleich kann durch die Konzeption und das Angebot weiterer Wahlmodule eine Spezialisierung der Weiterbildung, beispielsweise im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, erfolgen.

## **32. Komplexe Transition – Brauchen wir Transitionsbeauftragte in den psychiatrischen Kliniken?**

*André Nienaber*

### **Hintergrund**

„Wir leiden darunter, dass wir verloren gehen“ [1]. Der Beitrag beschäftigt sich mit der Transition vom Jugend- in das Erwachsenenalter bei Personen, die zusätzlich mit der Herausforderung der Bewältigung psychischer Probleme zu tun haben [2].

„Transition“ steht für „Übergang“ oder „Übergehen“ und bedeutet „Überqueren oder Hinübergehen“ [3], es ist einen Wechsel zu etwas Anderem oder Neuem, in ein anderes Stadium. Demzufolge kann Transition als gezielter und geplanter Prozess beschrieben werden, „... hin zu einem Erwachsenen-orientierten Gesundheitswesen, welcher die medizinischen, psychosozialen und pädagogisch/beruflichen Bedürfnissen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit chronischen körperlichen und psychischen Leiden“ [4] mit einbezieht.

### **Problemstellung**

70% der psychischen Erkrankungen beginnen in der Kindheit oder im jungen Erwachsenenalter [5,6]. Zudem stellt das junge Erwachsenenalter eine vulnerable Phase mit besonderen Anforderungen dar [7, 8].

Vor diesem Hintergrund ist der Zugang zu guter Gesundheitsversorgung von entscheidender Bedeutung [9]. Wichtige Aspekte sind Kontinuität und eine gute Gestaltung des Übergangs zwischen den Behandlungsbereichen. Allerdings funktioniert Transition zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie nicht gut. Die jungen Menschen geben an, dass ihnen „Menschlichkeit, Achtsamkeit und Empathie“ [10] fehlen und dass ihre persönlichen Bedürfnisse nicht berücksichtigt werden. Sie wünschen sich eine Umgebung, die ihre Autonomie in der Behandlung fördert mit einem Fokus auf Wahlmöglichkeiten und Einbeziehung in die Entscheidungsfindung

[10]. Hindernisse für eine gute Transition werden vor allem in einer nicht effektiven Kommunikation und auf organisatorischer Ebene gesehen [11]. Auch die Professionellen beklagen eine Lücke in der Versorgung und auch sie nennen organisatorische und kommunikative Aspekte, die es schwierig machen, auf die besonderen Bedürfnisse der jungen Patientinnen und Patienten einzugehen [12].

## **Diskussion**

Ziel muss es sein, eine höhere Sensitivität für die Bedeutung des Themas Transition zu erreichen. Leitlinien empfehlen, dass Organisationen Personen zur Unterstützung und Förderung von Transition benennt, die auf struktureller und prozessualer Ebene Verantwortung übernehmen [13].

Eine Möglichkeit kann darin liegen, Transitionsbeauftragte zu benennen. Die Bundesregierung hat Beauftragte für die Integration oder die Belange der Patientinnen und Patienten, die für die Belange der Patienten eintreten [14]. Auch in Unternehmen finden sich Beauftragte mit besonderen Aufgabenstellungen wie z. B. für Compliance. Im Gesundheitsbereich kennt man Beauftragte für das Qualitätsmanagement oder Medizinprodukte. Darüber hinaus finden sich in Krankenhäusern Transplantationsbeauftragte oder auch Beauftragte für Integration. Letztgenannte haben die Aufgabe, den Informations- und Gedankenaustausch in migrationsspezifischen Belangen zu fördern oder entsprechende Konzepte zu entwickeln. Das Universitätsklinikum Heidelberg hat bereits Transitionsbeauftragte eingestellt. Diese „speziell geschulten Sozialarbeiter, Krankenschwestern oder –pfleger begleiten den Prozess der Transition, sind Ansprechpartner bei Problemen und fragen nach...“ [15].

Doch wie geht gute Transition? Paul et al. [16, 17] zufolge zeichnet sich eine gelingende Transition durch die vier „P“ aus: 1. Person, d. h. der junge Mensch, die Eltern, die Angehörigen, der Transitions-Koordinator; 2. Prozess, d. h. es gibt einen schriftlichen Transitions-Leitfaden und abgestimmte Transitionsprogramme; 3. Papier, d. h. es stehen Informationen und Bro-

schüren zur Verfügung und 4. Platz bzw. Ort, d. h. es gibt eine jugendfreundlichen Atmosphäre.

Wichtig für die Umsetzung ist die Rolle der Führung [16]. Erfahrene Mitarbeitende, die die Herausforderungen einer effektiven Transition verstehen, sind wichtige „Change Agents“. Insgesamt sind personalisierte Betreuung, Wahlmöglichkeiten, Autonomie und Beziehungen übergreifende Themen [10, 12]. Wichtig ist zudem die Förderung der Beteiligung junger Menschen an Entscheidungsprozessen [18]. In der Praxis gibt es bereits Materialien, die sich mit dem Thema beschäftigen und Empfehlungen für eine gelingende Transition für die Praxis geben. Fünf Schlüsselemente sollen eine gute und gelingende Transition unterstützen [19]:

1. Beteiligung der Kinder und Jugendlichen
2. Übergreifendes und vernetztes Arbeiten
3. Arbeiten mit weiteren / anderen Unterstützungssystemen
4. Behandlungs- und Entlassplanung
5. Unterstützung in der Gemeinde

Darüber hinaus gibt es Werkzeugboxen zur Gestaltung der Transition [20].

## **Schlussfolgerung**

Transition ist in Deutschland bisher unzureichend in der Gestaltung von Versorgungsprozessen berücksichtigt. Es ist ein komplexer Prozess mit unterschiedlichen Einflussfaktoren, der strukturiert erfolgen muss. Zur positiven Gestaltung der Übergänge von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie ist es erforderlich, spezifische Ansätze zu entwickeln und umzusetzen, um zielgruppenspezifische und bedarfsgerecht deren Bewältigung zu unterstützen [21]. Eine gelingende Transition erfordert Lösungsansätze auf den Ebenen Struktur, Prozess und Ergebnis. Eine Möglichkeit der Komplexität und den Anforderungen von gelingender Transition wirkungsvoll zu begegnen, kann die Implementierung von Transitionsbeauftragte in psychiatrischen Kliniken darstellen, die sich auch aus der Gesundheits- und Krankenpflege rekrutieren und in den Institutionen die Koordina-



tion und Steuerung des Prozesses übernehmen und so zu einer Sensibilisierung für das Thema beitragen.

## Literatur

1. Vloet, M. A., Davidson, S., & Cappelli, M. (2011). "We suffer from being lost": formulating policies to reclaim youth in mental health transitions. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 14, 32-38.
2. DGPPN (2016). Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie. <https://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2016/transitionspsychiatrie-1.html>
3. Bibliographisches Institut GmbH (2015). *Transition*. Berlin: C.H. Beck.
4. Mayr, M., Kapusta, N. D., Plener, P. L., Pollak, E., Schulze, U., Freyberger, H. J., & Fegert, J. M. (2015). Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*.
5. Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617-627.
6. Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of general psychiatry*, 60(7), 709-717.
7. Gilmer, T. P., Ojeda, V. D., Leich, J., Heller, R., Garcia, P., & Palinkas, L. A. (2012). Assessing needs for mental health and other services among transition-age youths, parents, and providers. *Psychiatric Services*, 63(4), 338-342.
8. Mulvale, G. M., Nguyen, T. D., Miatello, A. M., Embrett, M. G., Wakefield, P. A., & Randall, G. E. (2015). Lost in transition or translation? Care philosophies and transitions between child and youth and adult mental health services: a systematic review. *Journal of Mental Health*, 1-10.
9. Loos, S. & Becker, T. (2019). Lost in transition? Versorgung psychischer Erkrankungen zwischen Jugend- und Erwachsenenalter als besondere Herausforderung für die Erwachsenenpsychiatrie. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 49(3), 24-27.
10. Loos, S., Walia, N., Becker, T., & Puschner, B. (2018). Lost in transition? Perceptions of health care among young people with mental health problems in Ger-

- many: a qualitative study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 12(1), 41.
11. Embrett, M. G., Randall, G. E., Longo, C. J., Nguyen, T., & Mulvale, G. (2016). Effectiveness of health system services and programs for youth to adult transitions in mental health care: a systematic review of academic literature. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(2), 259-269.
  12. Loos, S., Walia, N., Becker, T., & Puschner, B. (2018). Lost in transition? Professional perspectives on transitional mental health services for young people in Germany: a qualitative study. *BMC health services research*, 18(1), 649.
  13. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2016). Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng43/resources/transition-from-childrens-to-adults-services-for-young-people-using-health-or-social-care-services-pdf-1837451149765>.
  14. Godschalk, B. (2018). Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. <https://www.patientenbeauftragter.de/der-beauftragte/das-amt>.
  15. Klinikum Uni Heidelberg (2018). Pressemitteilung „Transitionsbeauftragte im Universitätsklinikum Heidelberg“. [https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/pressemitteilungen.136514.0.html?&tx\\_ifabprins\\_pressmanagement%5Baction%5D=show&tx\\_ifabprins\\_pressmanagement%5Bcontroller%5D=PressManagement&tx\\_ifabprins\\_pressmanagement%5Bid%5D=5479](https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/pressemitteilungen.136514.0.html?&tx_ifabprins_pressmanagement%5Baction%5D=show&tx_ifabprins_pressmanagement%5Bcontroller%5D=PressManagement&tx_ifabprins_pressmanagement%5Bid%5D=5479).
  16. Paul, M., Ford, T., Kramer, T., Islam, Z., Harley, K., & Singh, S. P. (2013). Transfers and transitions between child and adult mental health services. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s54), s36-s40.
  17. Paul, M., Street, C., Wheeler, N., & Singh, S. P. (2015). Transition to adult services for young people with mental health needs: A systematic review. *Clinical child psychology and psychiatry*, 20(3), 436-457.
  18. Paul, M., O'Hara, L., Tah, P., Street, C., Maras, A., Ouakil, D. P., ... & McNicholas, F. (2018). A systematic review of the literature on ethical aspects of transitional

- care between child-and adult-orientated health services. BMC medical ethics, 19(1), 73.*
19. Royal College of Psychiatrist (2017). *Good mental health services for young people.*  
<https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/FR%20CAP%20GAP%2001%20Good%20MH%20services%20for%20young%20peop.pdf>.
  20. Kane, S. (2008). *Managing the transitions from adolescent psychiatric in-patient care:* toolkit.  
[https://www.ncb.org.uk/sites/default/files/field/attachment/mtra\\_lo-res.pdf](https://www.ncb.org.uk/sites/default/files/field/attachment/mtra_lo-res.pdf)[https://www.ncb.org.uk/sites/default/files/field/attachment/mtra\\_lo-res.pdf](https://www.ncb.org.uk/sites/default/files/field/attachment/mtra_lo-res.pdf).
  21. *Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. & BzgA (2015). Übergänge: Bedeutung und fachliche Konzepte. Gefunden unter <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=1bb260e219ce60c4c6a642d37af0467a>*

### **33. Die AggressionsAcht und der GesprächsKompass als Handwerkzeuge in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen (Abstract)**

*Lars Petersen*

Das Systemische Aggressions-Management macht versteckte und offensichtliche Aggressionsformen auf erstaunliche Art und Weise deutlich. Dieses System macht verständlich, dass Kritik und Konfliktmanagement mit Spaß und Tiefgang möglich sind: zu Hause, im Job oder unterm Sonnenschirm.

Ziel des SAM ist es, eine Kultur der Achtsamkeit zu bewahren bzw. zu initiieren; eine Kultur, die

- Konflikte als Chance zur Veränderung willkommen heißt,
- das Potenzial hoher Anforderungen nutzbar macht;
- sich immer wieder und auf allen Ebenen am Prinzip „Schönes hat Vorrang“ orientiert.

Das Systemische Aggressions-Management (SAM) bündelt unterschiedlichste, bereits bewährte Methoden für den Umgang mit Aggression und Gewalt. Somit ist es ein Komplexitätsminderer und bietet ein Handlungsrepertoire für den professionellen Umgang in herausfordernden Situationen – insbesondere mit psychisch kranken Menschen.

SAM befähigt Menschen, konstruktive von destruktiven Aggressionen zu unterscheiden und bietet praxistaugliche und kontextangepasste Instrumente für das Erkennen, Verstehen, Beschreiben und Bewältigen von aggressiven Prozessen und Gewalt. Der Umgang mit herausfordernden Verhalten beinhaltet das Lernen und die Neuausrichtung der eigenen Haltung.

Durch eine gemeinsame Erarbeitung wird die Grundlage geschaffen, Ursachen von Aggression besser zu verstehen, Aggressionsprävention und –intervention professionell zu gestalten.

SAM steigert die Arbeitsmotivation, gibt Instrumente zur Selbst- und Fremdhilfe an die Hand und regt Offenheit, gegenseitige Wertschätzung

sowie prozess- und zielorientiertes Denken auf individueller und organisatorischer Ebene an.

Mit SAM werden eine ressourcenorientierte Kommunikations- und Arbeitshaltung, sowie Methoden vermittelt.

In dem Vortrag werden die Grundlagen und einige Prinzipien des Systemischen Aggressions-Managements vorgestellt:

- Die AggressionsAcht – Basis für Gespräche in den unterschiedlichsten Kontexten
- Der Gesprächskompass - Einmaleins der Kommunikation in Konfliktsituationen

Die AggressionsAcht wird in ihrer Komplexität vorgestellt und SAM-Prinzipien im Kontext einer professionellen Gesprächsführung erarbeitet und vermittelt.

## **34. Einweisungen von Menschen mit Demenz in die Gerontopsychiatrie: Häufigkeiten medizinischer, pflegerischer und sozialer Faktoren**

*Klaus Pöschel, Stefan Spannhorst*

### **Hintergrund / Problemdarstellung**

Aktuelle Studien zeigen, dass ältere Menschen, die sich in stationärer somatischer Behandlung befinden, in bis zu 40% der Fälle kognitive Einschränkungen haben [1]. Umgekehrt zeigt der Arbeitsalltag der Autoren in einer Abteilung für Gerontopsychiatrie, dass die somatische Krankheitslast von Menschen mit Demenz hoch ist [3]. Diese Studie geht der Frage nach, welche Gründe zu einer Einweisung Menschen mit Demenz in die gerontopsychiatrische Behandlung führen und welche Bedürfnisse damit verknüpft sind [2, 3].

### **Fragestellung**

Welche medizinischen, pflegerischen und sozialen Faktoren begleiten stationäre Einweisungen in die Abteilung für Gerontopsychiatrie des Evangelischen Klinikums Bethel?

### **Methode und Material**

Mittels einer retrospektiven Dokumentenanalyse von 100 zufällig ausgewählten Fällen im Zeitraum Juli 2015 bis Juni 2016 wurden die Dokumentationsbögen der Aufnahmesteuerung (DAS), ärztliche Einweisungsdokumente (EWD) und der Entlassbriefe (EB) untersucht. Dazu wurden drei Zeitpunkte erfasst: Die Ausgangssituation bis sieben Tage vor der stationären Aufnahme, die akute Einweisungssituation ab sieben Tage vor der Einweisung bis zur Aufnahme und die Situation am Entlasstag.

Einschlusskriterien für die Dokumentenanalyse waren neben der gesicherten Demenzdiagnose nach Facharzt-Standard (in der Abteilung erkennbar an der Nennung im Entlassbrief) die Anmeldung über die Aufnahmesteuerung

(AS) für die Behandlung in der Gerontopsychiatrie und das Vorhandensein aller oben genannten 3 Dokumentenarten [3].

Die Einweisungsgründe wurden medizinischen, pflegerischen und soziale Kategorien zugeordnet. Auf der Grundlage der Ergebnisse einer Vorstudie [2] wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht einzelne medizinische Diagnosen sondern übergeordnete Diagnosegruppen, wie Atmungsorgane, Bewegungsapparat oder Harnsystem erfasst. Die Dokumentation Pflegerischer Faktoren orientierte sich an den Modulen und Items des Neuen Begutachtungsassessment (NBA).

Als soziale Faktoren galten Angaben für das formelle und informelle Hilfesystem. Dabei bezeichnet das formelle Hilfesystem alle professionellen Akteure die im Rahmen einer Dienstleistung gegen Zahlung unterstützen, das informelle Hilfesystem unbezahlte Unterstützer wie etwa Familienangehörige [2][3].

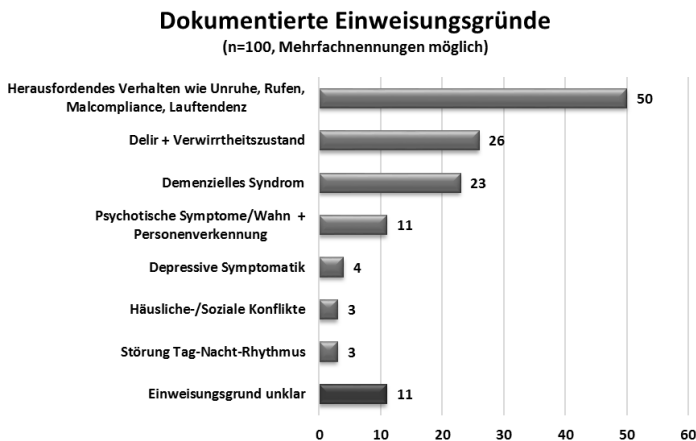


Abbildung 1: Einweisungsgründe zum Zeitpunkt der Einweisung [3, 4]

## Ergebnisse

Wie in der Abbildung 1 zu sehen ist, prägen herausfordernde Verhaltensweisen, wie Laufftendenz, Malcompliance, Delir, akut zunehmende Verwirrt-

heitszustände aber auch Personenverkennungen und Wahnvorstellungen die Einweisungsnotwendigkeit.

### ***Dekompensation***

Zu unterstreichen ist die Tatsache, dass der Zeitpunkt bzw. der qualitative Umfang, ab wann eine Dekompensation des Versorgungssettings eintritt, sehr unterschiedlich ist. Solche Unterschiede sind nicht nur in der Häuslichkeit, sondern auch zwischen professionellen Pflegeanbietern zu beobachten. Die individuell unterschiedlichen Wahrnehmungen von Belastungssituationen können mit psychosozialen Faktoren in Verbindung gebracht werden. Diese auf das aktuelle Verhalten von Akteuren Einfluss nehmenden psychologischen Phänomene sind vor dem Hintergrund persönlicher Beziehungs- und Rollenerfahrungen sowie der jeweils eigenen Biografie zu verstehen. Diese Erfahrungen haben einen Einfluss auf Verhaltensweisen, Symptomausprägung, Versorgungs- und Pflegemotivation sowie tatsächliche und wahrgenommene Belastungen. Dieses gilt sowohl für MmD als auch ihr soziales Umfeld. Eine Dekompensation tritt dann ein, wenn die tatsächliche oder wahrgenommene Belastung zu groß wird; oder es nicht gelingt, psychosoziale Faktoren bei Entscheidungen transparent zu machen, weshalb angedachte Versorgungsmodelle scheitern [3].

### ***Pflegerische und medizinische Versorgungsbedarfe***

Etwa 40% der Patienten hatten zum Aufnahmezeitpunkt eine somatische, umgehend behandlungsbedürftige Erkrankung. Zu diesen akuten Erkrankungen gehörten Harnwegsinfekte, Atemwegserkrankungen, Stoffwechsellstörungen oder kardiovaskuläre Erkrankungen. Diese akuten somatischen Erkrankungen trugen mithin zur einer Verschlechterung des Gesundheitszustands von MmD bei. Diese Verschlechterung lässt sich durchaus mit der Zunahme an herausfordernden Verhaltensweisen und einem akuten Delir in Verbindung bringen.

Die massive Zunahme der herausfordernden Verhaltensweisen zum Aufnahmezeitpunkt, zeigt eindrucksvoll, siehe dazu Abbildung 2, dass vor allem



diese Handlungsweisen zu einer Dekompensation einer aktuellen Versorgungssituation maßgeblich beitragen. Hier wird die Dynamik der Demenzerkrankung in ihrer Komplexität deutlich sichtbar.

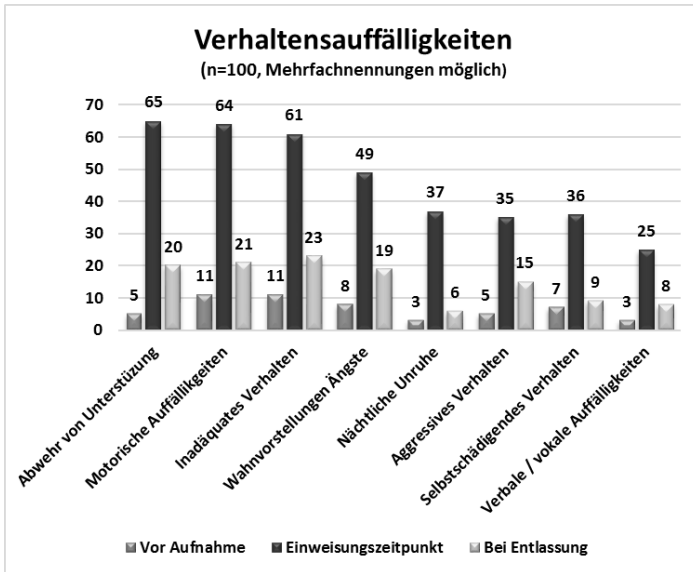


Abbildung 2: Art und Häufigkeit einiger Verhaltensauffälligkeiten [3, 4]

Neben den Auffälligkeiten im Bereich der Kognition und Kommunikation sowie der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), die zwischen Einweisung und Entlassung - als häufigste Störung bei MmD schon von der Definition der Demenz nach ICD-10 her - in etwa gleich häufig blieben, war der Hilfebedarf im Bereich des Verhaltens und der Psyche von zentralem Interesse.

Die am häufigsten vorkommende Verhaltensauffälligkeit am Zeitpunkt der der Einweisung war die Abwehr unterstützender Maßnahmen. In ähnlicher Häufigkeit wurden motorische Auffälligkeiten und sozial inadäquate Verhaltensweisen oder Handlungen nachgewiesen. Nächtliche Unruhe bedeutet für ambulante Versorgungssettings nicht selten das Erreichen einer Grenze der Versorgungsmöglichkeit [3].

### **Lebensmittelpunkte**

Für viele der behandelten Patienten bedeutet der Krankenhausaufenthalt auch eine Neuorientierung für Pflege- und Wohnsetting. Insgesamt 68 der 100 aufgenommenen Demenzpatienten kamen ursprünglich aus der eigenen Häuslichkeit. Etwa 60% von ihnen lebten mit Angehörigen in derselben Wohnung oder dem gleichen Haus und wurden von Ihnen mitversorgt. Weitere 40% lebten allein in ihrer Wohnung. Die verbleibenden 32 MmD wohnten schon vor Einweisung in einem professionellen Pflegesetting wie einer Pflegeeinrichtung oder Wohngemeinschaft. In die eigene Häuslichkeit kehrten dann jedoch nur noch 35 Patienten zurück, während dem 65 in ein professionelles Pflegesetting einzogen oder dorthin zurückkehrten.

Vor allen Dingen werden anscheinend im häuslichen Bereich komplexe Versorgungssituationen so lange aufrechterhalten, bis es aus unterschiedlichen Gründen nicht mehr geht. Nach einer Dekompensation ist es nicht mehr für alle Betroffenen möglich, die häusliche soziale und pflegerische Versorgung derart zu stabilisieren, dass eine Rückkehr an den Ursprungsort möglich ist. Die besten Aussichten auf Rückkehr haben diejenigen, die in der gleichen Wohnung durch Angehörige versorgt werden [3].

### **Schlussfolgerung**

Bestimmte Häufigkeiten medizinischer, pflegerischer und sozialer Bedürfnislagen kennzeichnen die Umstände stationärer Einweisungen von MmD in die Gerontopsychiatrie.

Die hohe somatische Krankheitslast und die Persistenz erheblicher Verhaltensstörungen trotz Spezialtherapien in der stationären Behandlung sind kennzeichnend. Bei vielen akut somatischen Erkrankungen handelt es sich um grundsätzlich auch ambulant behandelbare Erkrankungen. Warum deren Diagnostik und Therapie im ambulanten Setting vor der stationären Aufnahme offenbar nicht ausreichend gelingen, bedarf der weiteren Untersuchung. Die Komorbiditäten einer Demenz und die damit verbundenen Ver-

haltensstörungen lassen aber offenbar häufig nur eine stationäre Behandlung zu.

Das bei der Entlassung geplante Versorgungssetting ist häufig anders als das bei der Einweisung bestehende.

Die psychosozialen und biografischen Hintergründe des Gelingens und Misslingens ambulanter Versorgungssettings aus denen heraus eine stationäre Behandlung erforderlich wird, sind nicht ausreichend bekannt und bedürfen der weiteren Forschung.

Verlegungen aus der Gerontopsychiatrie in die Somatik wegen akuter somatischer Erkrankungen aber auch Verlegungen aus der Somatik in die Gerontopsychiatrie sind häufig.

Die bessere Kenntnis der Häufigkeiten und des komplexen Zusammenspiels verschiedener Faktoren für stationäre Einweisungen kann die prästationäre, stationäre und poststationäre Versorgung von MmD verbessern. Krankenhäuser können keine Sozialfunktion übernehmen. Einweisungen sind aber oft durch Problemlagen im sozialen Bereich mitbedingt, für die es mitunter keinen Adressaten gibt. Die poststationäre Versorgung von MmD mit persistierenden Verhaltensstörungen gestaltet sich aufgrund eines Mangels an auf den Umgang mit Verhaltensstörungen spezialisierten Pflegeheimen oft schwierig.

## Literatur

1. Hessler JB, Schäufele M, Hendlmeier I, Nora Junge M, Leonhardt S, Weber J, Bickel H (2017): *The 6-Item Cognitive Impairment Test as a bedside screening for dementia in general hospital patients: results of the General Hospital Study (GHoSt)*. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2017 Jul;32(7):726-733
2. Pöschel K., Spannhorst S., Lautenschläger M., Höhmann U. (2018): *Komplexe Einweisungsgründe für Menschen mit Demenz in eine Gerontopsychiatrie - Ergebnisse einer explorativen Dokumentenanalyse in den Jahren 2015 - 2016* *Pflege & Gesellschaft, Ausgabe 02, Jahr 2018, Seite 144 – 159*
3. Pöschel K., Spannhorst S. (2018): *Dementia Care Sensitive Demands*. Springer

4. Pöschel K., Spannhorst S. (2018): "Versorgung von Demenzkranken als multiprofessionelle Aufgabe." *Pflegezeitschrift* 71.9 (2018): 50-54.

## **35. Dementia Care Sensitive Demands (DCSD) – Demenzversorgungs-sensitive Bedarfslagen**

*Klaus Pöschel, Stefan Spannhorst*

### **Hintergrund / Problemdarstellung**

Dank besserer medizinischer und wirtschaftlicher Versorgung nimmt die Weltbevölkerung, und damit der Anteil von Menschen mit Demenz (MmD) zu. Die Gruppe der neurodegenerativen Erkrankungen, die der vaskulären Formen oder der Mischformen bilden dabei die Hauptursache von Demenzerkrankungen, die sich jedoch im Umfang des mit ihnen verbundenen ansteigenden Versorgungsbedarfs nur wenig unterscheiden [6]. Ausgehend von dem Ausmaß der Unterstützung, die ein MmD für seine Alltagsbewältigung benötigt, können drei relevante Hauptkategorien für dessen Versorgung unterschieden werden: Der soziale, pflegerische und medizinische Unterstützungsbedarf. Der Umfang der Inanspruchnahme von Unterstützung in einem dieser Bereiche schwankt jedoch in Abhängigkeit von der Art und Schwere der Demenzerkrankung, der Gestaltung des sozialen Umfelds und der Begleiterkrankungen. Die genannten Faktoren beeinflussen entscheidend die Abläufe an den ambulant-stationären Schnittstellen [5, 4] und sollen daher genauer untersucht werden.

### **Fragestellung**

Welche charakteristischen sozialen, pflegerischen und medizinischen Problemlagen kennzeichnen die Bedarfslage von Menschen mit Demenz an der ambulant-stationären Schnittstelle?

Bereits in einer Vorstudie konnten diese demenzversorgungssensitiven Bedarfslagen als Hauptkategorien identifiziert und in ihrem volatilen Zusammenspiel als „Dementia Care Sensitive Demands“ (DCSD) [5] bezeichnet werden.

## **Methode und Material**

Im Sinne einer methodologischen Triangulation [1], mit unterschiedlichen Ansätzen und Perspektiven, kamen verschiedene Forschungsmethoden zum Einsatz. Im Rahmen einer schriftlichen Befragung wurden Bielefelder Hausärzte zu Aspekten der medizinischen Versorgung von MmD in ihrer beruflichen Praxis befragt. Die erhobenen Ergebnisse wurden im Rahmen einer Tagung vorgestellt und in Form von Diskussionsanreizen kommunikativ validiert [1]. Für die Erhebung und Auswertung professioneller Einschätzungen wurden zusätzlich 6 halboffene, leitfadengestützte Experteninterviews [2] mit je 2 Hausärzten, 2 Berufsbetreuern und 2 Leitern ambulanter Pflegedienste geführt. Die Auswertung und Zusammenführung der Ergebnisse geschah nach qualitativen Kriterien unter deduktivem Herausfiltern übergeordneter Begriffe [2].

## **Ergebnisse**

Die Bedarfslagen von MmD sind vor allem durch ihre Komplexität und Dynamik gekennzeichnet.

### ***Demenzversorgungssensitive Bedarfslagen***

Die Demenzerkrankung hat für Betroffene Auswirkungen auf die Alltagsbewältigung und Lebensführung. Diese Auswirkungen schließen Personen aus dem Umfeld als Mitbetroffene ein. Die komplexen demenzversorgungssensitiven Bedarfslagen ergeben sich aus (siehe dazu Tabelle 1) einem individuellen pflegerischen, sozialen und medizinischen Hilfebedarf. Diese „Dementia Care Sensitive Demands“ (DCSD) können im Verlauf variieren. Das Ausmaß des Hilfebedarfs der Person mit Demenz wird durch entsprechende medizinische und pflegerische Diagnosen, Therapien und Unterstützungsleistung beschrieben. Ausgehend von dem (aktuellen) tatsächlichen Hilfebedarf kann diesem, im Rahmen der Möglichkeiten des umgebenden informellen und formellen sozialen Hilfesystems, soweit möglich entsprochen werden.

Aufgrund ihrer Volatilität ist eine Abgrenzung zwischen den sozialen, pflegerischen und medizinischen Bedarfslagen oft schwierig, wie etwa in der Zuordnung herausfordernden Verhaltens zum Bereich der sozialen, pflegerischen und medizinischen Bedarfslage. Eine Veränderung in einem Bereich zieht oft notwendige Anpassungen in anderen Bereichen nach sich. Ist das nicht möglich, kommt es zu einem Ungleichgewicht, einer Dekompensation, die sich als Eskalation oder Krise darstellt [3, 4].

<b>Bedarfslagen</b>	<b>Hauptausprägungen Bedarfslagen</b>
Soziale Bedarfslagen	Hilfesystem informell
	Multiprofessionelle Zusammenarbeit
	Psychosoziale Faktoren
	Hilfesystem formell
Medizinische Bedarfslagen	Somatische Diagnosen und assoziierte funktionelle Beeinträchtigungen und Ressourcen
	Psychiatrische Diagnosen und assoziierte funktionelle Beeinträchtigungen und Ressourcen
Pflegerische Bedarfslagen	Mobilität
	Kognition und Kommunikation
	Verhalten und Psyche
	Selbstversorgung
	Besondere Belastungen
	Außerhäusliche Aktivitäten
	Haushaltsführung
	Alltagsleben und soziale Kontakte

Tabelle 1: Ausprägungen sozialer, medizinischer und pflegerischer Bedarfslagen [3][4].

### **Soziale Bedarfslagen**

Die sozialen Bedarfslagen umfassen die Bereiche eines den Bedürfnissen der Person mit Demenz angemessenen Umfelds. Dieses beinhaltet ein angemessenes und funktionierendes formelles und informelles Hilfesystem. Es wird entscheidend geprägt durch psychosoziale Faktoren und die multiprofessionelle Zusammenarbeit.

- Das **Formelle Hilfesystem** umfasst alle Akteure, die als Dienstleister zur Versorgung von MmD und zur Unterstützung der informellen Akteure auf der Basis von Geld und Sachleistungen tätig sind.
- Die **Multiprofessionelle Zusammenarbeit** beschreibt die über Professions- und Systemgrenzen hinweg wirkende Kooperation. Sie schließt eine aktive Einbeziehung von MmD und deren Angehörigen ein.
- **Psychosoziale Faktoren** sind auf das aktuelle Verhalten von Akteuren Einfluss nehmende psychologische Phänomene, die vor dem Hintergrund persönlicher Beziehungs- und Rollenerfahrungen sowie der eigenen Biografie zu verstehen sind. Sie haben einen Einfluss auf Verhaltensweisen, Symptomausprägung, Versorgungs- und Pflegemotivation sowie tatsächliche und wahrgenommene Belastungen. Dies gilt sowohl für MmD als auch ihr soziales Umfeld. Beispiele sind der sozioökonomische Status oder die Verfügbarkeit von Angehörigen.
- Das **Informelle Hilfesystem** umfasst alle nichtprofessionellen Personen in der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz [4].

### ***Medizinische Bedarfslagen***

Medizinische Bedarfslagen umfassen alle ärztlich durchzuführenden und zu verantwortenden diagnostischen, therapeutischen, kurativen und rehabilitativen Maßnahmen sowie solche zum Erhalt der Lebensqualität. Auf Grundlage der ärztlichen Diagnosestellung eröffnen sich im Gesundheitssystem Möglichkeiten der bedarfsgerechten Versorgung [4].

Mit einer medizinischen Diagnose sind (funktionelle- | soziale-) Beeinträchtigungen verbunden. Deren Bewältigung steht in einem Zusammenhang mit vorhandenen oder nicht (mehr) vorhandenen erforderlichen Ressourcen. Damit stehen sie in direkter Verbindung zu den Charakteristika sozialer und pflegerischer Bedarfslagen und sind durch dynamische Verflechtungen mit diesen verknüpft [4, 5].



### ***Pflegerische Bedarfslagen***

Die pflegerischen Bedarfslagen ergeben sich aus den Fähigkeiten und dafür erforderlichen Ressourcen, die für eine unabhängige Lebensführung notwendig sind. Abweichungen oder Störungen in den genannten Fähigkeiten und Ressourcen kennzeichnen einen Bedarf. Dieser Hilfebedarf umfasst die dafür erforderliche Beratung, Anleitung, Übernahme von Teilbereichen bis hin zu einer vollen Übernahme. Die Abweichungen und Störungen können in Verbindung mit Handlungsanweisungen auch in Form von Pflegediagnosen dargestellt werden.

Beratung und Edukation im häuslichen Umfeld gehören zum zentralen Bereich des Beratungs- und Versorgungsbedarfs für MmD. Die Vorhersage, welches Versorgungssetting angesichts der sich in den DCSD abbildenden Schwerpunkte der Bedürfnisse suffizient sein wird, ist auch für professionelle Akteure schwierig. Versorgungssettings werden sich zukünftig im Rahmen zunehmender Individualisierung und entlang regionaler Ressourcen verändern.

Eine gelingende Kommunikation aller an der Versorgung beteiligter Akteure an den Schnittstellen der Versorgung erscheint als Basis einer zielführenden multiprofessionellen Zusammenarbeit. Dabei spielt die Verfügbarkeit von Personal, Zeit und finanziellen Ressourcen eine wichtige Rolle, um Multiprofessionalität umzusetzen [4, 5].

### **Schlussfolgerungen und Ausblick**

Dementia Care Sensitive Demands (DCSD) umfassen als Konzept häufige und relevante Kategorien und Subkategorien medizinischer, pflegerischer und sozialer Faktoren, die zu stationären Aufnahmen von Menschen mit Demenz in der Akutklinik führen können.

Das Zusammenspiel der genannten Faktoren ist dynamisch; das Auftreten einer Krise in einem der Systeme gefährdet häufig auch die beiden anderen.

Psychosoziale Phänomene können die Etablierung oder Aufrechterhaltung seitens professioneller Akteure als sinnvoll erscheinender Versorgungssettings gefährden und bedürfen der weiteren Untersuchung.

Multiprofessionelle Zusammenarbeit und zielführende sachorientierte Kommunikation erscheinen als wesentliche Grundlage einer bedürfnisorientierten Unterstützung durch professionelle Akteure über die ambulanten-stationären Schnittstellen hinweg

Zunehmende Individualisierung in Versorgungssettings und eine bessere Kenntnis psychosozialer Faktoren (wie etwa biografisch bedingter Kränkungen, die eine heimische Versorgung des MmD durch Angehörige verhindern) bedeuten eine besondere Herausforderung für Begleitung von MmD und ihre Angehörigen. Studien zum komplexen Zusammenwirken der Bedarfslagen sind erforderlich.

## Literatur

1. *Flick U (2011): Triangulation - Eine Einführung. 3., aktualisierte Auflage VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2011*
2. *Mayring P (2008): Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken. 10. Auflage, Beltz Verlag Weinheim und Basel 2008*
3. *Pöschel K., Spannhorst S. (2018): "Versorgung von Demenzkranken als multiprofessionelle Aufgabe." Pflegezeitschrift 71.9 (2018): 50-54.*
4. *Pöschel K., Spannhorst S. (2018): Dementia Care Sensitive Demands. Springer*
5. *Pöschel K., Spannhorst S., Lautenschläger M., Höhmann U. (2018): Komplexe Einweisungsgründe für Menschen mit Demenz in eine Gerontopsychiatrie - Ergebnisse einer explorativen Dokumentenanalyse in den Jahren 2015 - 2016 Pflege & Gesellschaft, Ausgabe 02, Jahr 2018, Seite 144 – 159*
6. *Wallesch C, Förstl H (2012): Demenzen. Referenzreihe Neurologie – klinische Neurologie. 2. Auflage, Thieme Verlag Stuttgart 2012*

## **36. Muss es zwingend eine randomisierte kontrollierte Studie sein? Das Studiendesign eines Projekts in der psychiatrischen Wohnversorgung (Abstract)**

*Dirk Richter, Christine Adamus, Sonja Mötteli, Matthias Jäger*

### **Hintergrund**

Der Nachweis des Nutzens von neuen therapeutischen Angeboten setzt nach der Meinung vieler Forschenden notwendigerweise eine randomisierte und kontrollierte Studie (RCT) voraus. Nur auf diese Weise könnten die zahlreichen und potenziell verzerrenden Einflussfaktoren kontrolliert werden, so die Standardmeinung. In der Wohnversorgung für nicht-obdachlose Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist weltweit bis anhin noch kein RCT durchgeführt worden, so dass der Nachweis für die Wirksamkeit verschiedener Wohnsettings nicht gegeben ist. Aufgrund zahlreicher ethischer und logistischer Probleme ist es jedoch nur schwer möglich, ein RCT im Bereich Wohnen durchzuführen. Das Hauptproblem in diesem Zusammenhang ist die sog. Präferenzproblematik. Da die überwiegende Mehrheit der Nutzenden, die Präferenz hat, in einer eigenen Wohnung zu leben, besteht ein grosses Risiko, überhaupt genügend Teilnehmende für das Heimsetting rekrutieren zu können. Ein weiterer Hintergrund ist die Forschungsliteratur, die beispielsweise im Rahmen eines Cochrane-Reviews besagt, dass es in verschiedenen medizinischen Studien keine gravierenden Unterschiede zwischen RCTs und kontrollierten Beobachtungsstudien gibt.

### **Fragestellung**

Angesichts der Problemlage stellt sich das hier vorgestellte Projekt die Frage, ob eine kontrollierte Beobachtungsstudie eine adäquate Alternative zu einem RCT im Bereich Wohnen darstellt.

## **Methode**

Im Rahmen eines vom Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der Wissenschaften finanzierten über vier Jahren laufenden Projekts sollen zwei Forschungsfragestellungen beantwortet werden. Zum einen geht es um den Vergleich der Wirksamkeit des Wohn-Coachings mit heim- oder heimbähnlichen Settings. Das Wohn-Coaching ist eine ambulante Rehabilitationsintervention, welche eine heimäquivalente Betreuung anbieten will. Die zweite Fragestellung ist methodischer Art. Hier soll ein RCT, das an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich durchgeführt wird, mit einer kontrollierten Beobachtungsstudie verglichen werden, die an den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern laufen wird. Eine kontrollierte Beobachtungsstudie selektiert und randomisiert die Teilnehmenden nicht, sondern begleitet sie wissenschaftlich in ihren verschiedenen Wohnsettings über die Zeit. In Zürich existiert ein Zeitfenster, in dem Wohn-Coaching-Plätze knapp sind, weshalb hier ein Anreiz für Nutzende besteht, an der Studie teilzunehmen.

## **Ergebnisse**

Der Beitrag beschreibt im Detail das gesamte Studiendesign, primäre und sekundäre Outcomes sowie methodische Aspekte des Vergleichs von Wohnsettings und des Vergleiches von Studiendesigns. Bei dem Vergleich von Wohnsettings wird ein sog. Non-Inferioritäts-Design angewendet. Es soll die Hypothese geprüft werden, dass das Wohn-Coaching hinsichtlich der Outcomes, und hier vor allem hinsichtlich der sozialen Inklusion, nicht schlechter ist als die Versorgung in einem Heimsetting. Bezüglich des Vergleichs der Studiendesigns wird im Rahmen der Beobachtungsstudie das sog. Propensity-Score-Matching angewendet. Hier soll über statistische Verfahren versucht werden, Verzerrungen ähnlich dem Vorgehen in einem RCT zu minimieren oder gar auszuschliessen.

## **Diskussion**

Sollte sich erweisen, dass die kontrollierte Beobachtungsstudie eine ähnlich gute Studienqualität wie ein RCT liefert, könnte dies die Methodendiskussion in der psychiatrischen Versorgungsforschung einen deutlichen Schritt nach vorn bringen.

## **Schlussfolgerungen**

Von den Erfahrungen in unserem Wohnforschungsprojekt kann die psychiatrische Pflegeforschung unmittelbar profitieren.

## **37. Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie: Was steht drin und was bewirken sie?**

*Jacqueline Rixe, Lina Macdonald*

### **Hintergrund**

Bereits 1914 beschrieb der US-amerikanische Jurist Cardozo (Richter am Obersten Gerichtshof): "Every human being of adult years and sound mind has the right to determine what shall be done with his own body" [zitiert in 1, S. 34]. Einige Jahrzehnte später wurde diese Aussage zur Selbstbestimmtheit durch Forderungen auf internationaler Ebene untermauert. Hier sind insbesondere die Ottawa-Charta von 1986 [2] und die UN-Behinderten-Rechtskonvention zu nennen[3]. Durch diese wurde der Selbstbestimmtheit auch im Kontext psychischer Erkrankungen hohe Relevanz zugeschrieben, die ebenfalls z.B. in der S3 Leitlinie zur Schizophrenie [4] aufgegriffen wird. Dort wird die partizipative Entscheidungsfindung in der Behandlung spätestens nach Phasen mit eingeschränkter Einwilligungsfähigkeit und sich anschließender Stabilisierung des akuten Zustandsbildes empfohlen.

Um in derlei Phasen dennoch ein Maximum an Selbstbestimmtheit gewährleisten zu können, haben sich Vorausverfügungen etabliert. Im psychiatrischen Behandlungskontext können diese wie das Psychiatrische Testament unilateral oder bilateral angelegt sein und somit eine Vereinbarung zwischen zwei Parteien (z.B. Patient/-in und Klinik) darstellen [5]. Bei einer Behandlungsvereinbarung (BV) handelt es sich um eine bilateral gestaltete Vorausverfügung, denen die Prinzipien des Shared-Decision-Makings zugrunde liegen [6]. Erstmals in den 1970-er Jahren in der englischsprachigen Literatur beschrieben, wurde die erste BV in Deutschland 1994 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Ev. Klinikums Bethel abgeschlossen. Dort verfügen mittlerweile insg. 320 Patienten/-innen über eine BV (Stand 12/2017). Mit einem Anteil von über 90% der erstellten BVs haben sich diese v.a. in der psychiatrischen Abteilung mit dem Schwerpunkt psychotherapeutischer Behandlung von psychoseerkrankten Menschen etabliert.

Dort erweisen sich die BVs zur Reflexion der bisherigen Behandlung und zur gemeinsamen Behandlungsplanung als hilfreich und dienen als Instrument der Krisenvorsorge. Nicht nur die Behandlungsteams sind von der Intervention überzeugt, auch die Betroffenen beschreiben einen deutlichen Benefit. So wird die BV auch vom Bielefelder Verein der Psychiatrieerfahrenen als gemeinsam mit der Klinik entwickelte Intervention befürwortet [7].

Und obgleich seit der ersten BV in Deutschland mittlerweile fast drei Jahrzehnte vergangen sind und BVs in manchen Bundesländern sogar gesetzlich gefordert werden, gehören sie laut Borbé et al. [8] routinemäßig nur in 8% der deutschen Kliniken zum Angebot. Ebenfalls zeichnet sich ab, dass sich der Verbreitungsgrad in Deutschland auch regional unterscheidet: so kommen BVs z.B. im Westen häufiger zum Einsatz als im Süden oder Osten [8].

### **Zielsetzung und Fragestellung**

Darüber hinaus liefert die deutschlandweite Befragung von Borbé et al. [8] unterschiedliche Erklärungen für den eingeschränkten Verbreitungsgrad und Einsatz von BVs. Als Gründe wurden die mangelnde Nachfrage seitens der Patienten/-innen, aber auch die eher passive Rolle der Kliniken identifiziert. Darüber hinaus können Unsicherheit in Bezug auf die Intervention selbst und Unwissenheit in Bezug auf die Wirksamkeit von BV Hindernisse für die flächendeckende Umsetzung darstellen. Diese Barrieren sollen durch die Beantwortung der Frage nach Inhalt („Was steht drin“) und Wirksamkeit von BVs („Was bewirken sie“) minimiert werden.

### **Methode und Material**

Anhand einer Recherche in der internationalen Literatur wird der aktuelle Forschungsstand hinsichtlich der Effekte von BVs herausgearbeitet. Darüber hinaus erfolgt eine Dokumentenanalyse der ca. 100 BVs, die im Rahmen einer multizentrisch angelegten randomisiert kontrollierten Studie (RCT) [9, 10] abgeschlossen wurden. (Aufgrund des Longitudinaldesigns werden erste Ergebnisse zu den Effekten von BVs erst Ende 2020/Anfang 2021 vorliegen.)

## **Ergebnisse: Inhalt und Aufbau von Behandlungsvereinbarungen**

Die Bielefelder BV besteht aus zwei Abschnitten: der erste entspricht einer rechtlich bindenden Patientenverfügung, der zweite beinhaltet darüber hinausgehende Absprachen. Da es sich somit bei einer Behandlungsvereinbarung um einen Vertrag handelt, ist den konkreten Absprachen zwischen Patient/-in und Klinik eine Präambel vorgeschaltet, die über die rechtlichen Rahmenbedingungen und gegenseitige Recht und Pflichten aufklärt.

Im Abschnitt der Patientenverfügung erfolgen Absprachen zu medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapien. U.a wird aufgeführt, welche Medikamente in welcher Darreichungsform als hilfreich erlebt wurden und auf welche Medikamente verzichtet werden soll. Darüber hinaus werden Vereinbarungen zu Krisenzuspitzungen getroffen, um möglichst frühzeitig und gezielt intervenieren und Eskalationen vermeiden zu können. Für den Fall, dass Zwangsmaßnahmen unumgänglich sein sollten, wird geklärt, welche Form der Zwangsmaßnahme am wenigsten invasiv erlebt wird. Eine Nachbesprechung dieser Situationen ist obligat. Im zweiten Abschnitt der BVs werden weitere Absprachen getroffen (z.B. zur Aufnahmesituation, zu Kontaktregelungen, zur sozialen Situation, etc.). Die BV schließt mit der Absprache, dass sie alle drei Jahre auf ihre Aktualität überprüft wird und dass sich bei Änderung grundlegender Dinge die Vereinbarungspartner/-innen kontaktieren. Sollte kein Konsens mehr bestehen, kann die BV bezogen jederzeit gekündigt werden. Alternativ steht dann eine einseitig formulierte Patientenverfügung als Möglichkeit zur Verfügung.

Durch die Unterzeichnung der Anwesenden erhält die BV ihre Rechtsgültigkeit. Zeitgleich wird durch den/die anwesende/-n Facharzt/-ärztin die Einwilligungsfähigkeit des/-r Patienten/-in bei der BV-Erstellung attestiert. BVs sollten nicht während der stationären Behandlung, sondern mit zeitlichem Abstand im Kreise derjenigen erstellt werden, die bei der Behandlung von zentraler Bedeutung für den/die Patient/-in waren bzw. sind.

Aufgrund der noch nicht abgeschlossenen inhaltlichen Auswertung der BVs kann die detaillierte Ergebnisdarstellung erst im Vortrag erfolgen.



## **Ergebnisse: Wirksamkeit von Behandlungsvereinbarungen**

BVs ermöglichen Selbstbestimmung, Partizipation und Selbstbefähigung der Patienten/-innen, fördern und fordern gleichzeitig aber auch das Gespräch auf Augenhöhe. Durch den zeitlichen Abstand zur Akutbehandlung besteht ebenfalls die Möglichkeit, auf einer anderen Ebene ins Gespräch zu kommen als in der akuten Krisenbehandlung. Dadurch wird einer Stigmatisierung entgegengewirkt und die Expertise des/-r Patient/-in anerkannt.

Trotz all dieser mit einer BV assoziierten Aspekte zeigt die internationale Studienlage inkonsistente Ergebnisse. So belegt die bisher größte Studie (CRIMSON-Studie [11]), die die Effekte von BVs untersucht hat, lediglich die Verbesserung der therapeutischen Beziehung mit Signifikanz. Bei anderen Parametern wie der Reduktion von Zwangseinweisungen und -maßnahmen oder der Reduktion von Verweildauer und Wiederaufnahmen konnte in der Studie kein signifikantes Ergebnis nachgewiesen werden. Eine Meta-Analyse aus den Niederlanden wiederum zeigt, dass mit Vorausverfügungen (advance statements) im psychiatrischen Kontext Zwangseinweisungen signifikant reduziert werden können [12].

## **Diskussion:**

Diese Inkonsistenz erschwert die Untermauerung der Intervention mit Evidenz, zumal ein Transfer auf die deutsche Versorgungssituation aufgrund der stark differierenden Rechts- und Versorgungssysteme ohnehin nur begrenzt möglich ist. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die aktuelle Studienlage die Verbreitung von BVs nicht begünstigt.

Da die praktischen Erfahrungen mit BVs im Ev. Klinikum Bethel sowohl auf Seite der Betroffenen als auch auf Seite der Klinikmitarbeiter/-innen als positiv zu bewerten sind, erscheint ein höherer Verbreitungsgrad von BVs wünschens- und erstrebenswert. Weitere Forschung im deutschsprachigen Raum scheint somit indiziert, um die praktische Erfahrung mithilfe externer Evidenz stützen und den weiteren Implementierungs- bzw. Etablierungsprozess von BVs in der psychiatrischen Praxis unterstützen zu können.

## Ausblick

Aktuell wird dieses Ziel in der Studie zur Krisenvorsorge [9,10] verfolgt. Diese wird vom Land NRW drittmittelfördert und wird über drei Jahre in fünf Zentren in NRW (Ev. Klinikum Bethel, LWL-Klinik Bochum, LVR-Klinik Bonn, LWL-Klinik Marsberg und Alexius/Josef Krankenhaus Neuss) durchgeführt.

Zum aktuellen Zeitpunkt wurden bereits 265 Patienten/-innen mit den Diagnosen Schizophrenie oder schizoaffektive Störung in die Studie eingeschlossen. Nach einer umfangreichen ersten Datenerhebung folgte die Zuteilung und Durchführung der Intervention (BV versus Krisenpass). Die zweite Datenerhebung findet 18 Monate nach der Intervention ab 8/2019 statt. Erste Ergebnisse sind Ende 2020/Anfang 2021 zu erwarten. Dann wird sich zeigen, ob die positiven Erfahrungen mit Evidenz untermauert werden können.

## Literatur

1. Bolsin, S. & Saunders, K. (2012). *Informed consent in medical practice*. *Trends in Urology & Men's Health*, 3(5), 34-36.
2. *Weltgesundheitsorganisation (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
3. *Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011). Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a729-un-konvention.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a729-un-konvention.pdf?__blob=publicationFile)
4. *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (Hrsg.). S3-Leitlinie Schizophrenie*. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html>
5. Borbé, R., Jaeger, S. & Steinert, T. (2009). *Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie*. *Psychiatrische Praxis*, 36, 7-15.
6. Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999). *Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model*. *Social science & medicine*, 49(5), 651-661.
7. *VPE (Verein Psychiatrie-Erfahrene) (2019). Psychiatriepolitik, Die Behandlungsvereinbarung*. <http://www.vpe-bielefeld.de/b/wb/pages/psychiatriepolitik.php>

8. Borbé, R., Jaeger, S., Borbé, S. & Steinert, T. (2012). Anwendung psychiatrischer Behandlungsvereinbarungen in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. *Der Nervenarzt*, 83, 638-643.
9. Deutsches Register klinischer Studien (2018). DRKS00013985. [https://www.drks.de/drks\\_web/navigate.do?navigationId=trial.HTML&TRIAL\\_ID=DRKS00013985](https://www.drks.de/drks_web/navigate.do?navigationId=trial.HTML&TRIAL_ID=DRKS00013985)
10. EvKB (2019). Studie zur Krisenvorsorge. <https://evkb.de/kliniken-zentren/psychenerven/psychiatrie-und-psychotherapie/forschung/aktuelle-forschungsprojekte/studie-zur-krisenvorsorge/>
11. Thornicroft, G. et al. (2013) Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomized controlled trial. *Lancet*, 381: 1634-1641.
12. De Jong, M.H. et al. (2016). Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 73(3): p. 657-664.

## **38. Pflegeexpert\*innen werden und sein (Abstract)**

*Anja Rohlfing*

Die Arbeit in der forensischen Psychiatrie stellt Pflegende aufgrund der vorhandenen Komplexität immer wieder vor Herausforderungen im praktischen Alltag.

Die Akademisierung in der Pflege, hat durch die Kooperation mit der Fachhochschule der Diakonie Bielefeld den LWL-Maßregelvollzug erreicht. In dem wissenschaftlich begleiteten Projekt „Differenzierung und Vielfalt“, werden Pflegeexperten und Assistenzkräfte, seit 2012 bei m LWL eingesetzt und begleitet. Pflegende erwerben im Rahmen eines Bachelor-Studiums spezifische Kenntnisse und Fertigkeiten, um die Vernetzung von Theorie und Praxis in der forensischen Psychiatrie zu fördern. Als Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten werden sie „auf Station“ eingesetzt, um beratend und konzeptionell die Behandlungsqualität zu sichern und zu verbessern. Was das genau bedeutet und welche Herausforderungen es mit sich bringt, Pflegeexpertin oder Pflegeexperte zu werden und sein, wird im Rahmen dieses Vortrages vorgestellt und diskutiert.

## **39. Home Treatment Rehabilitation in den UPD Bern (Abstract)**

*Daniel Schärer, Jonas Hahn, Dirk Richter*

### **Hintergrund**

Mit der zunehmenden ambulanten Wohnversorgung stellt sich die Problematik, wie mit akuten psychiatrischen Krisen von Nutzenden umgegangen werden sollte. In einem fragmentierten Gesundheitssystem wie in der Schweiz sollten Schnittstellen möglichst minimiert werden.

### **Problemstellung**

In den UPD Bern ist das Wohn-Coaching innerhalb des Zentrums Psychiatrische Rehabilitation seit 2012 etabliert. Es handelt sich um eine rehabilitative Intervention, die von einem multiprofessionellen Team aus Pflegenden, Sozialpädagoginnen/-pädagogen und Sozialarbeitenden durchgeführt wird. Das Wohn-Coaching hat sich zum Ziel gesetzt, eine heimäquivalente Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu bieten. Akuten psychiatrische Krisen ist bis anhin mit dem Eintritt in eine psychiatrische Klinik begegnet worden.

### **Ziele**

Seit März 2019 ist ein Home Treatment für Nutzende des Wohn-Coachings eingerichtet worden. Das Hauptziel des Home Treatments besteht darin, eine stationsäquivalente Behandlung anzubieten, indem die Wohn-Coaches im Falle von akuten Krisen von einem Oberarzt begleitet werden, der die notwendigen Behandlungsmassnahmen im Einverständnis mit den Nutzenden einleitet.

### **Vorgehen**

Das Home Treatment Rehabilitation hat klare Einschluss- und Ausschlusskriterien formuliert, welche den üblichen Kriterien von stationsäquivalenten

Behandlungen entsprechend. Neu an diesem Modell ist die Fokussierung auf schwer- und chronisch erkrankte Nutzende, die bereits in der ambulanten Wohnversorgung der UPD sich befinden. Das Home Treatment leistet von Beginn an keine Rund-um-die-Uhr-aufsuchende Versorgung. Stattdessen wird versucht, absehbaren Krisensituationen frühzeitig und präventiv zu begegnen, um eine Eskalation der Situation zu vermeiden.

### **Ergebnisse/Erfahrungen**

Erste Erfahrungen liegen zum Zeitpunkt des Kongresses vor.

### **Diskussion**

Das Home Treatment Rehabilitation unterscheidet sich in mehreren Aspekten von üblichen Angeboten zur stationsäquivalenten Behandlung, wie sie aktuell im deutschsprachigen Raum eingeführt werden.

### **Schlussfolgerung**

Mit dem Home Treatment Rehabilitation wird ein intermediäres Angebot eingeführt, das – den erwarteten Erfolg vorausgesetzt – dazu beitragen kann, Schnittstellen zu minimieren, Klinikeintritte zu vermeiden und der Nutzendenpräferenz zur Behandlung in der eigenen Wohnung gerecht zu werden.

## **40. Psychiatriespezifisches Pflegebasisassessment: Gesundheitsverhaltensmuster gekoppelt an eine funktional-verhaltensanalytische Haltung (Abstract)**

*Philipp Schmidt, Sonja Forster*

### **Hintergrund**

Das vorliegende Abstract skizziert einen Paradigmenwechsel im Bereich Pflegeanamnese (fortan als Pflegebasisassessment bezeichnet). Die Idee ist, ein psychiatriespezifisches Pflegebasisassessment zu generieren, welches die wesentlichen Merkmale pflegerischer Praxis hervorhebt, die Rolle der Pflegenden in der interdisziplinären Zusammenarbeit stärkt und ihren Beitrag am Gesamtbehandlungserfolg spür- und sichtbar(er) werden lässt.

### **Problemstellung**

Die ursprüngliche Pflegeanamnese fokussierte zu sehr auf somatische Aspekte, weil klare Relationen zu psychiatrischen Phänomenen fehlten. Die generierten Informationen wurden als zu wenig fachspezifisch wahrgenommen, was ihre praktische Einbettung in den Pflegeprozess deutlich erschwerte. Gegenwärtige Gesundheitsprobleme standen zu wenig im Fokus, die Diagnostik erwies sich zudem als unflexibel. Auch aufgrund dessen konnte die Repräsentation pflegerischer Leistung im Gesamtbehandlungsprozess nicht genügend abgebildet werden.

### **Ziele**

Unser Anspruch ist, ein Pflegebasisassessment zu entwickeln, mit welchem sich die Pflegenden in ihrer Rolle identifizieren können. Es soll pflegerelevante Phänomene in ihrer Komplexität reduziert und diese so behandelbar machen. Dazu müssen die Informationen so aufbereitet werden, dass passende Pflegediagnosen abgeleitet werden können. Zudem soll es anamnestiche Redundanzen vermeiden und gleichzeitig der interdisziplinären Zusammenarbeit dienen.

## **Vorgehen**

Als grundlegendes Modell wählten wir die funktionalen Gesundheitsverhaltensmuster nach M. Gordon, da sich diese sehr gut mit der psychiatrischen Perspektive verbinden lassen. Darüber hinaus lässt sich das Modell theoretisch und praktisch mit der funktional-verhaltensanalytischen Haltung der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) koppeln - ein störungsübergreifender interdisziplinärer Therapieansatz, der gegenwärtig in unserer Klinik implementiert wird. Die Gesundheitsverhaltensmuster wurden teil-modifiziert, wobei ACT als ein Vehikel der Modifikation diene. Anhand von begleitenden Fragestellungen (semi-strukturierter Interviewleitfaden) werden die Gesundheitsverhaltensmuster via PESR-Format strukturiert, um die generierten Informationen zu klassifizieren, analysieren, interpretieren und dokumentieren. Zum PESR-Format wurde, in Anlehnung an ACT, das Element „Ziele/Werte“ (PESRZ-Format) hinzugefügt. Den einzelnen Gesundheitsverhaltensmustern wurden Diagnoseempfehlungen zugeordnet, welche sich an den nach M.C. Townsend modifizierten NANDA-I Diagnosen orientieren.

## **Ergebnisse / Erfahrungen**

Die bisherigen Erfahrungen mit dem neuen Pflegebasisassessment zeigen, dass die genannten Ziele erreicht werden. Die ersten Reaktionen waren durchgehend positiv und fachliche Diskussionen konnten in den Teams angestoßen werden.

Das Assessment gewährleistet eine psychiatriespezifische Perspektive, welche das gegenwärtige Erleben und individuelle Reaktionen von Patienten in den Mittelpunkt stellt, einen starken Alltagsbezug aufweist, sich positiv von den Betätigungsfeldern anderer Disziplinen abgrenzt und so die Tätigkeit der Pflege im interprofessionellen Setting wirksam stärkt.



## **Diskussion**

Die Anwendbarkeit des Pflegebasisassessments wird kontinuierlich geprüft und entsprechende Optimierungen werden vorgenommen. Darüber hinaus soll das Potenzial zur Weiterentwicklung ausgeschöpft werden. Dabei wird u.a. zu diskutieren sein, was die psychiatrische Pflege im Kern ausmacht und wie diese Alleinstellungsmerkmal in der Praxis für alle beteiligten Akteure spür- und sichtbarer(er) abgebildet werden.

## **Schlussfolgerung**

Wir sind überzeugt, dass der angestossene Paradigmenwechsel sich in die richtige Richtung bewegt und die Fokussierung auf eigene, spezifische Inhalte das Selbstbewusstsein der Pflege positiv beeinflusst. Weiterhin wird die Qualität der pflegerischen Leistung erhöht, ihren Beitrag zu einer wirksamen Behandlung gestärkt und die Tätigkeit der Pflege nachhaltig aufgewertet. Standardtext, bitte alles einfach überschreiben.

## **41. Unterstützung der Sinnfindung in der psychiatrischen Pflege**

*Alexandra Stähli, Petra Metzenthin*

### **Einleitung**

Sinnfragen sind oftmals Ausdruck vermeintlich unüberwindbarer Diskrepanzen zwischen *innen* und *aussen*, zwischen Person und Umwelt, zwischen Vergangenheit, Zukunft und Gegenwart. Sinnhaftigkeit scheint nach einem Beziehungssystem zu fragen, Sinn wird erlebbar durch ein *in Beziehung sein*, durch ein *in Beziehung setzen*. In der therapeutischen Arbeit mit PatientInnen in Sinnkrisen gilt es eine erhöhte Sensibilität für diese Verflechtungen zu entwickeln, um die Betroffenen bei der Integration dieser Diskrepanzen zu unterstützen und somit dem urmenschlichen Bedürfnis nach Integrität nachzukommen. Emotionen sind die wichtigsten Vermittler zwischen innerem Erleben und unserer Umwelt, sie ermöglichen uns ein Bewusstsein unserer Werte [12] und sind somit auch entscheidend an motivationalen Prozessen beteiligt.

### **Zielsetzung**

Ziel war es, Interventionen zu finden, welche Beziehungserfahrungen ermöglichen, in denen persönliche Werte und die Gefühle als sinnstiftende Ressourcen zugänglicher gemacht werden.

### **Vorgehen**

Anhand einer Literaturrecherche wurden verschiedene Interventionen zur emotionalen Unterstützung und zur Wertklärung gesucht, um Menschen in Sinnkrisen zu unterstützen. Der Fokus liegt auf erfahrungsgestützten Interventionen, welche in der pflegerischen Bezugspersonenarbeit Raum finden.

## Ergebnisse

**Wertvorstellungsklärung:** Die strukturierte Werteexploration nach Miller und Rollnick [10], sowie die Unterscheidung zwischen Werten und Zielen in der Akzeptanz- und Commitmenttherapie [7] eignen sich, um Diskrepanzen zwischen Wertvorstellungen und dem eigenen Verhalten aufzuzeigen und verstehbar zu machen. Es zeigt sich auch, dass der Prozess der Werteexploration dabei hilft das Therapiegespräch nicht weiter auf Fehler, Mängel und Probleme zu konzentrieren, sondern die vollkommenen und unbefleckten Grundlagen im Leben der PatientInnen hervorzuheben. Vor allem das Artikulieren von positiven Werten ist eine Form der Selbstwürdigung, die wiederum einen eigenen therapeutischen Nutzen hat, das Selbstvertrauen der Betroffenen zu stärken.

**Emotionale Unterstützung:** Um Menschen emotionale Unterstützung anzubieten, braucht es die Bereitschaft, Verständnis für ihr emotionales Erleben zu entwickeln. Wie angemessen eine emotionale Reaktion ist, hängt nach Döring [5] von der Bedeutung der Situation/des Objekts für das jeweilige Subjekt ab, was sie als repräsentativer Inhalt einer Emotion bezeichnet. De Sousa [4] führt die repräsentative Beurteilung auf „Schlüsselszenarien“ zurück, wo bestimmte emotionale Reaktionen mit bestimmten Eigenschaften in den jeweiligen Situationen verknüpft werden. Das Validieren stellt das aktive Bemühen dar, emotionale Reaktionen der PatientInnen in ihrer Bedeutsamkeit zu verstehen und zu kommunizieren. Vor allem das Erleben der PatientInnen in den biografischen und normativen Kontext einzuordnen, scheinen im Kontext der Sinnfindung von grosser Bedeutung.

**Beziehungserfahrung:** In der psychiatrischen Pflege haben Pflegende das Privileg an der Gestaltung neuer Narrative im Umgang mit Emotionen und darin mitschwingenden Werten mitzuwirken. Grundlage dafür ist eine konstante Beziehungserfahrung, wie sie die Bezugspflege ermöglicht. In seinem Werk Ich und Du (1995) beschreibt der Philosoph Martin Buber [2] die zwei Grundwortpaare: Ich-Du und Ich-Es. Das Grundwort Ich-Du beschreibt das In-Beziehung-Sein. Die individuellen Eigenartigkeiten beider sich begegnen-

den Personen werden hier radikal akzeptiert, da die Ich-Du Beziehung von Verstanden-werden, von gemeint-sein und von zugehörig-fühlen geprägt ist. Die Ich-Es Verbindung hingegen ist der Ort der Erfahrung, er führt weg von der Welt, weg vom anderen, hin zu sich selbst. Im Erfahrungsraum ist es dem Subjekt möglich sowohl zwischenmenschliche als auch intrapsychische Beobachtungen zu machen und ein Bewusstsein für die sonst unterschwellig ablaufenden Schritte eines Prozesses zu entwickeln. Beziehung als ein Oszillieren zwischen Verbunden sein und Distanz nehmen. Die Präsenz eines Gegenübers ist unabdingbar für diese Form der Beziehungserfahrung.

## **Diskussion**

Im Pflegeprozess der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) International finden sich in der Nursing Intervention Classification (NIC) sowohl die Intervention der „Wertvorstellungsklärung“ als auch die „Emotionale Unterstützung“ im Kontext der Diagnosen „Sinnkrise“ bzw. „Gefahr einer Sinnkrise“ bzw. „Bereitschaft für eine verbesserte Sinnfindung“. Hier zeigt sich, dass die Auseinandersetzung mit Sinnfragen nicht per se pathologisch aufgefasst werden darf. Die Differenzierung zwischen Krisensituation mit Ohnmachtsgefühlen und hoffnungsvoller Neuorientierung scheint dabei sehr zentral, und der Übergang gestaltet sich oft fließend. Pflegende sind gefordert genau hinzuhören. In schweren Krisen gilt es die Menschen vorerst emotional zu unterstützen und für sie da zu sein. Die Auseinandersetzung mit Werten scheint hier wenig konstruktiv, Trauer, Schuld- oder Schamgefühle verengen die Perspektive, so dass eine Exploration der Werte die Ohnmacht eher verstärken und Versagensgefühle geschürt werden. Hören wir aber wieder Hoffnung in den Äusserungen der Betroffenen, kann ein Gespräch über persönliche Werte das Selbstwertgefühl weiter stärken, vor allem die Artikulation positiver Werte, sowie Zugänge zu neuen Perspektiven auf das eigene Leben fördern. Unter dem Pflegeziel „Spirituelle Gesundheit“ der Nursing Outcome Classification (NOC) finden sich drei Indikatoren, welche sich sehr gut zur Evaluation der Beziehungsgestaltung eignen: „Verbundenheit mit dem inneren Selbst“, „Verbundenheit mit anderen“ und

„Interaktion mit anderen um Gedanken, Gefühle und Überzeugungen miteinander zu teilen“. Um die Krisensituation der Betroffenen zu erfassen und Veränderungen im Empfinden zu evaluieren, findet sich unter der NOC „Ausmass von Leiden“ eine Reihe unterstützender Indikatoren, welche vor allem die emotionale Befindlichkeit aufnehmen. Um die Auseinandersetzung mit persönlichen Werten abzubilden, finden sich unter dem Pflegeziel „Identität“ passende Indikatoren wie „verbalisiert eigenes Wertesystem“, „erkennt inter- versus intrapersonliche Konflikte“ und „zieht persönliche Grenzen“, was die These unterstützt, dass Werte-Arbeit auch Identitätsarbeit ist. Die Pflege kann also in diesem Prozess unterstützend sein und Erfahrungsräume schaffen. Die Benutzung von Visualisierungshilfen, wie der Einsatz von Wertekarten oder die PRSIM-Methode (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) können hierbei hilfreich sein.

### **Schlussfolgerung**

Sinnhaftigkeit verlangt nach Beziehung, und Beziehung verlangt nach Begegnung, Begegnung mit sich selbst, Begegnung mit dem Anderen. In der Beziehungsgestaltung können die Pflegenden den PatientInnen Raum eröffnen, um ihr Erleben ohne Wertung und Vorurteil anzunehmen. So kann es gelingen, durch ein sorgfältiges Validieren der Gefühle, mit sich selbst in eine mitfühlende Beziehung zu treten, sich der, durch emotionale Reaktionen vermittelten, persönlichen Werte bewusst zu werden und so die Diskrepanzen zwischen dem was einem wirklich wichtig ist, und dem eigenen Handeln zu reflektieren und sich (Neu-)Orientierung zu schaffen. Gleichzeitig ermöglicht es den Pflegenden in neue Dimensionen des Gegenübers einzutauchen, ihn und damit auch sich selbst besser zu verstehen, die Beziehung zu stärken und gemeinsam im therapeutischen Prozess vorwärts zu gehen.

### **Literatur**

1. Böcker, J. (2018). *Emotionsfokussierte Therapie*. Paderborn: Junfermann.
2. Buber, M. (2013). *Ich und Du*. Stuttgart: Reclam

3. *Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Wagner, C. (Hrsg.) (2013). Pflegeinterventionsklassifikation (NIC). Bern: Hogrefe.*
4. *De Sousa, R. (2013). Die Rationalität der Emotionen. In: S. Döring (Hrsg.), Philosophie der Gefühle, (S.110-137). Frankfurt a.M.: Suhrkamp*
5. *Döring, S. (2013). Allgemeine Einleitung: Philosophie der Gefühle. In: S. Döring (Hrsg.), Philosophie der Gefühle, (S.12-65). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.*
6. *Glasenapp, J. (2013). Emotionen als Ressourcen. Manual für Psychotherapie, Coaching und Beratung. Weinheim, Basel: Beltz.*
7. *Hayes, S., Strohsahl, K., Wilson, G. (2014). Akzeptanz- und Commitment-Therapie. Achtsamkeitsbasierte Veränderungen in Theorie und Praxis. Paderborn: Junfermann.*
8. *Herdman, T.H. (Hrsg.) (2013). NANDA International Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikationen 2012-2014. Kassel: Recom.*
9. *Johnson, M. Maas, M.L., Moorhead, S. (Hrsg.) (2005). Pflegeergebnisklassifikation (NOC). Bern: Huber.*
10. *Miller, W., Rollnick, S. (2015). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.*
11. *Noyon, A., Heidenreich, T. (2012). Existenzielle Perspektiven in Psychotherapie und Beratung. Weinheim: Beltz.*
12. *Tappolet, C. (2013). Emotionen und die Wahrnehmung von Werten. In: S. Döring (Hrsg.), Philosophie der Emotionen, (S.439-461). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.*

## **42. Settingspezifische Implementierung des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“**

*Ilka Strodthoff*

### **Hintergrund**

*Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ wurde der Öffentlichkeit in seiner erstmalig evaluierten Form, im März 2019 vorgestellt. Inhaltlich steht er für einen Paradigmenwechsel in der Behandlung dementiell Betroffener, denn gefordert wird ein Perspektivwechsel weg vom einfachen „Was“ einer Interaktion hin zum lebensweltorientierten „Wie“. Es geht um persönliche Haltung und Lebensqualität.*

*„Personsein zeigt sich in einer von Akzeptanz, Vertrauen und Respekt geprägten Dynamik, mit der Menschen miteinander in Kontakt sind. Personsein beschreibt Interaktion und Kommunikation, also ein Beziehungsgeschehen, in dem bestehende Unterschiede zwischen Menschen als irrelevant zu betrachten sind.“ [1]*

### **Einleitung**

Das Gefühl anerkannt und respektiert zu werden, die Entwicklung einer Persönlichkeit und die Verankerung in einem sozialen Umfeld - all dies gibt Menschen Sicherheit. Was aber geschieht, wenn diese Identität selbständig nicht mehr aufrechterhalten werden kann? Wenn die Erinnerung an die eigene Person nachzulassen beginnt?

Pflegenden, die am Versorgungsprozess dementiell Betroffener beteiligt sind, kommt eine besondere Rolle zu. Sie übernehmen die Funktion eines „Hilfs-Ichs“ [2]. Betroffenen wird durch diese das Zugehörigkeitsgefühl und schließlich die soziale Teilhabe ermöglicht. Auch wenn die Orientierung zur eigenen Person im späten Verlauf einer Demenz nachlassen kann, so bedeutet dies nicht das Ende der Lebensqualität im Sinne der so genannten alten Demenzpflege. Diese zeichnet sich hauptsächlich durch Verrichtungsorien-

tierung – schlichte Funktionspflege – aus und kann sehr wohl auch heute noch angetroffen werden.

## **Thema**

Für den Fachbereich der Gerontopsychiatrie ist der neue Standard doppelt interessant: ist doch die Beziehungsarbeit eine der ältesten Kerntätigkeiten Pflegenden in jenem Setting. Die gerontopsychiatrische Klientel zeichnet sich im stationären Alltag nur selten durch rein dementielle Verläufe aus. Genauer gesagt: alle Diagnosen des psychiatrischen Behandlungsfeldes sind anzutreffen und insbesondere der Psychiatrie-Erfahrung Betroffener kommt eine besondere Rolle zu. Für eine erfolgreiche Implementierung des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ in den Fachbereich, ist daher eine settingspezifische Anpassung unumgänglich.

## **Die Ebenen des neuen Expertenstandards [3]:**

### ***1. Haltung und Kompetenz***

Eine Veränderung des eigenen Rollenbewusstseins Pflegenden ist für eine personenzentrierte Haltung unumgänglich. Nicht mehr die Durchführung von einzelnen Maßnahmen, sei es zum Beispiel die Unterstützung im Bereich der Körperpflege, steht im Fokus, sondern die Identifizierung mit der Rolle des „Hilfs-Ichs“ [2].

### ***2. Verstehenshypothese und situationsgerechte Reaktion***

Schwankungen im Demenzerleben sind Alltag in der Pflege von Betroffenen einer Demenz. Einmalig verschriftlichte Vorgehensplanungen erscheinen daher wenig erfolgsversprechend. Die Kombination einer personenzentrierten Haltung und aktuellem Wissen in den Bereichen Zugangs- und Beziehungsgestaltung, werden als Schlüssel für die situationsgerechte Reaktion auf „fluktuierende Zustände“ [4] benannt.



### **3. Dasein: anleiten, schulen und beraten**

Betroffene und Angehörige benötigen ein professionelles Gegenüber. Eine Demenz macht Angst. Genau aus diesem Grund kommen Pflegenden um die Auseinandersetzung mit einer potentiell eigenen Betroffenheit im Alter nicht herum. Erst im Anschluss eines eigenen Auseinandersetzungsprozesses kann bei beruflich Pflegenden eine adäquat empathische, unterstützende Grundhaltung erkannt werden.

### **4. Beziehungsfördernder Werkzeugkasten**

Für eine „person-zentrierte“ Interaktion müssen Techniken dem Bedarf einer Einrichtung angepasst werden. Maßnahmen können Pflegenden vermittelt werden, sodass in entsprechenden Situationen hierauf zurückgegriffen und ausgewählt werden kann. Nicht nur die persönliche Fachkompetenz und Sicherheit im Umgang mit Betroffenen einer Demenz, auch jene eines gesamten Teams kann so schneller gefördert werden.

*„Reflektierte Praxis und Fallbesprechungen, in die möglichst auch die Angehörigen eingebunden werden, führen dazu, dass sich aus der Bewältigung vielfältiger Situationen eine eigene Erfahrungsevidenz im Team aufbaut, die als kollektive Wissensbasis die Grundlage aller Teamarbeit bildet.“[5]*

### **5. Evaluation**

Expertenstandards sollen wie alle qualitätssichernden Maßnahmen im Gesundheitswesen überprüfbar sein. Die bekannten Techniken durch Befragung Betroffener scheinen hierbei jedoch nicht ausreichend erfolgsversprechend, den natürlichen Verläufen von Demenzen bedingt. Angehörige sind zu wenig anwesend und können auch immer nur interpretierende Bewertungen vornehmen.

Für eine authentische Überprüfung der Lebensqualität Betroffener einer Demenz bieten sich daher andere Auswertungsformate an. Beispielhaft sind beobachtende Verfahren, bei welchen sensibilisierte Pflegefachkräfte das Verhalten, insbesondere nonverbale Anzeichen, auswerten.

## **Ziele**

Um den Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ erfolgreich in den Fachbereich der Gerontopsychiatrie zu implementieren, müssen auch die bewusst ausgelassenen Gruppen der Betroffenen von frontotemporalen Demenzen, sowie das herausfordernd erscheinende Verhalten berücksichtigt werden. Vor dem Hintergrund des klinischen Risikomanagements empfiehlt es sich darüber hinaus, sogenannte Übergriffe und deren Entstehungsgenese näher zu betrachten.

Ist der Mut zum Hinterfragen bisher gelebter Muster erst einmal gefunden, lässt sich eine einrichtungsspezifische Anpassung des Expertenstandards beginnen. Geweckte Eigenkreativität Pflegenden ist der Schlüssel und öffnet dabei die Tür, auch für auf den ersten Blick vielleicht ungewöhnlich erscheinenden Zugangsarten.

Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ möchte eines erreichen: die Orientierung an „fluktuierenden Zuständen“ [5] und damit verbunden der Wertschätzung von Erlebenswelten.

## **Gestaltung**

Im Rahmen des Workshops wird das Vorgehen der Karl-Jaspers-Klinik anhand des „Getting to know me“-Trainingsprogramms [6] erläutert. Mittels Fallbeispielen werden Situationen des gerontopsychiatrischen Stationsalltags verdeutlicht und persönlich gewählte Vorgehensveränderungen veranschaulicht.

## **Literatur**

1. *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2019): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Zielsetzung. S. 29*
2. *A.a.O., Ebene S1a. S. 32.*
3. *A.a.O., Ebenen 1 – 5. S. 32.*

4. *A.a.O., E2. S. 31*
5. *A.a.O., Ebene 5. S. 67.*
6. *Keady et al. (2014): Getting to Know Me. Supporting people with dementia in general hospitals. Aging & Mental Health. Vol. 18; No. 4. p. 481–488*

## **43. Wirksamkeit von Experten aus Erfahrung im Recovery Training**

*Ingo Tschinke, Melanie Rogner*

### **Einführung**

Recovery spielt in der psychiatrischen Pflege eine zunehmende Rolle in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Viele psychiatrisch Tätige haben von diesem Konzept gehört oder sind sich bereits bewußt, was eine Recovery-orientierte Haltung für sie bedeutet, ohne diese allerdings in der Praxis nutzen zu können. Um das Wissen um Recovery zu vermitteln und die praktische Anwendung dazustellen, wurde eine Adaption der Recovery-Schulungsprogramm REFOCUS aus Großbritannien angewendet [1, 2], um Inhouse-Schulungen und Schulungen an der Rotenburger Akademie zur Ausbildung zum Recovery Coach durchzuführen. Den wichtigsten Aspekt zur Wirksamkeit in der Schulung stellt in der Ananalyse der Schulungen die Teilnahme von Experten aus Erfahrung dar.

### **Training zum Recovery Coach**

Den Hintergrund des Trainings stellt das Schulungskonzept des REFOCUS dar, welches in Großbritannien entwickelt wurde, um psychiatrische Teams in der Recovery-orientierten Begleitung zu schulen [1]. Das Schulungskonzept beruht auf einer recovery-förderlichen Beziehung und den Arbeitshaltungen zum Verständnis der Werte, Ermittlung der Behandlungspräferenzen und Notwendigkeiten der Unterstützung sowie der Förderung individueller Stärken und der kontinuierlicher Erarbeitung der Ziele [2]. In der praktischen Umsetzung bedient sich das Konzept dem REACH Modell durch das Life-Coaching [3, 4]. Für die Umstetzung des REFOCUS Schulungskonzeptes in Deutschland wurde eine Adaption durch eine qualitative Forschungsarbeit auf die deutschen Bedingungen durchgeführt [5]. Eines der wichtigsten Ergebnisse bestand in der Forderung der Teilnahme von Experten aus Erfahrung in der Schulung, um die Schulungsanteile durch Expertenwissen zu

untermauern. Dabei wurde auf die Praxiserfahrung [6] und weiterentwickelte Konzepte wie das australische PULSAR Bezug genommen werden [7]. Diese Schulungskonzepte wurden in Großbritannien [8] und Australien durch randomisiert-kontrollierte Studien untersucht, die den besonderen Effekt von Experten aus Erfahrung belegt haben [9].

### **Nutzung des Expertenwissens zum emotionalen Lernen**

Das Schulungskonzept beruht auf der Theorie des gelernten Verhaltens, bei der Einstellung durch Prioritätensetzung in das angestrebte Verhalten münden sollen [10]. Bei der Entwicklung des REFOCUS wurde insbesondere die Nachhaltigkeit betont, die durch die Teilnahme von Experten aus Erfahrung erzielt werden sollte [1]. Dies bestätigt auch die Weiterentwicklung des Konzept PULSAR-REFOCUS in Australien, die für Schulung auf die Ergebnisse der Forschung aus Großbritannien zurückgreifen konnten [8, 9]. Im ersten Schritt werden dabei durch den Dozenten die theoretischen Inhalte des Konzeptes vermittelt, die dann durch die persönlichen Erfahrungen von Experten aus Erfahrung untermauert werden [11]. Im Folgenden möchten wir einige Beispiele und deren Effekte bei den Schulungen aus Sicht einer Expertin aus Erfahrung darstellen:

#### ***Erläuterung des eigenen Recovery Prozesses***

Im Rahmen meiner eigenen Recovery-Geschichte beschäftigte die Teilnehmer insbesondere der Aspekt der Familienplanung trotz Psychose, da diese öfters kategorisch ausgeschlossen wurde und meine Erfahrung, dass die eigene Biografiearbeit stark zur Genesung beigetragen hat zu Aspekten meiner Erkrankung, bei der eine medikamentöse Monotherapie nicht ausreichend war.

#### ***Steigerung / Aneignung von Resilienzen***

Die Schilderung vom eigenverantwortlichen Umgang mit meinen Stimmen und der Frühwarnsymptomatik ermutigte die Teilnehmer, die Rolle des Hoffnungsträgers einzunehmen, insbesondere für Nutzer, die schon jahre-

lang im System "gefangen" sind. Zum Thema Resilienzen wurde der Ausstieg aus der Ghettoisierung diskutiert durch den Aufbau von Netzwerken im "normalen" Leben. Ebenso hatte die aktive Arbeit an meinen persönlichen und beruflichen Zielen Denkanstöße gegeben, die ich mir mit vielen kleinen Einzelzielen und einem starken Umdenken, was meine Werte und Normen angeht, erarbeiten konnte und so wieder Verantwortung für mein Leben übernahm.

### ***Umgang mit Psychopharmaka***

Die Erfahrungen mehrerer Psychopharmaka und ihrer Nebenwirkungen - und die mangelnde Aufklärung darüber - beschäftigt die Teilnehmer sehr. Insbesondere der Umstand, dass Rauchen und Kaffeetrinken die Wirksamkeit von Medikamenten aufheben können und der eigenverantwortliche Umgang des Nutzers mit der Medikation inklusive der Notfallmedikation regt zum Hinterfragen an, ob dem Nutzer im Allgemeinen nicht zu wenig Verantwortung hierfür übertragen wird - immerhin ist es sein Körper, sein Leben. Im gleichen Maße wird darüber gesprochen, dass dem Nutzer auch das Recht zum Scheitern eingeräumt werden müsste, im Umgang mit Medikamenten, im Umgang mit seiner Erkrankung.

### **Wirksamkeit im Recovery Training**

Die Rückmeldungen aus den Schulungen wurden systematisch erfasst und ausgewertet. Im Resultat zeigte sich, dass die Schilderungen aus der praktischen Erfahrung das Verständnis für Recovery erhöht haben und die Prioritätensetzung in der eigenen Haltung verändert haben. Dazu war insbesondere die Reflexion des Erlebens der Experten aus Erfahrung besonders wichtig. Dies Erkenntnis deckt auch mit Forschungsergebnissen, dass die Darstellung des persönlichen Erlebens von Menschen mit der lebendigen Erfahrung als Experten aus Erfahrung eine höhere Wirksamkeit, als ein rein professionelles Dozenttraining [12].

## Diskussion und Schlussfolgerung

Die Vermittlung von lebendigen Erfahrung mit psychischer Erkrankung während der Schulungen zeigen wieviel Wert diesen unschätzbaren Wissen zuzuordnen ist [13]. Bezogen auf die vieren Ebenen der Schulungsevaluation von Kirkpatrick [14], konnte bisher nur die ersten beiden Ebenen der Reaktion (Ebene 1) und des Lernens (Ebene 2) untersucht werden. Inwieweit sich dadurch Nachhaltig das Verhalten der Teilnehmer (Ebene 3) und der Ergebnisse für die Nutzer psychiatrischer Dienste (Ebene 4) verändert muss in weiteren Forschungen erkundet werden.

## Literatur

1. Slade, Mike; Bird, Victoria; Le Boutillier, Clair; Farkas, Marianne; Grey, Barbara; Larsen, John et al. (2015): *Development of the REFOCUS intervention to increase mental health team support for personal recovery*. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 207 (6), S. 544-550. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.155978.
2. Bird, Victoria; Leamy, Mary; Le Boutillier, Clair; Williams, Julie; Slade, Mike (2014): *REFOCUS (2nd edition)*. Hg. v. *Promoting recovery in mental health services*. Rethink Mental Illness. London.
3. Grey, Barbara; Bailey, Sheena; Leamy, Mary; Slade, Mike (2014): *REFOCUS Coaching Conversations for Recovery. Trainer Manual*. Hg. v. *National Institute for Health Research (NIHR)*. SLAM Partners. London.
4. Bora, Rani; Leaning, Saija; Moores, Alison; Roberts, Glenn (2010): *Life coaching for mental health recovery. The emerging practice of recovery coaching*. In: *Adv. psychiatr. treat (Print)* 16 (06), S. 459-467. DOI: 10.1192/apt.bp.108.006536.
5. Tschinke, Ingo (2018): *Kulturelle Adaption des REFOCUS Manuals für Recovery Gespräche in der ambulant psychiatrischen Pflege*. In: Sabine Hahn et al. (Hg.): „Gute Arbeit“. *Eine Herausforderung für die psychiatrische Pflege in Praxis - Management - Ausbildung - Forschung*. Bern: Verlag Berner Fachhochschule, S. 259-263.
6. Fortune, Ben; Bird, Victoria; Chandler, Ruth; Fox, Joanna; Hennem, Ruth; Larsen, John et al. (2016): *Recovery for real. A summary of findings from the REFOCUS programme*. Hg. v. *Rethink Mental Illness*. Kings College London. London.

7. PULSAR-REFOCUS team. *PULSAR manual: recovery-promoting relationships and working practices for specialist and community mental health services (or secondary care staff)*, 2nd edn. Melbourne: Monash University, 2016.
8. Slade, Mike; Bird, Victoria; Clarke, Eleanor; Le Boutillier, Clair; McCrone, Paul; Macpherson, Rob et al. (2015): *Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS). A multisite, cluster, randomised, controlled trial.* In: *The Lancet Psychiatry* 2 (6), S. 503-514. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00086-3.
9. Meadows, Graham; Brophy, Lisa; Shawyer, Frances; Enticott, Joanne C.; Fossey, Ellie; Thornton, Christine D. et al. (2019): *REFOCUS-PULSAR recovery-oriented practice training in specialist mental health care. A stepped-wedge cluster randomised controlled trial.* In: *The Lancet Psychiatry* 6 (2), S. 103-114. DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30429-2.
10. Ajzen I. *The theory of planned behaviour: reactions and reflections.* *Psychol Health* 2011; 26: 1113–27.
11. Slade, Mike; Bird, Victoria; Chandler, Ruth; Clarke, Eleanor; Craig, T.; Larsen, J. et al. (2017): *REFOCUS. Developing a recovery focus in mental health services in England.* Hg. v. Institute of Mental Health. Nottingham. Online verfügbar unter <https://www.researchintorecovery.com/refocus>.
12. Dalgarno, Mark; Oates, Jennifer (2018): *The meaning of co-production for clinicians. An exploratory case study of Practitioner Trainers in one Recovery College.* In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 25 (5-6), S. 349-357. DOI: 10.1111/jpm.12469.
13. Pledger, Anne B. (2018): *The Value of Lived Experience. Co-Production and Collaboration in Recovery Colleges.* In: *Journal of Recovery in Mental Health* 1 (3), S. 21-28.
14. Kirkpatrick, James D.; Kirkpatrick, Wendy Kayser (2016): *Kirkpatrick's four levels of training evaluation.* Alexandria, VA: ATD Press



## **44. Methamphetamin-Abhängigkeit: Handlungsfelder für die psychiatrische Pflege**

*Markus Weber*

### **Einleitung**

Seit 2009 berichten deutsche Medien regelmäßig über die gefährlichste Droge unserer Zeit. Immer wieder wird der Begriff der „Monsterdroge „Crystal“ verwendet. Die Droge Methamphetamin hat inzwischen einen festen Platz in der Drogenkonsumwelt eingenommen. Es werden viele falsche oder nur teilweise korrekte Informationen publiziert. Im Jahr 2016 wurde eine „S3-Leitlinie Methamphetamin bezogene Störungen“ veröffentlicht. Deutlich wird, dass die speziellen Bedürfnisse der Methamphetamin-Konsumierenden und -Abhängigen für die klassische Suchthilfe eine besondere Herausforderung darstellen. Im klinischen wie im ambulanten Bereich sind diese Herausforderungen für die psychiatrische Pflege enorm. Eine pflegebezogene oder pflegewissenschaftliche Auseinandersetzung zum Methamphetamin-Konsum findet nicht statt. Dies ist durch die regionale Begrenzung des verstärkten Methamphetamin-Konsums in Deutschland erklärbar. Jedoch ist in den betroffenen Regionen diese Problematik für psychiatrisch Pflegende allgegenwärtig.

### **Ziele**

Zum Ersten soll die Bedeutung des Methamphetamin-Konsum und zur Methamphetamin-Abhängigkeit aufgezeigt werden. Zum Zweiten werden die Aufgaben der psychiatrischen Pflege bei einer Methamphetamin-Abhängigkeit benannt. Zum Dritten werden hierdurch die Handlungsfelder der psychiatrischen Pflege bei einer Methamphetamin-Abhängigkeit erkennbar.

## **Bedeutung der Methamphetamin-Abhängigkeit**

Die Situation, was belastbare Daten über die Verbreitung von Methamphetamin in Europa und Deutschland angeht, ist unbefriedigend, da in epidemiologischen Berichten häufig nicht zwischen Amphetamin und Methamphetamin unterschieden wird [1]. Der europäische Drogenbericht 2018 nimmt diese Unterscheidung vor und beschreibt eine Steigerung der Verfügbarkeit von Methamphetamin [2]. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen der Abwasseranalyse zu Drogen in europäischen Städten. Daten aus der Vergangenheit zeigen für Tschechien sowie die Slowakei einen zunehmenden Konsum. In aktuellen abwasserbasierten epidemiologischen Untersuchungen wird bestätigt, dass die höchsten Methamphetamin-Belastungen in tschechischen, slowakischen und vor allem deutschen Städten festgestellt wurden [3]. Im Suchtsurvey 2015 wurde eine Sonderauswertung für Methamphetamin vorgenommen. In dieser berichten bundesweit 0,6% der Befragten (0,7% der Männer und 0,5% der Frauen) Methamphetamin konsumiert zu haben. Bei Männern in Sachsen und bei Frauen in Thüringen ist die Prävalenz signifikant erhöht. Ebenfalls signifikant erhöhte Werte gibt es bei Betrachtung der Altersgruppe der 25- bis 39-jährigen im Vergleich zwischen dem Bund (0,9%) und den Ländern Sachsen (5,3%) und Thüringen (4,8%) [4]. In aktuellen Presseartikeln werden in Bezugnahme zur Statistik der Thüringer Landesstelle für Suchtfragen für 2018 in Thüringen 8025 Methamphetamin-Abhängige benannt [5].

## **Psychiatrische Pflege bei einer Methamphetamin-Abhängigkeit**

Einerseits liegen bei einer Methamphetamin-Abhängigkeit die klassischen Aufgabenstellungen der psychiatrischen Pflege wie bei anderen Abhängigkeitserkrankung vor. Andererseits wird deutlich, dass substanzbezogene Besonderheiten die Aufgabenstellung der psychiatrischen Pflege erweitern.

### ***Allgemeine Hinweise zum Umgang mit Methamphetamin***

Die folgenden Hinweise helfen auf die Bedürfnisse von Methamphetamin-Konsumierenden reagieren zu können und können als Praxisempfehlungen zum Umgang mit Methamphetamin-Konsumierenden angesehen werden [6]:

- Umgehende Reaktion und Bemühungen anerkennen
- Offen- und Unvoreingenommenheit
- Informationsmaterial und Beratung über Behandlungsmöglichkeiten
- Bezugspersonenarbeit
- Schulung und Personalentwicklung

### ***Modell einer kurzfristigen Intervention unter Verwendung von Motivational Interviewing und der kognitiven Verhaltenstherapie***

In der Leitlinie „Interventions and Treatment for Problematic Use of Methamphetamine and Other Amphetamine-Typ Stimulants (ATS)“ wird eine kurzfristige Intervention unter der Verwendung des Motivational Interviewing und der kognitiven Verhaltenstherapie vorgestellt. Diese Intervention kann in Form eines Gruppenangebots von Pflegenden, nach entsprechenden Maßnahmen der Personalentwicklung, durchgeführt werden und stellt somit einen Ansatz zur Verhaltensänderung von Methamphetamin-Konsumierenden dar. Die vier Sitzungen haben folgende Themenpunkte [7]:

- Motivation zur Veränderung aufbauen
- Umgang mit Verlangen und Versehen
- Gedanken über die Verwendung von Methamphetamin zu kontrollieren
- Rückfallprävention

### ***Alltagsbezogene Interventionsplanung***

Bezüglich des Lebens- und Konsumalltags von Methamphetamin-Konsumierenden können unterschiedliche praktische Handlungsempfehlun-

gen festgestellt werden, hierbei werden folgende sequentielle Phasen unterschieden [1]:

- Einstieg und Praxis des Methamphetamin-Konsums
- Probleme durch den Methamphetamin-Konsum
- Methamphetamin-Konsum in Bezug auf Abhängigkeit und Ausstieg
- Hilfebedürfnisse von Methamphetamin-Konsumierenden

### **„Harm reduction“ – Interventionen der Schadensminimierung**

„Harm reduction“ verfolgt das Ziel mögliche Schäden durch Methamphetamin-Konsum zu begrenzen. Adressaten sind alle Konsumierenden, die den Konsum nicht dauerhaft beenden wollen oder können. Eine gute Aufklärung kann das Bewusstsein für die Ursachen unerwünschter Wirkungen und geeignete Maßnahmen schaffen. In der klinischen Versorgung werden im Zuge von „Harm reduction“ direkt pflegerische Aufgaben aufgegriffen und umgesetzt. Die möglichen Ansätze beziehen sich auf folgende Bereiche [8]:

- Konsumformen
- Dosierung und Konsummuster
- Ernährung
- Zahngesundheit
- Schwangerschaft/ Stillzeit
- Sexualität

### **Literatur**

1. *Barsch, G. (2014) „Crystal-Meth“: Einblicke in den Lebens- und Konsumalltag mit der Modedroge „Crystal“. Lengerich: Pabst*
2. *Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. (2018) Europäischer Drogenbericht: Trends und Entwicklungen. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union*
3. *Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2018) Drogenperspektiven: Abwasseranalyse und Drogen – eine europäische stadtübergreifende Studie. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union*

4. *Piontek, D., et al (2017) Substanzkonsum und Hinweise auf klinisch relevanten Konsum in Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Wetsfalen, Sachsen und Thüringen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015. IFT Institut für Therapieforschung*
5. *<https://www.mdr.de/thueringen/crystal-abhaengige-thueringen-100.html> vom 23.03.2019*
6. *Jenner, L., et al. (2008) Treatment Approaches for Users of Methamphetamine: A Practical Guide for Frontline Workers. Australian Government Department of Health and Ageing*
7. *Matua Rakī (2010) Interventions and Treatment for Problematic Use of Methamphetamine and Other Amphetamine-Type Stimulants (ATS). Wellington: Ministry of Health New Zealand*

## 45. „Das vierte P: Psychotherapie als Thema und Aufgabenbereich von Advanced Practice Nursing (APN)“

*Katja Weidling, Holger Schmitte*

### Hintergrund

In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Florence-Nightingale-Krankenhauses der Kaiserswerther Diakonie ist seit September 2010 ein Pflegeexperte APN tätig. Zudem sind seit Anfang 2018 zwei Pflegeexperten APN als Trainees tätig. APN steht für Advanced Practice Nursing. Gemeint ist eine erweiterte und vertiefte Pflegeexpertise mit bestimmten Kriterien und Kompetenzen nach internationalem Vorbild [1].

Während die Tätigkeit von Advanced Practice Nurses (APNs) in Deutschland noch in den Anfängen steckt, zeigt der internationale Vergleich, welche Möglichkeiten eine Advanced Nursing Practice (ANP) bietet. In den USA werden angehende APNs laut dem Curriculum der APNA neben den Grundqualifizierungen in Pathophysiologie, Pharmakologie und dem körperlichen Assessment in einem vierten Bereich, den „Psychotherapeutischen Modalitäten“ ausgebildet [2, 3]. Die APNA bezeichnet diese Grundqualifizierung auch als „the fourth P“. Es sind „Additional Functions“ [3] von psychiatrisch tätigen APNs. In entsprechenden „Core Courses“ erwerben die APNs die erforderlichen Kompetenzen im Bereich der Psychotherapie. Psychotherapie darf dabei nicht ausschließlich im engeren Sinne psychotherapeutischer Verfahren (wie z. B. Verhaltenstherapie) betrachtet werden, sondern der Blick sollte auf die Anwendung von psychotherapeutischen Techniken gerichtet werden. Im deutschsprachigen Raum wird die Durchführung von Psychotherapie durch psychiatrisch Pflegenden allerdings unterschiedlich betrachtet und kontrovers diskutiert. Einige Pflegenden vertreten die Ansicht, dass psychiatrische Pflege immer psychotherapeutische Wirkmechanismen beinhaltet. Andere sehen die Anwendung psychotherapeutischer Techniken durch psychiatrisch Pflegenden kritisch. Und eine weitere Fraktion gibt zu bedenken, dass die Abgrenzung psychiatrisch pflegerischer Tätigkeiten ge-

genüber anderen Disziplinen nicht deutlich zu ziehen ist. Durch die Mitwirkung und teils eigenständige Gestaltung von Gruppentherapien kommt es zu einer Überschneidung von psychiatrischer Pflege und Psychotherapie [4]. Bei entsprechender Qualifizierung können psychiatrisch Pflegenden psychotherapeutische Interventionen, z.B. in Form von Skillsgruppen, Psychoedukationen, Sozialem Kompetenztraining oder in Form von Entspannungsgruppen anwenden [5]. In einer Delphi-Studie, welche die Aufgaben und Tätigkeiten psychiatrisch Pflegenden erfasste, wurde die Gestaltung der Übernahme der genannten Gruppen- und Einzelangebote als ein Hauptbereich psychiatrisch Pflegenden beschrieben [6]. Horatio beschreibt in einem Positionspapier von 2012, welche Voraussetzungen benötigt werden damit psychiatrisch Pflegenden psychotherapeutisch wirksam werden können. Demnach müssen Pflegenden eine Masterqualifikation aufweisen, eine spezifische Ausbildung durchlaufen und supervidiert werden [7]. Bisherige Vorschläge für ein deutsches Curriculum für die Durchführung von Psychotherapie durch Pflegenden beinhalten eine mindestens dreijährige Berufserfahrung, einen Bachelorabschluss, eine psychotherapeutische Basisqualifikation und entsprechende Supervision [5]. Von der APNA wird die Anwendung von psychotherapeutischen Techniken als Vorbehaltsaufgabe für psychiatrische APNs beschrieben [1]. Masterabsolventen mit psychotherapeutischen Zusatzqualifikationen, welche in der Praxis als APN tätig sind, sind in Deutschland jedoch nur ganz vereinzelt anzutreffen. Daher ist es notwendig Konzepte zu entwickeln, um möglichst vielen Menschen die Vorteile einer erweiterten und vertieften Pflegepraxis mit diesem Schwerpunkt nahe zu bringen.

## **Problemstellung**

Bisherige Darstellungen für die Durchführung psychotherapeutischer Interventionen bleiben vor allem theoretisch und müssen sich erst in der Praxis erprobt werden. In der beschriebenen Abteilungspsychiatrie finden seit Herbst 2018 Schulungen für Mitarbeiter aller relevanten Berufsgruppen in Schematherapie statt. Damit erlangt ein Teil der Pflegenden eine spezifische psychotherapeutische Kompetenz. Außerdem soll ab spätestens 2020 ein

kleines Team von Pflegenden in der Klinik (inklusive Psychiatrischer Institut-sambulanz) Patientinnen und Patienten mit Beeinträchtigungen der Emotionsregulation beraten, unterstützen und betreuen. Die vergangenen Jahre zeigen, dass immer mehr Menschen von Emotionsregulationsstörungen betroffen sind. Diese Auswirkungen zeigen sich im Klinikalltag auf verschiedene Weise wie z.B.: Selbstverletzungen, Ess- oder Hungerattacken, Suchtmittelkonsum, etc. Die Erfahrung und Praxis der Autoren zeigt, dass diese Patientengruppe viele Mitarbeiter (auch des psychologischen und ärztlichen Dienstes) an ihre Grenzen bringt. Die aktuelle Herausforderung besteht darin, dass Pflegende psychotherapeutische Fertigkeiten gezielt und verantwortungsbewusst einsetzen sowie ihr Handeln entsprechend reflektieren können. Damit ist es möglich eine pflegerische Antwort auf die spezifischen Problemlagen Betroffener zu liefern.

## **Ziele**

Mit der Festlegung von „Psychotherapie“ als Thema und Aufgabenbereich von Advanced Practice Nursing soll an bereits gängige internationale Praxis angeknüpft werden. In den multiprofessionellen Teams einer Abteilungspsychiatrie soll unter der klinischen Führung von PflegeexpertInnen APN der Einsatz psychotherapeutischer Kompetenz und psychotherapeutisches Handeln durch unterschiedlich qualifizierte Pflegende gezielt und systematisch ermöglicht werden. Damit soll nicht zuletzt ein komplexer Versorgungsbedarf bzw. eine unbefriedigend gelöste Versorgungssituation für PatientInnen im psychiatrisch/psychotherapeutischen Klinikalltag verbessert werden. Die Klinik verfügt über eine vergleichsweise hohen Akademisierungsgrad mit einem ANP und zwei ANP- Trainees. Diese vorhandenen Ressourcen sollen dazu genutzt werden anderen Pflegenden im Sinne des Skill- und Grademixes im Bereich der psychotherapeutischen Kompetenzen zu qualifizieren. Durch diese Qualifizierung soll gleichzeitig eine zielgerichtete und qualitativ hochwertigere Patientenversorgung gewährleistet werden.



## **Vorgehen**

Im Rahmen eines Bewerbungsverfahrens wurden in der beschriebenen Klinik, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit unterschiedlicher Berufserfahrung zur Teilnahme an einem APN-Team rekrutiert. Dieses ANP-Team fokussiert sich erstmals auf die Problemlage von Menschen mit Schwierigkeiten der Emotionsregulation. Für diese Betroffenengruppe kann mit der Methodik des ANP-Teams eine umfassende Versorgungssituation in Form von Einzelberatungen und Gruppentherapeutischen Angeboten wie z.B. Entspannung, Fertigkeitentraining, Training sozialer Fähigkeiten und spezifischen psychoedukativen Elementen gestaltet werden. Die ausgewählten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden von dem APN und der APN Trainee individuell und in Form einer engen Einzelbegleitung in Krankheitsbildern, Gesprächsführung und in psychotherapeutischen Verfahren und Techniken geschult.

## **Ergebnisse / Erfahrungen**

In der beschriebenen Klinik findet seit einigen Jahren als psychotherapeutische Intervention ein STEPPS-Gruppentraining und seit über einem Jahr eine Fertigkeitengruppe statt. Beide Angebote sind sehr gefragt und werden ausschließlich durch die Pflege unter der Leitung von APN und APN Trainee gestaltet. Weiterhin finden spezifische Bezugspersonengespräche zum Umgang mit Traumafolgesymptomen seitens der Trainee APN statt. Mit dem Aufbau des APN-Teams wird es möglich sein mehr Betroffenen noch konkretere und individuellere Angebote unter pflegerischer Konzeption und Leitung zu unterbreiten.

## **Diskussion**

Es handelt sich um eine tiefgreifende Maßnahme der Organisations- und Personalentwicklung mit innovativem Charakter. Den Verfassern ist es ein Anliegen, Psychotherapie als Thema bzw. Aufgabenbereich von APN in Arbeitsfeldern der Psychiatrie und Psychotherapie im deutschsprachigen Raum zu etablieren. Dies soll durch die Wahrnehmung von klinisch fachlicher Füh-

rung, also „Clinical Leadership“ im pflegerischen Skill- und Grademix (ab)gesichert werden.

## **Schlussfolgerung**

Über erste Erfahrungen, Ergebnisse und Schlussfolgerungen soll auf dem Dreiländerkongress berichtet werden.

## **Literatur**

1. Schober, M.; Affara, F. (2008). *Advanced Nursing Practice (ANP)*. Bern: Verlag Hans Huber.
2. American Nurses Association (ANA), (2016). *Psychiatric Mental Health Nursing, 2nd Edition*. Silver Spring: Nursesbooks.
3. American Psychiatric Nurses Association (APNA). (2011). <https://www.apna.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=4495> Stand:04.07.2019
4. Rixe, J., Schulz, M., Sauter, D., Löhr, M., Nienaber, A., Wabnitz, P. (2016). *Psychiatrische Pflege am Beispiel der Low Intensity CBT. Kongressband 13. Dreiländerkongress Psychiatrische Pflege „Fremdsein überwinden“*. Bern: Berner-Fachhochschule.
5. Wabnitz, P.; Löhr, M., Schukz, M., Nienhaber, A., Oppermann, G. Sauter, D., Schreiber, W., Gouzoulis-Mayfrank, E., Claus, S., Hohl-Radke, F., Jordan, W., Pol-Imächer, T. (2019). *Perspektiven und Chancen für pflegerisch-psychotherapeutische Interventionen in der stationären psychiatrischen Behandlung*. *Psychiatrische Praxis*. Stuttgart: Georg Thieme- Verlag.
6. Scheydt, M., Holzke, M., Sauter, D. (2019). *Aufgaben und Tätigkeiten in der stationären Allgemeinpsychiatrie – Ergebnisse einer Delphi-Studie*. *Psychiatrische Praxis*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
7. 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](http://www.horatio-web.eu/downloads/Psychotherapy_position_paper.pdf) Stand: 04.07.2019.

## **46. Malingering aus der Perspektive psychiatrischer Pflegefachpersonen. Eine qualitative rekonstruktive Analyse**

*Reto Wernli Kaufmann, Andreas Heuer*

### **Hintergrund**

In der Forschungsarbeit wurde das Phänomen „malingering“ untersucht. Wörtlich übersetzt meint der Begriff: „krank machen, simulieren“ [1]. Das Patientenverhalten wird hierbei von Pflegefachpersonen als übertreibend, vortäuschend oder simulierend betrachtet. Das Phänomen stellt eine grosse Herausforderung dar. Die bezweifelte Glaubwürdigkeit gegenüber dem Patientenverhalten verunsichert. Es besteht das Risiko, dass malingering sich negativ auf die Zusammenarbeit mit dem Patienten sowie erschwerend im Team und somit auf die Behandlung auswirkt. Die Evidenz zu malingering aus der Sicht der Pflege fehlt weitgehend. Die Veröffentlichung einer Pflege-diagnose zu malingering datiert auf 1993 [2]. Mit einer qualitativen Analyse habe ich Situationen exploriert, indem malingering von Pflegefachpersonen zugeschrieben wird. In einer qualitativen Studie wurden Situationen exploriert, wo malingering von Pflegefachpersonen in der Psychiatrie vermutet wurden. Deutungen und Reaktionsweisen der Pflegefachpersonen wurden rekonstruiert und fallübergreifende Typisierungen skizziert.

### **Fragestellung**

Die Studie untersucht, wie Patientenverhalten, welches als vorgetäuscht, übertrieben oder simuliert eingeschätzt wird, von psychiatrischen Pflegefachpersonen gedeutet wird und welche Handlungsimplikationen sich daraus ergeben.

### **Methode und Material**

Die Literaturlage zum Thema malingering wurde gesichtet. Mittels Dokumentarischer Analyse von 13 Situationen aus 9 narrativ fundierten Einzelinterviews bei Pflegefachpersonen, die in verschiedenen Bereichen der klini-

schen Psychiatrie der Deutschschweiz tätig sind gemäss Stichprobenplan [3], wurden systematisch Typisierungen von malingering und dem Umgang damit rekonstruiert [4].

## **Ergebnisse**

Über verschiedene klinische Settings hinweg (Psychotherapiestation, Jugendpsychiatrie, Gerontoakutpsychiatrie, Forensik, Neurochirurgie und Pflegeheim) wurde malingering mit folgenden Kontextuierungen beschrieben: Suizidalität, diffuse körperliche Beschwerden und Funktionseinbussen, dissoziative Phänomene, körperliches Unwohlsein und Schwächeerleben. Im Bereich der Forensik scheint das malingering deutlich mit der Settingspezifität des hohen Strukturierungsgrades und mit der Erwartung an die Patienten, prosoziales Verhalten zu zeigen, im Zusammenhang zu stehen. Der Zeitpunkt im Behandlungsverlauf spielt für die Deutung des malingering eine Rolle, wobei das Malingering als begleitendes bisweilen gar vordergründiges Phänomen während des gesamten Aufenthaltes oder aber in der Austrittsphase im stationären Aufenthalt festgestellt wird. Die Unklarheit über die Genese des Phänomens beinhaltet ebenfalls die Sorge um vitale Gefährdungen, die es auszuschliessen gilt. Malingering führt durchwegs zu Teamdiskussionen, die häufig zu polarisierten Positionen über die Glaubwürdigkeit des präsentierten Krankseins sowie der daraus resultierenden Konsequenzen in der Behandlung führen. Es kommt zu verlängerten Behandlungen, als auch zu unmittelbarer Wiederaufnahme nach dem Austritt. Mit intensiver Suchhaltung nach relevanten Faktoren wird die unmittelbare Situation im Einzelkontakt beurteilt. Es werden ungewöhnliche Strategien gewählt, um die Situation aufzulösen oder um diese handhabbar zu machen. Insgesamt wird entweder auf die vorgesehene Planungsabfolge beharrt oder gemäss Leitbild flexibilität gezeigt. Malingering steht zudem für das Aussergewöhnliche und wird zur Parabelbildung für gelingende Pflegebeziehungen benutzt. Ebenso werden moralische Standpunkte von Pflegefachpersonen herausgefordert.

## **Diskussion**

Insgesamt muss zur Überbrückung der Beziehungsirritation, die durch das Malingering entsteht eine explizite Deutung der Situation vorgenommen werden. Dabei stehen Pflegefachpersonen unter Druck, den Behandlungsauftrag zu vertreten oder vitale Gefährdungen zu verhindern. Dabei spielt die Haltung der Pflegefachperson das Verständnis vom stationären Auftrag eine wesentliche Rolle. Die Bezugnahme auf Informationen aus der Anamnese des Patienten erweisen sich ebenso als möglicher Anker, um das Verhalten zu verstehen, wobei hierzu auch Lücken in der Informationssammlung zu Tage treten. Aggressivem Verhalten wird nicht die Bedeutung von Malingering zuteil, als vielmehr dem gezeigten Alternativverhalten, welches als im Aufbau befindliches prosoziales Verhalten verstanden werden kann. Äusserungen einer bestehenden Suizidalität drängen die Pflegefachperson und das ganze Team zu einer Entscheidung, wobei die Risikoeinschätzung zu Meinungslagern führt. Durchwegs wird malingering als anspruchsvoller Aspekt in Teamdiskussionen beschrieben.

## **Schlussfolgerung**

Malingering kommt in allen Pflegesettings vor. Die Herausforderung besteht für die involvierten Pflegefachpersonen darin, angemessen auf die Irritation einzutreten, flexible Lösungen anzubieten und teure Rehospitalisationen zu vermeiden. Der Austrittsplanung und der disziplinären als auch interdisziplinären Strategie soll hierbei eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, denn es wird deutlich, dass der Umstand des bevorstehenden Austritts zu Sorgen und Leiden auf einer anderen, mit der Eintrittssituation wenig vergleichbaren Weise, führt, was wiederum Phänomene im Umgang mit Krankheit provoziert, die kaum noch durch die Diagnostik gemäss des Aufenthaltsgrundes legitimiert sind. Nichts desto trotz, bedarf es für die Gestaltung des Austritts von Patienten aus dem stationären Rahmen ein erneuter intensiverer Effort von verschiedenen Akteuren. Die Teamdiskussionen zur strategischen Übereinkunft hinsichtlich der Deutung und der anschliessen-

den Handhabung von Patientenverhalten, sollten möglicherweise explizit moderiert werden, wobei auf die möglichst umfassende Informationsgrundlage zum Patienten geachtet werden soll. Die notwendige Sorgfalt im Übergang vom stationären zum nachfolgenden Unterstützungssetting kann aufgrund dieser Untersuchung nur bestätigt werden.

Es sollte in der Lehre, mit dem Zielpublikum von angehenden oder praktizierender Pflegefachpersonen ausreichend Zeit dafür verwendet werden, die Zusammenhänge leibnaher Affektregulation verstehen und einschätzen zu können.

Das offene narrationsfundierte methodische Vorgehen in der Studie berücksichtigt die Schlussfolgerung der Comskills – Studie [5], wonach die Bedeutungshintergründe von fachsprachlich üblichen Begriffen in zukünftiger Forschung bei psychiatrisch medizinischem Personal mehr Bedeutung zu messen werden muss. In dieser Untersuchung hier wurden die Bedeutung gemäss der Methodologie systematisch rekonstruiert. Auf fachsprachliche Begriffe wurde in den Erzählungen der Teilnehmenden weitgehend verzichtet. Dafür konnte hieraus im systematischen Vergleich, reichhaltige Verstehenszusammenhänge von Berufspraktikern deutlich gemacht werden, wonach dies ein Beitrag zur bis dato geringe Anzahl von Studien im Bereich der Pflege ist, die methodologisch der dokumentarischen Analyse zugeordnet werden kann.

## Literatur

1. Pons. (2019). Pons, Standardwörterbuch-plus-englisch. (P. V. GmbH, Herausgeber) Abgerufen am 28. 06 2019 von <https://de.pons.com/woerterbuch/weiterbildung-reise-freizeit/pons-standardwoerterbuch-plus-englisch-978-3-12-516183-2/englisch>
2. Rawlins; Heacock, R. P. (1993). *Clinical manual of psychiatric nursing*. St. Louis, Missouri: Mosby Yearbook.
3. Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2009). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch (2.Auflage)*. München: Oldenbourg Verlag.

4. Nohl, A.-M. (2017). *Interview und Dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis* (5., aktualisierte und erweiterte Auflage). Wiesbaden: Springer VS.
5. Ross, & Fontano. (12 2010). *Kognitive Konzepte und Reflektionsebenen von Mitarbeitern des Maßregelvollzugs. Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, S. 29-44.

**47.**

*Beitrag wurde zurückgezogen*











## **48. Teilnehmende Beobachtung in einem trialogischen Bildungsgang**

*Andrea Wild, Manuela Grieser*

### **Hintergrund**

Entsprechend der Forderung nach einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Experten durch Erfahrung – also Menschen mit der persönlichen Erfahrung einer psychischen Erkrankung – Experten durch berufliches Lernen – hiermit sind Menschen mit einer Berufsausbildung im Gesundheitswesen gemeint- und Angehörigen von psychisch erkrankten Personen, fand an der Berner Fachhochschule von Oktober bis Dezember 2017 der erste trialogische Bildungsgang der deutschsprachigen Region statt [1].

Im trialogischen Bildungsgang "Fachkurs Leben mit der Sucht" studierten Experten durch Erfahrung, Experten durch berufliches Lernen und Angehörige gemeinsam. Nebst der Auseinandersetzung mit dem neusten Fachwissen sollte der Bildungsgang Expertinnen und Experten durch Erfahrung befähigen, selbstbewusster an ihrem Genesungsweg zu arbeiten, Angehörige sollten ihre Erfahrungen platzieren und reflektieren können und Expertinnen und Experten durch berufliches Lernen sollte einen Einblick in die Erfahrung mit der Krankheit ermöglicht werden. Der Bildungsgang orientiere sich dabei an den formulierten Zielkriterien der Peerweiterbildung sowie an den in anderen Ländern bereits bestehenden Recovery Colleges [2].

### **Fragestellung**

Mit dem Ziel, einen Beitrag zur Evaluation des Bildungsgangs zu leisten und um zu untersuchen, inwiefern die Studienergebnisse zu Eigenschaften und Wirksamkeit von Recovery Colleges auf trialogische Bildungsgänge im deutschsprachigen Raum übertragbar sind, wurde untersucht, welche Setting bedingten Interaktionen zwischen den Teilnehmenden des "Fachkurs Leben mit der Sucht" während des Unterrichtes zu beobachten waren.

## **Methode**

Die Datensammlung erfolgte mit der Methodik einer offenen, eher unstrukturierten teilnehmenden Beobachtung mit passivem Partizipationsgrad während des Unterrichtes der acht Kurstage. Insgesamt wurden achtzehn Situationsprotokolle erstellt, in welchen Interaktionen festgehalten wurden, die aufgrund des dialogischen Settings entstanden sind und/oder wiederholt auftraten. Die Protokolle wurden anhand des konstruktivistischen Grounded Theory Ansatz nach Charmaz ausgewertet.

## **Ergebnisse**

Die vier Schritte des Kodierverfahrens nach Charmaz [3] ermöglichten es, die Ergebnisse zu drei übergeordneten Themenbereichen zu verdichten, welche nachfolgend beschrieben, mit einer Hypothese versehen und mit entsprechenden, anonymisierten Ankerbeispielen aus den Situationsprotokollen verstärkt werden:

### ***Selbstoffenbarung***

*Oliver (Experte durch Erfahrung): Ich bin selbst betroffen von der Sucht. Aber ich habe auch eine medikamentenabhängige Mutter. Das schlimmste Gefühl war immer die Scham.*

#### *Protokoll Nr. 13*

Selbstoffenbarung geschah während des gesamten Kurses durch alle Teilnehmenden. Aufgefallen ist, dass sich die Expertinnen und Experten durch Erfahrung darin deutlich sicherer gefühlt haben.

Es konnte die Hypothese gestellt werden, dass Selbstoffenbarung in der beobachteten Art und Weise deshalb möglich gewesen ist, weil sich die Teilnehmenden des dialogischen Bildungsgangs in der Gruppe und während des Unterrichtes grundsätzlich wohl gefühlt haben.

### **Selbst- und Fremdbild**

*Daniel (Experte durch Erfahrung): Und wenn du jetzt ein ehemaliger Junkie wärst, wie würdest du es dann finden, wenn du als Junkie bezeichnet wirst?*

*Noah (Experte durch berufliches Lernen) nach langer Pause: Es kommt halt darauf an, wie es gemeint ist.*

*Thomas (Experte durch berufliches Lernen): Ich kenne viele Menschen, die konsumieren, welche sich selbst als Junkie bezeichnen.*

*Daniel (Experte durch Erfahrung): Ja, die dürfen das auch.*

#### **Protokoll Nr. 8**

Es wurden einige Interaktionen beobachtet, in welchen Unterschiede in den Rollen, Fähigkeiten, Bedürfnissen und Rechte und Pflichten zwischen den Experten durch Erfahrung und den Experten durch berufliches Lernen deutlich wurden. Da während des Kursverlaufs Veränderungen in den Interaktionen zwischen den Teilnehmenden beobachtet werden konnten, wurde folgende Hypothese gestellt:

Es bestehen Unterschiede bezüglich Fähigkeiten, Bedürfnissen und Rollenerwartungen. Das Selbst- und Fremdbild kann jedoch im Rahmen der Gruppenentwicklungsprozesse verändert werden, wenn genügend Zeit zur Verfügung steht.

### **Selbst- und Fremdstigmatisierung**

*Noah (Experte durch berufliches Lernen): Und was, wenn der Arbeitgeber es nicht merkt? Viele "Süchtler" sind ja gut darin, es zu verstecken.*

#### **Protokoll Nr. 14**

*Oliver (Experte durch Erfahrung): Vor 20 oder 30 Jahren, als ich zu Schule ging, da hat es noch keine Sozialarbeiter gegeben. Oder?*

*Dozentin: Nein, das ist eine neuere Entwicklung.*

*Oliver (Experte durch Erfahrung): Ansonsten wäre ich sowieso bei einem gelandet.*

#### **Protokoll Nr. 12**

Der Begriff Stigma wird mit einem Merkmal in Verbindung gebracht, das von einer Gesellschaft als normabweichend kategorisiert wird. Stigmatisierung beschränkt sich jedoch nicht nur auf die öffentliche Haltung, sondern betroffene Personen können das öffentliche Stigma auch gegen sich selbst richten. In diesem Fall spricht man von Selbststigmatisierung [4].

Aufgrund der Beobachtungen wird die Hypothese gestellt, dass Stigmatisierung zwischen Experten durch Erfahrung und Experten durch berufliches Lernen beidseitig passiert. Stigmatisierung und Selbststigmatisierung tritt bei den Expertinnen und Experten durch Erfahrung jedoch deutlich häufiger auf. Expertinnen und Experten durch berufliches Lernen ihrerseits reagieren auf Stigmatisierung mit offensiveren Bewältigungsmechanismen. Um einen Abbau der Stigmatisierung zu bewirken, sind acht Kurstage zu kurz.

### **Schlussfolgerung**

Aufgrund der Ergebnisse darf vermutet werden, dass die Kursdauer für Gruppenprozesse zur Veränderung von Selbst- und Fremdbild oder den Abbau von Stigmatisierung zu knapp war. Eine Überprüfung der Kursdauer sowie der Einsatz von Dozierenden mit dem Hintergrund einer Erfahrungsexpertise wird als sinnvoll erachtet.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit werden auch dadurch beeinflusst, dass es sich um den ersten dialogischen Bildungsgang im deutschsprachigen Raum handelte. Diese Art des Lernens ist für die Teilnehmenden, die Dozierenden und die Organisierenden noch unbekannt. Der mit der Recoverybewegung einhergehende Paradigmenwechsel benötigt Zeit [5]. Es darf die Schlussfolgerung gezogen werden, dass sich dialogische Bildungsgänge und die während des Unterrichtes zu beobachtenden Interaktionen sich im Laufe der Zeit verändern werden, da eine allgemeine Haltungsveränderung möglich und wahrscheinlich ist.

Die Durchführung weiterer dialogischer Bildungsgänge kann einen Schritt in eine partnerschaftlichere Zusammenarbeit zwischen Expertinnen und Exper-



ten durch Erfahrung, Expertinnen und Experten durch berufliches Lernen und Angehörigen darstellen.

## **Literatur**

1. *Berner Fachhochschule. (o.J.). Projektkonzept, Projekt: Betroffene machen (Hoch)schule – Weiterbildung für Menschen mit Erfahrung in psychiatrischen Erkrankungen – eine begleitende Kursevaluation.*
2. *Berner Fachhochschule. (2017). Infobroschüre Fachkurs Leben mit der Sucht. Abgerufen am 24.09.2017 von [https://www.gesundheit.bfh.ch/uploads/tx\\_bfhveranstaltungen/2017\\_Infobroschüre\\_Fachkurs\\_Leben\\_mit\\_der\\_Sucht\\_03.pdf](https://www.gesundheit.bfh.ch/uploads/tx_bfhveranstaltungen/2017_Infobroschüre_Fachkurs_Leben_mit_der_Sucht_03.pdf)*
3. *Charmaz, K. (2006). Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis. London: Sage.*
4. *Goffmann, E. (1967). Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt: Suhrkamp.*
5. *Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T., & Kangas, K. (2006). The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. Psychiatric Services, 57, 640-645.*

## **49. Mechanische Fixierung versus Isolierung: Erleben, Bedürfnisse und Haltung aus der Sicht aller Beteiligten – eine quantitative Fragebogenerhebung**

*Florian Wostry, Harald Stefan*

### **Hintergrund**

In der österreichischen Erwachsenenpsychiatrie wird neben der Unterbringung und der Zwangsbehandlung primär die mechanische Fixierung bei akutem selbst- und fremdgefährdendem Verhalten angewendet.

Im Gegensatz zu Ländern wie beispielsweise Australien, Deutschland, Finnland, Kanada, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, Südafrika und den USA wird die Isolierung in Österreich nicht eingesetzt [1]. Die Entscheidung, welche Zwangsmaßnahme zur Anwendung kommt wird von den Einschätzungen des Ärzte- und Pflegepersonals abhängig gemacht. Die Auswahlmöglichkeit ist durch Gepflogenheiten und Traditionen der Institutionen geprägt [2].

### **Problemdarstellung**

Es wird empfohlen jene Zwangsmaßnahme anzuwenden, welche die Bewegung am geringsten einschränkt und den Zweck nicht verfehlt. Zwang soll geringstmöglich zum Einsatz kommen [3].

### **Forschungsziel**

Aufgrunddessen, dass in Österreich keine Isolierung als Zwangsmaßnahme zum Einsatz kommt, soll erforscht werden, wie sich das Erleben und die Haltung von Pflege- und ärztlichem Personal, Patientinnen und Patienten bezüglich der mechanischen Fixierung und Isolierung unterscheidet. Eventuelle Präferenzen von Patientinnen, Patienten, Ärzte- und Pflegepersonal sollen erkennbar gemacht werden, um damit einen Beitrag zur Synthese und Optimierung der Pflege- und Betreuungspraxis leisten zu können.

## **Fragestellung**

Mittels dem PICO Schema wurde folgende Fragestellung formuliert: „Wie erleben psychiatrische Patientinnen, Patienten, Pflege- und ärztliches Personal die Zwangsmaßnahmen mechanische Fixierung und Isolierung und welche Bedürfnisse sowie Haltung haben sie gegenüber diesen Zwangsmaßnahmen?“

## **Methodik**

Die Forschung erfolgt mittels quantitativer Methodik in Form eines Fragebogens. Die Fragebogenerhebung wird im Zeitraum Juli – August 2019 in der allgemein psychiatrischen Abteilung der Krankenanstalt Rudolfstiftung in Wien/A durchgeführt.

Die geplante Befragung der Patientinnen und Patienten findet nach der psychiatrischen Akutphase und vor der Entlassung im noch stationären Setting statt, sodass bei Bedarf eine fachliche psychiatrische und psychologische Betreuung jederzeit gewährleistet ist.

Anhand einer wissenschaftlichen Literaturrecherche aus dem Jahr 2016 bei der 9 Studien identifiziert wurden, welche ihren Fokus auf das Erleben von mechanischer Fixierung und Isolierung legen, fand eine Operationalisierung der Fragebogen-Items statt. Für die mechanische Fixierung und Isolierung gibt es jeweils die Dimensionen Erleben, Bedürfnisse und Haltung. Der Fragebogen des ärztlichen und pflegerischen Personals beinhaltet zusätzlich die Dimension des Praxisbezugs. Die Stichproben (Patientinnen, Patienten, ärztliches und pflegerisches Personal) wurden mittels Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Die Auswertung des Fragebogens erfolgt anhand von Häufigkeitstabellen mittels der Statistik Software SPSS. Für die Fragebogenerhebung wurde ein Prätest durchgeführt. Freiwilligkeit und Anonymität für die Teilnehmer werden gewährleistet.

## Ergebnisse

Zum aktuellen Zeitpunkt haben 40 Pflegepersonen und 10 Personen aus dem ärztlichen Personal an der Fragebogenerhebung teilgenommen. Von den Pflegepersonen haben 86% und vom ärztlichen Personal 60% eine Selbsterfahrung mit mechanischer Fixierung (z.B. im Rahmen einer Schulung). Eine Selbsterfahrung bezüglich einer Isolierung haben jeweils nur ein ärztliches Personal und eine Pflegeperson. Weder das ärztliche noch das Pflegepersonal wurde im Rahmen eines stationären Aufenthalts mechanisch fixiert oder isoliert.

### Erleben

Bei der Frage „Angenommen Sie werden mechanisch fixiert oder isoliert, wie ausgeprägt könnten folgende Gefühle auftreten?“ antwortet das ärztliche und Pflegepersonal auf einer Skala von 0 (gar nicht), 1, 2, 3, 4, 5 (sehr stark) für die Gefühle Angst, Wut, Ausgeliefertsein, Sicherheit, Ruhe, und Wohlbefinden wie in Tabelle 1 ersichtlich:

*Tabelle 1: Gefühle bei einer mechanischen Fixierung (mech. F.) und Isolierung*

Skala →		0	1	2	3	4	5
<b>Angst</b>	mech. F.	2 %	4 %	12 %	20 %	38 %	24 %
	Isolierung	8 %	10 %	20 %	32 %	12 %	18 %
<b>Wut</b>	mech. F.	6 %	0 %	10 %	20 %	41 %	23 %
	Isolierung	2 %	6 %	20 %	34 %	12 %	26 %
<b>Ausgeliefertsein</b>	mech. F.	0 %	0 %	2 %	4 %	30 %	64 %
	Isolierung	4 %	18 %	16 %	20 %	16 %	26 %
<b>Sicherheit</b>	mech. F.	36 %	30 %	22 %	8 %	4 %	0 %
	Isolierung	20 %	20 %	28 %	18 %	14 %	0 %
<b>Ruhe</b>	mech. F.	44 %	24 %	20 %	2 %	10 %	0 %

Skala →		0	1	2	3	4	5
	Isolierung	12 %	20 %	26 %	14 %	22 %	6 %
<b>Wohlbe- finden</b>	mech. F.	76 %	18 %	4 %	0 %	4 %	0 %
	Isolierung	34 %	34 %	14 %	12 %	6 %	0 %

(2019) eigene Darstellung

Die weiteren Fragen wurden anhand einer Likert-Skala beantwortet, die folgendermaßen aufgebaut ist: trifft zu / trifft eher zu / teils-teils / trifft eher nicht zu / trifft nicht zu

50 % der Befragten beantworten die Frage ob eine mechanische Fixierung bei ihnen eine psychische Belastung darstellen würde mit „trifft zu“ und 36% mit „trifft eher zu“, 8% entfallen auf „teils-teils“ und 6% auf „trifft eher nicht zu“. Bei der Isolierung wird „trifft zu“ mit 26%, „trifft eher zu“ mit 34% und „teils-teils“ mit 26% genannt.

### **Bedürfnisse**

Die Anwesenheit einer Pflegeperson während einer mechanischen Fixierung wird kumuliert mit 48% „trifft zu“ und „trifft eher zu“, beantwortet. Bei der Isolierung sind es kumulierte 34%.

Die Möglichkeit nach einer mechanischen Fixierung oder Isolierung eine Nachbesprechung mit dem Pflegepersonal zu erhalten wird jeweils überwiegend mit „trifft zu“ (71%), gefolgt von „trifft eher zu“ (18%), beantwortet.

Während der mechanischen Fixierung möchten 60% der Befragten mit „trifft zu“ eine beruhigende Begleitmedikation erhalten, 14% geben „trifft eher zu“ und 16% geben „teils-teils“, an. Im Falle einer Isolierung wird „trifft zu“ mit 30%, „trifft eher zu“ mit 26% und „teils-teils“ mit 30% genannt.

### **Haltung**

Auf die Frage „Möchten Sie in den Entscheidungsprozess, ob bei ihnen eine mechanische Fixierung oder Isolierung zur Anwendung kommt, miteinbezo-

gen werden?“ ergibt sich eine Kumulierung für „trifft zu“ und „trifft eher zu“ von 96%.

61% der Befragten würden für sich selbst im Falle einer Fremdgefährdung, eine Isolierung bevorzugen, 18 % eine mechanische Fixierung und 21% wissen es nicht. Bei einer Selbstgefährdung möchten 51% eine mechanische Fixierung erhalten, 24% eine Isolierung und 25% wissen es nicht.

Auf die Frage „Können Sie sich vorstellen, dass Sie sich bei akutem selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten durch eine mechanische Fixierung beruhigen?“ wurde „trifft zu“ kein einziges Mal genannt. Der Modalwert liegt mit 58% bei „teils-teils“ gefolgt von „trifft eher zu“ mit 20%. Im Falle einer Isolierung verschiebt sich der Modalwert mit 48% auf „trifft eher zu“, 32% geben „teils-teils“ an und 4 % „trifft zu“.

35,3% der Befragten halten mit „trifft zu“ eine mechanische Fixierung bei selbst- und fremdgefährdendem Verhalten als geeignete Intervention. 33,3% geben an, „trifft eher zu“ und 31,4% geben „teils-teils“ an. In Bezug auf eine Isolierung wird „trifft zu“ mit 24% angegeben, „trifft eher zu“ mit 29%, „teils-teils“ mit 31%.

### ***Praxisbezug***

Hier geben die Befragten bei der Frage „Sollte in der Psychiatrie neben der mechanischen Fixierung auch die Möglichkeit einer Isolierung bestehen?“ „trifft zu“ mit 71% an, gefolgt von „trifft eher zu“ und „teils-teils“ mit jeweils 11%. Die Frage „Glauben Sie, dass es durch eine zusätzliche Einführung einer Isolierung zu einem Anstieg von Zwangsmaßnahmen kommt?“ weist bei „trifft zu“ 9,8% der Antworten auf. 25,5% geben „trifft eher zu“, 19,6% „teils-teils“, 31,4% „trifft eher nicht zu“ und 13,7% „trifft nicht zu“ an.

### **Diskussion**

Die Fragebogenerhebung zeigt aktuell auf, dass das Erleben, die Bedürfnisse und Haltung gegenüber der mechanischen Fixierung und Isolierung unterschiedlich sind. Eine israelische Studie [4] weist darauf hin, dass eine Isolierung von Patientinnen und Patienten positiver erlebt wird als eine mechani-

sche Fixierung. Bei Unklarheiten in der Auswahl ob eine mechanische Fixierung oder Isolierung zum Einsatz kommt, soll die Präferenz der Patientinnen und Patienten miteinbezogen werden [5].

## Schlussfolgerung

Es gilt weiterhin Zwangsmaßnahmen zu reduzieren und im Falle einer Anwendung diese so angenehm und bedürfnisorientiert wie möglich zu gestalten. Es bedarf weiterer Forschung bezüglich Zwangsmaßnahmen und deren Alternativen unter Einbezug der Betroffenenperspektiven.

## Literatur

1. Steinert T.; Peter. L.; Bernhardsgütter R.; Conca A.; Hatling T.; Janssen W.; Keski-Valkama A.; Mayoral F.; Whittington R. (2009): *Incidence of seclusion and restraint in Social Psychiatric Epidemiology*, 45 (9), 889-897
2. Klein G.; König D. (2016): *Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie: klinische Perspektive*. In: *Swiss Medical Forum*, 16 (6), 137-141
3. Kopetzki C. (2012): *Grundriss des Unterbringungsrechts*. 3. erw. Aufl. (1995). Wien, Springer
4. Vishnivetsky, S., et al. (2013). *Seclusion Room vs. Physical Restraint in an Adolescent Inpatient Setting: Patients' Attitudes*. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 50(1), 6-10.
5. Bergk J.; Einsiedler B.; Flammer E.; Tilman S. (2011): *A randomized Controlled Comparison of Seclusion and Mechanical Restraint in Inpatient Setting*. In *Psychiatric Services*, (62) 2, 1310-1317

## **50. FHP: Pflegediagnostik in der täglichen Dokumentation abbilden**

*Maximilian Ziegler, Brigitte Spranger, Markus Kugler*

### **Einführung**

Um die Schritte des Pflegeprozesses der Praxisorientierten Pflegediagnostik (POP) [1] besser in der täglichen Pflegedokumentation abzubilden, wurde im Zentrum für psychische Gesundheit (ZPG) am Klinikum Ingolstadt ein Katalog mit Formulierungshilfen entwickelt, der psychiatrisch Pflegenden helfen soll, ihre Pflegeberichte maßnahmenorientiert und mit Bezug zur Pflegeplanung zu gestalten.

### **Hintergrund und Problemstellung**

Im Pflegebericht wird der tägliche Verlauf der pflegerischen Arbeit mit dem Patienten abgebildet. Nur selten wird jedoch tatsächlich ein Verlauf abgebildet, sondern viel mehr ein Ist-Zustand beschrieben. Symptome, Verhaltensweisen und Beobachtungen werden präzise beschrieben, jedoch fehlt häufig eine Beschreibung der durchgeführten Interventionen und deren Wirkung. Somit wird erstens kein Verlauf, also kein Pflegeprozess, abgebildet, zweitens kann aufgrund des Pflegeberichts unsere Arbeit nicht nachvollzogen werden, d. h. welche Maßnahmen angewendet wurden und wie diese gewirkt haben. Eine Evaluation der in der Pflegeplanung geplanten Maßnahmen ist hierdurch nicht möglich.

Die im Hinblick auf abrechnungsrelevante Fragen oft geforderte defizitorientierte Dokumentation muss weiterhin abgedeckt sein. Jedoch dürfen wir den fachlichen Aspekt unserer Pflegediagnostik nicht vergessen und müssen den Fokus der Ressourcennutzung für die Maßnahmenwahl wieder in den Vordergrund rücken.

Hierbei können die Formulierungshilfen zu Pflegedokumentation (FHP) helfen, den täglichen Verlauf der Pflege im Bericht abzubilden und eine Verbin-



zung zwischen der täglichen Pflegedokumentation und der Pflegeplanung zu schaffen, wie es eine prozessorientierte Pflegedokumentation verlangt.

## **Ziele**

Ein intern formuliertes Ziel war es, die tägliche Pflegedokumentation mit der Praxisorientierten Pflegediagnostik besser zusammenzuführen. Deshalb ist der FHP Katalog nach dem POP Klassifikationssystem aufgebaut, was bedeutet, dass die Domänen und Pflegediagnosen der POP auch als Grundstruktur für die FHP benutzt wurden. Um von der symptomorientierten Zustandsbeschreibung wegzukommen, war ein weiteres Ziel, den Fokus der FHP auf die Interventionen, also die Pflegemaßnahmen zu legen. Somit kann der Verlauf der Arbeit mit dem Patienten besser abgebildet werden. Ein weiteres Ziel war es, die FHP möglichst praxisnah zu gestalten, um so auch eine bessere Akzeptanz in der Praxis zu erreichen. Deshalb wurden keine ‚Textbausteine‘ entwickelt, sondern Formulierungen aus täglichen praktischen Situationen verwendet.

## **Vorgehen**

Die Arbeitsgruppe, welche sich mit der Pflegedokumentation am ZPG beschäftigt, hat den FHP Katalog über acht Monate hinweg entwickelt. Die Gruppe aus Fachpflegenden und akademisierten Pflegekräften unterschiedlicher psychiatrischer Fachbereiche des ZPG haben die für ihren Bereich relevantesten Pflegediagnosen aus POP ausgewählt und aus ihrer Praxiserfahrung, sowie den in POP beschriebenen Inhalten, Formulierungen für die tägliche Pflegedokumentation entwickelt. Um den täglichen Verlauf abzubilden wurde ein Format erstellt, welches in einer Tabelle Formulierungen zum Ist-Zustand, zu Maßnahmen und deren Wirkung enthält. Die Ist-Zustände enthalten Formulierungen zum Verhalten, zur Aktivität, zur Kommunikation, zum Denken und zur Wahrnehmung des Patienten. Die Maßnahmen in der zweiten Spalte sind den Ist-Zuständen nicht linear zuzuordnen. Das heißt, dass der Ist-Zustand der ersten Zeile nicht ausschließlich mit der ersten Maßnahme verwendet werden darf. Die Maßnahmen sind demnach den Ist-

Zuständen frei zuzuordnen und gelten als beispielhafte Formulierungen. Gleiches gilt für die Wirkungen, welche sowohl positive als auch negative Auswirkungen der Maßnahmen beschreiben.

Die in der Arbeitsgruppe ausgewählten Formulierungen wurden dann in das erstellte Format eingearbeitet, mittels der POP Klassifikation geordnet und in einen umfassenden Katalog eingearbeitet.

## **Ergebnisse**

Der Katalog FHP umfasst auf insgesamt 120 Seiten 48 praxisrelevante Diagnosen aus POP. Die Klassifikationsnummern, sowie die Definitionen der Pflegediagnosen und die Namen der Domänen und Diagnosen wurden aus POP übernommen.

Die Arbeit mit dem FHP Katalog funktioniert nicht strikt nach der Pflegeplanungsdiagnose des Betroffenen. Das bedeutet, dass im FHP Katalog auch mit einer Diagnose gearbeitet werden kann, welche nicht die Diagnose der Pflegeplanung des Betroffenen ist. Beispielsweise können Patienten, mit der Pflegeplanungsdiagnose ‚Denkprozess, verändert‘ als Symptom ebenso Schlafprobleme haben, diese können aber in der täglichen Pflegedokumentation mittels FHP mit der Pflegediagnose ‚Schlafen, beeinträchtigt‘ abgedeckt werden.

Dieses System ermöglicht es, einerseits die ‚Hauptdiagnosen‘ mit ausführlichen Zustandsbeschreibungen zu nutzen, andererseits aber auch die symptomorientierten Diagnosen, zu verwenden. Somit können in der täglichen Pflegedokumentation umfassend alle Bereiche und Situationen mithilfe der FHP beschrieben werden.

## **Weiteres Vorgehen**

Um zu sehen wie die FHP in der Praxis angenommen werden, wird seit der Veröffentlichung im November 2018 ca. vierteljährlich mittels einer Reflexionswoche ein Fragebogen an alle Stationen ausgeteilt. In den Bereichen Format & Handhabung, Inhalt und Implementierung werden hier Pflegende

ausführlich befragt, um die FHP stets weiterentwickeln zu können. Bisherige Rückmeldungen sagen, dass das Format und die Handhabung in der Praxis sehr gut ankommen, der Inhalt und die Struktur ausreichend und nachvollziehbar sind. Der Katalog wird zunehmend in der Praxis genutzt und seit der Einführung der FHP hat sich die Dokumentation bei etwa der Hälfte der Mitarbeiter verändert und ist maßnahmen- und ressourcenorientierter geworden. Nach jeder Reflexionswoche findet ein Treffen der Arbeitsgruppe statt, um die Weiterentwicklung der FHP zu planen.

## **Literatur**

1. *Stefan, H., et al. (2013) POP Praxisorientierte Pflegediagnostik. Pflegediagnosen – Ziele – Maßnahmen. 2. Auflage. Springer, Wien.*

## **51. Psychotherapie, Psychopharmakologie und sonst nichts? - Über Möglichkeiten und Notwendigkeiten der psychiatrischen Pflege als „Taking Care - An Alternative To Therapy“ (D. Smail)**

*Jürgen Zink*

Psychiatrische Pflege scheint sich als historischen Moment ihrer Akademisierung eine psychiatrische Krise gewählt zu haben, deren Ausmaß in epidemiologischer, volkswirtschaftlicher aber auch in ethischer, politischer und kultureller Hinsicht noch kaum abzuschätzen ist. Der Anstieg diagnostizierter psychiatrischer Erkrankungen um fast 30% in den vergangenen 10 Jahren (36% bei den 18- bis 25-jährigen), der dazu führte, dass der Anteil von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose mittlerweile fast ein Drittel der Gesamtbevölkerung ausmacht, belegt diesbezüglich eine besorgniserregende Tendenz [1].

Gleichzeitig scheint die etablierte Psychiatrie, trotz massiver Zunahme von psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungen im selben Zeitraum, keine wirksamen Antworten auf die beschriebenen Probleme mehr bieten zu können.

In der Tat ist es vor diesem Hintergrund eher überraschend, mit welcher Hartnäckigkeit an der These, dass es sich bei psychischen Leiden um durch Stoffwechselstörungen bedingte Gehirnerkrankungen handele, die sich, entsprechend einer klaren diagnostischen Systematik differenziert und spezifisch psychopharmakologisch bzw. psychotherapeutisch behandeln lassen, festgehalten wird. Gerade die skizzierte Entwicklung legt alles andere als die Validität eines solchen, physiopathologischen Kausalitätsmodells nahe. Wie sollte ein solcher epidemiologischer Sprung, wie wir ihn derzeit erleben, mit einem solchen Modell auch erklärbar sein?

Eine fundamentale Kritik an solcher psychiatrischer Wissenschaft wurde, nach dem Aufkommen sozialpsychiatrischer Reformbewegungen im Vorfeld

und Nachklang der Psychiatrie Enquete 1975, bereits vor über 30 Jahren ausformuliert.

Entscheidender Aspekt dieser Kritik war der Angriff auf den naturwissenschaftlichen Ansatz der medizinischen Psychiatrie und die (Re-) Implementierung geistes- und sozialwissenschaftlicher Perspektiven. Der deutsche Sozialpsychiater Klaus Dörner sprach in diesem Zusammenhang auch von einer notwendigen "philosophischen Begründung" [2] psychiatrischen Handelns, das den reduktionistischen Wissenschaftsbegriff der medizinisch-naturwissenschaftlich geprägten Psychiatrie aufheben müsse:

Ins Innere gerichtet, stellte ein anthropologisch-philosophischer Blick den Krankheitswert psychischer Störungen generell in Frage. Entlang einer psychiatrischen Traditionslinie, die von Bleuler, über Kretschmer bis zu Benedetti reicht, wurden psychische Störungen nicht als zu heilende Krankheiten aufgefasst, sondern als die extremen Ausprägungen menschlicher Denk-, Wahrnehmungs-, Affekt- und Ausdrucksmöglichkeiten, als gewissermaßen „Radikalisierung unserer Menschlichkeit“ [3]. Dieser Perspektivwechsel hatte weitreichende Konsequenzen: Der vordem psychisch kranke und demnach behandlungs- und heilungsbedürftige „Patient“ wandelt sich vom Objekt naturwissenschaftlicher Wissenschaft und therapeutischer Praxis zum „anderen“ Subjekt, das die Krisenmomente und –situationen menschlicher Existenz erleidet.

Das bedeutet allerdings, dass das sowohl von Psychotherapie als auch von Psychiatrie konstruierte Modell einer wissenschaftlichen Beziehung zwischen einem Forscher und einem Beforschten, bzw. die therapeutische Beziehung zwischen einem Behandler und einem Behandelten aufgehoben wird. Es bleibt die Begegnung zweier Subjekte, die miteinander in eine Beziehung treten können, deren Verlauf, Funktion und Ausgestaltung gleichberechtigt ausgehandelt werden.

Aufs Äußere gerichtet, verschob ein soziologischer Blick das Störungsgeschehen vom menschlichen Gehirn und seiner defizitären Stoffwechsellage auf die Beziehungen des Menschen in seine Umwelt und in seinen Lebens-

raum. Die in der Soziologie mehr oder weniger als Selbstverständlichkeit etablierte Erkenntnis, dass es sich bei psychischen Störungen um „soziale Pathologien“ [4] handele, hält so nun auch in die psychiatrische Praxis Einzug.

Auch hier zeigt der Perspektivwechsel Konsequenzen in zweierlei Hinsicht: Zum einen kommt es durch die Verschiebung des Störungsgeschehens auf die Beziehungsebene zu einer deutlichen Entlastung des betroffenen Individuums, auf dem nun nicht mehr der gesamte Verantwortungs- und Veränderungsdruck bezüglich der Störung lastet. Die unmittelbare Beziehungsumgebung wie auch die gesellschaftlichen Strukturen werden so mit in die Verantwortung genommen.

Andererseits erfasst dieser Blick auf der anderen Seite der Beziehung auch in großer Deutlichkeit die Therapeutenseite und macht damit den bislang in psychiatrischer wie psychotherapeutischer Praxis eher unsichtbaren Behandler in seiner Rolle, in seinen gesellschaftlichen Funktionen, in seiner Art der Beziehungsgestaltung, auch innerhalb eines gesellschaftlichen Hierarchie- und Machtgefüges, sichtbar. Insofern wird gerade der soziologische Blick zum Ausgangspunkt einer dringend geforderten psychiatrischen Selbstkritik, aber auch zum Ausgangspunkt des kritischen Hinterfragens der gesellschaftlichen Bedingungen psychiatrischer Praxis.

Der so beschriebene Perspektivwechsel unter dem Motto einer philosophischen Begründung psychiatrischen Handelns impliziert also vor allem auch eine klare Gegenüberstellung der wissenschaftlichen Methoden:

Dem nomothetischen Ansatz der medizinischen Psychiatrie mit seiner Suche nach allgemeingültigen Gesetzen, mit seiner Objektivierung des zu behandelnden Menschen, seinen abstrahierenden Krankheitsmodellen, diagnostischen Systematiken, reduktionistischen Defizitorientierungen und interessengeleiteten Normsetzungen, wird als Alternative ein eher idiographisch orientierter Ansatz geisteswissenschaftlicher Methoden gegenübergestellt:

Werturteilsfreie phänomenologische Beschreibungen von einzigartigen Menschen in all ihrer Vielfalt, hermeneutische Einbettung sämtlicher Le-

bensäußerungen in biographische wie gesellschaftliche Geschichte, dialektische Synthetisierung widersprüchlicher Anteile (beispielsweise von krank-gesund, normal-unnormal etc.) und ein kritischer Ansatz, der stets die historischen wie gesellschaftlichen Bedingungen psychiatrischen Wissens und Handelns hinterfragt und der die Emanzipation eines behandelten Objekts zum handelnden Subjekt befördert.

Es dauert allerdings fast 30 Jahre und ein psychopharmakologisches „Wirtschaftswunder“ lang, bis Stefan Weinmann als leitender Oberarzt der Psychiatrie an der Berliner Klinik am Urban, sozusagen aus dem Inneren des Systems und im Angesicht der am Beginn dieses Vortrages beschriebenen psychiatrischen Krise, eine erschütternde und desaströse Bilanz des bis heute andauernden Psychopharmaka-Booms und des damit verstrickten psychiatrischen Denkens und Handelns ziehen kann und nun wieder dringend auf den sozialpsychiatrischen Reformgeist verweist [5]. Ganz explizit bringt er Klaus Dörner und damit dessen „philosophische Begründung“ wieder ins Spiel.

In England wird, hauptsächlich durch Veröffentlichungen des populären Kulturwissenschaftlers Mark Fisher, der sozialpsychiatrisch orientierte Psychologe David Smail wiederentdeckt, der bereits in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts einen dezidiert nicht-therapeutischen Ansatz psychiatrischen Handelns entwickelt [6].

Vor dem Hintergrund seiner Überzeugung, dass die Ursachen psychischer Störungen in den gesellschaftlichen Realitäten und in den Schäden, die sich Menschen im Rahmen dieser Realitäten gegenseitig zufügen, zu finden seien, sieht er die auf die Defizite des Einzelnen und auf dessen Veränderungspotentiale fokussierenden psychiatrischen wie psychotherapeutischen Therapien als denkbar ungeeignete Strategien zur Lösung der Probleme an.

Dem entgegen setzt er einen - noch nicht umfassend konkretisierten - Ansatz eines „Taking Care“ als Haltung eines umeinander sich Kümmerns, eines sich Zuwendens, eines Bedingungen eher als Menschen Veränderens, eines Ermutigens, eines gemeinsamen Handelns. eines gemeinsamen Aufdeckens

und Veränderns von gewalttätigen Machthierarchien und ausbeuterischer Praxis in all unseren Beziehungen, ob zwischen Eltern und Kindern, in Partnerschaften, in Arbeits- oder institutionalisierten Beziehungen.

Wesentliches und zentrales „Therapeutikum“ bliebe in Dörners wie in Smails Ansatz eine produktive, tragfähige, klar vereinbarte und möglichst gleichberechtigte Beziehung zwischen Individuen, die eher aneinander als voneinander lernen.

Könnte - und damit möchte ich hier die zentrale Frage meines Vortrages stellen - mit solcher Haltung, wissenschaftlich gestützt durch eine anthropologisch-philosophische Begründung, wie sie oben in aller Kürze angerissen wurde, der Ort und genuine Forschungs- und Handlungsspielraum einer neuen, sich akademisierenden psychiatrischen Pflege zu finden sein?

Die 2019 überarbeitete, von der DGPPN herausgegebene „S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“, die nochmals in aller Deutlichkeit die dringende Notwendigkeit und Vorrangigkeit psychosozialer Interventionen bei psychischen Erkrankungen betont, stellt gewissermaßen eine Steilvorlage für eine sich in solche Richtung orientierende psychiatrische Pflege dar.

Es wäre meiner Meinung nach sehr schade, wenn die psychiatrische Pflege, gerade auch in ihrem aktuellen Akademisierungsprozess, sich eine solche Chance entgehen lassen würde.

## Literatur

1. Vgl. Barmer Arztreport 2018. [www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports/arztberichte/barmer-arztreport-2018-144304](http://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports/arztberichte/barmer-arztreport-2018-144304) (Zugriff am 06.06.2019)
2. Dörner, Klaus: „Die Wiedergeburt der Psychiatrie aus der Philosophie in Sartres Flaubert und die Kritik an Sartre daraus.“ In: König, Traugott (Hg.): „Sartres Flaubert lesen. Essays zu der Idiot der Familie.“ Reinbek, 1980. S. 60 - 83.
3. Moldzio, Andrea: „Philosophie der Psychosen - vom Symptom zum Phänomen.“ In: Bock, Thomas / Dörner, Klaus / Naber, Dieter (Hg.): „Anstöße - Zu einer anthropologischen Psychiatrie.“ S. 74.



4. Ehrenberg, Alain: *„Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart.“* Frankfurt a. M., 2004 (Neuausgabe 2015), S. 9.
5. Weinmann, Stefan: *„Die Vermessung der Psychiatrie. Täuschung und Selbsttäuschung eines Fachgebiets.“* Köln, 2019.
6. Smail, David: *„Taking Care. An Alternative To Therapy.“* London, 1987.

## **52. Gemeinsam an Wünschen und Zielen arbeiten: Strategien und Techniken zur personenzentrierten Zielformulierung (Abstract)**

*Gianfranco Zuaboni*

### **Hintergrund**

Eine psychische Erkrankung erfordert von den betroffenen Personen sich mit Themen der Gesundheit / Krankheit und deren Folgen auseinanderzusetzen. Dabei werden eigene Verhaltensweisen reflektiert und gegebenenfalls angepasst. Verhaltensweisen und Gewohnheiten anzupassen stellt grundsätzlich eine grosse Herausforderung dar. In diesem Zusammenhang ist die Überzeugung verbreitet, dass positiv formulierte Zielsetzungen sich entsprechend auf die Verhaltensänderung auswirken. Hat man sich ein Ziel gesetzt, kann das eine positive Dynamik bewirken, vergleichbar mit einem Gummiband, das zwischen der Person und dem zukünftigen Ziel gespannt ist und sie in die entsprechende Richtung zieht. Doch reicht es aus, seine Ziele und Wünsche optimistisch und zuversichtlich zu beschreiben, um diese zu erreichen?

### **Problemstellungen**

Die recovery-orientierte Ausrichtung von psychiatrischen Dienstleistungen ist eine Strategie, um die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen den Fachpersonen und den Patientinnen und Patienten zu fördern [1]. Zentrale Werte dabei sind erweiterte Formen der selbstbestimmten Partizipation und der Selbstfürsorge [2].

Auch zeichnet sich die recovery-orientierte Arbeitsweise dadurch aus, dass die von den Patientinnen und Patienten festgelegten Recovery-Ziele unterstützt werden [3]. Um individuelle und persönliche Wünsche und Ziele festzulegen und zu beschreiben ist es unabdingbar, dass Fachpersonen in der Lage sein müssen, mittels Techniken und Instrumente diesen Prozess zu unterstützen.

## **Ziele**

Im Vortrag werden verschiedene Techniken und Vorgehensweisen zur Unterstützung bei der Zielformulierung vorgestellt.

Vorgehen:

Nicht selten begegnen Pflegefachpersonen in der Praxis Menschen, die keine Aussagen zu Wünschen und Zielen für den Zeitraum des Klinikaufenthaltes und darüber hinaus machen können. Was ist zu tun, respektive wie kann man mit betroffenen Personen ins Gespräch kommen?

Sobald Ziele und Wünsche genannt werden können, ist es wichtig, diese möglichst klar zu formulieren. Neben den in der psychiatrischen Pflege bekannten und etablierten Techniken (SMART, RUMBA & GAS) wird die WOOP-Strategie [4] vorgestellt. Diese mentale Strategie aus dem Fachbereich der positiven Psychologie, ist evidenzbasiert und wird in unterschiedlichen Bereichen verwendet. Unterstützt wird die praktische Anwendung mittels einer kostenlosen App.

## **Ergebnisse/Erfahrungen**

Grundsätzlich ist die systematische Zielformulierung einfach vermittelbar, die Anwendung/Umsetzung benötigt aber Übung. Patientinnen und Patienten können bei der Formulierung ihrer Ziele von Pflegefachpersonen unterstützt werden. Doch nur die Formulierung positiver Ziele würde zu kurz greifen. Bei der Zielerreichung ist die Auseinandersetzung mit möglichen Hindernissen und Herausforderung notwendig.

## **Schlussfolgerungen**

Mittels einer systematischen Zielformulierung können Patientinnen und Patienten entscheidend dabei unterstützt werden, Verhaltensweisen zu verändern.

## Literatur

1. Zuaboni, G., Ventling, S., & Schulz, M. (2014). Das Recovery Konzept in der Psychiatrie - Implikationen für Case Management. *Case Management*, 4, 189-194.
2. McKenna, B., Furness, T., Dhital, D., Ennis, G., Houghton, J., Lupson, C., & Toomey, N. (2014). Recovery-oriented care in acute inpatient mental health settings: an exploratory study. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(7), 526-532.
3. Shepherd, G., Boardman, J., Rinaldi, M., & Roberts, G. (2014). ImROC 8 . Supporting recovery in mental health services: Quality and Outcomes. London: Centre of Mental Health.
4. <http://woopmylife.org/home-de/Standardtext>, bitte alles einfach überschreiben.

## **53. Bildungskommission der Südhalde – Gemeinsame Bildungsaktivitäten fünf psychiatrischer Kliniken in der Schweiz (Abstract)**

*Gianfranco Zuaboni, Anja Arnold, Jürg Dinkel, Martin Weyer*

### **Hintergrund**

Der Verein Südhalde wurde im Jahre 1959 von mehreren psychiatrischen Kliniken in der deutschsprachigen Schweiz gegründet, um die Ausbildung der psychiatrischen Pflegefachpersonen sicherzustellen. Nach der Schliessung der Schule im Jahre 2009 wurde der Vereinszweck geändert. Neue Vereinsaufgabe ist nun primär die Förderung der Behandlung und Betreuung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung, respektive psychischen Behinderung. Zu diesem Zweck verpflichtet sich der Verein dazu, in den von den Vereinsmitgliedern geführten psychiatrischen Kliniken (Clenia Schlössli, Clenia Littenheid, Psychiatrische Klinik Zugersee, Privatklinik Hohenegg und Sanatorium Kilchberg) Bildungsaktivitäten für das Pflege- und Fachpersonal zu unterstützen und durchzuführen. Um dies sicherzustellen wurde u.a. die Bildungskommission (BiKo), mit Vertretungen aller Vereinskliniken, gebildet. Im Vortrag werden die realisierten Projekte und Aktivitäten vorgestellt.

### **Problemstellungen / Herausforderungen**

Der Weiterbildungsbedarf wurde durch jede einzelne Klinik erfasst und in der BiKo gemeinsame Themen festgelegt. Eine zentrale Herausforderung war die Art und Weise der Durchführung der Bildungsaktivitäten festzulegen.

### **Ziele**

Die Absicht der BiKo ist es Weiterbildungsangebote gemäss dem Bedarf der Kliniken zu erstellen, wobei die Durchführung dezentral und zeitlich flexibel erfolgen muss.

## **Vorgehen**

Als erstes Produkt wurde eine internetbasierte Lernplattform eingerichtet („OpenOlat“). Darauf haben alle Mitarbeitende der einzelnen Kliniken zu jeder Zeit und auch ausserhalb der Kliniken Zugriff. Die Plattform kann von den einzelnen Kliniken spezifisch genutzt werden.

Die BiKo einigte sich zwei Fachthemen zu bearbeiten. Gemeinsam mit Software-Entwicklern und Fachexperten wurden zwei Schulungsprogramme für die Plattform erstellt; zur Schulung von Psychopharmaka-Therapien und der Kommunikationstechnik „Motivierende Gesprächsführung“.

## **Ergebnisse/Erfahrungen**

Die OpenOlat-Plattform wurde durch die einzelnen Kliniken sehr unterschiedlich angenommen. Einzelne Kliniken nutzen die Möglichkeit, jegliche Bildungsaktivitäten für die Fort- Weiter- und Ausbildungen mittels der Plattform zu unterstützen.

Die Schulungsangebote „Psychopharmaka-Therapien“ und „Motivierende Gesprächsführung“ sind hilfreiche Ergänzungen zu den herkömmlichen Formen der Wissensvermittlungen. Die Implementierung der Angebote in die bestehenden Weiterbildungsstrukturen der einzelnen Kliniken benötigt aber zusätzliche Massnahmen. So muss durch die Kliniken u.a. festgelegt werden, in welcher Form die Bearbeitung der Schulungsangebote durch die Mitarbeitenden zu planen ist.

## **Schlussfolgerungen**

Dass psychiatrische Kliniken sich zusammen tun, um den übergeordneten Bedarf von Weiterbildungsaktivitäten gemeinsam zu bearbeiten und Synergien zu nutzen, scheint eine sinnvolle und gewinnbringende Vorgehensweise zu sein. Sobald internetbasierte Schulungsangebote erstellt sind, haben sie den Vorteil, von vielen Personen, sehr flexibel in Zeit und Ort genutzt werden zu können. Da jedoch diese Art und Weise der Wissensvermittlung eine

neue Herangehensweise darstellt, müssen von Seiten der Kliniken die entsprechenden Rahmenbedingungen gestaltet werden.

# Symposien

*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.*

*Wenn für Vorträge, Workshops oder Poster von den Autorinnen und Autoren kein zusätzlicher Beitrag für den Kongressband verfasst wurde, wird der beim Call für Abstracts eingereichte Bewerbungs-Abstract abgedruckt (erkennbar am in Klammer stehenden Wort „Abstract“ nach dem Titel)*



## 54. PPP: Psychose-Psychotherapie durch Pflegefachpersonen

*Christian Burr, Evgenia Zraychikova, Karsten Gensheimer, Ursina Zehnder*

### Übergeordneter Hintergrund

Psychotherapie hat in der Psychiatrie eine lange Tradition. Vermutlich wurde auch durch die auf Kraepplin zurückgehende triadische Einteilung psychischer Erkrankungen lange postuliert, dass Psychotherapie bei Menschen mit einer Diagnose Psychose oder Schizophrenie nicht indiziert sei. Dies, da Psychosen und Schizophrenie zu den endogenen Erkrankungen gezählt wurden, bei denen man davon ausging, dass sie biologisch (erblich oder körperlich) bedingt sind und somit nicht durch Psychotherapie beeinflusst werden können [1]. Dennoch gibt es seit drei Jahrzehnten gut untersuchte psychotherapeutische Ansätze bei Menschen mit Psychosen. Dazu zählen vor allem psychoedukative Gruppen und Einzelprogramme [2] aber auch Fertigkeitstrainings zum Aufbau von fehlenden Kompetenzen (soziale, kognitive usw.) [3]. Seit der Jahrhundertwende gewannen auch kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen (KVT), speziell für Menschen mit Wahnerleben und Stimmen, an Bedeutung [4, 5] sowie auch Programme, die den oft beobachteten sozialen Rückzug rezipieren [6-8]. Diese Erkenntnisse konnten sich schliesslich durchsetzen, so dass Psychotherapie auch bei Menschen mit Psychosen und Schizophrenie als indiziert gilt. So empfiehlt auch die aktuelle Behandlungsleitlinie Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) [9] Psychotherapie bei Menschen mit der Diagnose Schizophrenie.

Insgesamt scheinen die Programme aber immer noch stark auf ein eher medizinisches Verständnis von Erkrankung zu beruhen und berücksichtigen subjektive Erklärungsmodelle [10] und das persönliche Verständnis von Genesung im Sinne des Konzeptes „personal Recovery“ noch wenig [11], auch wenn Recovery in den relevanten Behandlungsleitlinien als Schirmkonzept für psychiatrische Dienstleistungen gefordert wird [12, 13]

Recovery wird dabei als ein aktiver, individueller und ergebnisoffener Genesungsprozess beschrieben ([6]. Dabei sind wichtige Kernelemente von Recovery-orientierten psychiatrischen Dienstleistungen Hoffnung, Personenorientierung, Selbstbestimmung und Wahlfreiheit [14].

Weiter bestehen in der psychiatrischen Versorgung grosse Hürden, dass solche Programme auch wirklich bei den betroffenen Personen ankommen (siehe Übersicht bei Wabnitz et al. [15]). Gründe dafür sind u.a. ein Mangel an Psychotherapeuten sowie fehlende oder unpassende Angebote, die die Betroffenen unterstützen sollen, die Interventionen in ihrem Alltag umzusetzen. Diese Lücke wurde in den angelsächsischen Ländern schon länger erkannt und u.a. mit der Ausbildung neuer, spezialisierter Fachkräfte, dem Einsatz alternativer Methoden oder auch Peer-Support entgegengewirkt [15]. Dies zeigt sich auch darin, dass Psychotherapie durch Gesundheitsfachpersonen wie die Pflege i.d.R. unter Supervision eines erfahrenen Therapeuten mittlerweile etabliert und in den entsprechenden nationalen Leitlinien auch benannt sind [13] - auch wenn die rechtlichen Grundlagen im Vergleich mit dem deutschsprachigen Europa differieren [16].

Im deutschen Sprachraum besteht diesbezüglich also noch Nachholbedarf. Erste interprofessionelle Initiativen sich diesem Thema auf Curricularer- sowie Versorgungsebene anzunehmen [16], deuten einen ersten Wandel an. Dennoch ist es wichtig auch zu betonen, dass sich zumindest in der Schweiz und Deutschland in den letzten Jahren eine oft gut funktionierende, partizipative, interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen der Pflege und psychologischen und auch anderen Therapeuten bei der Durchführung von psychoedukativen aber auch -therapeutischen Gruppenangeboten entwickelt und etabliert hat. Angebote im Einzelsetting wie beispielsweise die Adherence-Therapie [17] bilden dabei die Ausnahme. Zudem bestehen bei Pflegenden insgesamt Unsicherheiten bei der Anwendung von therapeutischen Massnahmen [18].

## **Ziel**

Das Ziel dieses Beitrags ist drei verschiedene, Recovery orientierte, psychotherapeutische Interventionen im Bereich Psychose resp. bezüglich in diesem Krankheitsspektrum häufig auftretenden Phänomenen, wie das Stimmenhören und der soziale Rückzug, unter Berücksichtigung der Pflege als „intervenierende“ Berufsgruppe vorzustellen. Dabei handelt es sich um neu ins Deutsche übersetzte Arbeitsmaterialien zur Durchführung von Recovery-orientierter Psychoedukation bei jungen Menschen im frühen Verlauf einer psychotischen Erkrankung (1), um ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Angebot für Menschen die sich sozial stark zurückgesogen haben, um wieder aktiver zu werden (2) sowie um die erfahrungsfokussierte Beratung für Menschen die Stimmenhören (3). Zum Schluss werden die verschiedenen Interventionen mit dem Fokus auf die beschriebenen Lücken und deren Entwicklungsmöglichkeiten im Rahmen der Übernahme durch Pflegefachpersonen diskutiert.

## **„Sprich über die Psychose“ – Recovery-orientierte Psychoedukation bei jungen Menschen im frühen Verlauf einer psychotischen Erkrankung**

### ***Problemstellung***

Schon während, aber vor allem nach dem Abklingen der ersten Phase der Psychose, ist eine Aufarbeitung des Erlebten und die Vermittlung von Informationen von grosser Wichtigkeit für die Zukunft dieser jungen Menschen. Die dabei oft im Fokus stehende Psychoedukation soll umfassende Informationen über psychische Krankheiten sowie deren Behandlung vermitteln und die Menschen dabei unterstützen, ihre Krankheit zu überwinden oder besser bewältigen zu können. Bisher zur Verfügung stehende Materialien sind häufig eher paternalistisch und pessimistisch ausgerichtet [19], subjektive Erklärungsmodelle werden kaum berücksichtigt [10] und lassen eine Recovery-Orientierung vermissen [20]. Fachpersonen aus Lausanne (französischsprachiger Teil der Schweiz) entwickelten ein psychoedukatives Programm

für junge Menschen mit einer Psychose, das die subjektiven Perspektiven sowie das Thema Recovery integriert [21]. Klinische Erfahrungen aus Lausanne zeigten, dass das Programm die Bedürfnisse der Betroffenen im stationären sowie im ambulanten Setting erfüllt.

### ***Das Projekt***

Im Rahmen eines Kooperationsprojektes zweier Universitätskliniken in der Schweiz wurden die Arbeitsmaterialien für das Programm ins Deutsche übersetzt, sowie von drei Expertinnen aus Erfahrung bezüglich Recovery-Orientierung und zwei Pflegeexpertinnen sowie ein Facharzt hinsichtlich der neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse kritisch kontrolliert und kommentiert. Die Endfassung liegt mittlerweile gedruckt vor.

### ***Die Arbeitsmaterialien***

Das Programm [22] besteht aus vier Modulen zu den folgenden Inhalten: (1) Die Psychose und ihre Symptome, (2) Cannabis und Psychose, (3) Psychose und Medikation, (4) Psychose und Recovery. Die Arbeitsmaterialien jedes Moduls beinhalten ein Set aus 9-11 Karten, die ein Thema in Form einer Fallbeschreibung und einem dazu passenden Cartoon aufgreifen. In der Gruppenarbeit wird jeweils mit den Karten eines Themas gearbeitet. Die Teilnehmenden können sich eine aussuchen und die Inhalte sowie allenfalls ihre eigenen Erfahrungen dazu vorstellen und auch Fragen stellen. Die Materialien können aber auch im Einzelsetting genutzt werden.

### ***Evaluation***

Der Einsatz der Arbeitsmaterialien wird zurzeit evaluiert. Ergebnisse liegen zurzeit noch keine vor.

## **Verhaltensaktivierung bei Menschen mit affektiven Besonderheiten in der ambulanten psychiatrischen Pflege**

### ***Problemstellung***

Low-Intensity-gestützte Interventionen sind, in Abgrenzung zu den üblicherweise verwendeten hochintensiven Behandlungen, kürzer dauernde therapeutische Interventionen, die wesentlich weniger Therapiezeit benötigen. Ferner wurden sie entwickelt, um von Gesundheitsfachpersonen (vor allem im Setting der ambulanten psychiatrischen Pflege), nach kurzem Training und mit der laufenden Unterstützung durchgeführt werden zu können [23, 24]. Erste Studien weisen bei Menschen mit Diagnosen im Bereich Psychose und Depression auf eine gute Wirksamkeit bezüglich Verbesserung der depressiven Symptomatik, des Aktivitätsniveaus sowie von Bewältigungsstilen hin [25, 26]. Darüber hinaus war die Zufriedenheit sowohl bei den Mitarbeitern als auch bei den Teilnehmern hoch (Waller et al., 2013). Dennoch sind weitere Studien nötig um die Ergebnisse zu bestätigen oder zu erweitern [25].

### ***LI-KVT im aufsuchenden Setting***

Verhaltensaktivierung (VA) ist geradezu die klassische Methode der KVT, um Menschen, die vor allem durch Symptome wie sozialer Rückzug, Interessenverlust, Inaktivität bzw. Hoffnungslosigkeit beeinträchtigt sind, Erleichterung bei der Bewältigung ihres Alltags darzulegen. Die Intervention ist dabei sowohl leicht vermittel- als auch leicht lernbar. Durch einen strukturierten Einsatz von VA können Bedingungen und Konsequenzen identifiziert werden, die verfestigte, dysfunktionale Verhaltensmuster auslösen. Darauf aufbauend sollen dysfunktionale Verhaltensweisen durch potentiell belohnende Aktivitäten ersetzt werden. Die Inhalte der VA setzen sich aus psychoedukativen Anteilen, dem Aktivitätsmonitoring und dem aktiven Umgang mit Grübelgedanken zusammen. Weiter werden Strategien im Umgang mit aktiver Problemlösung und Vermeidungsverhalten bearbeitet. Ein weiterer Aspekt ist die Reflektion bzw. der potentielle Aufbau sozialer

Netzwerke sowie die Planung von Maßnahmen zur Vorbeugung von Rückfällen.

### ***Der Studienplan***

Im Rahmen einer Studie soll nun untersucht werden, ob Mitarbeiter im aufsuchenden psychiatrischen Setting mit Hilfe einer kurzen, strukturierten KVT-basierten Therapieintervention Menschen mit Psychose Erfahrung, ängstlicher Vermeidung oder Depressionen unterstützen können, wieder aktiver zu werden und auf ihre persönliche Recovery Ziele hinarbeiten. Perspektivisch können die Inhalte in Curriculae von Fort- und Weiterbildungsangeboten mit eingebunden werden.

## **Erfahrungsfokussierte Beratung bei Menschen die Stimmenhören**

### ***Problemstellung***

Psychotherapeutische Interventionen zielen im Bereich Stimmenhören vor allem auf das Beseitigen der Symptomatik oder, falls diese bestehen bleiben, die Etablierung eines guten Umgangs mit den Symptomen ab und haben eher tiefe bis moderate Effekte [27]. Neuere Erkenntnisse aus der Forschung, aber auch Erfahrungen und Forderungen aus der Recovery und Stimmenhörbewegung (Hearing Voices Movement, HVM), zeigen nun , dass oft nicht die Stimmen an sich, sondern eher der Umgang mit ihnen sowie auch das Verstehen der Stimmen für die Genesung wichtig sind (siehe Übersicht in Schnackenberg and Burr [28], S. 21). Im Pflegealltag in der Psychiatrie scheint dieses Wissen an vielen Orten noch nicht präsent und es findet kaum Austausch mit den Betroffenen über die Stimmen statt. Die Erfahrungsfokussierte Beratung (EFC) [29] könnte dabei eine Unterstützung sein.

### ***Die erfahrungsfokussierte Beratung***

EFC beruht auf den Erfahrungen vieler Stimmenhörenden und hat zum Ziel, den persönlichen Recoveryprozess bezüglich den Stimmen bestmöglich zu unterstützen, indem das Leiden durch die Stimmen verringert, die Rückgewinnung der Kontrolle über die Stimmen etabliert und ein individuelles

Verständnis bezüglich der Stimmen entwickelt wird. EFC besteht aus drei Teilen:

- Maastrichter Interview: Erfahrungen bezüglich des Stimmenhörens werden mit Hilfe eines Fragebogens im lebensweltlichen Kontext ausgekundschaftet.
- Maastrichter Stimmenbericht: Aus dem Interview entsteht der Stimmenbericht. Er soll die Stimmenhörgeschichte der Person wiedergeben.
- Maastrichter Konstrukt: Aufgrund der Erkenntnisse aus dem Bericht wird von der stimmenhörenden und der beratenden Person ein Konstrukt erstellt, in welchem geklärt wird, wen oder was die Stimmen im Lebenskontext der stimmenhörenden Person repräsentieren und welche Fragen, Probleme oder kritischen Situationen damit verbunden sind.

Parallel dazu werden neue Strategien im Umgang mit den Stimmen gesucht, entwickelt und ausprobiert. Eine EFC-Weiterbildung umfasst 6 Tage und 3 Tage Supervision [30].

### **Ergebnisse / Erfahrungen**

In der Uniklinik in Bern werden seit vier Jahren Fachpersonen in diesem Ansatz geschult. In einzelnen Fällen wird EFC-Beratung strukturiert in der Einzelarbeit angeboten, häufiger aber fließt das Gelernte im Pflegealltag ein, da wo es die Situation erfordert. Eine strukturierte Einführung innerhalb der Organisation ist nötig und geplant. Erste Studien zeigen erfreuliche Ergebnisse bezüglich Wirksamkeit [31, 32].

### **Diskussion**

Die in diesem Beitrag vorgestellten Interventionen zeigen auf, dass es verschiedene Möglichkeiten gibt, wie der Zugang von Menschen mit psychischen Erkrankungen wie Psychosen oder Depressionen und den damit einhergehenden Problemen im Alltag zu „therapeutischen“ Interventionen verbessert werden kann. Gerade die Pflege als Gesundheitsfachpersonen, die sehr nahe am Alltag mit den entsprechenden Menschen zusammenar-

beiten, scheinen dabei eine wichtige Rolle einnehmen zu können. Erste Studien zeigen eine gute Wirksamkeit [31, 32]

Zudem geben die aufgeführten Interventionen auch Hinweise, wie es gelingen kann, zentrale Aspekte von Recovery wie eigene Ziele verfolgen, aber auch Hoffnung und Zuversicht oder Selbstbestimmung und Wahlfreiheit einerseits als Thema aber auch konkret bei der Umsetzung der Intervention zu fördern. Dies indem beispielsweise bei SüP die Teilnehmenden selber bestimmen können, welche Themen für sie zurzeit relevant sind und sie besprechen wollen oder sie die Möglichkeit erhalten, ihre eigenen Erfahrungen und Wünsche aber auch Vorstellungen von Krank- und Gesundsein mit anderen Teilnehmenden oder der Gruppenleitung zu diskutieren.

Für die Zukunft scheint es wichtig, dass Initiativen vor allem in die Richtung zielen, in der Aus- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen in der Psychiatrie psychotherapeutische Interventionen zum Standard werden zu lassen aber auch Strukturen und Gesetze so anzupassen, dass sie für Pflegenden bei der Durchführung solcher Interventionen keine Hürden mehr darstellen. Zudem sollte sich Pflegeforschung, wie beispielsweise auch die *Swiss Research Agenda for Nursing* (SRAN) [33] fordert, mehr dem Thema Forschung und Evaluation von Interventionen widmen.

## Literatur

1. Lincoln, T.M. and S. Moritz, *Psychotherapie bei Schizophrenie: Was geht? Verhaltenstherapie*, 2017. 27: p. 1-2.
2. Pitschel-Walz, G. and J. Bäuml, *Psychoedukation für Patienten und Angehörige: Eine psychotherapeutische Basisbehandlung bei schizophrenen Psychosen. Verhaltenstherapie*, 2017. 27(3): p. 190-197.
3. Mueller, D.R., et al., *Does Integrated Neurocognitive Therapy (INT) reduce severe negative symptoms in schizophrenia outpatients? Schizophrenia Research*, 2017. 188: p. 92-97.
4. Klingberg, S., et al., *Kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung von Patienten mit persistierenden psychotischen Symptomen. Manual*. 2009, Karl Eberhard Universität: Tübingen.



5. Moritz, S., et al., *MKT+. Metkognitives Therapieprogram für Menschen mit Psychose*. 2011, Berlin-Heidelberg: Springer.
6. 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.
7. Waller, H., et al., *The effects of a brief CBT intervention, delivered by frontline mental health staff, to promote recovery in people with psychosis and comorbid anxiety or depression (the GOALS study): study protocol for a randomized controlled trial*. *Trials*, 2014. 15: p. 255-255.
8. Waller, H., et al., *Training Frontline Mental Health Staff to Deliver "Low Intensity" Psychological Therapy for Psychosis: A Qualitative Analysis of Therapist and Service User Views on the Therapy and its Future Implementation*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2015. 43(3): p. 298-313.
9. *Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung, 2019 (Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019)*. 2019.
10. Schmidt, F., *Nutzen und Risiken psychoedukativer Interventionen für die Krankheitsbewältigung bei schizophrenen Erkrankungen*. *Forschung für die Praxis - Hochschulschriften*. Vol. 1. 2012, Köln: Psychiatrie Verlag.
11. Lysaker, P.H., et al., *Psychotherapy and recovery from schizophrenia: A review of potential applications and need for future study*. *Psychological services*, 2010. 7(2): p. 75-91.
12. *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Kurzfassung der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. 2019, Springer: Berlin, Heidelberg.
13. *National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management (CG178)*. 2014: *The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists*.
14. Farkas, M., *The vision of recovery today: what it is and what it means for services*. *World Psychiatry*, 2007. 6: p. 68-74.
15. Wabnitz, P., et al., *Low-Intensity Cognitive Behavioral Therapy (LI-CBT) – Eine Einführung in Konzepte und Rahmenbedingungen*. *Psychother Psych Med*, 2017. 67(08): p. 362-368.

16. Wabnitz, P., et al., *Perspektiven und Chancen für pflegerisch-psychotherapeutische Interventionen in der stationären psychiatrischen Behandlung*. *Psychiat Prax*, 2019. 46(03): p. 156-161.
17. Schulz, M., et al., *Adherence therapy following an acute episode of schizophrenia: A multi-centre randomised controlled trial*. *Schizophrenia Research*, 2013. 146(1–3): p. 59-63.
18. Anderl-Doliwa, B., *Kompetenzprofile psychiatrisch Pflegender in ambulanten und aufsuchenden Settings*. 2017.
19. Bock, T. and K. Heumann, *Psychoedukation ist ein überholtes paternalistisches Konzept – Pro*. *Psychiatrische Praxis*, 2015. 42: p. 296–297.
20. Ikehata, H., et al., *Recovery-Orientierung in der Psychoedukation – zwei Versuche einer Umsetzung (Implementing Recovery-Orientation in Psychoeducation – An Attempt)*. *Psychiatrische Praxis*. 42(6): p. 320-327.
21. Favrod, J., et al., *A psychoeducation tool for patients with first-episode psychosis*. *Acta Neuropsychiatrica*, 2011. 23(2): p. 75-77.
22. Conus, P., et al., *Sprich über die Psychose: Material für die Gruppenarbeit mit jungen Menschen mit Psychoseerfahrung (Deutsche Übersetzung von: Les brochures du programme TIPP)*, ed. U. Zehnder and C. Burr. 2019, Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste UPD.
23. Richards, D.A., et al., *Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial*. *The Lancet*, 2016. 388(10047): p. 871-880.
24. Hoyer, J. and D. Vogel, *Verhaltensaktivierung. Techniken der Verhaltenstherapie*. 2018, Basel Beltz. Weinheim.
25. Rijnders, P., et al., *A guided self-help intervention in primary care to improve coping and mental health: An observational study*. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 2016. 4(2): p. 281.
26. Waller, H., et al., *Low intensity cognitive behavioural therapy for psychosis: A pilot study*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2013. 44(1): p. 98-104.
27. van der Gaag, M., L.R. Valmaggia, and F. Smit, *The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: A meta-analysis*. *Schizophrenia Research*, 2014. 156(1): p. 30-37.

28. Schnackenberg, J.K. and C. Burr, *Stimmenhören und Recovery. better care*, ed. M. Grieser, M. Schulz, and G. Zuaboni. 2017, Köln: Psychiatrie Verlag.
29. Romme, M. and S. Escher, *Stimmenhören verstehen. Der Leitfaden zur Arbeit mit Stimmenhörern*. 2013, Köln: Psychiatrie Verlag.
30. Schnackenberg, J. *efc Institut. Stimmenhören verstehen*. 2013 [cited 2013 12. Januar]; Available from: [http://www.efc-institut.de/index.php?article\\_id=21&clang=0](http://www.efc-institut.de/index.php?article_id=21&clang=0).
31. Schnackenberg, J., M. Fleming, and C.R. Martin, *A randomised controlled pilot study of Experience Focused Counselling with voice hearers. Psychosis*, 2016: p. 1-13.
32. Steel, C., et al., *Making Sense of Voices: a case series. Psychosis*, 2019. 11(1): p. 3-15.
33. Imhof, L., et al. *Agenda für die Pflegeforschung in der Schweiz 2007 - 2017. Swiss Research Agenda for Nursing (SRAN)*. 2007.

## **55. Grundlagen und Rahmenbedingungen der Stationsäquivalenten Behandlung (StäB) in Deutschland unter Einbezug einer Perspektive der Nutzenden**

*Anna Feldmann, Johannes Kirchhoff, Birgit Hahn*

### **Hintergrund**

Seit Beginn des Jahres 2018 können psychiatrische Kliniken mit Versorgungsverpflichtung in Deutschland die sogenannte Stationsäquivalente Behandlung (StäB) für Menschen in akuten psychischen Krankheitssituationen anbieten. Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) soll die Situation psychiatrischer Behandlungen verbessern und durch Einbezug des gewohnten Lebensumfelds der Betroffenen auch für schwer psychisch erkrankte Menschen eine verbesserte Behandlungsoption darstellen. Voraussetzung dazu ist eine Indikation zur stationären psychiatrischen Behandlung [1].

Da die Versorgungsform der StäB noch sehr jung ist, liegen in Deutschland bisher nur wenige Erfahrungen und Outcomes vor. Die Datenlage beschränkt sich bislang auf wenige Modellerprobungen und zeigt Überschneidungen mit der schon länger genutzten Versorgungsform des Home Treatments [2]. Ziel der neuen Behandlungsform ist die Förderung einer personenzentrierten, sektorenübergreifenden Behandlung innerhalb des psychiatrischen Behandlungssystems [3] und bedingt damit eine gute Kooperation aller Leistungserbringer in der Flächenversorgung einer Region als auch am einzelnen Patienten [4]. Betroffene als auch Experten aus Erfahrung in die Gestaltung und Evaluation der Versorgung und Behandlung einzubeziehen, ist dabei von großer Bedeutung und wird von Betroffenenverbänden ausdrücklich gefordert [5]. Für die neue Behandlungsform der StäB wird diese Perspektive allerdings bisher nur wenig in Betracht gezogen [6].

## **Fragestellungen**

- Was ist StäB? Welche gesetzlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen liegen dieser Behandlungsform in Deutschland zugrunde?
- Wie grenzt sich StäB von anderen Formen der psychiatrischen Versorgung im häuslichen Umfeld ab?
- Was können wir aus der psychiatrischen Versorgung im häuslichen Umfeld aus anderen Ländern z.B. aus Großbritannien lernen?

Die Perspektive der Nutzenden wird anhand folgender Fragen erschlossen:

- Was sind Erwartungen von Nutzer\*innen an die StäB und wie erleben sie diese?
- Wie bewerten Nutzer\*innen die StäB im Hinblick auf Sicherheit, Einbezug der Angehörigen und Nachhaltigkeit?

## **Methode und Material**

- Im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche in Datenbanken (CareLit, CINAHL, livivo, PubMed und Psynindex) mit Suchworten wie Stationsäquivalente Behandlung, Home Treatment, Crisis Resolution Teams konnten 50 deutsch- und englischsprachige Artikel gesichtet werden. Grundlagen und Rahmenbedingungen einer StäB in Deutschland werden anhand dieser umfassenden Literaturrecherche skizziert.
- Die Datenlage einer Studie mit explorativ qualitativem Forschungsdesign ergänzt den Blick auf StäB und bezieht die Perspektive der Nutzenden mit ein. Hierdurch kann die Bewertung der StäB um grundlegende Erkenntnisse über die Bedürfnisse und Prioritäten der Nutzenden erweitert werden. Die qualitative Datenerhebung erfolgte während der laufenden Pilotphase an der Universitätsklinik Köln. Sie umfasst Patienten/-innen aller typischen Krankheits- und Störungsbilder sowie Altersgruppen, sodass eine

ausreichende Kontrastierung gewährleistet ist. Ein Experteninterview und die Stellungnahme des Landesverbandes der Psychiatrieerfahrenen Baden-Württemberg ergänzen die Perspektive der Nutzenden.

## **Ergebnisse**

Psychiatrische Kliniken mit regionalem Versorgungsauftrag können seit Beginn des Jahres 2018 aufsuchende Akutbehandlung anbieten. Im Rahmen der Arbeit multidisziplinärer mobiler Teams sind verschiedene Rahmenbedingungen zu erfüllen, die in einem Leistungskatalog zusammengefasst wurden. Neben der Reduktion von Krankheitssymptomen wurde die StäB mit dem Ziel ins Leben gerufen, an einer verbesserten Lebensqualität, größtmöglicher Selbstbestimmung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben der Betroffenen mitzuwirken [7]. Hierzu ist eine gute Kooperation aller Leistungserbringer am einzelnen Patienten als auch in der Flächenversorgung einer Region wesentlich und notwendig [3, 4].

Die Ziele erscheinen mit Blick auf den positiven Nutzen bisheriger Modellprojekte in Deutschland und dem internationalen Vergleich dringend erforderlich [5, 8]. StäB, als teambasierter, primär aufsuchender und zeitlich begrenzter Ansatz für Menschen in akuten Krisensituationen, unterscheidet sich v.a. in Bezug auf die akut notwendige Behandlung mit stationärer Indikation von anderen psychiatrischen Versorgungsformen im häuslichen Umfeld der Patient\*innen wie z.B. Assertive Community Treatment oder Home Treatment [2].

Hinweise auf die Gestaltung effektiv aufsuchender Akutbehandlung können darüber hinaus aus anderen Versorgungssystemen wie bspw. Erfahrungen mit Crisis Resolution Teams in Großbritannien herangezogen werden [5, 9]. Auch angesichts der differenten Problemlagen dieses Versorgungssystems wird dennoch die zentrale Rolle und Organisation der Pflegenden besonders deutlich und lässt weiteres Entwicklungspotenzial erkennen. Als Empfehlungen hierzu kann eine konkrete Verteilung und Übernahme von Aufgaben wie z.B. die Aufnahmesteuerung, die Erstellung von Krisenplänen im pflegeri-

schen Team oder eine Verantwortungsverteilung zwischen erfahrenen und weniger erfahrenen Pflegepersonen genannt werden. Auch die Implementierung von Bezugspflege wird als sinnvoll erachtet [5]. Damit bietet die neue Versorgungsform sowohl Nutzer\*innen als auch Mitarbeitenden des psychiatrischen Hilfesystems neue Perspektiven [4].

Die durchgeführte Studie an der Universitätsklinik Köln mittels qualitativer Datenerhebung fokussiert sich insbesondere auf die individuelle Bedürftigkeit der Nutzenden. Damit orientiert sich die Studie ausgeprägter als ähnliche Evaluationen innerhalb von Modellprojekten an den Bedürfnissen und Erwartungen der Betroffenen. Sie kann Informationen liefern, die sich auf die zukünftige Gestaltung stationärer Behandlung auswirken könnte. Die Ergebnisse bestätigen z.T. vergleichbare Untersuchungen, die im Rahmen von sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen und Home Treatment durchgeführt wurden [10, 11].

## **Diskussion und Schlussfolgerung**

StäB verkleinert eine Versorgungslücke im bisherigen Behandlungs- und Versorgungsspektrum von Menschen in psychischen Krisensituationen mit stationärem Behandlungsbedarf in Deutschland. Allerdings wird gerade mit Blick auf umfassendere ambulant psychiatrische Versorgungssysteme wie z.B. in Großbritannien deutlich, dass weiterhin viel Potential gerade im Hinblick auf die Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen offen bleibt.

Die neue Versorgungsform bietet sowohl Nutzer\*innen als auch Mitarbeiter\*innen des psychiatrischen Hilfesystems neue Perspektiven. Dennoch ist diese Arbeit auch mit vielen Unsicherheiten auf beiden Seiten verbunden. Leistungserbringende sind es in akuten Behandlungssituationen häufig nicht gewohnt, im häuslichen Umfeld der Betroffenen zu handeln. Bei den Nutzenden entsteht indes häufig die Frage, wie viel Privatsphäre ihnen bleibt, wenn die Behandlung zu Hause stattfindet.

Neben den Rahmenbedingungen als auch den Potenzialen dieser Behandlungsform ist vor allem auch die Sicht der Nutzer\*innen zu evaluieren und zu diskutieren. Die an dieser Stelle vorgestellte Studie ist ein weiterer kleiner Schritt in diese Richtung. Die Bedürfnisse der Betroffenen rücken damit stärker in den Fokus der Betrachtung. Über diesen Weg kann die Effektivität der StäB als auch der psychiatrischen Hilfen allgemein eine Steigerung erfahren. Weitere Forschung ist in diesem Themenfeld dringend angezeigt.

## Literatur

1. *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN) (2018). Gemeinsames Eckpunktepapier zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB). Online abrufbar unter: [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/ee7cd3010fd2de4e9d144856cd436cb0f864d3e8/2018-06-18\\_Eckpunktepapier\\_St%C3%A4B\\_Verb%C3%A4nde\\_Logos\\_fin.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/ee7cd3010fd2de4e9d144856cd436cb0f864d3e8/2018-06-18_Eckpunktepapier_St%C3%A4B_Verb%C3%A4nde_Logos_fin.pdf)*
2. *Horn, A. (2018). Neue Konzepte im Rahmen von Home Treatment: ein Update: Stationsäquivalente Behandlung. DNP – der Neurologe & Psychiater, 19(1), 44 – 52.*
3. *Längle, G. et al. (2017). Umsetzung des §115d PsychVVG; Stationsäquivalente Behandlung – die nächsten Schritte. Psychiatrische Praxis, 44(07), 417 – 419.*
4. *Hauth, I. (2017). Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach §115d SGB V – ein erster Schritt zu Behandlungsformen im häuslichen Umfeld. Psychiatrische Praxis, 44(6), 309 – 312.*
5. *Morant, N. et al. (2017). Crisis resolution and home treatment: stakeholders' view on critical ingredients and implementation in England. BMC psychiatry, 17(1), 254.*
6. *Gerlach, F. et al. (2014). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bonn / Berlin.*
7. *Becker, T. et al. (2017). Positionspapier: Leistungsbeschreibung der Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung bei Erwachsenen. Online abrufbar unter: [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/6a32b1531f474c898fc8ec49c7bf6614cb95ac15/2017-06-13\\_STN\\_DGPPN\\_ST%C3%84B\\_fin.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/6a32b1531f474c898fc8ec49c7bf6614cb95ac15/2017-06-13_STN_DGPPN_ST%C3%84B_fin.pdf)*
8. *Gühne, U. Et al. (2011). Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland. Psychiatrische Praxis, 38(3), 114 – 122.*



9. Lloyd-Evans, B. et al. (2018). *Mental health crisis resolution teams and crisis care systems in England: a national survey*. *BJPsych bulletin*, 42(4), 146 – 151.
10. Magez, J. et al. (2018). „Die Krücke steht in der Ecke ...“ *Erfahrungen psychisch kranker Menschen in einem Versorgungsmodell der ambulanten sektorenübergreifenden vernetzten Versorgung*. *Psychiatrische Praxis*, 45(07), 359 – 366.
11. Wyder, L. et al. (2018). *Wie gelingt Home Treatment in der Praxis?* *Psychiatrische Praxis*, 45(08), 405 – 411.

## **56. Implementierung der Stationsäquivalenten Behandlung - Viele Wege führen nach Hause**

*Martin Holzke*

### **Hintergrund und Problemstellung**

Die Implementierung von Innovationen stellt Organisationen im Gesundheitswesen immer wieder vor Herausforderungen und benötigt mitunter Jahrzehnte [3, 4]. Als mit dem PsychVVG die Möglichkeit der stationäquivalenten Behandlung (StäB) geschaffen wurde, stellte sich für die Kliniken neben der Frage der Sinnhaftigkeit dieser neuen Behandlungsart, die Frage nach der Implementierungsstrategie beziehungsweise der Umsetzbarkeit. Mittlerweile gibt es deutschlandweit Erfahrungen mit der Umsetzung der StäB und die Erkenntnis, dass unterschiedliche Strategien der Implementierung zu einer Umsetzung geführt haben. Es ist geplant, die unterschiedlichen Umsetzungsvarianten durch ein deutschlandweites Forschungsprojekt zu evaluieren, Unterschiede zu identifizieren und Erfolgsfaktoren herauszuarbeiten. Darüber hinaus wird interessant sein, ob unterschiedliche Formen der StäB, Einfluss auf die Behandlungserfolge, etc. haben.

### **Ziele**

Ziel des Projektes war es, Erfolgsfaktoren einer gelungenen StäB-Implementierung zu erfassen und Herausforderungen zu benennen.

### **Vorgehen**

In der Einrichtung werden mittlerweile ca. 40 Plätze der StäB vorgehalten. Im Rahmen des sukzessiven Aufbaus dieser Plätze wurden mit unterschiedlichen Methoden z.B. Zukunftswerkstatt, die Implementierungsprozesse begleitet und evaluiert.

In einem nächsten Schritt sollen in weiteren Kliniken begleitende Prozess-evaluationen durchgeführt werden, um wichtige Einflussfaktoren und Erfolgsmodelle herausarbeiten zu können. Zudem soll geprüft werden, ob

beispielsweise die Zugangsart in Stäb (Primäraufnahme, Verlegung aus anderem Setting, etc.) Einfluss auf den Erfolg der Behandlung, die Behandlungsdauer oder Wiederaufnahmeraten hat.

## **Ergebnisse / Erfahrungen**

Die StäB als neues Behandlungsangebot der psychiatrischen Versorgung ist grundsätzlich gut umsetzbar. Viele Patient\*innen nutzen diese Behandlungsform gerne, manche lehnen sie ab. Viele Mitarbeitende sind interessiert, manche begeistert. Die Berufsgruppenspezifität der Tätigkeit nimmt leicht ab, die Grundidee einer gemeinsamen Behandlungsplanung, bei der einzelne Tätigkeiten nicht aufgrund der Grundausbildung, sondern aufgrund der persönlichen Kompetenz zugeordnet werden, steht mehr im Vordergrund. Die Logistik / Organisation wird einfacher je mehr Patient\*innen betreut werden. Die StäB ist für manche eine gute Alternative oder Ergänzung zur vollstationären Behandlung [1].

## **Diskussion und Schlussfolgerung**

In einem nächsten Schritt sollte geprüft werden, ob die Qualitätskriterien für Crisis-Resolutions-Teams [2] auf die StäB übertragen werden können, beziehungsweise welche Anpassungen notwendig wären, um ein vergleichbares Instrument für die StäB zu generieren.

## **Literatur**

1. Längle, G., Holzke, M., Gottlob, M. (2019). *Psychisch Kranke zu Hause versorgen: Handbuch zur Stationsäquivalenten Behandlung*. Kohlhammer, Stuttgart.
2. Lloyd-Evans, B., Bond, G.R., Ruud, T.F., Ivanecka, A., Gray, R., Osborn, D.P., Nolan, F.M., Henderson, C., Mason, O.J., Goater, N., Kelly, K., Ambier, G., Morant, N., Onyett, S., Lamb, D., Fahmy, S., Brown, e., Paterson, B., Sweeny, A., Hindle, D., Fullarton, K., Frerichs, J. & Johnson, S. (2016). *Development of a measure of model fidelity for mental health Crisis Resolution Teams*. *BMC psychiatry*.
3. Roes, M. (2015). *Disseminations- und Implementierungsforschung*. In: Zängl, P. (eds) *Zukunft der Pflege*. Springer VS, Wiesbaden.

4. *Wahl, H-W., Hoben, M., Bär, M. (Hrsg.) (2015). Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.*

## **57. Veränderungen im Rollenprofil des multiprofessionellen Teams und der Nutzer\*innen durch die stationsäquivalente Behandlung (StäB) – sind zukünftig andere Kompetenzen notwendig?**

*Birgit Hahn, Anna Feldmann, Kristin Linneweber, Kerstin Ziehn*

### **Hintergrund und Problemstellung**

Seit Beginn des Jahres 2018 kann in Deutschland eine psychiatrische Behandlung statt im Krankenhaus auch als StäB im häuslichen Umfeld der Patienten/-innen erfolgen [1, 2]. Das psychiatrisch intensive Behandlungsangebot im direkten Lebensumfeld der Nutzer\*innen erfolgt stationsäquivalent in enger Verzahnung und Kooperation des Behandlungsteams, welches aus unterschiedlichen Professionen zusammengesetzt ist.

Die Aufgaben- und Rollenprofile aller Berufsgruppen im psychiatrischen Tätigkeitsfeld haben sich in den letzten Jahren aus unterschiedlichen Gründen immens verändert [3, 4]. Klinisch tätige Mitarbeiter\*innen aller Professionen sind immer wieder aufgefordert, sich mit den wandelnden Anforderungen in ihrem Tätigkeitsfeld auseinanderzusetzen. Im Zuge der neuen Behandlungsoption einer StäB im akutpsychiatrischen Versorgungsfeld sind Mitarbeitende und Nutzende mit einer weiteren Veränderung und Schnittstelle konfrontiert: Mitarbeitende des Krankenhauses verlassen die Grenzen des Krankenhauses und fahren in die Häuslichkeit der Betroffenen und mitunter auch der Angehörigen.

Dieses Feld ist für klinisch tätige Personen meist unbekanntes Terrain, da die Tätigkeit in der direkten Lebenswelt der Betroffenen bislang eher durch ambulant Tätige erfolgte. Daher ist es nicht verwunderlich, dass die neue Behandlungsoption der stationsäquivalenten Behandlung im akutpsychiatrischen Versorgungsfeld sowohl für Nutzer\*innen als auch für Mitarbeiter\*innen solcher Behandlungsteams neben allen sich öffnenden

Verbesserungen auch Unsicherheiten und Veränderungsnotwendigkeiten in sich trägt.

Erste Erfahrungen in dieser neuen Versorgungsform weisen darauf hin, dass sich sowohl innerhalb der Behandlungsteams als auch auf Seiten der Betroffenen und dazugehörigen Familienmitglieder ein Wandel in Bezug auf Tätigkeits- und Rollenprofile vollziehen kann. Damit eröffnet sich zugleich die Thematik der aktuell und zukünftig notwendigen Kompetenzen der Berufsgruppen im psychiatrischen Versorgungsfeld. In diesem Beitrag wird insbesondere auf Kompetenzanforderungen der psychiatrischen Pflege sowie der Ergotherapie eingegangen [5, 6, 7].

### **Fragestellungen**

- Wie wirkt sich die Verlagerung der akutstationären psychiatrischen Krankenhausbehandlung in das häusliche Umfeld und die gewohnte Lebenswelt auf die beteiligten Berufsgruppen insbesondere die psychiatrische Pflege und Ergotherapie sowie die Nutzer\*innen psychiatrischer Hilfeleistung aus?
- Welche Kompetenzen sind zukünftig für psychiatrisch Pflegenden und andere Berufsgruppen notwendig?

### **Vorgehen**

In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Evangelischen Klinikum Bethel in Bielefeld entstand im Oktober 2018 ein StÄB-Team, welches zunächst aus Ärzten, Pflegenden und einer Ergotherapeutin bei einer Versorgung von sechs Patienten\*innen bestand. Die Behandlungsplätze von anfänglich sechs sollen im Jahr 2019 sukzessive auf insgesamt zwanzig Behandlungsplätze erweitert werden. Dementsprechend wird auch das Mitarbeiterteam mit Aufbau der Patientenzahl um weitere Personen als auch um weitere Professionen erweitert. So sollen die Berufsgruppen der Sozialarbeit und der Psychologie hinzukommen. Auch eine Stationsassistentin und der Einsatz von Genesungsbegleitung (Ex-In) ist geplant.

Im Team sind unterschiedliche Vorerfahrungen in der Arbeit im häuslichen Umfeld von Patient\*innen vorhanden. Vor dem Hintergrund der Entwicklung einer StäB-Konzeption als lernende Organisation ist eine fortlaufende Reflexion der Behandlungsprozesse und damit einhergehender Tätigkeiten und Rollenanforderungen verbunden, sodass Anpassungs- und Veränderungsprozesse immer wieder initiiert werden können.

Die Leistungsbeschreibung der StäB sieht vor, dass jede/r Patient/-in mindestens einmal am Tag durch eine Fachperson des StäB-Teams in der häuslichen Umgebung aufgesucht wird [8]. Dieses ist auch in den Behandlungsplänen entsprechend vorgesehen, sodass die einzelnen Behandlungsbausteine aufsuchend im häuslichen Umfeld der Patient\*innen durchgeführt werden. An einem Tag der Woche findet die geplante Facharztvisite statt, zu der jeweils der zuständige Arzt und mindestens eine Pflegeperson gemeinsam mobil unterwegs sind. Die Ergotherapeutin und weiteren Berufsgruppen stimmen die Termine nach Bedarf und Anforderungen mit den Patienten\*innen gesondert ab. Einmal in der Woche findet ein gemeinsames Frühstück in den Räumen der Klinik statt, zu dem die Nutzer\*innen gerne kommen und bei Bedarf auch von zu Hause abgeholt werden können. Der überwiegende Teil der wöchentlichen Patientenkontakte wird aufgrund der Teamzusammensetzung durch Pflegepersonen durchgeführt. Diese stellen letztendlich sicher, dass jede/r Patient/-in einen täglichen Kontakt in der Behandlung erhält.

## **Ergebnisse / Erfahrungen**

Die Erfahrungen mit der StäB sind in Bezug auf die Bedarfe und Erwartungen der Nutzer\*innen unterschiedlich. Der größte Anteil der aufgenommenen Patienten\*innen äußert sich zufrieden mit dem Behandlungsangebot und berichten davon, von der neuen Behandlungsform zu profitieren. Dabei schätzen die Betroffenen die Vier-Augen-Kontakte während der Behandlung und die Verlässlichkeit der professionellen Kontakte. Ein Teil der aufgenommenen Patienten\*innen hätte eine stationäre Behandlung im klinischen Kontext nicht aufgenommen, da z.B. Kinder zu Hause zu

versorgen waren oder eine psychische Beeinträchtigung vorlag, die eine andere Behandlungsform bisher verhinderte. Es ergeben sich für die Betroffenen aber auch Fragen bzgl. der Privatsphäre und in der neuen Rolle als Gastgebende für Mitarbeitende einer sozialen Dienstleistung.

Auch auf Seiten des professionellen Teams werden veränderte Anforderungen in Bezug auf die eigene Rolle, der Tätigkeitsprofile sowie der Anforderungen an die persönliche Kompetenz beschrieben. Im psychiatrischen Versorgungskontext gibt es in den Tätigkeitsprofilen der verschiedenen Berufsgruppen vielerlei Überschneidungen, die unter den Bedingungen von StäB stärker zum Tragen und wechselseitigen Austausch kommen als dies unter traditionellen Versorgungsformen der Fall ist [9]. Psychiatrisch Pflegende übernehmen z.B. einen wesentlichen Anteil der Beziehungsgestaltung im Behandlungskontext und erleben sich in der Schnittstelle der Professionen für den einzelnen Patienten wirksam. Sie übernehmen damit ein hohes Maß an Verantwortung für den Gesamtprozess [vgl. 6, 10].

## **Diskussion und Schlussfolgerung**

Es werden überwiegend positive und sinnstiftende Erfahrungen mit der neuen Behandlungsform der StäB beschrieben. Die nicht als hilfreich erlebten Behandlungssituationen können dabei reflexiv für zukünftige Behandlungsangebote genutzt werden. Patient\*innen, die die StäB als gewinnbringend bewerten, melden dies mit großer Wertschätzung zurück. Somit entwickeln sich sowohl auf Seiten der Nutzer\*innen als auch auf Seiten der Mitarbeitenden ein verändertes Rollenerleben heraus. Das Tätigkeitsprofil unter den Berufsgruppen verändert sich leicht, wobei jede Berufsgruppe einen eigenen Tätigkeitskatalog in der StäB behält. In Bezug auf sich verändernde Kompetenzanforderungen aller Berufsgruppen als auch in Bezug auf die Umsetzung und Nutzen von StäB besteht weiterer Forschungsbedarf.



## Literatur

1. Lambert, M., Karow, A., Gallinat, J. & Deister, A. (2017). Evidenzbasierte Implementierung von stationsäquivalenter Behandlung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 44(02), S. 62 – 64.
2. Längle, G., Holzke, M. & Gottlob, M. (2019). *Psychisch Kranke zu Hause versorgen – Handbuch zur stationsäquivalenten Behandlung*. Stuttgart: Kohlhammer.
3. Löhr, M. & Längle, G. (2018). Veränderungen von Aufgaben und Tätigkeitsprofilen in der vollstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Intensivbehandlung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 45, 38 – 45.
4. Priebe, S., Weih, M. & Kornhuber, J. (2010). Ende der ärztlichen Dominanz in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 37, 216 – 218.
5. Grieser, M., Abderhalden, C., Crivelli, R., Knüppel, S. & Kunz, S. (2009). Berufliche Kompetenzen in der Psychiatrischen Pflege. In S. Hahn, H. Stefan, C. Abderhalden, I. Needham, M. Schulz & S. Schoppmann (Hrgs.) *Leadership in der psychiatrischen Pflege – eine Herausforderung für Praxis – Management – Ausbildung – Forschung – Politik*, S. 107 – 117. Unterostendorf: IBICURA.
6. Anderl-Doliwa, B. (2018). Exploration von Kompetenzprofilen psychiatrisch Pflegender – ein Blick in aufsuchende Settings. *PsychPfleger*, 3(6), 35 – 40.
7. Treusch, Y. (2008). Patientenzufriedenheit als Qualitätskriterium in der psychiatrischen Ergotherapie. *Ergoscience*, 3(2), 67 – 78.
8. Becker, T. et al. (2017). *Positionspapier: Leistungsbeschreibung der Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung bei Erwachsenen*. Online abrufbar unter: [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/6a32b1531f474c898fc8ec49c7bf6614cb95ac15/2017-06-13\\_STN\\_DGPPN\\_ST%C3%84B\\_fin.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/6a32b1531f474c898fc8ec49c7bf6614cb95ac15/2017-06-13_STN_DGPPN_ST%C3%84B_fin.pdf)
9. Längle, G. (2018). Stationsäquivalente Behandlung (StäB) – ein großer Schritt in die richtige Richtung – Pro. *Psychiatrische Praxis*, 45, 122 – 123.
10. Richter, D., Schwarze, T. & Hahn, S. (2014). Was ist gute Psychiatrische Pflege? *PsychPfleger*, 20, 125 – 131.

## **58. Safewards als komplexe Intervention implementieren – was wir gelernt haben**

*Michael Löhr, Michael Schulz*

### **Hintergrund**

Konflikthafte und gewalttätige Situationen stellen allägliche und oft schwer zu meisternde Herausforderungen in der Akutpsychiatrie dar. Diese können nicht nur Gefahren für Patienten und Mitarbeiter mit sich bringen, sondern auch die Arbeitszufriedenheit und das therapeutische bzw. stationäre Klima, welches integraler Bestandteil einer erfolgreichen psychiatrischen Behandlung ist, negativ beeinflussen. Vor diesem Hintergrund empfiehlt die S3 Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ [1] die Implementierung von komplexen Interventionen, durch welche das Eintreten konflikthafter und gewalttätiger Situationen verringert bzw. verhindert sowie ihre negative Folgen abgemildert werden können: Eine in Großbritannien entwickelte Strategie ist das Safewards-Modell; welches empirisch erhärtete Zusammenhänge zwischen Aggression, Fluchtverhalten, Eindämmungsmaßnahmen sowie weiteren relevanten Einflussfaktoren zusammen bringt und zusätzlich neue Überlegungen zur Vermeidung konflikthafter und gewalttätiger Situationen sowie zur Reduktion von Maßnahmen, die in restriktiver Weise Konflikte begrenzen sollen (Eindämmungsmethoden) darlegen.

### **Problemstellung**

Das Safewardsmodell und die dazugehörigen Interventionen haben seit der Veröffentlichung der deutschen Webseite 2014 [2] viel Aufmerksamkeit erregt. Kaum eine Klinik für Akutpsychiatrie, die nicht wenigstens einen Vortrag zu dem Thema organisiert hat. Dabei ist ein berufsgruppenübergreifendes Interesse zu beobachten und die Initiative, sich mit dem Thema zu beschäftigen, geht nicht selten von den Chefärzten aus.

Sie haben auf Tagungen oder durch wissenschaftliche Publikationen von Safewards erfahren und müssen dann entscheiden, ob die Klinik die Imple-

mentierung angehen soll. Wenn ja, dann muss überlegt werden, ob mit einer Modellstation gestartet wird oder direkt mehrere Stationen einbezogen werden. Bei Safewards werden vielfach zunächst Stationen mit Psychoschwerpunkten ausgewählt. Ob Safewards in einem Krankenhaus implementiert wird, hängt angesichts der ermutigenden, aber letztlich noch nicht gut belegten Wirksamkeitsnachweisen ab, sondern eher von der expliziten oder impliziten Prüfung der folgenden Faktoren:

**Relativer Fortschritt** Verspricht die neue Praktik den bisherigen Praktiken überlegen zu sein?

**Kompatibilität** Passt die neue Innovation zu den Werten, Erfahrungen und Bedürfnissen der Klinik?

**Komplexität** Wie schwierig erscheint es, die neuen Praktiken zu verstehen und anzuwenden?

**Erprobbarkeit** Besteht die Möglichkeit, die neuen Praktiken in begrenzten Probeläufen zu erkunden?

**Sichtbarkeit** Werden die Ergebnisse der veränderten Praxis nach außen hin sichtbar sein?

## **Ziele**

Ziel des Vortrages ist es, auf Grundlage der gemachten Implementierungserfahrungen, die Grundvoraussetzungen für einen guten Implementierungsprozess zu beschreiben.

## **Vorgehen**

Eine Implementierung erfolgt auf verschiedenen Ebenen. Zu unterscheiden sind:

Implementierung der gesamten Safewards-Intervention → Hier spielt das übergeordnete Projektmanagement eine entscheidende Rolle.

Implementierung der einzelnen Interventionen → Dieser Prozess wird maßgeblich durch die operative Projektsteuerung auf Station initiiert und durch die Interventionsbevollmächtigten gewährleistet.

Unabhängig davon sind verschiedene Fragen im Vorfeld zu klären:

Zweck des Projektes → Alle Beteiligten sollten wissen, warum die Safewards-Interventionen implementiert werden und zu welchem Zweck.

Definition der Projektziele → Diese sollten klar und überprüfbar definiert werden.

Definition des Projektrahmens → Hier ist zu klären, welche Stationen einbezogen werden sollen, welcher Zeitraum angedacht ist und welche Mitarbeitenden und Organisationsebenen einzubeziehen sind.

Verabredung im Hinblick auf Führung und Verwaltung → An dieser Stelle sollten die Erwartungen der Projektleitung an Führung und Verwaltung möglichst konkret beschrieben werden [3].

## **Erfahrungen**

Damit das Projekt der Safewardsimplementierung eine Erfolg versprechende Struktur erhält, sind folgende Aspekte sicherzustellen:

Etablierung einer Safewards-Steuerungsgruppe → Die Safewards-Steuerungsgruppe sollte möglichst aus strategischer und operativer Projektleitung bestehen, da dann auch die entsprechende Entscheidungskompetenz vorhanden ist.

Entwicklung eines Projektplanes → Die Beschreibung des Implementierungsprozesses wird in der Regel durch die Projektsteuerungsgruppe erfolgen. Der Projektplan sollte den Zeitplan (Projektvorbereitung und Implementierungsphase) sowie die entsprechenden Verantwortlichkeiten beinhalten.

Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter → Es ist wichtig sicherzustellen, dass die Mitarbeitenden ein tiefes Verständnis des Safewards-Modells entwickeln und eine Verbindung zwischen den Interventionen und dem theoretischen Modell herstellen können.

Mitnahme aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter → Die Mitarbeitenden

durchlaufen verschiedene Stadien, wenn ein neues Projekt ansteht. Im Rahmen der Implementierung sollte man sich immer bewusst machen, wo die Mitarbeitenden gerade sind. Hier kommt den Interventionsbevollmächtigten eine wichtige Funktion zu. Sie haben in der Regel einen Wissens- und Erfahrungsvorsprung, den sie sowohl systematisch (z. B. bei Übergaben und Teamsitzungen) als auch individuell (z. B. in Zehn-Minuten-Schulungen) weitergeben. Auch ist es sinnvoll, vor dem Start einen Teamtage zu veranstalten, in denen die konkrete Umsetzung der Interventionen durch Interventionsbevollmächtigte vorgestellt und anschließend diskutiert wird. Am Ende des Teamtages sollten konkrete Umsetzungsschritte verabredet sein und ein Zeitplan mit signifikanten Meilensteinen vorliegen, die sich im Projektplan wiederfinden [3].

## **Diskussion**

Die Aufrechterhaltung von neuen Interventionen ist keineswegs ein Selbstläufer. Grundsätzlich gilt auch für Safewards, dass die Interventionen nur dann Wirkung entfalten können, wenn sie tatsächlich und regelmäßig von allen Teammitgliedern angewendet werden. Sollte es hier zu Problemen kommen, dann sollte dies mit der nächsthöheren Ebene besprochen werden. Organisationen sind im Rahmen von Implementierungsprozessen neuer Versorgungspraktiken umfassend gefordert und müssen hier die entsprechenden personellen und materiellen Ressourcen bereitstellen. Bei Safewards wird eine Implementierung nicht an der Finanzierung scheitern – die Budgets sind dafür zu gering –, sondern eher an fehlender Sorgfalt und Zeit. Wenn Meilensteine nicht erreicht werden oder gar Rückschritte zu beobachten sind, ist eine hierarchie- und berufsgruppenübergreifende schonungslose Analyse der aktuellen Situation unabdingbar [3].

## **Schlussfolgerungen**

Wir haben gelernt, dass Safewards kein Pflegekonzept ist, sondern keine Berufsgruppen kennt. Safewards braucht das gesamte Team, alle Berufs-

gruppen, alle Hierarchieebenen und die Patientinnen und Patienten. Das ist ebenso nachvollziehbar wie herausfordernd und komplex. Safewards konnte da erfolgreich umgesetzt werden, wo die verschiedenen Gruppen einbezogen wurden und gemeinsam an der Umsetzung gearbeitet haben.

Wir haben gelernt, dass Safewards ohne eine entsprechende wertschätzende und recoveryorientierte Haltung und ohne die Kompetenz zur Selbstreflexion nicht funktionieren kann. In letzter Konsequenz bedeutet das, dass eine Umsetzung eine Bereitschaft zur Veränderung erfordert und daher mit Mitarbeitenden, die sich an diesem Prozess nicht beteiligen wollen, nicht möglich ist.

Wir haben gelernt, dass vor allem in der Prävention von Situationen, die zu Zwang und Gewalt führen können, ein erhebliches Potenzial liegt. Diesen verborgenen Schatz sollten wir unbedingt nutzen, um die psychiatrische Versorgung besser zu machen.

Neben all diesen schönen Aspekten, die wir mit Safewards erleben durften, gibt es aber auch Phänomene, die uns nachdenklich stimmen. So gibt es z. B. Institutionen, die viel in die Weiterbildung der Mitarbeiter im Hinblick auf Safewards investieren, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf den Stationen aber nicht wirklich unterstützen. Safewards hilft, die Welt der Psychiatrie eher aus der Sicht der Betroffenen und weniger aus der Sicht der Institution zu sehen. Nicht mehr und nicht weniger [3].

## Literatur

1. DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie (2018): *Verhinderungen von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen*. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-022.html> (16.07.2019)
2. Safewards-Homepage (2014) <http://www.safewards.net/de/> (20.07.2019)
3. Löhr M, Schulz M, Nienaber A (2019) *Safewards. Sicherheit durch Beziehung und Milieu*. Köln: Psychiatrie Verlag

## **59. Safewards trifft auf Maßregelvollzug und EX-IN**

*Andrea Trost, Claudia Franck*

### **Hintergrund**

Die forensisch-psychiatrische Versorgung im Maßregelvollzug (MRV) gehört nicht zur ursprünglichen Zielgruppe des Safewards-Modells. Die Idee, Safewards in der Forensischen Psychiatrie der LVR-Klinik Köln zu implementieren entstand Mitte 2017 nach umfassender Information zum Thema seitens der Leitungsebenen und der Stabsstelle Pflegeentwicklung und -wissenschaft. Da das Modell einen Rahmen bietet, dessen Ausgestaltung an das jeweilige Setting angepasst werden kann, schien eine Implementierung im MRV möglich. Insbesondere die relative Einfachheit des Modells, der haltungs- und handlungsorientierte Ansatz, der Miteinbezug der Betroffenen, die Gestaltungsmöglichkeiten, die Multiprofessionalität und die vorliegende Evidenz sprachen für eine Erprobung. Berücksichtigt werden müssen spezifische Eigenschaften des MRV wie Sicherheitsvorgaben, gesetzliche Rahmenbedingungen, die Unfreiwilligkeit der Unterbringung, oft lange Unterbringungsdauern.

Da es bei Safewards im Kern darum geht, hilfreiche Angebote für Betroffene zu etablieren auf der Grundlage einer recoveryorientierten Grundhaltung, erschien der Einbezug von EX-IN-Genesungsbegleitung bei der Implementierung nur folgerichtig.

### **Fragestellungen**

Ist Safewards auch für den psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB) ein geeignetes Modell zur Verhütung von Konflikten und Krisen sowie zur Gestaltung eines friedlichen Milieus und Miteinanders?

Welche Anpassungen sind ggf. erforderlich bzw. welche Faktoren könnten sich als hinderlich herausstellen?

Gelingt eine Implementierung unter Einbezug von EX-IN-Genesungsbegleitung?

## **Ziele**

Zunächst wurde/wird Safewards als Pilotprojekt in einer Station eingeführt, deren Schwerpunkt die Behandlung und Betreuung von 20 männlichen Patienten mit langandauernden Unterbringungsauern und wenig Therapiemotivation ist (Altersspanne der Patienten ca. 24 – 71 Jahre, Diagnosespektrum sehr heterogen). Die Implementierung wird durch die Mitarbeiterin der Stabsstelle Pflegeentwicklung und –wissenschaft und eine EX-IN-Genesungsbegleiterin mit MRV-Erfahrung begleitet. Bei Erfolg wird das Modell sukzessive auf die übrigen Stationen ausgebreitet.

## **Vorgehen**

Die Implementierung von Safewards beinhaltet einen Teamentwicklungsprozess, ohne den die angestrebten Veränderungen nicht wirksam werden können. Dieser Prozess benötigt, neben einer sorgfältigen Begleitung, Zeit. Die Teammitglieder gilt es zu ermutigen, sich auf Veränderungsprozesse ein zu lassen. Perspektivwechsel und die Bereitschaft, die Patienten in Entscheidungs- und Veränderungsprozesse mit ein zu beziehen (beziehungsweise, die Patienten zu befähigen, sich einzubringen), wo dies unter Berücksichtigung der Sicherheitsvorgaben und individuellen Ressourcen möglich ist, sind wesentliche Elemente von Safewards. Dies gilt auch für das kritische Hinterfragen der eigenen Haltung und Arbeitsweise.

Gegebenenfalls sind Alternativen erforderlich wie Umsetzungen in andere Stationen, wenn einzelne Mitarbeitende sich nicht auf die Veränderungen einlassen können/wollen.

Vor Beginn der Implementierung fanden umfassende Informationsveranstaltungen zu Safewards und EX-IN-Genesungsbegleitung statt, an denen auch die Klinikleitung und die Genesungsbegleiterin teilgenommen haben, um die geplante Implementierung vor zu stellen. Seitens der Stabsstelle Pflegeent-



wicklung und –wissenschaft und der Genesungsbegleiterin fanden Hospitationen in der Station statt, um Einblicke in Abläufe und Inhalte zu erlangen. Zudem wurde eine Schichtfassung durchgeführt: Für die Dauer von 2 Monaten wurde pro Schicht erfasst, welche herausfordernden Situationen, Krisen und Konflikte aufgetreten sind. Der Erfassungsbogen war eng angelehnt an die Empfehlungen der Safewards-Autoren und an die spezifischen Eigenschaften des MRV angepasst. Durch die Schichtfassung sollte das Bewusstsein des Teams für die Häufigkeit, den Ort und die Art der Krisen und Konflikte geschärft werden und es sollte eine Grundlage für die Implementierung einiger Interventionen geschaffen werden. Eine vergleichende zweite Schichtfassung ist geplant etwa 2 Jahre nach Beginn der Implementierung.

Die einzelnen Interventionen wurden im Rahmen von 2-stündigen Workshops vorgestellt und für die konkrete Umsetzung in der Station ausgearbeitet. Interventionsbevollmächtigte wurden benannt und Absprachen bezüglich der Implementierung getroffen.

Im ersten Jahr der Implementierung fanden die Workshops etwa monatlich statt, danach in immer größer werdenden zeitlichen Abständen. Auch nach Implementierung der Interventionen finden weiterhin Workshops statt zur Vertiefung, Auffrischung und Evaluation.

Die Workshops finden außerhalb der Station statt, um so besondere, nicht alltägliche, Rahmenbedingungen zu gestalten.

Vorbereitet und moderiert wurden/werden die Workshops im Tandem von der Stabsstelle und der Genesungsbegleiterin.

Zu jedem Workshop wird ein Protokoll erstellt. Die Patienten wurden/werden mit einbezogen, zu einigen Interventionen ihre Wünsche und Ideen abgefragt, diskutiert, umgesetzt.

Durch regelmäßige Besuche der Stabsstelle in der Station wird die Implementierung vor Ort begleitet.

## Ergebnisse/Erfahrungen

Durch die Implementierung von Safewards wird nicht alles neu erfunden, viele Details wurden bereits umgesetzt. Die Einführung bietet jedoch die Chance, vorhandene/bestehende Aspekte, Methoden und Interventionen im multiprofessionellen Team zu diskutieren, kritisch auf den Prüfstand zu stellen, neu zu justieren oder Alternativen zu erarbeiten.

Auch werden durch die Implementierung von Safewards einige Ansätze systematischer und umfassender in den Alltag integriert.

Es war zu einigen Interventionen mehr Raum nötig für Diskussion und Austausch als ursprünglich geplant, z. B. in Vorbereitung auf die Intervention „Klärung gegenseitiger Erwartungen“ zum im MRV of zentralen Thema „Regeln in der Station“. Welche Regeln gibt es, welche werden benötigt, welche sind beeinflussbar/gestaltbar, welche gehören auf den Prüfstand?

Als hilfreich hat es sich erwiesen, die Implementierung mit handlungsorientierten Interventionen zu beginnen und diejenigen, die von den Mitarbeitenden mehr Reflektion sowie Beteiligung auf der persönlichen Ebene verlangen, in einem zweiten Schritt ein zu führen. So wurden zunächst erste Ergebnisse (im besten Fall positive) sichtbar und es konnten Erfahrungen gesammelt werden, bevor es auf die Ebene des Einbringens von Persönlichem ging wie z. B. bei der Intervention „gegenseitiges Kennenlernen“.

Überraschung und Freude darüber, dass die Interventionen positive Effekte haben, wurden mehrfach diskutiert und boten gute Argumente, um auch Zweifelnden die Wirksamkeit und erhoffte Verminderung von Krisen und Konflikten durch Safewards verdeutlichen zu können.

Es hat sich zudem als vorteilhaft erwiesen, dass die Implementierung durch Team-Externe begleitet wird. So können z. B. kritische Fragen gestellt werden, ohne dass ein Teammitglied diese Aufgabe übernehmen muss. Der Blick von Außen kann helfen, schwierige Aspekte zu bearbeiten oder Erfolge wahr zu nehmen.

Seitens der Untergebrachten werden die Neuerungen positiv aufgenommen, sie bringen sich konstruktiv ein, in einigen Fällen wider Erwarten der Mitarbeitenden.

## **Schlussfolgerung**

Safewards ist grundsätzlich auch ein geeignetes Modell für den Maßregelvollzug. Es bedarf der Anpassung einiger Interventionen an die spezifischen Gegebenheiten des Settings, der jeweilige Grundgedanke ist jedoch im MRV stets umsetzbar. Da z. B. in der Pilotstation „Entlassnachrichten“ sehr selten vorkommen würden und für einige Patienten zynisch erscheinen mögen, entstand die Idee einer „Wand der Wünsche“, unabhängig vom Thema „Entlassung“.

Die Implementierung von Safewards ist ein Prozess, der Zeit benötigt und die Unterstützung der Leitungsebenen. Eine externe Begleitung ist von Vorteil, auch für die Gewährleistung von Kontinuität.

Nach den ersten Implementierungsschritten zeigte sich, dass die Patienten gut beteiligt werden können.

Der Einbezug von EX-IN hat sich als folgerichtig und konsequent herausgestellt, insbesondere, da Safewards ein recoveryorientiertes Modell ist. Die Kombination aus „Profi“ und EX-IN im Rahmen der Workshops bietet die Möglichkeit, bereits während der Vorbereitung die Betroffenenperspektive zu berücksichtigen und die Mitarbeitenden zum Perspektivwechsel zu ermutigen. Auch kann mehr Vertrauen in die Fähigkeiten der Betroffenen entwickelt werden und deren Genesungspotenzial wieder in den Fokus gerückt werden.

Weitere Stationen sind inzwischen mit der Implementierung von Safewards begonnen, das Modell soll nach diesem Konzept in allen Stationen des MRV in der LVR-Klinik Köln eingeführt werden, auch auf Wunsch vieler Mitarbeitender, die die positiven Veränderungen in den Stationen sehen, die sich auf den Safewards-Weg gemacht haben.

## 60. Safewards in der Akutpsychiatrie – Berlin

*Johanna Baumgardt, Dorothea Jäckel, Heike Helber-Böhlen, Nicole Stiehm, Karin Morgenstern, Andre Voigt, Ann-Kathrin Mc Cutcheon, Enrico Schöppe, Stefan Weinmann, Edwin Emilio Velasquez Lecca, Andreas Bechdorf*

### Hintergrund

Aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum liegen bereits empirische Hinweise für die Wirksamkeit des Safewards-Modells in der psychiatrischen Versorgung vor [1-3]. Für den deutschsprachigen Raum belegt eine systematische Literaturübersicht aus dem Jahr 2007 positive Effekte von mitarbeiter\*innenbezogenen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement [4]. Aktuelle Erhebungen stützen die dortigen Befunde [5]. Empirische Untersuchungen zur Auswirkung des Safewards-Modells in der Akutpsychiatrie in Deutschland liegen nach Wissen der Autor\*innen bislang nicht vor. Ziel der vorliegenden Erhebung war es deshalb, die Implementierung des Safewards-Modells in einer akutpsychiatrischen Klinik mit Pflichtversorgung zu evaluieren.

### Methode

Diese Evaluationsstudie wurde auf den beiden geschützten Akutstationen der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Vivantes Klinikum Am Urban in Berlin im Zuge der Implementierung des Safewards-Modells durchgeführt [6-8]. Hierfür wurden zum einen Mitarbeiter\*innen ( $n_{t0} = 44$ ,  $n_{t1} = 44$ ) und Patient\*innen ( $n_{t0} = 40$ ,  $n_{t1} = 40$ ) der beiden Stationen schriftlich zum Stationsklima befragt. Verwendet wurde dabei die deutsche Fassung des Fragebogens Essen Climate Evaluation Schema (EssenCES-D) [9]. Dieser wurde entsprechend dem dazugehörigen Manual nach den drei Dimensionen *Therapeutischer Halt*, *Sicherheitserleben* und *Zusammenhalt der Patienten* zzgl. dem Gesamtsummenscore *Globales Stationsklima* ausgewertet. Mitarbeiter\*innen wurden zudem mittels der Globaleinschätzung von Neuberger und Allerbeck [10, 11] zu ihrer Arbeitszufriedenheit befragt. Zum

anderen wurde die Häufigkeit und Dauer der Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) auf den beiden geschützten Stationen erhoben. Die Datenerhebung wurde einmal vor (t0) sowie einmal nach (t1) der Implementierung des Safewards-Modells durchgeführt. Zusätzlich wurde die Umsetzung der Safewards-Interventionen sowohl aus subjektiver [12] als auch aus objektiver Sicht [1, 2] evaluiert.

## Ergebnisse

Nach der Implementierung des Safewards-Modells haben sich aus Sicht der Mitarbeiter\*innen sowohl die Bewertung des *Globalen Stationsklimas* und dessen einzelne Dimensionen als auch die Arbeitszufriedenheit signifikant verbessert. Aus Patient\*innensicht wurde nach der Implementierung auf einer Station die Dimensionen *Zusammenhalt der Patienten* und das *Globale Stationsklima* höher bewertet als zuvor. Ein Vergleich der Einschätzung des Stationsklimas zwischen Mitarbeiter\*innen und Patient\*innen zeigte, dass Patient\*innen vor der Implementierung das *Sicherheitserleben* signifikant höher einschätzten, während Mitarbeiter\*innen den *Therapeutischen Halt* signifikant höher einschätzten. Nach Implementierung trifft dies nur noch für den letztgenannten Unterschied zu. Insgesamt wurde das Stationsklima aus Patient\*innenperspektive etwas geringer eingeschätzt als aus Sicht der Mitarbeiter\*innen.

Des Weiteren wurde im Untersuchungszeitraum ein signifikanter Rückgang von FEM hinsichtlich des Anteils der von diesen Maßnahmen betroffenen Patienten in Relation zur Gesamtzahl aller behandelten Patienten verzeichnet. Darüber hinaus war nach Einführung des Safewards-Modells die Dauer der FEM pro Patient signifikant kürzer sowie die Anzahl der FEM pro Patient rückläufig.

Unmittelbar nach Abschluss der Implementierung war die Mehrheit der Stationsmitarbeiter\*innen der Ansicht, dass sie die Safewards-Interventionen umsetzen. Die Höhe des Umsetzungsstandes der einzelnen Interventionen variierte. So wurden bspw. komplexe Interventionen von bis zu 30% der Mitarbeiter\*innen noch nicht regelhaft durchgeführt. Die Erhe-

bung der Umsetzungstreue aus objektiver Perspektive zeigte, dass auf beiden Stationen alle evaluierten Interventionen gemäß den Vorgaben des Safewards-Modells implementiert wurden.

## Diskussion

Zusammen genommen deuten die vorliegenden Befunde auf positive Effekte des Safewards-Modells in der psychiatrischen Versorgungsroutine in Deutschland hin. Zentrale Bedingung für eine effektive Implementierung ist dabei eine hohe Umsetzungstreue [7]. Die Verbesserungen des Stationsklimas untermauern sowohl die theoretischen Annahmen des Safewards-Modells [13] als auch empirische Studien zur Wirkung von Antiaggressionstrainings auf das Stationsklima [5]. Mit der Verbesserung des Stationsklimas ist eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit assoziiert, was u.a. mit Blick auf die mitunter hohe Fluktuation von Mitarbeiter\*innen und Fachkräftemangel in der psychiatrischen Versorgung ein wichtiges Ergebnis darstellt. Dass die Verbesserungen des Stationsklimas aus Patient\*innensicht etwas geringer ausgefallen sind als aus Sicht der Mitarbeiter\*innen, könnte durch Schwierigkeiten beim Theorie-Praxis-Transfer, einer kritischen Haltung gegenüber den Interventionen sowie in den hohen Anforderungen an das Behandler\*innen-Team, welches die Umsetzung der Safewards-Interventionen in den Stationsalltag ohne zusätzliche personelle und zeitliche Ressourcen bewerkstelligen musste, begründet sein [14]. Dass aus Mitarbeiter\*innensicht der *Therapeutische Halt* höher und das *Sicherheitserleben* geringer eingeschätzt wurde als aus Patient\*innensicht, korrespondiert mit Befunden anderer Erhebungen [14]. Die Ergebnisse der subjektiven Einschätzung der Umsetzung durch die Mitarbeiter\*innen deuten auf einen hohen Umsetzungsgrad fast aller Interventionen hin. Gleichzeitig zeigen sie, dass einige Mitarbeiter nach Implementierungsabschluss noch keinen sicheren Umgang mit den Interventionen erworben hatten.

## Schlussfolgerung

Das Safewards-Modell scheint geeignet zu sein, das Stationsklima, die Arbeitszufriedenheit und den Einsatz von FEM in der psychiatrischen Versorgung günstig zu beeinflussen. Vor diesem Hintergrund kann dessen Implementierung empfohlen werden, um das therapeutische Klima und die Stabilität der Personalsituation in einem herausfordernden Arbeitsumfeld zu erhöhen. Um sicherzustellen, dass die erzielten Effekte nachhaltig sind, sollten diese bspw. im Rahmen qualitätssichernder Maßnahmen regelmäßig evaluiert werden. Implementierungsbarrieren kann entgegengewirkt werden, indem die mit der Intervention gemachten Erfahrungen regelmäßig reflektiert und diskutiert werden, bspw. im Rahmen von Teamsitzungen oder Supervisionen. Die Inhalte des Safewards-Modells und die Möglichkeiten der Umsetzung der einzelnen Interventionen sollten von allen Mitarbeiter\*innen regelhaft rekapituliert und bspw. durch Fortbildungen konsolidiert werden.

## Literatur

1. Bowers, L., et al. (2015) *Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. International Journal of Nursing Studies.* **52**(9): p. 1412-1422.
2. Fletcher, J., et al. (2017) *Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. International Journal of Mental Health Nursing.* **26**(5): p. 461-471.
3. Higgins, N., et al. (2018) *Implementation of the Safewards model in public mental health facilities: A qualitative evaluation of staff perceptions. International Journal of Nursing Studies,* 2018. **88**: p. 114-120.
4. Richter, D. and I. Needham (2007) *Effects of aggression management trainings for mental health care and disability care staff-systematic review. Psychiatrische Praxis.* **34**(1): p. 7-14.
5. Froehlich, D., et al. (2018) *Positive Effects of an Anti-Aggression and De-Escalation Training on Ward Atmosphere and Subjective Safety May Depend on Previous Training Experience. Frontiers in Psychiatry.* **9**: p. 134.

6. Jäckel, D., et al., *Changes on ward climate and job satisfaction after implementation of the Safewards Model in two acute psychiatric wards – A multi-perspective evaluation. Psychiatrische Praxis, 2019. in press.*
7. Baumgardt, J., et al. (2019) *Erfahrungen aus der Praxis – Klinikum Am Urban – Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, in Safewards - Sicherheit durch Bindung und Milieu., M. Löhr, M. Schulz, and A. Nienaber, Editors. Psychiatrie-Verlag: Köln. p. 171-179.*
8. Baumgardt, J., et al. (2019) *Preventing and reducing coercive measures – An evaluation of the implementation of the Safewards Model in two acute psychiatric wards in Germany. Frontiers in Psychiatry. 10: 340.*
9. Schalast, N. (2008) *SK-M, ein Kurzfragebogen zur Einschätzung des Stationsklimas im Maßregelvollzug. Psychiatrische Praxis. 35(4): p. 175-181.*
10. Neuberger, O. (1982) *Der Arbeitsbeschreibungsbogen: Seine Anwendung in der Praxis. Goch: Bratt-Institut. 3 3 , 3.*
11. Neuberger, O. and M. Allerbeck (1987) *Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit: Erfahrungen mit dem "Arbeitsbeschreibungsbogen" (ABB). Bern, Stuttgart, Wien: Huber.*
12. Jäckel, D. (2016) *Feedback-Fragebogen zur Umsetzung der 10 Safewards-Interventionen. Vivantes Klinikum Am Urban: Berlin.*
13. Bowers, L. (2018) *Safewards: ein neues Modell für Konflikte und deren Eindämmung auf psychiatrischen Stationen. Insitut for Psychiatry: London.*
14. Price, O., et al. (2016) *Evaluation of safewards in forensic mental health. Mental Health Practice. 19(8): p. 14-21.*



## **61. Safewards in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Hamm**

*Nadia Basarir, Silvana Heße*

Die Referentin zeigt auf, welche Anpassungen es für den Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie braucht. Auch wird Sie die Erfahrungen bei der Implementierung in diesem Bereich darstellen. Die Autorin hat eine kleine Evaluation durchgeführt die sie ebenfalls darstellen wird

## **62. Bildung ergänzt Therapie: Recovery-orientierte Lernsettings zur Förderung der Genesung und Prävention psychischer Krankheit**

*Michael Schulz, Michael Löhr, Andrea Zingsheim, Christian Burr, Giannfranco Zuaboni, Manuela Grieser*

### **Hintergrund**

Nachdem in der Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten viele Lebens- und Lernbereiche zu einem (psycho-) therapeutischen Gegenstand gemacht worden sind (z.B. Tiergestützte Therapie, Bibliothherapie oder Psychoedukation), ist jetzt eine Gegenbewegung erkennbar: Im Rahmen der Weiterentwicklung des Recovery-Ansatzes erfährt der Bildungsgedanke eine Renaissance. Auch im Hinblick auf das Thema der Gesundheitskompetenz (»Health Literacy«) angesichts der Zunahme von chronischen Krankheiten und dem Ruf nach dem »aufgeklärten Patienten« ist der Bildungsaspekt höchst aktuell. Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitssystems sind zunehmend gefordert, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und auf die eigene Situation zu übertragen. Die Gesundheitskompetenz ist dabei das Zusammenspiel persönlicher Fähigkeiten mit den komplexen Anforderungen von Situationen und Systemen, in denen Menschen sich bewegen [8]. Diese Entwicklung wirkt sich sowohl auf konzeptionelle Überlegungen des Settings, als auch auf die Formen der Interventionsangebote und die Interaktion der Professionellen und Betroffenen aus.

Der Stärkung der Gesundheitskompetenz und der Förderung der Selbsthilfe kommt vor diesem Hintergrund eine zentrale Bedeutung zu. Hier liegt der Bezug zu dem Recoverykonzept: Der Erwerb von Gesundheitskompetenz ist eng mit Basisressourcen wie Hoffnung, Selbstwirksamkeit, Optimismus und sozialer Unterstützung verknüpft.

In der internationalen Entwicklung spielen im Bereich psychiatrischen Erkrankung / psychischer Gesundheit zunehmend Organisationsformen eine Rolle, in denen der explizite Fokus auf den individuellen Lernprozessen und

der Bildung zur Förderung seelischer Gesundheit liegt. Zu nennen sind hier die »Recovery Colleges«, manchmal auch als »Recovery Education Centers« oder im Jugendbereich als »Discovery Colleges« bezeichnet. Im deutschsprachigen Raum finden wir vielversprechenden Entwicklungen sowohl unter dem Begriff des »Recovery Seminars«.

Recovery Colleges oder Recovery-Lernprogrammen liegt ein edukativer Ansatz zugrunde. Mit Hilfe solcher Angebote sollen Menschen auf ihrem Genesungsweg und im Rahmen der sozialen Teilhabe Unterstützung erfahren [9]. Jay und Kollegen [4] definieren Recovery Colleges als »Einrichtungen, welche Personen, die ihr Leben wieder aufbauen wollen, eine Möglichkeit des Wandels und der Transformation anbieten. Sie können definiert werden als offizielle Weiterbildungsinstitutionen, die versuchen ein Umfeld zu schaffen, in dem Menschen mit eigenen psychischen Krankheitserfahrungen sich sicher, willkommen und akzeptiert fühlen können« (Übersetzung durch die Autoren).

## **Entstehungsgeschichte und konzeptionelle Grundlage der Recovery Colleges**

Erste Entwicklungsansätze des Konzeptes hat es schon Mitte der 1980er Jahre am Psychiatric Rehabilitation Center in Boston (USA) gegeben.

Die dort vorhandenen »Recovery Education Centers« verfolgen einen ressourcen-orientierten Ansatz. Ashcraft und Anthony [1] formulieren das Ziel dieser Angebote wie folgt: »Menschen möchten entdecken, wer sie sind, Fertigkeiten und Instrumente erlernen, um ihre Genesung zu fördern, herausfinden, wer sie sein können und ihren einzigartigen Beitrag dazu erkennen.« (Übersetzung durch die Autoren). Dunn und Kollegen [3] benennen drei Gründe, warum es sinnvoll ist, Recovery und Bildung miteinander zu verbinden und weiterzuentwickeln.

- Der Recovery Ansatz orientiert sich an Prinzipien der Rehabilitation und der Erkenntnis, dass Menschen mit schweren Erkrankungen genesen können und das auch tun. Im Rahmen des Genesungsprozesses spielen

Werte wie beispielsweise Selbstbestimmung, persönliches Wachstum, Hoffnung bzw. Zuversicht in Verbindung mit der Entwicklung von Fertigkeiten (Skills) eine entscheidende Bedeutung.

- Für die theoretische Fundierung des »Recovery Education Centers« waren Erkenntnisse aus der Erwachsenenbildung von Bedeutung. Demnach sollten Bildungsangebote die Möglichkeiten und Grenzen der Teilnehmenden berücksichtigen und die Entwicklung weiterer Stufen des persönlichen Wachstums fördern. Damit dies gelingt, sollten die Teilnehmenden so viel Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten wie möglich erhalten.
- Das »Recovery Education Center« orientiert sich an dem transtheoretischen Veränderungsmodell von DiClemente und Prochaska [6]. Im Fokus stehen im Besonderen die Phasen »Bereitschaft« (readiness) und »Veränderungen umsetzen« (intention to change). Die einzelnen Kurse wurden so konzipiert, dass sie auf die unterschiedlichen Phasen der Veränderungen fokussieren zu Veränderung motivieren und diese unterstützen.

Es verging einige Zeit, bevor die Idee in Europa aufgegriffen wurde. Das erste Recovery College in England wurde 2009 unter dem Dach des St. George's Mental Health NHS Trust im Südwesten von London eröffnet. Eine besondere Bedeutung kommt hier der Organisation »Implementing Recovery through Organizational Change«. Neben der Implementierung zum Beispiel von Peer Arbeit und Recovery-Orientierung in der Praxis, stellt die Einrichtung von Recovery Colleges ein zentrales Anliegen von ImROC dar. Sie sind für die politischen und institutionsübergreifenden Bestrebungen, die psychiatrische Versorgung stärker recovery-orientiert zu gestalten, besonders wichtig. Mittlerweile existieren in England über 80 Recovery Colleges. Zudem haben sich Recovery Colleges in Dänemark, Italien und den Niederlanden, aber auch in anderen Ländern wie Kanada, Australien oder Uganda etabliert.

Das Interesse beschränkt sich somit nicht mehr nur auf dem angloamerikanischen Raum. Ein wesentlicher Grund für das große internationale Interesse dürfte sein, dass Recovery Colleges einen fundamental anderen Blick und ein anders Verständnis auf den Behandlungs- und Genesungsweg bieten. Im Gegensatz zu herkömmlichen Bildungsmaßnahmen in der Psychiatrie, wie z.B. die Psychoedukation, geht es im Rahmen von Recovery Colleges darum, die Dimensionen von Recovery umfassender abzubilden. Dazu gehört z.B. die Entwicklung von Hoffnung und die Suche nach Bedeutung und Sinn im Leben.

Die Kurse von Recovery Colleges fokussieren auf den Umgang mit psychischer Gesundheit und psychischen Krisen. Dabei wird ein edukativer Ansatz gewählt, der auf einer recovery-orientierten Philosophie basiert und in den Kursen kollaborativ – also im Dialog – entwickelt und gelebt werden. Der Aspekt der Koproduktion ist im Recovery-Ansatz von großer Bedeutung (siehe den Beitrag zur Koproduktion in diesem Buch). Für die Organisationen und Fachpersonen bedeutet dies einen paradigmatischen Wandel der Haltung, »etwas *für* die Menschen tun«, zu dem Selbstverständnis, »etwas *mit* den Menschen tun«.

Ein weiteres Argument für den Bedarf an solchen Institutionen ergibt sich aus dem Risiko physischer und psychischer Komorbiditäten. So sehen Burhouse und Kollegen [2] die Notwendigkeit wie bei anderen chronischen Erkrankungen, die betroffene Person als Experte im Umgang mit ihrer Krankheit zu schulen, so wie z.B. im Rahmen von Diabetes. Hierbei darf auch von einem Eigeninteresse der Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgegangen werden, die in der Regel nur sehr wenig Zeit mit dem Arzt oder anderen psychiatrischen Professionellen verbringen und sich die meiste Zeit selbst mit dem Management der Krankheit befassen. Vor diesem Hintergrund drängen sich Kurse zur (Selbst-) Fürsorge und zur Förderung der psychischen und physischen Gesundheit geradezu auf.

## Grundsätze eines Recovery Colleges

Menschen genesen nicht in Institutionen, sondern in der Gemeinde. Recovery Colleges müssen mit dem gesamten Umfeld bzw. den Gemeinden zusammenarbeiten und nicht nur mit einer Institution. Recovery Colleges vermitteln Wissen, welches transformativ ist und die Menschen in ihrem Empowerment-Prozess unterstützt. Besondere Bedeutung kommt dabei dem subjektiven Erfahrungswissen der Personen zu, welche in ihrem Leben bereits psychische Krisen überwunden haben. Recovery Colleges stellen eine Kombination aus den Prinzipien von Recovery, der Erwachsenenbildung und der Sozialraumarbeit dar.

Recovery Colleges setzen der herkömmlichen therapeutischen Sicht auf psychiatrische Interventionen einen pädagogischen Blick gegenüber.

Abbildung 1: Gegenüberstellung des lernenden Ansatzes und des therapeutischen Ansatzes (in Anlehnung an Perkins et al. 2012) [7].

<b>Therapeutischer Ansatz</b>	<b>Lernender Ansatz</b>
Fokus auf Problemen, Defiziten, Funktionsstörungen und Symptomreduktion	Menschen sollen ihre Talente und Ressourcen erkennen
Form der Therapiesitzung als übergreifendes Paradigma	Unterstützt Menschen dabei, ihre Möglichkeiten zu erforschen und ihre Fähigkeiten zu entwickeln.
Transformiert alle Aktivitäten in »Therapien« – Arbeitstherapie, Millieuthérapie, Gartentherapie usw.	Unterstützt Menschen dabei, ihre eigenen Ziele zu erreichen
Problemdefinition und Art der therapeutischen Intervention werden vom professionellen Experten festgelegt.	Professionelle übernehmen die Rolle eines Coaches und helfen den Menschen, ihre eigenen Lösungen zu entwickeln
Manifestiert die ungleiche Verteilung von Macht und verfestigt die Idee, dass die	Studierende wählen ihre Kurse selber und erarbeiten für sich Bildungswege,

primäre Expertise bei den Professionellen liegt.	die für sie Sinn machen (und dem Geschehenen eine Bedeutung geben). So werden sie Experten für ihr eigenes Leben.
--	---

Recovery Colleges können in ihrer Ausgestaltung variieren. Grundsätzlich sollen sie sowohl das Leben der Studentinnen und Studenten als auch der psychiatrischen Institutionen verändern. Recovery Colleges legen den Schwerpunkt auf Ressourcen (»shifting from what’s wrong to what’s strong«) und wenden den Blick vom Professionellen mehr zum Betroffenen (von »what’s the matter with you« zu »what matters to me« .

Perkins et al. [7] beschreiben acht Grundsätze von Recovery Colleges:

- Koproduktion zwischen Menschen mit persönlicher und Menschen mit professioneller Erfahrung im Hinblick auf den Umgang mit psychischen Problemen.
- Es gibt einen physischen Ort (ein Gebäude) mit Klassenräumen, Büchern usw. Hier können die Studierenden ihren eigenen Fragestellungen nachgehen.
- Das Recovery College funktioniert nach Regeln einer Bildungseinrichtung.
- Das Recovery College richtet sich an alle – also an die gesamte regionale Bevölkerung.
- Es gibt einen persönlichen Tutor oder Coach, welcher Informationen zur Verfügung stellt, Hinweise gibt und Beratung gewährleistet.
- Das Recovery College ist kein Ersatz für traditionelle Diagnostik und Therapie
- Das Recovery College ist keine Ersatz traditioneller Bildungseinrichtungen wie z.B. Volkshochschulen.
- Im Rahmen der Organisationskultur und der Abläufe sind Recovery-Prinzipien zur Anwendung zu bringen.

**Koproduktion** Die Einbeziehung von »Experten aus Erfahrung« ist für ein Recovery College von zentraler Bedeutung. Dabei ist darauf zu achten, dass Koproduktion auf Augenhöhe stattfindet. Dies bedeutet zum Beispiel, dass Programme und Kurse gemeinsam entwickelt und gemeinsam durchgeführt werden. Dabei gilt es, auch den Aspekt der Vergütung zu berücksichtigen und darauf zu achten, dass Experten aus Erfahrung nicht schlechter bezahlt werden.

Es ist nicht die alleinige Sache der Menschen mit professioneller Erfahrung, entsprechende Rahmen zu setzen. Koproduktion bedeutet auch, dass Experten aus Erfahrung in die Leitung des Colleges eingebunden sind. Koproduktion basiert auf sechs Prinzipien:

- Koproduktion erfordert, dass sich Betroffene und Professionelle von ihren tradierten Rollen in der Klinik lösen.
- Koproduktion erfordert von den Professionellen eine Rollenveränderung vom »Behandler« hin zum »Ermöglicher« erfordert.
- Koproduktion bedeutet auch, dass sich Menschen mit professionellem Hintergrund nicht nur mit ihrem Wissen, sondern auch mit ihrer eignen (Lebens-) Erfahrung einbringen.
- Koproduktion basiert auf einem ressourcenorientierten Ansatz.
- Koproduktion bedeutet, dass alle über gleich viel »Macht« bzw. Entscheidungsgewalt verfügen.
- Koproduktion erfordert, dass Risiken durch positive und konstruktive Zusammenarbeit gemeinsam getragen werden.

Ziel ist es, die Grenzen zwischen »den Kranken« und »den Gesunden« aufzuheben. Der Nutzen gemeinsamen Lernens ist besonders groß, wenn Betroffene, Professionelle (mit oder ohne eigene Erfahrungen), Angehörige, Freunde und andere interessierte Personen respektvoll zusammenarbeiten. Zumindest ist das die Überzeugung der meisten Recover-College-Betreiber. Es gibt auch Recovery Colleges wie »ENIK« in Utrecht, die die Einbeziehung von Mitarbeitern nur mit fachlichem Hintergrund grundsätzlich ablehnen, da sie die Selbstständigkeit der Nutzenden dadurch gefährdet sehen.



**Ort** Für die Identitätsentwicklung eines Recovery Colleges ist ein spezifischer Ort mit einem physischen Gebäude mit Klassenräumen und einer Bibliothek eine wichtige Voraussetzung. Die Räumlichkeiten lassen sich entsprechend gestalten oder benennen (z.B. mit Namen bekannter Recovery-Pionierinnen wie Patricia Deegan oder Dorothea Buck). In den Räumlichkeiten sollte eine Bibliothek mit analogen und digitalen Medien bzw. internetfähigen Bildschirmarbeitsplätzen eingerichtet sein. Es gibt auch Beispiele von Recovery Colleges, in denen es kein zentrales Gebäude, sondern mehrere Satelliten gibt.

»Virtuelle« Recovery Colleges sind schwer greifbar und es gelingt nur bedingt, diese ohne ein »physisches« Zuhause zum Leben zu erwecken. Das bedeutet aber nicht, dass es nicht einer guten Präsenz im Internet bedarf. Eine beeindruckende Internetpräsenz hat zum Beispiel das Recovery College in Calgary in Kanada: <http://www.recoverycollegecalgary.ca>.

**Regeln** Das Recovery College funktioniert nach Regeln einer Bildungseinrichtung. Es ist wichtig, dass der College-Gedanke erhalten bleibt und das Programm nicht durch andere Aufgaben oder Interventionen verwässert wird. Aufsuchende Angebote, Krisenberatung oder Tagesaktivitäten sollten an anderen Orten verankert sein.

**Zielgruppe** Das Recovery College richtet sich an alle – also an die gesamte regionale Bevölkerung. Der wichtigste Grundsatz lautet hier: Es gibt keine Ausschlusskriterien, jede interessierte Person kann mitmachen. Das bedeutet, dass der Zugang möglichst niedrigschwellig sein sollte und auf Barrierefreiheit zu achten ist. Es sollten auch Menschen erreicht werden, die wegen gefühlter oder tatsächlicher Barrieren psychiatrische Dienstleistungen ansonsten nicht in Anspruch nehmen. Die Teilnahmegebühren sollten möglichst gering sein.

**Persönlicher Tutor** Es gibt einen persönlichen Tutor oder Coach, welcher Informationen zur Verfügung stellt, Hinweise gibt und Beratung gewährleistet. Die Studierenden werden von Tutoren und Tutorinnen begleitet. Diese

helfen die Bedürfnisse der Studierenden mit den Angeboten des Colleges abzugleichen.

**Keine Therapie** Das Recovery College ist kein Ersatz für traditionelle Diagnostik und Therapie. Die Durchführung therapeutischer Angebote gehört nicht in den Aufgabenbereich eines Recovery Colleges. Recovery Colleges sind keine Konkurrenz, sondern eine Ergänzung zu den herkömmlichen therapeutischen Dienstleistungen.

**Bildungsimpuls** Auch wenn die Colleges kein Ersatz zu anderweitigen Bildungsangeboten sind, können sie dazu führen, dass die Studierenden nach dem Besuch Angebote anderer Bildungsanbieter mehr nutzen.

**Recovery-Prinzipien** Im Rahmen der Organisationskultur und der Abläufe sind Recovery-Prinzipien zur Anwendung zu bringen. Wichtige Grundsätze sind dabei die Vermittlung von Zuversicht, die Wahlmöglichkeiten und die Kontrolle über bedeutsame Lebensbereiche.

### **Bisherige Erkenntnisse zur Wirksamkeit**

Vier Wirkmechanismen der Recovery Colleges wurden identifiziert: Unterstützendes Milieu, unterschiedliche Beziehungsangebote, Förderung des persönlichen Wachstums und Veränderung der Machtverhältnisse. Positive Ergebnisse wurden bei den Studenten selbst (besseres Selbstverständnis und Selbstvertrauen) und bei ihrer Lebensweise festgestellt (stärkere Inanspruchnahme von psychosozialen Dienstleistungen sowie von beruflichen und sozialen Angeboten) zugeordnet. Die Autorinnen schließen aus den Ergebnissen, dass insbesondere Personen, die herkömmlichen psychiatrischen Angeboten misstrauisch gegenüber stehen und Personen mit geringem sozialem Kapital am meisten von den Recovery Colleges profitieren.

Es gibt also gute Gründe, Recovery Colleges auch im deutschsprachigen Raum einzurichten. Im Vergleich zu Angeboten in England, deren Finanzierung innerhalb des National Health Service (NHS) sichergestellt ist, wird es eine zentrale Herausforderung sein, Recovery Colleges jenseits von Modellversuchen langfristig zu finanzieren. Das enorme Potenzial der Recovery

Colleges für die gesamte Gesellschaft sollte ausreichend Argumente liefern, um diese Herausforderung erfolgreich anzugehen.

## Literatur

1. Ashcraft, L.; Anthony, W. (2005): *A story of transformation. An agency fully embraces recovery. Behavioural Healthcare Tomorrow*, 14 (2), 12–22.
2. Burhouse, A., Rowland, M., Niman, H. M., Abraham, D., Collins, E., Matthews, H., ... & Ryland, H. (2015). *Coaching for recovery: a quality improvement project in mental healthcare. BMJ Open Quality*, 4(1), u206576-w2641.
3. Dunn, E. C.; Rogers, E. S.; Hutchinson, D. S.; Lyass, A.; Wilson, K. L. M.; Wallace, L. R.; Furlong-Norman, K. (2008). *Results of an innovative university-based recovery education program for adults with psychiatric disabilities. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35 (5), 357–369.
4. Jay, L.; Macadam, B.; Gardner, P.; Mahboub, L. (2017): *Hope headquarters: recovery college. Health Promotion Journal of Australia*, 28 (2), 170–173.
5. Kremer, G.; Schulz, M. (2016): *Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie*.
6. Kremer, G.; Schulz, M (2016) *Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag
7. Perkins, R.; Repper, J.; Rinaldi M.; Brown H. (2012): *Briefing. Implementing Recovery Colleges through Organisational Change. Center for mental Health – NHS Confederation Health Network*. <https://imroc.org/resources/1-recovery-colleges> (21.07.2019).
8. Schaeffer, D.; Hurrelmann, K.; Bauer, U.; Kolpatzik, K.; Gille, S.; Vogt, D. (2018): *Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz – Notwendigkeit, Ziel und Inhalt. Das Gesundheitswesen* (2) 21-25
9. Slade, M.; Amering, M.; Farkas, M.; Hamilton, B.; O'Hagan, M.; Panther, G.; Perkins, R.; Shepherd, G.; Tse, S.; Whitley, R. (2014): *Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. World Psychiatry*, 13 (1), 12–20.

## **63. Trialogisch Lernen – Betroffene, Angehörige und Fachpersonen studieren zusammen**

*Manuela Grieser*

### **Hintergrund**

Studien und Erfahrungen aus dem Ausland und neuste Entwicklungen in der Schweiz zeigen, Personen mit Krankheitserfahrung und der Einbezug Angehöriger sind eine wichtige Ressource für das Gesundheitswesen. Vor diesem Hintergrund entwickelten wir den Kurs «Leben mit der Sucht» in welchem diese Personen trialogisch studieren. Inzwischen konnte der Kurs zwei Mal erfolgreich durchgeführt werden.

Der Kurs besteht aus 8 Präsenztage aufgeteilt auf 4 Module und 90 Stunden Selbststudium. Um Aussagen zum Lernen, zur Gruppendynamik, zur Kurszufriedenheit und zum Verhalten der Kursteilnehmenden zu machen, wurde während der Studientage eine Begleitevaluation durchgeführt. Folgende Kriterien wurden evaluiert: die allgemeine Kurszufriedenheit, der persönliche Lerngewinn, die Anforderungen im Kurs, das Erleben in der Gruppe, das Verhalten, die Interaktionen der Kursteilnehmenden während des Unterrichtes und das persönliche Recovery.

### **Methodik der Begleitevaluation**

Es wurden verschiedene methodische Ansätze gewählt. Die allgemeine Kurszufriedenheit wurde mittels eines globalen Kursevaluationsbogens erhoben und ausgewertet. Der persönliche Lerngewinn, das subjektive Erleben in der Gruppe, das persönliche Recovery sowie die Anforderungen im Kurs wurde anhand von zwei Fokusgruppeninterviews in der Mitte und am Ende des Kurses erhoben sowie mit subjektiven Analogskalen zu vier Erhebungszeitpunkten am Ende eines jeden Moduls evaluiert. Das Verhalten und die Interaktion von Kursteilnehmenden während des Unterrichtes konnte mit einer teilnehmenden Beobachtung und hermeneutisch phänomenologischen Interviews dokumentiert werden.

## **Ergebnisse**

Es kann eine sehr hohe globale Kurszufriedenheit festgestellt werden. Der persönliche Lerngewinn wird in den Bereichen Begleitung von Veränderungsprozessen und Entwickeln der persönlichen Kompetenzen Selbstwert, Selbstwertgefühl als sehr hoch eingeschätzt. Im Bereich Fach- und Methodenwissen zum Thema Sucht wurden noch mehr Inhalte gewünscht. Die Anforderungen im Kurs werden je nach Modul als mehr oder weniger belastend wahrgenommen. Zum Verhalten und den Interaktionen der Kursteilnehmenden können Themenfelder wie Stigmatisierung/ Selbststigmatisierung, Darstellung des eigenen ICHs und das Wording beschrieben werden. Beim subjektiven Erleben in der Gruppe sowie dem Gefühl der Gruppenzugehörigkeit sind Veränderungen je nach didaktischen Methoden erkennbar. Das persönliche Recovery wird von den Experten durch Erfahrung und Experten durch Ausbildung unterschiedlich bewertet.

## **Diskussion und Schlussfolgerun**

Ein trialogisch angelegter Kurs kann ein Erfolg sein, wenn sich die Teilnehmenden bewusst dafür entscheiden und sich auf einen Prozess einlassen. Die fachlichen Kursinhalte dürfen ein wissenschaftliches Niveau aufweisen. Bei der didaktischen Planung des Kurses muss dem besonderen Setting Rechnung getragen werden, um eine Gruppenzugehörigkeit zu unterstützen. Eine Haltungsänderung und ein Recoveryprozess kann nicht von aussen initiiert werden, der Kurs kann dafür Raum schaffen, den Prozess beschreitet jeder Teilnehmende für sich allein.

## **64. Psychotherapie durch psychiatrisch Pflegende - klinische Notwendigkeiten und curriculare Ausrichtung**

*Michael Schulz, Thomas Pollmächer, Pascal Wabnitz, Michael Löhr*

### **Hintergrund**

Psychotherapie ist ein essenzieller Bestandteil in der Behandlung psychisch kranker Menschen, bleibt allerdings im Bereich der stationären und auch der ambulanten psychiatrischen Behandlung hinter dem Bedarf zurück. Im Rahmen des ärztlichen Gesamtbehandlungsplans ist die Anwendung psychotherapeutischer Interventionen durch andere Berufsgruppen in Deutschland nicht regelhaft üblich. Daraus muss gefragt werden, welche Implikationen sich für die psychiatrische Pflege aus internationalen Forschungsdaten zur Verbesserung der Versorgung im Hinblick auf psychosoziale und psychotherapeutische Behandlung ableiten lassen. Anhand einer Literaturrecherche werden internationale Entwicklungen analysiert und als Modell für ein deutsches Ausbildungscurriculum genutzt. Psychotherapie durch Pflege gehört in manchen Ländern Europas und der Welt schon länger zur anerkannten und finanzierten Behandlung. In den deutschsprachigen Ländern ist die Lage heterogen. Allerdings gibt es einige empirische Belege, in denen auch in den deutschsprachigen Ländern gezeigt werden konnte, dass positive Effekte bei psychotherapeutischen Interventionen durch Psychiatrisch Pflegende erzielt werden konnten.

### **Adherence Therapie durch Pflegende im Rahmen eines Robert-Bosch-Projektes**

Vor diesem Hintergrund wird im Rahmen des Symposiums über ein beispielhaftes Forschungsprojekt aus Gütersloh berichtet. Hier werden Psychiatrisch Pflegende in der Durchführung psychotherapeutischer Kurzinterventionen geschult und werden diese Kenntnisse dann auch auf einer Akutstation zur Anwendung bringen. Kern dieses Ansatzes ist die „Adherence Therapie“. Das Projekt wird durch die Robert-Bosch-Stiftung im Rahmen des Programms

„360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten“ durchgeführt. Im Rahmen dieses Programms erarbeiten Experten aus verschiedenen Versorgungssektoren Lösungen und Strategien, um das Zusammenwirken verschiedener Qualifikationen im Pflorgeteam bestmöglich für den Patienten zu gestalten. Die Frage danach, wie der Qualifikationsmix in der Pflege sowohl inhaltlich als auch organisatorisch ausgestaltet werden kann, muss je nach Setting und Fachbereich unterschiedlich beantwortet werden. Für die Psychiatrische Pflege gilt hier, dass im Hinblick auf akademische Qualifikationsprofile der Bereich der fundierten psychosozialen und psychotherapeutischen Angebote ein zentrales Element der Weiterentwicklung des Profils darstellt. Hier kann durch Erweiterung, Vertiefung und wissenschaftliche Weiterentwicklung der Handlungsansätze ein positiver Beitrag zur Verbesserung der Patienten gelingen.

### **Curriculare Überlegungen**

In einem weiteren Beitrag werden Curriculare Überlegungen zur Weiterbildung von Pflegenden in der Psychotherapie formuliert.

Konkret wird ein Curriculum zur Diskussion gestellt, welches darauf vorbereitet, dass Psychiatrische Pflegende über eine spezifische Qualifikation in der Akutpsychiatrie psychotherapeutisch tätig werden können. Das Curriculum umfasst einen Zeitraum von 1,5 Jahre und enthält neben den inhaltlichen Aspekten auch die Themen Supervision, Selbsterfahrung und Selbstreflexion. Dieses Curriculum vermittelt neben störungsspezifischen Kompetenzen auch störungsübergreifende psychotherapeutische Kenntnisse und Interventionen. Es lässt sich schlussfolgern, dass die Zusammenarbeit im Hinblick auf psychotherapeutische Interventionen unterschiedlicher Gesundheitsberufe sich als wirksam und hilfreich in der Behandlung psychisch kranker Menschen erwiesen hat.

## **Der Einsatz von psychosozialen und psychotherapeutischen Interventionen durch Pflegende aus Sicht des ärztlichen Dienstes**

Damit im stationären Akutsetting entsprechende Ansätze erfolgreich implementiert werden können, braucht es berufsgruppenübergreifende Arbeitsweisen und Bildungsansätze. Im Rahmen der Veranstaltung wird aus der Sicht eines Chefarztes (Prof. Dr. Thomas Pollmächer) deutlich gemacht, wie ein Zusammenspiel hier zu denken wäre.

### **Diskussion**

Mit diesem Symposium soll eine breite Diskussion angestoßen werden, die das Thema Psychotherapie und Pflege für die Kongressteilnehmer greifbar macht. Es werden Möglichkeiten und Grenzen aus unterschiedlichen Berufsgruppen diskutiert. Auch stehen aktuelle Forschungsergebnisse zur Diskussion. Den Teilnehmern soll ein breites Spektrum des Themas dargestellt werden. Um den wachsenden Bedarf an Psychotherapie in der stationären Behandlung besser abdecken zu können, sollten Pflegefachpersonen zukünftig stärker einbezogen werden. Damit dies gelingt, sind unterschiedliche Qualifikationsstufen zu benennen und Ausbildungsstandards festzulegen.



## **65. Psychotherapeutische Interventionen durch psychiatrisch Pflegende - Verantwortung für Intervention und Vergütung (Abstract)**

*Norbert Wietscher*

### **Hintergrund**

Die Leistungserbringung von Psychotherapie muss aufgrund ihrer Bedeutung zur Genesung der Patienten kontinuierlich angeboten werden. Hierfür bedarf es einer Ausbildung, die zur Durchführung psychotherapeutischer Maßnahmen erforderlich ist. Neben Psychologen und Ärzten führen Pflegende auch schon heute Interventionen der Psychotherapie nach einer Ausbildung durch (soziales Kompetenztraining, DBT, Psychoedukation etc).

Doch die Bezahlung für die Durchführung von Bestandteilen der Psychotherapie ist für die Berufsgruppen unterschiedlich, obwohl Pflegende gleiche Erfolge erzielen [1].

### **Problemstellung**

Um die Qualität und das Angebot für Psychotherapie weiter vorhalten zu können, ist eine an-gemessene Bezahlung für Pflegende, die psychotherapeutische Verfahren anwenden, notwendig um das Fehlen psychologischer und ärztlicher Psychotherapeuten ausgleichen zu können. In vielen Fällen wird die Übernahme psychotherapeutischer Tätigkeiten im Pflege-dienst auch als Möglichkeit zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs gewertet. Das allein darf aber nicht der „Lohn der Mühe“ bleiben. Die BFLK (Berufsfachvereinigung leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V.), die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP) und die Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie – sehen die Notwendigkeit der Durchführung psychotherapeutischer Leistungen durch Pflegefachpersonen. Bei der Erstellung entsprechender Konzepte sind die Tarifvertragsparteien unbedingt von Anbeginn an „ins Boot zu holen“, um eine adäquate Eingrupp-

pierung von Pflegenden, die Bedarfe in der stationären Psychotherapie decken, zu definieren.

## **Ziele**

Ziel ist es, eine Abdeckung des psychotherapeutischen Angebotes aufrecht zu erhalten und ggf. durch Pflegefachpersonen zu vergrößern. Hier bedarf es der klaren Definierung, welche Kompetenzen Pflegefachpersonen eingeräumt werden und einer finanziellen angepassten Vergütung analog des psychologisch- ärztlichen Dienstes. Eine klare Aufgabenerweiterung sollte flächendeckend in allen deutschen Kliniken verankert sein, die durch alle Berufsgruppen getragen und umgesetzt werden müssen. Auch die Anerkennung dieser von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen durch die Krankenkassen und die entsprechende Vergütung, muss sichergestellt werden. Die notwendigen Ausbildungsinhalte müssen festgelegt werden, um sicherzustellen, dass alle Pflegefachpersonen den notwendigen Ausbildungsstand haben.

## **Vorgehen**

Die Untersuchungen, die belegen, dass Psychotherapie durch Pflegefachpersonen genauso gut durchgeführt wird, müssen zusammengeführt und einen klare Ausbildungsverordnung deutschlandweit festgelegt werden. Dabei sollten Ergebnisse aus Ländern hinzugezogen werden, die schon psychotherapeutisch durch Pflegefachpersonen versorgt werden und dann muss dies auch wie dort (USA, GB, etc.) vergütet werden.

## **Bisherige Ergebnisse/Erfahrungen**

Der Einsatz von Pflegefachpersonen wird unterschiedlich gehandhabt und auch vergütet, hier ist oft die Vorbildung (Ausbildung /Studium) ausschlaggebend. Ein Vergleich aus den Ländern, in denen Psychotherapie auch durch Pflegefachpersonen erfolgen, wäre hier sinnvoll.

## Schlussfolgerung

Die kontinuierliche Sicherstellung der Psychotherapie durch Pflegefachpersonen muss fest verankert werden, um die regelhafte Versorgung im ambulanten und (teil)-stationären Sektor aufrecht zu erhalten. Neben klarer Regelungen in der Ausbildungsverordnung und damit angepassten Entgelten für die Pflegefachpersonen müssen auch psychologische und ärztliche Psychotherapeuten die Leitung als gleichwertig ansehen und auch Krankenkassen müssen dieses in der Leitungsvergütung anerkennen. Hier bedarf es auch noch einmal der Überprüfung und Anpassung der personellen Ausstattung, um die Leistung dann auch anbieten zu können.

## Literatur

1. Marks I.: *Con-trolled trail of psychiatric nurse therapist in primary care*, in: Traynor M., Rafferty A.M. eds. *Exemplary research for nursing and midwifery*. New York: Routledge 2002:2 261-271.

## **66. Psychotherapeutische Interventionen durch psychiatrisch Pflegende – Psychiatrische Pflege als Handwerk und Sprechwerk. Eine Verteidigung. (Abstract)**

*Daniel Heinrichs*

### **Hintergrund**

In der psychiatrischen Fachwelt wird eine Diskussion über die Übernahme psychotherapeutischer Leistungen durch psychiatrisch Pflegende im Kontext des „Mangels

an qualifizierten Fachkräften“ geführt. Im Zuge dessen und auch schon davor, führt die deutschsprachige akademische Psychiatrische Pflege auch eine Debatte über ihr berufliches Rollenverständnis. Hier insbesondere die Frage danach, ob man noch von einem einheitlichen Pflegeberufe-Begriff sprechen kann und wie die Qualifizierungsstufen sich in den Kompetenzen und Befugnissen unterscheiden werden.

### **Problemstellung**

Die psychiatrische Pflege als Berufsgruppe befand sich in den letzten Jahrzehnten in einem stetigen Wandel bezüglich des eigenen Rollenprofils sowie der Zuschreibung ebendieses durch die mitbeteiligten Berufsgruppen, insbesondere der ärztlichen Berufsgruppe. Die Debatten und die berufspolitischen Kämpfe um Akzeptanz der pflegerischen Berufsgruppe als eigenständige Profession führen u.a. zu der Annahme, dass die Übernahme bislang ärztlicher oder psychotherapeutischer Tätigkeiten zu einer Aufwertung der pflegerischen Berufsgruppe führen.

### **Ziele**

Dargestellt wird, dass die postulierte Annahme einer Aufwertung der pflegerischen Berufsgruppe durch Übernahme bislang durch andere Professionen verantworteter Tätigkeiten, nicht zielführend ist. Insbesondere, da diese primär als akademisch geführte Debatte stattfindet und zum anderen die

Bestandsaufnahme des Kerns psychiatrischer Pflege vernachlässigt. Diese hier vorgetragene Bestandsaufnahme wird die psychiatrische Pflege als im Spannungsfeld zwischen Handwerk und Sprechwerk stehend darstellen. Zudem die Notwendigkeit einer ehrlichen Betrachtung herausstellen, dass im Spektrum der psychiatrisch Pflegenden nur ein bestimmter Teil zum einen befähigt ist, über das Handwerk hinausgehende Tätigkeiten zu leisten und zum anderen, die Notwendigkeit der Wertschätzung eben dieses Handwerks herausstellen, da dies der Kern psychiatrischer Pflege ist. Zudem die Darstellung wagen, dass die Alltagspraxis immer schon handwerkliches Sprechwerk war und die Gefahr der Abwertung nicht-akademisierter psychiatrischer Pflege, welches auch in Zukunft das Gros der Pflegenden in der Praxis sein wird, besteht.

### **Bisherige Ergebnisse/Erfahrungen**

Die Literaturrecherche sowie die subjektive Betrachtung des Ist-Zustands der psychiatrischen Pflege sieht eine kaum wahrnehmbare Durchdringung der psychiatrisch-pflegerischen Praxis mit den akademisch geführten Diskussionen. Diese fehlende Breite rührt nicht nur aus der Ablehnung eines Mehr an Verantwortungsübernahme von Teilen der Pflegenden in der Praxis, sondern auch durch die teilweise fehlende fachpraktische Perspektive und des Willens zum Empowerment der Pflegenden, seitens des Managements.

### **Schlussfolgerung**

Das Ziel einer Aufwertung psychiatrisch-pflegerischen Handelns geschieht nicht durch die Übernahme von Tätigkeiten der anderen Professionen in der Psychiatrie. Das Denken, dass sich Professionalisierungstendenzen durch oktroyierte Verantwortungsübernahmen im therapeutischen Kontext „von oben“ entwickeln können, wird an den Widerständen scheitern. Diese Widerstände sind nicht allein in der pflegerischen Berufsgruppe vorhanden, sondern systemimmanent. Zudem scheint das Profil der Low-Intensity-Psychotherapie nur ein weiterer Co-Therapeut zu werden, so dass von einer wirklichen eigenständigen therapeutischen Leistung nicht die Rede sein

kann. Vielmehr benötigt es eine Perspektive wie klar konturierte Kompetenzprofile – handwerklich tätig Pflegende, sprechwerkllich Pflegende, therapeutisch-handelnd Pflegende – in einem das jeweilige Kompetenzprofil wertschätzenden Umfeld entwickelt, vermittelt und gesteuert werden können. Denn selbst das basale psychiatrisch-pflegerische Handwerk ist psychotherapeutisches Tun, nur wird dieses im Rahmen der Fokussierung auf klassische Psychotherapie, nicht als solches gesehen.

## **67. Psychotherapeutische Interventionen durch psychiatrisch Pflegende – Klingt ganz gut, aber ist es so neu?**

*Stefan Rogge*

### **Hintergrund**

Die stationäre Psychotherapie in Deutschland ist davon geprägt, dass Ärzte und psychologische Psychotherapeuten für die Indikationsstellung und auch die Durchführung verantwortlich zeichnen. In der jüngeren Vergangenheit wird jedoch verstärkt über die Anwendung psychotherapeutischer Interventionen durch Pflegefachpersonen (oder auch andere Berufsgruppen) gesprochen und diskutiert. Mithin ist hierfür sicherlich auch die Tatsache, dass die bisherigen Angebote dem Bedarf nicht gerecht werden [u.a. 3]. Dabei spielen psychotherapeutische Interventionen eine wichtige Rolle, so identifiziert bspw. Wessels [4] das Angebot psychotherapeutischer Behandlung oder Mitbehandlung als „Kernempfehlung der Leitlinien“, das sowohl ein Teil stationärer als auch ambulanter Routineversorgung sein sollte.

### **Problemstellung**

Insbesondere die stationäre Krankenhausbehandlung ist in Deutschland noch sehr stark von einer ärztlichen Vormachtstellung geprägt. So liegt die Verantwortung für den Gesamtbehandlungsplan in erster Linie beim ärztlichen Dienst. In der Realität der klinischen Versorgung führt dies auch heute noch oftmals dazu, dass andere, an der Versorgung beteiligte Berufsgruppen, zwar aufgrund vielfältiger zusätzlicher Qualifizierungen durchaus in der Lage sind über originär pflegerische und administrative Aufgaben hinaus auch psychotherapeutische Interventionen durchzuführen, dieses Potenzial jedoch entweder erst gar nicht zur Anwendung kommt oder aber wenn es genutzt wird, dies nicht als therapeutisch wertvolle Intervention gesehen wird. Die Ursachen hierfür sind mannigfaltig und sicherlich auch im Selbstverständnis der pflegerisch Tätigen, aber auch in den (hierarchischen) Struk-

turen eines Krankenhauses und somit auch bei der Ausgestaltung eben dieser durch das Management zu suchen.

## **Ziele**

Durch die Darstellung von psychotherapeutischen Interventionen, die bereits in der Vergangenheit durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen zur Anwendung gebracht wurden soll es gelingen, die aktuelle Diskussion über die Durchführung von psychotherapeutischen Interventionen durch Pflegefachpersonen auch darauf auszurichten, dass es sich hierbei weniger um eine neue Errungenschaft handelt, sondern es vielmehr darum geht, die bisherigen Behandlungs- und Betreuungsroutinen zu reflektieren, dies unter Berücksichtigung eines multiprofessionellen, auf Kompetenzen basierenden Ansatzes, mit dem Ziel, einer Neujustierung und Stärkung der jeweiligen Rollen im Behandlungsgeschehen und einer damit einhergehenden Verbesserung der psychiatrischen Behandlung der Nutzerinnen und Nutzer psychiatrischer Dienstleistungen.

## **Bisherige Ergebnisse/Erfahrungen**

Aus der Literaturrecherche lässt sich erfahren, dass es bereits zahlreiche Interventionen gibt, an denen psychiatrisch Tätige Pflegefachpersonen beteiligt sind (Adherence Therapie, Psychoedukation, DBT, etc.) [2]. Auch lässt sich aus der praktischen Erfahrung ersehen, dass es bei weiteren Maßnahmen und Leistungspakten, wie zum Beispiel der Beratung stimmenhörender Menschen oftmals Pflegefachpersonen sind die, entsprechend weiter qualifiziert, diese Ansätze in die (klinische) Behandlung einbringen. Mit Blick auf die internationale Situation lässt sich darüber hinaus festhalten, dass entsprechend (weiter-)qualifizierte Pflegefachpersonen durch die Anwendung von Kurzzeittherapien und dazugehöriger Interventionen einen wichtigen Beitrag zur psychiatrischen Gesundheitsversorgung leisten. So geht u.a aus einer Arbeit von Marks aus dem Jahr 2002 [1] hervor, dass psychotherapeutische Maßnahmen, die durch psychiatrisch Pflegenden erbracht werden



vergleichbar gute Ergebnisse erzielen wie die durch die klassischen Therapieberufe durchgeführten Interventionen.

## Schlussfolgerung

Bei der Beantwortung der Frage, ob psychotherapeutische Maßnahmen durch Pflegefachpersonen durchgeführt werden können, sollte der Blick auch auf die bisherigen Erfahrungen in der Praxis gerichtet werden und dabei insbesondere kritisch-reflexiv bewertet werden, wo entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen bereits heute psychotherapeutische Interventionen durchführen. Dabei muss auch betrachtet werden, dass diese Interventionen von den Pflegefachpersonen eigenverantwortlich bestimmt und verantwortet werden. Der für die Gesamtbehandlung verantwortliche ärztliche Dienst kennt die Möglichkeiten (Konzepte, Verfahren, etc.), welche die psychiatrische Pflegefachperson hat und beauftragt diese zur Umsetzung. Er schreibt aber eben nicht die Ausgestaltung der Verfahren vor. Um dies zu erreichen braucht es eine veränderte strukturelle und auch hierarchische Ausgestaltung der psychiatrischen Krankenhäuser. Ebenso notwendig ist ein Empowerment der Pflegefachpersonen hin zu mehr Verantwortungsbereitschaft. Hier wird dem Management eine gewichtige Aufgabe zuteil.

## Literatur

1. Marks, I. (2002): *Controlled trial of psychiatric nurse therapist in primary care.* In: Traynor, M./ Rafferty, A.M. (Hrsg): *Exemplary research for nursing and midwifery.* New York: Routledge, S. 261-271.
2. Schulz, M./ Renard, C. (2005): *Der Beitrag psychiatrischer Pflege am Gruppenprogramm in der Psychiatrie.* *Psychiatrische Pflege* 11, 38-42.
3. Wabnitz, P./ Löhr, M./ Schulz, M./Nienaber, A./ Oppermann, G./ Sauter, D./Schreiber, W./ Gouzoulis-Mayfrank, E./ Claus, S./ Hohl-Radke, F./ Jordan, W./ Pollmächer, T. (2019): *Perspektiven und Chancen für pflegerisch-psychotherapeutische Interventionen in der stationären psychiatrischen Behandlung.* *Psychiatrische Praxis* 46, 156-161.

4. Wessels, T. (2012): *Leitlinienorientierte Integrierte Versorgung psychisch erkrankter Menschen*. In: Tophoven, C./Wessels, T. (Hrsg.): *Neue Versorgungskonzepte zur Behandlung psychischer Erkrankungen*. Heidelberg: Psychotherapeuten Verlag. S. 35-46.

## **68. Traineeprogramm Psychiatrische Pflege – Neue Wege zur Fachkräftegewinnung und –bindung**

*Klaus Pöschel, Mario Gevers*

### **Hintergrund**

Psychiatrische Pflege ist ein differenziertes und inzwischen hochspezialisiertes Arbeitsfeld. Die damit verbunden beruflichen Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten bieten Pflegeberufen attraktive Arbeitsplätze. Für Berufsein- oder Umsteiger ist es jedoch nicht einfach, die sich bietenden Möglichkeiten zu erfassen und einen Überblick über die vorhandenen Alternativen zu bekommen. Da es auch in der Psychiatrischen Pflege einen erkennbaren Mangel an Fachkräften gibt, müssen neben dem Bewährten auch innovative Konzepte entwickelt werden, um eine Anziehungskraft, eine Magnetkraft auszuüben.

### **Stärken und Schwächen erkennen**

Im Frühjahr 2018 fand eine Leitungsklausur der Psychiatrie und Psychotherapie Bethel statt. Sie hatte den Schwerpunkt: „Die Gestaltung der Arbeitsbedingungen ist Führungsaufgabe“. Vor dem Hintergrund der Handlungsfelder eines Magnet-Hospital [1, 2] wurden Entwicklungen der vergangenen Jahre und Prognosen künftiger Entwicklungen präsentiert, reflektiert und diskutiert.

Trotz einer guten Bewerbendenlage werden hier künftig Probleme gesehen. Die derzeitige Einarbeitung neuer Mitarbeitender wird zum Teil als unbefriedigend erlebt, da sie sich zu sehr auf nur eine Station bzw. Abteilung konzentriert. Das beschränkt frühzeitig die Kenntnis des Arbeitsfelds und kann berufliche Flexibilität begrenzen. Ein weiterer Aspekt ergibt sich aus unbesetzten Stellenanteilen, die durch Langzeiterkrankungen (Erkrankung > 6 Wochen) entstehen und kurzfristig oder befristet kaum zu besetzen sind [3].

Als Ergebnis dieser aktiven Diskussion wurde aus den Teilnehmenden eine Arbeitsgruppe gebildet. Ihr ergebnisoffener Zielauftrag war, innerhalb von 2 Monaten ein praxisorientiertes und gut umzusetzendes Konzept für ein „Rotations- / Traineeprogramm Psychiatrische Pflege“ diskussions- bzw. abstimmungsreif vorbereiten.

### **Gemeinsames Wissen bündeln**

Die acht Teilnehmenden der Arbeitsgruppe trafen sich schon wenige Tage später, da der zur Verfügung stehende Zeitrahmen bewusst knapp bemessen war. Ausgehend von dem Spielraum den der Zielauftrag vorgab wurden die notwendigen Schwerpunkte abgestimmt und die erforderlichen Arbeitspakete festgelegt:

- Bewerbermanagement
- Entwicklung eines Rotationschemas inklusive zentraler Urlaubsplanung
- Einarbeitungsschema, Lernangebotskatalog
- Spezielle Schulungsinhalte, Pflichtfortbildungen
- Praxisanleitung, Mentoring und „kollegiale“ Beratung
- Regeln, Zuständigkeiten und Transparenz
- Öffentlichkeitsarbeit und Evaluation [3]

Neben dem Teilnehmenden der Kernarbeitsgruppe wurden noch weitere Mitarbeitende beteiligt, um vorhanden Expertisen zu nutzen und zu bündeln. Nach 4 Wochen lag ein Grobkonzept vor. Auf dieser Basis konnte schon die erste Stellenanzeige veröffentlicht werden. Nach 10 Wochen war das abgestimmte Konzept fertiggestellt und die Inhalte festgelegt. Hinsichtlich der relativen Unerfahrenheit mit diesem Thema und notwendigen Entwicklungsspielraum wurde auf zu enge konzeptionelle Festlegung verzichtet.

## **Lösungen bedarfsgerecht entwickelt**

Für die konzeptionellen Bestandteile des Traineeprogramms Psychiatrische Pflege konnte nur auf wenige Impulse aus der Literatur zurückgegriffen werden. Deshalb wurden Lösungen nach Maß entwickelt, von denen nachfolgend nur Auszüge dargestellt sind:

- **Programmziel:** Das Traineeprogramm Psychiatrische Pflege wendet sich an interessierte neue Mitarbeitende mit einer abgeschlossenen dreijährigen Ausbildung in einem Pflegeberuf. Im Rahmen des Traineeprogramms werden sie in das Berufsfeld der Psychiatrischen Pflege eingearbeitet. Diese Einarbeitungszeit findet über einen festzulegenden Zeitraum, an wechselnden Einsatzorten statt. Dazu gehören eine intensive Begleitung und ergänzenden Schulungsangeboten zu zentralen Themenbereichen Psychiatrischer Pflege.
- **Programmende:** Das Traineeprogramm endet, wenn im gegenseitigen Einvernehmen, ein dauerhafter Einsatzort in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie festgelegt ist. Ausgehend von der Verfügbarkeit kann der künftige „feste“ Arbeitsplatz, muss aber nicht unbedingt, der erste Wunsch sein. Gelingt das nicht so ist das in den Personalentwicklungsgesprächen zu berücksichtigen und in die Überlegungen zu beruflichen Entwicklungsperspektiven einzubeziehen.

### ***Regeln für die Teilnahme***

- Es gibt keine Altersbegrenzung für Teilnehmenden.
- Teilnehmende müssen mindestens eine dreijährige Pflegeausbildung (Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege) erfolgreich abgeschlossen haben
- Berufserfahrung ist nicht erforderlich.
- Die Bereitschaft in angemessenen Abständen (etwa acht Wochen) den Einsatzort und gegebenenfalls das Dienstwochenende zu wechseln muss gewährleistet sein.

- Die Bereitschaft und Fähigkeit im Schichtdienst, inklusive Nachtdienst, zu arbeiten muss seitens der Teilnehmenden gewährleistet sein.
- Die Teilnehmenden sind bereit an den für das Traineeprogramm vorgesehenen Fortbildungsveranstaltungen regelmäßig teilzunehmen.
- Es gibt die ausgesprochene Bereitschaft der Teilnehmenden sich mit einem Mentor, für die Dauer des Traineeprogramms, regelmäßig auszutauschen, die Einarbeitung zu reflektieren und Entwicklungsperspektiven abzustimmen.
- Für die Dauer des Traineeprogramms sollte aus inhaltlichen Gründen ein Stellenumfang von mindestens 0,8 VK (80%) vereinbart werden.
- Die Mindestteilnahmedauer beträgt 6 Monate bis 12 Monate.
- Die Teilnehmenden des Traineeprogramms bekommen einen unbefristeten Arbeitsvertrag.

### ***Rechte und Pflichten***

Für die Programmteilnahme sind Rechte und Pflichten nur orientierend formuliert, um nicht erdrückend umfangreich zu werden. Sie sollen sich im Verlauf hinsichtlich von Klarheit und Transparenz weiterentwickeln können.

- Recht auf Begleitung und Beratung durch einen Mentor. Pflicht zur Teilnahme.
- Recht auf Absprache für den späteren festen Einsatzort in der Klinik
- Kein Recht auf einen bestimmten Einsatzort nach Beendigung des Traineeprogramms, jedoch die Möglichkeit das in der Perspektiventwicklung zu berücksichtigen.
- Ein angebotener Einsatzort sollte für die vorgesehene Dauer angenommen werden, da es ja eine spätere Wechselperspektive gibt (eingeschränkte Möglichkeit von Wunschpraktika).
- ...

Darüberhinaus wurden weitere Regelungen für den Leistungsumfang, das Rotationsschema, zentraler Urlaubsplanung, Koordinationsbereichen und

Schnittstellen, dem Mentoring, den Schulungen und der kollegialen Beratung festgelegt.

## **Diskussion und Schlussfolgerung**

Zu der Vorgehensweise des Projekts gab es viel positive Rückmeldung von den Beteiligten Mitarbeitenden. Besonders motivierend war die Möglichkeit etwas im eigenen Arbeitsfeld zu bewegen und Zukunft zu gestalten. Aus dem Umfeld in der eigenen Klinik gab es große Skepsis ob es sich bei dem Vorhaben nicht um einen gut getarnten Springerpool handeln würde. Diese Vorbehalte konnten jedoch durch Transparenz, eindeutige Regelungen und diskussionsbereitschaft schnell abgebaut werden. In dieser Phase war für die Entwicklung und Darstellung des Programms ein Erfolgsfaktor, dass die Beteiligten, von der Pflegedirektion bis hin zu Mitarbeitenden der Stationen, von dem Vorhaben überzeugt waren und es entsprechend vertreten haben. Die anfänglichen Sorgen wegen mangelnder Ressourcen im Sinne von Stellenanteilen, Aufwand für Organisation, Begleitung und Schulung haben sich nicht bestätigt.

Seitens der Bewerbenden gab es relativ schnell ein großes Interesse und entwickelt sich zunehmend zu einem Volltreffer. Ab August 2018 wurden die ersten Trainees eingestellt. Bis jetzt befinden sich zwischen acht und neun neue Kolleginnen in diesem Programm. Inzwischen haben die ersten Trainees das Programm erfolgreich abgeschlossen und ihre Stellen wurden und werden nachbesetzt.

Wie nicht anders zu erwarten gab und gibt es Unzufriedenheiten, Probleme und Herausforderungen. Diese bilden jedoch die Basis für die notwendige Weiterentwicklung des Traineeprogramms.

Im Fazit lohnt es sich gemeinsam neue Wege für die Fachkräftegewinnung und Bindung zu beschreiten. Das Traineeprogramm Psychiatrische Pflege wird nicht alle Probleme lösen. Es ist jedoch schon jetzt ein wichtiger Baustein für eine auf die Zukunft ausgerichtete Personalentwicklung. Das Ziel, über gute Einarbeitungs- und Entwicklungsbedingungen neue Mitarbeitende

für das Arbeitsfeld zu interessieren ist gelungen. Die Anziehungs- oder Magnetkraft zeigt sich darin, dass Bewerbende weniger auf Stellanzeigen reagieren, sondern mehr, auch überregional, auf positive informelle Informationen ihrer sozialen Netzwerke.

Das Traineeprogramm entickelt sich für alle Beteiligten als Vorteilhaft. Neuen Mitarbeitenden wird der Einstieg in das Arbeitsfeld der Psychiatrischen Pflege erleichtert. Für die Mitarbeitenden der Stationen bringen sie einerseits Entlastung und andererseits den Ausblick auf sehr gut eingearbeitete Kollegen.

## Literatur

1. Kramer, M., Schmalenberg, C. (1988). Magnet Hospitals, Institutions of Excellence I & II. In: *Journal of Nursing Administration*. 1, (18) 1988, S. 13-24 & 2, (18) 1988 S. 11-19
2. Pöschel, K., Beune M. (2015): *Strategieentwicklung Magnet Hospital*. In: „Sprachen“ Eine Herausforderung für die psychiatrische Pflege in Praxis – Management – Ausbildung –Forschung. Hrsg. Hahn Sabine et al. Bern: Verlag Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit Forschung & Entwicklung/Dienstleistung und Pflege. S. 159 – 165.
3. Pöschel, K., Ludewig, A., Kleßmann, R., Hadel, U., & Schmidt, C. (2018). Trainee-programm Psychiatrische Pflege. *Pflegezeitschrift*, 71(12), 13-15.



## **69. Traineeprogramm in psychiatrischer Pflege (TiPP) - Schulung und Mentoring**

*Birgit Hahn, Wolfram Kämmer, Jacqueline Rixe*

### **Hintergrund und Problemstellung**

Mit dem TiPP wurde im Evangelischen Klinikum Bethel in Bielefeld in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie ein Einarbeitungskonzept für das hochspezialisierte und differenzierte Arbeitsfeld der psychiatrischen Pflege im akutstationären Setting konzipiert [1]. Es wendet sich an Pflegepersonen mit abgeschlossener dreijähriger Ausbildung und richtet sich einerseits an Berufsanfänger, die nach der Pflegeausbildung vor der Herausforderung stehen, sich auf ein Fachgebiet festzulegen. Andererseits werden gezielt Pflegepersonen angesprochen, die bisher in einem anderen Fachgebiet tätig waren und sich innerhalb der pflegerischen Tätigkeitspalette umorientieren möchten. Vor dem Hintergrund der aktuell und höchstwahrscheinlich auch zukünftig sehr eng bemessenen Ausbildungszeiten im psychiatrischen Versorgungsfeld als auch unter den Herausforderungen des demographischen Wandels zeigen Erfahrungswerte, dass sowohl Berufsanfänger als auch -umsteiger einer gezielten und fachlich fundierten Einarbeitung bedürfen.

Unter dem Aspekt von mittel- bis langfristigen Personalausfällen in den aktuellen Arbeitsfeldern und den damit verbundenen Kompensationsbedarfen ist eine zufriedenstellende Einarbeitung in vielen Situationen im pflegerischen Stationsalltag häufig nicht möglich [2]. Im Ergebnis führen solche Ausfälle in vielen Situationen zur Verknappung von personellen Ressourcen und zu Arbeitsverdichtung, sodass eine sorgfältige Einarbeitung und Vermittlung von Pflegewissen im Praxisfeld selbst häufig nicht ausreichend gewährleistet werden kann. Um eine Einarbeitung trotzdem sicherzustellen und dem Ziel von Mitarbeiterzufriedenheit Rechnung zu tragen, sind neue Formen des Ausfallmanagements und spezifische Einarbeitungskonzepte notwendig. Damit können

Pflegepersonen unterstützt werden, sich das Arbeitsfeld akutstationärer psychiatrischer Pflege zu erschließen und sich mit diesem besonderen Bereich und seinen unterschiedlichen Facetten auseinanderzusetzen. Vor dem Hintergrund, Personalausfälle wenigstens teilweise kompensieren zu können, kann mit dem TiPP darüber hinaus die Wahl eines passenden Einsatzortes vorbereitet, berufliche Vernetzung gefördert und spezifisches psychiatrisches Pflegewissen vermittelt werden [1].

## **Ziele**

- Das TiPP soll klinisch sowohl zur Personalgewinnung und -weiterentwicklung als auch zur Kompensation im mittel- bzw. langfristigen Ausfallmanagement eingesetzt werden.
- Das themenbezogene Schulungsangebot sowie ein persönliches Mentoring sollen Anreize setzen, den Einstieg in die akutpsychiatrische Pflege zu wagen.
- Das umfassende Bildungsangebot kann zu einer verbesserten Patientenversorgung beitragen.

## **Vorgehen**

Das TiPP ermöglicht gleich zu Beginn der beruflichen Pfl egetätigkeit Einblicke in verschiedenste Fachbereiche akutstationärer psychiatrischer Versorgung und ist aktuell auf acht bis max. zwölf Monate angelegt. In mindestens vier jeweils zweimonatigen Einsätzen können Trainees so Kenntnisse in den hochdifferenzierten Bereichen der Allgemeinpsychiatrie, der Abteilung für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen oder der Gerontopsychiatrie erlangen. Die Auswahl der Einsatzstationen ergibt sich durch mittel- bzw. langfristige Personalausfälle auf den jeweiligen Stationen. Zur Unterstützung der praxisorientierten Einarbeitung auf den Stationen und Bewältigung der Anforderungen wurde für die Teilnehmenden im TiPP ein umfassendes Einarbeitungskonzept erarbeitet. Hierfür werden monatlich zwei ganze Fortbildungstage veranschlagt:

- An *einem* *Schulungstag im Monat* werden Basisthemen psychiatrischer Pflege wie bspw. Kommunikation, Rolle und Verantwortung der psychiatrischen Pflege im Behandlungs- und Versorgungsauftrag, Behandlungsmöglichkeiten spezifischer Diagnosegruppen, Fragen von Haltung und Ethik, ... vermittelt. Dazu wurden acht Schulungsmodule durch die Mitarbeitenden der Pflegeentwicklung und -forschung zusammengestellt. Die Durchführung geschieht u.a. auch durch Einbezug von erfahrenen Pflegepersonen mit jeweils spezifischer Expertise, um eine weitere Vernetzung der Trainees zu fördern. Dieses *theoretische Schulungsangebot* ist über das TiPP hinaus für alle interessierten Pflegepersonen der Klinik geöffnet.
- Der *Folgetag im Schulungsangebot* findet ausschließlich für die Teilnehmenden des TiPP statt. Neben einer Vertiefung des Themenschwerpunktes vom Vortag ist dieser Schulungstag jeweils durch eine *gemeinsame Praxisreflexion und -beratung* geprägt. Spannungsfelder zwischen theoretischen Anforderungen, individuellen Patientenbedürfnissen und Interaktionen in den Stationsteams sorgen im Pflegealltag für eine Anhäufung beruflicher Fragen, die insbesondere hier ausgesprochen und reflektiert werden können [3]. Diese besondere Form der offenen Praxisreflexion dient ebenso einer Werteorientierung und Vertiefung von „ethisch-moralische[r] Handlungskompetenz“ [3].
- Darüber hinaus kommt die *Kollegiale Fallberatung* [4] als Methode der gezielten Praxisberatung am Vertiefungstag zur Anwendung. Diese spezifische Form der Praxisberatung ist besonders gut dazu geeignet, berufliche Schlüsselfragen zu beantworten und geeignete Lösungen für Probleme im Berufsalltag zu entwickeln [5].
- Ein *persönliches Mentoring* i.S. eines „begleitete[.]n Lernprozess[es]“ [6] rundet das Ausbildungs- und Einarbeitungskonzept im TiPP ab. Mitarbeitende der Pflegeentwicklung und -forschung übernehmen im

TiPP die Mentorentätigkeit. Sie sind in der Klinik abteilungsübergreifend tätig und unterliegen keinerlei Partikularinteressen. Regelmäßige, etwa einmal monatlich stattfindende Vier-Augen-Gespräche dienen dabei als Standortgespräche und können für die individuelle Einarbeitung als auch Perspektiventwicklung genutzt werden.

## **Ergebnisse / Erfahrungen**

Das TiPP wird seit 08/2018 im akutstationären psychiatrischen Setting im Evangelischen Klinikum Bethel in Bielefeld angewandt. Seither konnten vierzehn Pflegepersonen im TiPP eingestellt werden. Die ersten haben bereits ihre Traineezeit abgeschlossen und konnten eine feste Einsatzstation gemäß ihren Wunschvorstellungen finden. Außerdem hat sich sowohl die Quantität als auch Qualität von Bewerbungen für die psychiatrische Pflege in der Klinik seither deutlich erhöht.

Der überwiegende Anteil der Pflegepersonen berichtet von guten Erfahrungen mit dem TiPP. Durch das begleitende Schulungsprogramm als auch individuelle Mentoring konnte eine anfängliche Unsicherheit im ungewohnten Tätigkeitsfeld nach kurzer Zeit abgelegt und schnelle Lernerfolge festgestellt werden. Dennoch kommen im TiPP nicht alle Pflegepersonen gut zurecht. Vor dem Hintergrund wechselnder Stationsteams und Einsatzbereiche wurde bei einzelnen Trainees der Bedarf eines festen Stationsteams oder eines längeren festen Einsatzortes schnell deutlich.

Das Schulungsprogramm wurde in einem ersten Durchlauf bisher einmal komplett durchgeführt. Ein zweiter Schulungsdurchlauf konnte in 2019 erneut beginnen. Die Rückmeldungen der Schulungsteilnehmer\*innen wird laufend in die Schulungsvorbereitung einbezogen, sodass die Schulungsinhalte i.S. eines lernenden Systems an die Bedarfe der Teilnehmer angepasst werden kann.

Das begleitende Mentoring wird erfahrungsgemäß sehr gerne angenommen und ist eine wichtige Zielgröße zum Erfolg des TiPP.

## Diskussion und Schlussfolgerung

Berufseinsteiger in der akutstationären psychiatrischen Pflege benötigen neben der Möglichkeit, Fachwissen zu erwerben, die Chance, die Erlebnisse und Erfahrungen im Berufsalltag zu reflektieren, um daraus Lösungen entwickeln zu können. Erfahrene Pflegepersonen können Berufsanfänger und Neueinsteiger mit unterschiedlichen Methoden und Weitergabe von Pflegewissen unterstützen, sich in das Tätigkeitsfeld akutstationärer psychiatrischer Pflege umfassend einzuarbeiten. Damit ist eine verbesserte Patientenversorgung und langfristige Bindung von Pflegepersonen an die Klinik zu erwarten. Es ist dabei darauf zu achten, Rahmenbedingungen und Personaleinsatz hierfür in ausreichendem Umfang zur Verfügung zu stellen.

## Literatur

1. Pöschel, K., Ludewig, A., Klessmann, R., Hadel, U. & Schmidt, C. (2018). Trainee-programm Psychiatrische Pflege – Neue Wege zur Fachkräftegewinnung und -bindung. *Pflegezeitschrift* 71(12), S. 13 – 15.
2. Hommel, T. & Koch, J. (2017). Zukunft der Pflege? In C. Thielscher (Hrsg.) *Medizinökonomie 2 – Unternehmerische Praxis und Methodik*, 2. Auflage, S. 131 – 152. Wiesbaden: Springer Verlag.
3. Riedel, A. (2013). *Ethische Reflexion und Entscheidungsfindung im professionellen Pflegehandeln realisieren*. *EthikMed* 25, 1 – 4.
4. Kocks, A. et al. (2012). *Kollegiale Beratung in der Pflege. Ein praktischer Leitfaden zur Einführung und Implementierung*. Duisburg: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft. Online abrufbar unter: <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/LeitfadenBIS1.pdf>
5. Rixe, J., Rott, H., Wottke, P., Kämmer, W. & Hahn, B. (2019). *Reflexion in der psychiatrischen Pflege. Der Schlüssel für Lern- und Entwicklungsprozesse*. *Psychiatrische Pflege*, 4(4), in press.
6. Schmidt, B. & Haasen, N. (2011). *Einführung in das systemische Mentoring*. 1. Auflage, Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag.

## **70. Praxisnah und pädagogisch sinnvoll?!? Erste Erfahrungen mit TiPP, dem Traineeprogramm in psychiatrischer Pflege...**

*Jacqueline Rixe, Charlotte Lamm, Hannah Rott*

### **Hintergrund**

2018 wurde in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Ev. Klinikums Bethel ein innovatives Einarbeitungsprogramm für psychiatrisch Pflegenden in der stationären Psychiatrie entwickelt [1], in das wenige Monate nach der Projektskizze bereits erste Trainees aufgenommen wurden. TiPP, das Traineeprogramm in **Psychiatrischer Pflege**, ist ein Praxisprojekt, das sowohl auf die Gewinnung von Pflegefachpersonen für das hochspezialisierte und differenzierte Arbeitsfeld psychiatrischer Pflege im akutstationären Setting als auch auf die Personalentwicklung und die längerfristige Personalbindung abzielt. Darüber hinaus dient es der Kompensation für mittel- und langfristige Personalausfälle. Sowohl die Konzeption als auch die Durchführung erfolgt(e) durch die Kooperation unterschiedlicher Pflegeakteurinnen und –Akteuren aus Management, Entwicklung und Forschung.

Das Angebot richtet sich vordergründig an Berufsanfänger/-innen in der stationären Psychiatrie; aber auch für Pflegefachpersonen mit Berufserfahrung ist ein Einstieg in das Programm möglich. Voraussetzung für die Teilnahme an TiPP sind eine grundständig pflegerische Ausbildung und Interesse an verschiedenen psychiatrischen Arbeitsfeldern. Das Programm ist auf acht bis zwölf Monate ausgelegt und beinhaltet theoretische Schulungen, die pflegepraktische Einarbeitung und ein begleitendes Mentoring [2].

TiPP bietet Chance, im Rahmen von Praxiseinsätzen, die mindestens acht Wochen umfassen, alle vier Fachabteilungen der psychiatrischen Klinik und fachspezifische Arbeitsweisen in der Pflegepraxis kennenzulernen, um nach dem Programm eine passende Station bzw. Fachabteilung für sich zu finden. Des Weiteren ermöglicht TiPP durch die Arbeit an unterschiedlichen Praxis-

orten und das begleitende Schulungsprogramm neben dem Wissenserwerb auch die Vernetzung untereinander und ein „über-den-Tellerrand-Gucken“.

Eine wichtige Säule im TiPP bildet das Mentoring, das Raum zum Agieren, Reflektieren, Fühlen und Denken, also Raum für erfahrungsbasiertes Lernen [vgl. 3], bietet und u.a. das Verstehen der pflegerischen Berufspraxis und die Entwicklung von Bewältigungsstrategien für den Berufsalltag ermöglicht [4]. Der Praxisreflexion wird sowohl in den mindestens monatlich stattfindenden Einzelgesprächen mit dem/der Mentor/-in als auch an den monatlich stattfindenden „Traineeetagen“ eine große Bedeutung beigemessen [2]. An diesen Traineeetagen werden die eigenen Praxiserfahrungen im Trainee-Team ausführlich u.a. mithilfe der kollegialen Beratung nach Tietze [5] reflektiert, die von der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft als systematische Reflexionsmethode für die Pflegepraxis empfohlen wird [6]. TiPP ermöglicht somit den Auf- und Ausbau pflegerischer Kompetenzen und fördert reflektiertes und aktiv-ethisches Handeln. Dieses baut im Sinne der vier Dimensionen pflegerischer Handlungspraxis [7] auf dem regelgeleiteten und situativ-beurteilenden Handeln auf und impliziert eine Kompetenzerweiterung.

Da TiPP mehrere Ebenen umfasst und zeitgleich unterschiedliche Ziele verfolgt, ist davon auszugehen, dass bedarfsgerechte Anpassungen vorgenommen werden müssen. Um dies zu ermöglichen, wurde TiPP nicht nur in der Pilotphase, sondern auch darüber hinaus als lernendes System konzipiert.

## **Zielsetzung und Fragestellung**

Dieses lernende System bedingt eine umfassende Begleitevaluation, in der alle beteiligten Akteurinnen und Akteure einbezogen sind. Um TiPP anhand der Erfahrungen der Trainees auszuwerten und ggf. strukturell oder inhaltlich verbessern zu können, basiert die Evaluation auf folgenden Fragestellungen:

- In wie weit verändern sich die Einstellungen z.B. bzgl. des favorisierten Arbeitsfeldes und der Dauer des Programms?
- Welche Aspekte des Traineeprogramms waren für die berufliche Weiterentwicklung hilfreich bzw. weniger hilfreich?

- Was genau hat am Trainee-Programm gut gefallen und was sollte verändert werden?

## **Methode und Material**

Das Überprüfen von Veränderungen in Bezug auf die Einstellungen der Trainees erfordert einen Prä-Post-Vergleich, der Veränderungsmessungen ermöglicht. Entsprechend erhalten die Trainees an zwei Messzeitpunkten - zu Beginn (T0) und nach Beendigung des Programms (T1) - einen Fragebogen.

Um möglichst ehrliche Aussagen zu erzielen und einer Verzerrung durch soziale Erwünschtheit entgegenzuwirken, wird die Anonymität mittels Codierung gewährleistet. Beide Fragebögen enthalten tw. übereinstimmende Fragen zur Organisation und Struktur, zu den praktischen Einsatzorten, zum einsatzübergreifenden Mentoring und zum Schulungsprogramm. Neben Items mit vorgegebenen nominal- oder verhältnisskalierten Antwortkategorien bestehen die Fragebögen auch aus Items mit offenen Antwortmöglichkeiten, um einen möglichst großen Erkenntnisgewinn erlangen zu können. Feedbacks erfolgen auch fortlaufend nach jedem Schulungs- und Traineeetag.

## **Ergebnisse**

Obgleich aufgrund der vorliegenden Menge von Bewerbungen nicht alle Interessenten/-innen im TiPP aufgenommen werden können, wurden in dem Zeitraum von 09/2018 – 07/2019 insg. 14 Trainees eingestellt. Die erste Trainee-Kohorte, die sich innerhalb von drei Monaten nach Initiierung des Programms bildete und die das Programm mittlerweile beendet hat, bestand aus fünf weiblichen und drei männlichen Trainees. Vier von ihnen waren frisch examiniert, vier verfügten bereits über etwas Berufserfahrung, teilweise sogar in psychiatrischen Arbeitsfeldern. Da die Evaluation derzeit noch aussteht, werden die Ergebnisse hier nicht schriftlich, beim Dreiländerkongress im Rahmen des Vortrages aber mündlich präsentiert.

In den fortlaufenden Feedbacks zeichnet sich eine große Zufriedenheit mit TiPP ab. Die Trainees melden zurück, dass sie sich sehr gut begleitet fühlen und die Lernerfahrungen für ihre berufliche Entwicklung gut nutzen können.



Verbesserungsbedarf besteht v.a. auf der strukturellen Ebene (z.B. Organisation der Einsätze, Dienstplangestaltung). Das Kennenlernen unterschiedlicher Fachbereiche und Mitarbeiter/-innen wird als positiv empfunden.

## **Diskussion**

Zunächst einmal kann aufgrund der hohen Bewerbungslage der Rückschluss gezogen werden, dass TiPP mindestens hinsichtlich eines seiner Ziele, der Gewinnung von Pflegepersonal, durchaus erfolgreich ist. Ohne den Einsatz von Werbung in Zeiten des Pflegenotstands so viele Bewerbungen vorliegen zu haben, spricht für sich. Auch in Bezug auf das mittel- und langfristige Ausfallmanagement hat sich TiPP als hilfreich erwiesen.

Hinsichtlich der Entwicklung, Einarbeitung und Bindung von Personal als Ziele von TiPP zeichnet sich ebenfalls ein Erfolg ab. Dass die Trainees durch ihre Rückmeldungen das Programm mitgestalten können und flache Hierarchien vorherrschen, wird sehr positiv aufgenommen. Aufgrund der laufenden Rückmeldungen konnten bereits erste Veränderungen in dem lernenden System vorgenommen und das Programm dadurch verbessert werden.

Auf der Organisationsebene zeichnete sich z.B. bereits sehr früh ab, dass Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen transparenter gestaltet und offener kommuniziert werden müssen. Ebenfalls wurden Lerninhalte aufgrund der laufenden Rückmeldungen bereits angepasst. So wurde bspw. das begleitende Lerntagebuch abgeschafft, das Schulungsprogramm erweitert und einige Schulungsinhalte inhaltlich und didaktisch überarbeitet. Weitere Diskussionspunkte werden aus der Abschlussevaluation hervorgehen.

## **Schlussfolgerung**

Das Programm bietet für neue Pflegemitarbeiter/-innen in der Psychiatrie eine Chance der Einarbeitung, die nicht nur praxisnah ist, sondern in der auch die individuelle berufliche Entwicklung gefordert und gefördert wird. Durch den Auf- und Ausbau pflegerischer Kompetenzen und der Förderung von reflektiertem und aktiv-ethischem Handeln im Sinne der vier Dimensionen pflegerischer Handlungspraxis [7] ist längerfristig ebenfalls davon aus-

zugehen, dass TiPP einen positiven Einfluss auf die Versorgungsqualität hat und eine optimale und ganzheitliche pflegerische Versorgung - auch über die jeweilige Fachabteilung hinaus - begünstigt.

Um TiPP in allen Facetten beleuchten zu können, ist über die Abschlussevaluation der Trainees hinaus auch eine Befragung aller involvierten TiPP-Akteure/-innen (z.B. Mentoren/-innen, Ansprechpersonen in der Praxis, Stations- und Abteilungsleiter/-innen) indiziert. Es ist davon auszugehen, dass sich TiPP aufgrund der Rückmeldungen und der damit einhergehenden Anpassungen fortwährend verbessert.

## Literatur

1. Pöschel, K., Ludewig, A., Klessmann, R., Hadel, U. & Schmidt, C. (2018). Trainee-programm Psychiatrische Pflege. *Pflegezeitschrift*, 71(12), 13-15.
2. Rixe, J., Rott, H., Wottke, P., Kämmer, W. & Hahn, B. (2019). Reflexion in der psychiatrischen Pflege. *Der Schlüssel für Lern- und Entwicklungsprozesse. Psychiatrische Pflege*, 4(4), in press.
3. Kolb, A. Y. & Kolb, D. A. (2005). *Learning Styles and Learning Spaces: Enhancing Experiential Learning in Higher Education. Academy of Management Learning & Education*, 4, 193–212.
4. Jacobs, S. (2016). *Reflective learning, reflective practice. Nursing*, 46, 62–64.
5. Tietze, K.-O. (2015). *Kollegiale Beratung. Problemlösungen gemeinsam entwickeln (7. Auflage). Reinbek: Rowohlt.*
6. Kocks, A., Segmüller, T. & Zegelin, A. (2012). *Kollegiale Beratung in der Pflege. Ein praktischer Leitfaden zur Einführung und Implementierung. Duisburg: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft. <https://dgpflgewissenschaft.de/veroeffentlichungen/publikationen/>*
7. Olbrich, C. (2018). *Pflegekompetenz (3. Aufl.). Bern: Hogrefe.*

## **71. Therapeutische Konzepte in der Jugendforensik: Trauma Informed Care**

*Susanne Schoppmann*

### **Hintergrund**

Jugendliche, die in der Jugendforensischen Abteilung der Forensischen Klinik in den Universitären Psychiatrischen Kliniken in Basel behandelt werden, sind aktuell zwischen 12 und 19 Jahren alt und weisen viele unterschiedliche psychiatrische Diagnosen auf. Was allerdings bei den meisten, um nicht zu sagen bei all diesen Jugendlichen ins Auge fällt, ist eine Störung des Sozialverhaltens, welches gemäss ICD10 [1, S. 217] „durch ein sich wiederholendes und anhaltendes Muster dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens charakterisiert“ wird.

In einer Übersichtarbeit von Scheithauer und Petermann [2] werden verschiedene Entwicklungsmodelle aggressiv-dissozialen Verhaltens beschrieben. Diese gründen auf Längsschnittstudien und grenzen unterschiedliche Entwicklungspfade voneinander ab wie z.B. früher und später Beginn aggressiv-dissozialen Verhaltens oder über die Lebensspanne stabiles aggressiv-dissoziales Verhalten im Gegensatz zu nur im Jugendalter auftretendem aggressiv-dissozialem Verhalten. Sie benennen aber auch Gemeinsamkeiten. Diese beziehen sich auf risikoerhöhende und aufrechterhaltende Bedingungen für die Entwicklung aggressiv-dissozialen Verhaltens im Verlauf der kindlichen Entwicklung. Dabei zeigt sich, dass in allen Phasen der kindlichen Entwicklung negative Beziehungserfahrungen bis hin zu sich wiederholenden traumatisierenden Erlebnissen als Risikofaktoren für die Entstehung dissozialen Verhaltens gelten müssen.

Langandauernde oder sich wiederholende traumatische Ereignisse, denen man nur schwer oder gar nicht entkommen kann, werden als Typ 2 Traumata bezeichnet [3] und im ICD 11 [4] als komplexe posttraumatische Belastungsstörung klassifiziert. Die Komplexität bezieht sich auf weitere, zu den Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung hinzukommende

Symptome wie Störungen der Affektregulation, einer negativen Selbstwahrnehmung und Beziehungsstörungen. In den Ursachen und Symptomen der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung zeigt sich die Nähe zu den Entwicklungspfaden aggressiv-dissozialen Verhaltens bei Jugendlichen sehr deutlich.

### **Problemstellung**

Vor diesem Hintergrund kommt der Gestaltung eines therapeutischen Milieus, das ohnehin eine der grundlegenden Aufgaben der psychiatrischen Pflege ist, eine besondere Bedeutung zu. Dieses Milieu soll den Jugendlichen einen Ort bieten, der ihnen persönliche Entwicklung ermöglicht, sie neue, verlässliche Beziehungserfahrungen machen lässt und gleichzeitig eine Struktur etabliert hat, welche zur Balance zwischen innerer Struktur und einem geordneten Tagesrhythmus [5] beiträgt. Dabei muss der Aspekt der Sicherheit aufgrund des forensischen Charakters besondere Berücksichtigung erfahren. Es gilt also nicht nur die Balance zwischen innerer und äußerer Struktur sondern auch diejenige zwischen persönlichem Raum für Entwicklung und notwendiger Kontrolle zu schaffen.

### **Fragestellung und Zielsetzung**

Daraus ergibt sich die Frage nach hilfreichen Konzepten mit denen ein solches Milieu geschaffen werden kann. Im Sinne der Evidenzbasierung sollen diese Konzepte sowohl theoretisch als auch empirisch fundiert und praktisch umsetzbar sein d.h. sie sollen den genannten Anforderungen entsprechen und von den Mitarbeitenden angewendet werden können.

### **Vorgehen und Ergebnisse**

Die im Rahmen einer Literatursuche gefundene, neuere pflegewissenschaftliche Literatur zur Milieugestaltung in der (forensischen) Kinder- und Jugendpsychiatrie [6,7] beschreibt unter anderem Sicherheit als eine der grundlegenden Dimensionen pflegerischer Milieugestaltung. Dabei wird Sicherheit nicht nur als physische Sicherheit sondern auch als psychologische Sicher-

heit verstanden. Zur Sicherheit auf einer jugendforensischen Abteilung kann eine proaktive Präsenz der Pflegenden beitragen, ebenso wie frühe, deeskalierende Interventionen in eskalierenden Situationen und die Reduktion von freiheitseinschränkenden Massnahmen wie z.B. Isolation. Für die psychologische Sicherheit ist es von Bedeutung, dass Pflegende Wissen über Traumata und deren Bedeutung für das Verhalten der Jugendlichen haben, um dieses Verhalten einordnen und angemessen reagieren zu können. Die Konzepte der Trauma Informed Care (TIC) oder Trauma Informed Practice (TIP) bieten dafür einen Rahmen. Zu den Schlüsselprinzipien von Trauma Informed Care [8] gehört es, dass die Patientinnen und Patienten sich verbunden, wertgeschätzt, informiert und hoffnungsvoll in Bezug auf ihre Genesung fühlen, dass der Zusammenhang zwischen Trauma und Psychopathologie von den Mitarbeitenden verstanden und in allen Aspekten der Arbeit mitbedacht wird [9], dass die Mitarbeitenden achtsam und ermächtigend mit Individuen, Familien, Freunden und anderen sozialen Diensten zusammenarbeiten, um die Autonomie der Individuen zu fördern und zu unterstützen. Traumainformed Care ist nicht mit Traumatherapie gleichzusetzen, vielmehr sorgt sie dafür, dass Patientinnen und Patienten wo nötig spezifische Traumatherapie erhalten und dass sie durch den Aufenthalt in der Psychiatrie nicht retraumatisiert werden.

In deutschen Sprachraum wird dieses Konzept in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen als Traumapädagogik bezeichnet und im Rahmen eines Modellversuches in der Schweiz in verschiedenen Einrichtungen der Jugendhilfe implementiert [10].

## **Diskussion und Schlussfolgerung**

Die Prinzipien der Trauma Informed Care integrieren Charakteristika der Recovery-Orientierung, gehen aber über diese noch hinaus indem sie das Wissen um Traumata und deren Folgen in alle Aspekte von Behandlung und Betreuung hinzufügen. Da es sich bei Trauma Informed Care nicht um eine Traumaspezifische Therapie handelt, sondern sie davon ausgeht, dass psychische Traumatisierungen bei vielen psychischen Erkrankungen von Bedeu-

tung sind [4,11], lässt sie sich für die Gestaltung eines therapeutischen Milieus in einer jugendforensischen Abteilung nutzen und mit anderen therapeutischen Interventionen kombinieren und sie erfüllt die Anforderungen der evidenzbasierten Pflege. Aus diesem Grund wurde damit begonnen die Mitarbeitenden der jugendforensischen Abteilung in den UPK Basel in der Traumapädagogik zu schulen.

## Literatur

1. *ICD-10-GM Version 2019 (2018). Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 21.September 2018. Hrsg. (2018) Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG). Köln. Verfügbar über: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/?dir=icd-10-gm/version2019>. Abrufdatum 07.04.2019 S.217*
2. Scheithauer, H. & Petermann, F. (2010). *Entwicklungsmodelle aggressiv-dissozialen Verhaltens und ihr Nutzen für Prävention und Behandlung. Kindheit und Entwicklung, 19(4): 209-217.*
3. Hecker, T. & Maercker, A. (2015). *Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. Beschreibung des Diagnosevorschlags und Abgrenzung zur klassischen posttraumatischen Belastungsstörung. Psychotherapeut 60:547–561. DOI 10.1007/s00278-015-0066-z*
4. *ICD-11 Version 04/2019. 6B41 Complex post traumatic stress disorder. Foundation Id : <http://id.who.int/icd/entity/585833559>. Verfügbar über: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid.who.int%2fentity%2f585833559>. Abrufdatum 04.06.2019*
5. Voogt, A. L.; Nugter, A.; Theo Van Achterberg, T.; & Goossens, P.J. (2016b). *Development of the Psychiatric Nursing Intervention Providing Structure: An International Delphi Study. Journal of the American Psychiatric Nurses Association 22, 2, 100 – 111.*

6. Berg, J., Kaltiala-Heino, R. & Välimäki, M. (2011). Management of aggressive behaviour among adolescents in forensic units: a four-country perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18: 776–785. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01726.x
7. Delaney, K.R. (2017). Nursing in child psychiatric milieus: What nurses do: An update. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 30:201–208. DOI: 10.1111/jcap.12204
8. Muskett, C. (2014). Trauma-informed care in inpatient mental health settings: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing* 23: 51-59.
9. Bryson, S.A., Gauvin, E., Jamieson, A., Rathgeber, M., Faulkner-Gibson, L., Bell, S., Davidson, J., Russel, J. & Burke, S. (2017). What are effective strategies for implementing trauma-informed care in youth inpatient psychiatric and residential treatment settings? A realist systematic review. *International Journal of Mental Health Systems* 11: 36.
10. Schmid, M., Erb, J., Fischer, S., Kind, N. & Fegert, J. (2017). Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modell-versuchs „Implementierung, Evaluation und Verstetigung von traumapädagogischen Konzepten in sozialpädagogischen Institutionen des stationären Massnahmenvollzuges“. Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz. Verfügbar über: <http://www.traumapaedagogik.ch/files/downloads/abschlussbericht-modellversuch-traumapaedagogik.pdf> Abrufdatum 06.06.2019
11. Sweeney, A., Filson, B., Kennedy, A., Collinson, L. & Gillard, S. (2018). A paradigm shift: relationships in trauma-informed mental health services. *BJ Psych Advances* 24: 319-333.

## **72. Hundegestützte Therapie als Element des traumpädagogischen Konzepts in der Jugendforensik (Abstract)**

*Pamela Wersin, Sabine Krumbek, Susanne Schoppmann*

### **Hintergrund**

Die Tiergestützte Therapie als Sammelbegriff umfasst bewusst geplante pädagogische, psychologische und sozialintegrative Angebote mit vielen Tierarten für ältere Menschen, Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene mit kognitiven, sozial-emotionalen und motorischen Einschränkungen, Verhaltensstörungen und Förderschwerpunkten. Dabei werden sowohl körperliche, psychische, emotionale als auch soziale Faktoren wirksam beeinflusst. In der traumpädagogischen Grundhaltung ist die Annahme des guten Grundes für ein (dys)funktionales Verhalten allgegenwärtig. In der Hundegestützten Therapie (HGT) wird der Jugendliche mit seinem Verhalten wahrgenommen, akzeptiert und validiert in Bezug auf den Hund und auf die mitwirkenden Patienten und Therapeuten. Eine Bewertung des Verhaltens findet im Sinne der Validierung nicht statt.

In der HGT ist eine gleichbleibende Struktur und ein festgelegter Ablauf der Therapie Voraussetzung. Die Kontinuität sorgt für Wiedererkennung, Transparenz und die Schaffung eines berechenbaren sicheren Ortes (im Sinne der Traumpädagogik), in dem positive Erfahrungen gemacht werden können. Kleinste Fortschritte werden sowohl von Therapeut, Hund und den Mitpatienten wertgeschätzt. Jugendliche dürfen Überzeugungen und Reaktionen in der sicheren Umgebung testen und bekommen wenn möglich wohlwollende Korrektur/Erklärungsversuche und Interpretationen der gezeigten Verhaltensweisen am Beispiel des Hundes und den Mitpatienten.

Jugendliche dürfen in der HGT stetig mehr partizipieren. Der Level der Partizipation steigt spürbar bei jeder Einheit und wird aktiv in Zusammenhang von Autonomie, Kompetenzlevel und Gruppenzugehörigkeit gebracht und „gefeiert“. Der Aufbau von einer tragfähigen Beziehung zu dem Hund ist ein wesentlicher Bestandteil. Nicht zuletzt ist der Spass und die Freude im Um-



gang mit dem Hund ein wesentlicher Bestandteil um Gefühlen von Angst, Scham, Ohnmacht, Unterwerfung, der Ausgrenzung sowie des „Eingesperrtseins“ aktiv entgegen wirken zu können.

### **Methode**

Die HGT findet als Pilotprojekt von November 2018 bis April 2019 einmal wöchentlich (60 Minuten) statt. Sie wird durch eine Fachfrau für Tiergestützte Interventionen und Therapie im gesicherten Garten in Begleitung einer Pflegefachperson durchgeführt. Sowohl vor, als auch nach der Therapie füllen die Jugendlichen den Basler Befindlichkeitsbogen aus. Der Bf-SR ermittelt die momentane psychische Befindlichkeit und ist störungsübergreifend sowie für gesunde Menschen anwendbar.

### **Ergebnisse**

Die Evaluation der erhobenen Daten sowie der HGT als Pilotprojekt ist für Mitte 2019 geplant.

## **73. Einführung eines traumapädagogischen Konzepts in der Jugendforensik – Grenzen und Möglichkeiten (Abstract)**

*Pamela Wersin, Sabine Krumbeck, Susanne Schoppmann*

### **Hintergrund**

Jugendliche, die durch die Jugendanwaltschaften oder die Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde in der Jugendforensischen Abteilung der UPK Basel untergebracht werden, haben meist viele Beziehungsabbrüche erlebt. Die Biografien der Jugendlichen sind in der Regel von Vernachlässigung, Gewalt und/oder früher Unterbringungen in Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe geprägt.

Neben der Behandlung psychiatrischer Erkrankungen besteht der Auftrag der Mitarbeitenden daher im Anbieten korrigierender Beziehungserfahrungen und in der Unterstützung der Jugendlichen bei der Bearbeitung der als traumatisch erlebten Beziehungsabbrüche in ihrer Vergangenheit.

### **Methode**

Zur Sensibilisierung der Mitarbeitenden bezüglich sekundärer Traumatisierung sowie zur Stärkung ihrer Kompetenzen im Umgang mit den individuellen Herausforderungen der Jugendlichen wird das interdisziplinäre Team der Abteilung seit 2017 über zwei Jahre in Traumapädagogik geschult.

### **Ergebnisse**

Erste Ergebnisse zeigen eine hohe Akzeptanz bezüglich der Traumapädagogik bei den Mitarbeitenden. Gleichzeitig ist eine intensive Auseinandersetzung mit den Grenzen und Möglichkeiten traumapädagogischer Arbeit im geschlossenen forensischen Setting angestossen worden. Zum Beispiel konnte die Partizipation der Jugendlichen als Grenze im Zwangssetting wahrgenommen werden und das Schaffen eines sicheren Ortes für Team und Jugendliche als Möglichkeit, den forensischen Gedanken zu stärken. Diese

Auseinandersetzung soll im Verlauf des Prozesses vertieft bearbeitet werden.

### **Schlussfolgerungen**

Die Phase der Weiterbildung endet im Herbst 2019. Erste Schlussfolgerungen werden kontinuierlich gezogen und der Fachöffentlichkeit vorgestellt.

## **74. Was benötigt eine moderne gerontopsychiatrische Station für Menschen mit Demenz**

*Benjamin Volmar, Sophia Mühlenjost, Katja Veldboer*

### **Hintergrund**

Eine moderne gerontopsychiatrische Station für Menschen mit Demenzerkrankungen muss vielen Anforderungen gerecht werden. Dieses Klientel ist aufgrund schwerster kognitiver Veränderungen mit Unruhen oder herausfordernden Verhaltensweisen in der klinischen Behandlung. Auf den spezialisierten Stationen befinden sich dann hochalte und multimorbide Patienten, die einerseits schwer psychiatrische und körperliche Erkrankungen aufweisen. In den letzten Jahren hat sich dieses Klientel verändert, einerseits ist es deutlich hochaltriger geworden, was die somatischen Komorbidität beeinflusst. Auf der anderen Seite kommen die Patienten häufig erst mit schwersten demenziellen Veränderungen in die klinische Behandlung. Aufnahmeleitend sind dann schwere Verhaltensveränderungen oder eine Veränderung im bisherigen Versorgungssystem. Häufig spielt auch die Überforderung der Zugehörigen und der Versorgungsstruktur in der Aufnahme eine wichtige Rolle.

### **Problemstellung**

Wie muss eine gerontopsychiatrische und geriatrische Station aufgebaut werden, um diesem Klientel eine angemessene Versorgung und Behandlung zu ermöglichen?

Was benötigen Zugehörige und wie bewerten Sie die Behandlung auf einer Station für Menschen mit Demenzerkrankungen?

### **Ziele**

In diesem Symposium sollen Ergebnisse eines Erhebungsprozesses zur Reorganisation einer Station für Menschen mit Demenzerkrankungen vorgestellt werden.

## **Vorgehen**

In Rahmen der Erhebung wurden Instrumente zur Bewertung der Demenzsensibilität und zur Erfassung von notwendigen baulichen und Strukturellen Veränderungen eingesetzt. Des Weiteren wurde ein Fokusgruppen-Interview mit Angehörigen durchgeführt und es werden Pflegeexperten für die Felder Geriatrie und Demenz implementiert.

Diese einzelnen Vorerhebungen und Entwicklungen werden in dem Symposium aufbereitet und in den Vorträgen mit übertragbaren Ergebnissen dargestellt.

Durch die Verschiedenen Erhebungsformen kann ein sehr vielfältiges Ergebnis an zukünftigen Implikationen für diesen Bereich präsentiert werden.

### ***In dem Symposium sollen folgende Beiträge vorgestellt werden:***

1. Milieugestaltung einer gerontopsychiatrischen Station (Volmar & Mühlenjost)
2. Versorgungsqualität aus Sicht der Angehörigen auf einer gerontopsychiatrischen Station (Mühlenjost)
3. Die Stellenbeschreibung von ANP auf einer Station für Menschen mit Demenz mit einem geriatrischen und gerontopsychiatrischen Behandlungsschwerpunkt (Volmar & Veldboer)

## **Diskussion/ Schlussfolgerung**

Das breite Spektrum der Vorträge bietet für das Management einer solchen Station die Überblick über Instrumente und Ansätze zur zukünftigen Weiterentwicklung dieses Bereiches. Dabei werden Erkenntnisse aus dem berichte der Architektur mittels Instrumente zur Selbsterfassung aufbereitet, die dann Anhaltspunkte zur baulichen Anpassung bieten. Die Angehörigenbefragung zeigt Hinweise auf Bedürfnisse der Nutzenden, aber auch alltägliche Limitationen, die den Aufenthalt in so einem Setting begrenzen und die Stellenbeschreibungen der ANP weisen auf zukünftige interdisziplinäre Herausforderungen in diesen komplexen Arbeitsbereich hin.

## **75. Milieugestaltung einer Gerontopsychiatrischen Station (Abstract)**

*Benjamin Volmar, Sophia Mühlenjost*

### **Hintergrund**

Im Zuge der Reorganisation einer gerontopsychiatrischen Station für Menschen mit Demenzerkrankungen, wird der Umgestaltung und Anpassung des Milieus eine hohe Aufmerksamkeit gewidmet. Es gibt bereits viel Evidenz zu baulichen und gestalterischen Aspekten von solchen Einheiten, die in der Literatur diskutiert werden.

Während der Restruktuierung soll systematisch eine Einschätzung des vorhandenen Settings erfolgen. Ein wichtiger Punkt ist die Identifikation von Schwachstellen und Stärken des bisherigen Stationsmilieus. Dies betrifft sowohl die baulichen, als auch strukturelle Gegebenheiten.

### **Problemstellungen**

Gibt es Instrumente die bei der Einschätzung und Evaluation der vorliegenden Settingsfaktoren unterstützen können?

Welche Limitationen herrschen bei dem Einsatz der einzelnen Instrumente?

### **Vorgehen**

Es erfolgte eine Handsuche, bei der drei Instrumente identifiziert und im Alltag eingesetzt worden sind. Im Vortrag werden die Instrumente und deren Einsatz in den Grundzügen vorgestellt.

### **Ergebnisse und Erfahrungen**

Es wurden das "Dementia Design Audit Tool" aus Sterling, das "SPACE" - Instrument vom Royal College of Nursing und der "Leitfaden für alters- und demenzsensible Architektur im Akutkrankenhaus" von der Ingenium Stiftung betrachtet. Alle drei Instrumente rekurrieren auf die Behandlung im somatischen Akutkrankenhaus. Für gerontopsychiatrische Einrichtungen konnte

kein individualisiertes Manual gefunden werden. In der Recherche fielen teilweise große Unterschiede zwischen den Instrumenten auf. Das Manual aus Sterling und der deutsche Leitfaden zielen auf bauliche Gegebenheiten ab. Dabei kann kleinschrittig in Eigenarbeit die Einrichtung auf die Notwendigkeiten überprüft und mit Hilfe des Instrumentes demenzsensibel adaptiert werden. Der Leitfaden basiert auf der DIN 13080:2016-06 und ist entsprechend ausgelegt.

Das SPACE-Manual hingegen betrachtet des Weiteren die Faktoren der Qualifikation der Mitarbeitenden, den Einbezug der Angehörigen, die Erstellung Person-Zentrieren Pflegeplänen. Allerdings wird jede Dimension nur mit 5 Fragen erfasst.

### **Diskussion und Schlussfolgerung**

Das SPACE-Manual bietet einen guten Überblick, aber geht nicht in die Tiefe der Milieugestaltung. Hier geben das Audit Tool und der Leitfaden genauere Hinweise für den Anwender. Allerdings können die Instrumente in der Anwendung auch kombiniert verwendet werden um ein spezifischeres Ergebnis zu erzielen.

## **76. Versorgungsqualität aus Sicht der Angehörigen auf einer gerontopsychiatrischen Station.**

*Sophia Mühlenjost*

### **Hintergrund**

Die Erwartungen von Angehörigen an psychiatrische Einrichtungen wurden bisher nur selten erhoben. Im Bereich der gerontopsychiatrischen sowie geriatrischen Versorgung liegen kaum aktuelle Untersuchungen vor. Die Belastungen der Angehörigen oder ihre Zufriedenheit mit psychiatrischen Einrichtungen sind hingegen in der psychiatrischen Fachliteratur bereits vielfach thematisiert worden [1].

Angehörige psychiatrischer Patientinnen und Patienten haben bekanntermaßen durch die Erkrankung ihres Familienmitgliedes mit vielfältigen und zum Teil schweren Belastungen zu kämpfen. Diese bedingen eine Reihe von Erwartungen an die professionellen Helferinnen und Helfer sowie die Patientenversorgung gerade in akuten Krankheitsphasen und während der stationären Behandlung [2].

Erwartungen von Angehörigen sollten in der täglichen Klinikroutine als auch im Prozess der Qualitätsförderung in der Klinik berücksichtigt werden. Nur auf diese Weise kann die Zusammenarbeit mit den Angehörigen im Spannungsfeld von privatem Netzwerk und stationärer Behandlung verbessert werden [3].

Zu den Nutzerinnen und Nutzern zählen in der stationär-psychiatrischen Versorgung neben den Patientinnen und Patienten, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie sozialpsychiatrischen Diensten auch die Angehörigen. Die Perspektive der Angehörigen findet jedoch immer noch zu wenig Eingang in Behandlungskonzepte, obgleich ihr Einfluss auf den Behandlungsprozess eine besondere Rolle spielt [4]. Die Berücksichtigung der Erwartungen der Angehörigen hilft, die Mittel einer Klinik im Sinne einer größtmöglichen Nutzerzufriedenheit effektiv und effizient einzusetzen [3].



## **Fragestellung**

Welche Erwartungen haben Angehörige dementiell erkrankter Menschen an die Versorgung auf einer gerontopsychiatrischen Station und welche Erfahrungen haben sie mit der stationären Versorgung gemacht?

## **Methode und Material**

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde ein qualitativer Forschungsansatz ausgewählt. Es wurde ein episodisches Fokusgruppeninterview mit fünf Angehörigen einer gerontopsychiatrischen Station durchgeführt. Der Leitfaden wurde mittels der SPSS-Methode nach Helfferich erstellt [5].

Schwerpunkt der gerontopsychiatrischen Station ist die Behandlung von Menschen mit psychischen und somatischen Erkrankungen, vor allem Demenzen.

Die Transkription wurde nach den Transkriptionsregeln von Langer durchgeführt [6]. Die Auswertung erfolgte an Hand einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Schmidt [7].

## **Ergebnisse**

Die stationäre Aufnahme eines dementiell erkrankten Menschen auf eine gerontopsychiatrische Station geschieht oftmals aus einer Ausgangssituation heraus, welche mit starken Zukunftsängsten sowie Überforderungs- und Verzweiflungsgefühlen der Angehörigen assoziiert werden kann. Angehörige erhoffen sich von der stationären Versorgung vor allem Unterstützung bei der konkreten Planung des weiteren Verlaufes. Die stationäre Versorgung stellt für die Angehörigen oftmals eine Zwischenlösung dar, um während dieser Zeit eine Umstrukturierung der aktuellen Versorgungssituation vorzunehmen. Vor diesem Hintergrund wurden Angehörigengruppen als sinnvoll bewertet.

Aus diesem Grunde kommt der sozialen Arbeit auf der Station eine besondere Bedeutung zu. Die erhaltenen Informationen aus dem Bereich der sozialen Arbeit werden jedoch als zu unübersichtlich und unstrukturiert

bewertet. Die Angehörigen wünschen sich eine prägnante und zielführende Zusammenfassung zu Anlaufstellen, Hilfe- und Unterstützungsangeboten sowie Finanzierungsmöglichkeiten. Der genaue Ablauf der Entlassung sollte gemeinsam mit den Angehörigen geplant werden, um Unsicherheiten und offene Fragen zu vermeiden. Der Mangel an Informationen sowie die geringe Transparenz des Behandlungsverlaufes zeigen sich in allen Bereichen der Patientenversorgung.

Die ärztliche Behandlung wird von den Angehörigen sehr unterschiedlich erlebt. Die Bewertung der ärztlichen Behandlung ist stark von der Qualität des Informationsflusses zwischen den Angehörigen und den Ärztinnen und Ärzten abhängig. Die Angehörigen wünschen sich eine individuelle und kontinuierliche Betreuung in Form von regelmäßigen Gesprächen. Neben Information erhoffen sich die Angehörigen emotionale Unterstützung und Hilfestellungen bei der Bewältigung von Überforderungsgefühlen. Hierfür fehlen den Angehörigen jedoch feste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner.

Die pflegerische Versorgung wird von den Angehörigen weitestgehend positiv erlebt. Die Angehörigen wünschen sich jedoch, dass ihre Kenntnisse über die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in Rahmen der pflegerischen Behandlung erfragt und in die Pflege miteinbezogen werden. Darüber hinaus fehlen den Angehörigen Informationen zum pflegerischen Zustand der Patientinnen und Patienten. Dennoch erachten sie das Konzept der Bezugspflege als weniger sinnvoll. Pflegerische Aspekte spielen für die Angehörigen im gesamten Versorgungserleben eine sehr untergeordnete Rolle.

Die Rahmenbedingungen der Station werden von den Angehörigen zwar positiv bewertet, weisen jedoch im Bereich der räumlichen Orientierung sowie materiellen Ausstattung einige Schwächen auf. Das soziale Stationsklima wird von Angehörigen kritisch betrachtet, da der Kontakt zu demenziell erkrankten Menschen und deren Verhaltensweisen Unbehagen und Unverständnis bei den Angehörigen auslöst. Diese Gefühle resultieren aus

fehlenden Informationen zu der Erkrankung Demenz und den verschiedenen Ausprägungen und Formen der Erkrankung.

Angebote der Physio- sowie Ergotherapie werden im Stationsalltag von den Angehörigen kaum wahrgenommen. Diese werden dennoch als notwendig und sinnvoll bewertet. Die Angehörigen wünschen sich mehr Beschäftigungsmöglichkeiten für die Patientinnen und Patienten, vor allem in Form von Gruppenangeboten.

### **Diskussion und Schlussfolgerung**

Angehörige dementiell erkrankter Menschen erhoffen sich von der stationären Versorgung auf einer gerontopsychiatrischen Station eine Entlastung von Überforderungsgefühlen und Orientierungshilfen, um die Nachsorge planen und organisieren zu können. Diese Orientierung wird ihnen jedoch durch fehlende und unübersichtliche Informationen oftmals erschwert.

Es fehlen zielgerichtete Informationen zu verschiedenen Versorgungs- und Hilfsangeboten, um die Schnittstellenproblematiken zwischen den verschiedenen Akteuren des Versorgungssystems überwinden zu können. Der Informationsmangel zeigt sich in vielen Bereichen der Patientenversorgung und stellt die Angehörigen somit vor eine Vielzahl von Herausforderungen.

Darüber hinaus weisen die räumlichen Strukturen der Station im Bereich der räumlichen Orientierung sowie materiellen Ausstattung aus Sicht der Angehörigen viele Defizite auf. Es besteht somit in unterschiedlichen Bereichen der Patientenversorgung ein erhöhter Handlungsbedarf, um den Erwartungen und Bedürfnissen der Angehörigen während der stationären Versorgung gerecht werden zu können.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung stehen im Einklang mit den Ergebnissen bisheriger Studien im Bereich der allgemeinen psychiatrischen Versorgung. Die Angehörigen wünschen sich allem voran mehr Informationen über die Erkrankung und Behandlung sowie mehr Einbezug in die Entscheidungen der Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte [1] [2] [3] [4] [8] [9] [10] [11]. Die Erwartungen und Erfahrungen der Angehörigen im Kontext der gerontopsy-

chiatrischen Versorgung wurden bisher jedoch nur unzureichend erhoben. Aus diesem Grunde besteht weiterhin einer erhöhter Forschungsbedarf.

## Literatur

1. Jungbauer, J., Bischkopf, J., & Angermeyer, M. C. (2001) Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 28(03), 105-114.
2. Spießl, H., Schmid, R., Vukovich, A., & Cording, C. (2003) Erwartungen von Angehörigen an die psychiatrische Klinik. *Psychiatrische Praxis*, 30(02), 51-55.
3. Spießl, H., Schmid, R., Wiedemann, G., & Cording, C. (2005) Unzufriedene Angehörige-Kunstfehler psychiatrischer Behandlung oder ökonomische Notwendigkeit? *Psychiatrische Praxis*, 32(05), 215-217.
4. Schmid, R., Spießl, H., Vukovich, A., & Cording, C. (2004) „Nutzerorientierung“ in der stationär-psychiatrischen Versorgung: die Perspektive der Angehörigen. *Psychiatrische Praxis*, 31(S 1), 117-119.
5. Helfferich, C. (2009) *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag.
6. Langer, A. (2010). *Transkribieren — Grundlagen und Regeln (S.515-525)*. In: Friebertshäuser, B. Langer, A. & Prengel, A. (Hrsg.): *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim/München: Juventa Verlag.
7. Schmidt, C. (2010). *Auswertungstechniken für Leitfadenterviews (S.473-486)*. In: Friebertshäuser B., Langer, A. & Prengel, A. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim/München: Juventa Verlag
8. Ascher-Svanum, H., Lafuze, J. E., Barrickman, P. J., Van Dusen, C., & Fompa-Loy, J. (1997) Educational needs of families of mentally ill adults. *Psychiatric Services*, 48(8), 1072-1074.
9. Gasque-Carter, K. O., & Curlee, M. B. (1999) The educational needs of families of mentally ill adults: the South Carolina experience. *Psychiatric Services*, 50(4), 520-524.
10. Kramer B, Simon M, Katschnig H. (1996) Die Beurteilung psychiatrischer Berufsgruppen durch die Angehörigen. *Psychiat Prax*; 23 29-32

11. *Jungbauer, J., Wittmund, B., & Angermeyer, M. C. (2002) Der behandelnde Arzt aus Sicht der Angehörigen: Bewältigungsressource oder zusätzliche Belastung?. Psychiatrische Praxis, 29(06), 279-284.*

## **77. Die Stellenbeschreibung von ANP auf einer Station für Menschen mit Demenz mit einem geriatrischen und gerontopsychiatrischen Behandlungsschwerpunkt (Abstract)**

*Benjamin Volmar, Katja Veldboer*

### **Hintergrund**

Auf einer interdisziplinären Station für Menschen mit einer Demenz soll, im Rahmen einer stationären Reorganisation, ein Advanced Practice Nursing (APN) Modell, nach Hamric, etabliert werden. Dabei zeigt sich, dass die Geriatrischen und Gerontopsychiatrischen Patienten und deren Angehörigen, die auf dieser Station behandelt werden, unterschiedliche Bedürfnisse und Behandlungsschwerpunkte haben.

Das Klientel dieser Station ist einerseits geprägt von einer schweren dementiellen Erkrankung, auf der anderen Seite von multiplen Erkrankungen des höheren Lebensalters. Dies können beispielsweise Zustände nach einer Pneumonie oder Frakturen des Bewegungsapparats sein. Oft werden hier Menschen behandelt, welche die gerontopsychiatrische Expertise benötigen und sich zeitgleich auf Grund ihrer akuten Erkrankung in der frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung befinden.

In der Geriatrie werden andere Versorgungsschwerpunkte zur Leistungserbringung benötigt. Hier wird der Fokus z.B. auf die motorischen Fertigkeiten, die Behandlung von Altersgebrechlichkeit und das Erlangen der größtmöglichen Selbstständigkeit in den Alltagsfertigkeiten gelegt.

Dies setzt eine hohe pflegerische Kompetenz bei der Behandlung und interdisziplinäre Kenntnisse der beiden Disziplinen und ihrer jeweiligen Formalitäten voraus. Andererseits bestehen teilweise hochunterschiedliche Behandlungsziele die ethische und fachliche Herausforderungen im Alltag erzeugen.

## **Problemstellung**

Durch den unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkt entstehen bei den Nutzenden hochkomplexe multidisziplinäre Behandlungssituationen.

Die fortgeschrittenen demenziellen Erkrankungen sowie schwere delirante Verläufe können bei den Nutzenden zusätzliche Probleme in der Verarbeitung und Bewältigung der Situation erzeugen. Das interdisziplinäre Behandlungsteam wird hier oft mit einer gleichzeitig bestehenden Multimorbidität konfrontiert.

## **Ziele**

Die APNs werden zur Fallführungen und Implikation von evidenzbasierter Pflegepraxis eingesetzt.

Dabei werden beide Behandlungsschwerpunkte der Station gleichwertig professionell betrachtet und in die Behandlungsplanung und dem Verlauf einbezogen.

Dies erzeugt sowohl bei den zu behandelnden Personen, den Zugehörigen und den Mitarbeitenden eine Behandlungszufriedenheit und steigert das Qualitative Outcome durch eine Reduktion von Behandlungskomplikationen oder ungewohnten Verhaltensweisen der Nutzenden.

## **Vorgehen**

Es erfolgte eine Fokusgruppen-Interview, in dem die Angehörigen von Patienten dieser Station befragt worden sind. Die Ergebnisse werden in einem gesonderten Vortrag dargestellt.

Auf Basis der Befragung und der besonderen Konstellation der Station werden zwei Pflegende mit APN-Rollen tätig werden Sie haben unterschiedliche fachliche Schwerpunkte. Eine wird sich mit dem Thema Demenz und Gerontopsychiatrie beschäftigen. Die andere Pflegende wird sich mit dem Konzept der Geriatrie und der Geriatischen-Komplex-Behandlung auseinandersetzen. Durch die entstehenden Schnittpunkte, wie Einbezug der Zugehörigen, den interdisziplinären Behandlungsansätzen oder Anpassungen des bauli-

chen und strukturellen Milieus. Dabei spielen auch die Vertretungen in den jeweiligen Fachverbänden wie der DFPP oder der DGG eine wichtige Rolle.

Die Rollenentwicklungen erfolgen im Laufe des zweiten Quartals 2019. Diese diversen Rolleninhalte mit ihren jeweiligen Spezialisierungen werden in diesem Vortrag dargestellt.

## **Ergebnisse**

Aufgrund der noch nicht abgeschlossenen Konzeption der Rollenbeschreibungen, können aktuell noch keine Ergebnisse dargestellt werden. Es zeigt sich jetzt aber schon, dass inhaltliche und fachliche Herausforderungen für beide Konzepte bestehen, die gemeinsam bewältigt werden müssen.

## **Diskussion**

Durch die strukturelle und fachliche Komplexität, bei einem gleichzeitigen multimorbiden Klientel, entstehen enorme Anforderungen an das Behandlungsteam und die handelnden Akteure. Dies muss immer in den Konzepten der jeweiligen APN bedacht werden. Hier ist ein hohes Level an Kompetenzen in den einzelnen fachlichen Disziplinen mit großen kommunikativen Fertigkeiten notwendig.

## **Schlussfolgerungen**

Die Entwicklungen dieser beiden Stellen werden reziproke Wirkungen auf die Ausführenden und beteiligten Akteure haben, die hierdurch direkten Einfluss auf die Behandlung der Patienten und die Gestaltung des Stationsmilieus nehmen.



## **78. Et cetera PPP: Partizipation der Betroffenen, Personen-geleitete Pflegeplanung und „Pflegepower“ – Statements der DFPP e.V.**

*Dorothea Sauter, Karsten Gensheimer und Michael Mayer*

### **Abstract**

„Psychopathologie, Psychopharmakologie und Psychotherapie“ als titelgebende Schlagworte des diesjährigen Dreiländerkongresses beschreiben bedeutsame Teilaspekte, nicht aber die Kernanliegen der Psychiatrischen Pflege. „PPP“ kann in der psychiatrischen Pflege für viele Themen stehen. Die DFPP e.V. sieht die Stärkung der Nutzer-/Patientenperspektive als zentrales Paradigma der Pflege. Im Symposium werden zunächst die Nutzenden ihren Anspruch auf Partizipation begründen und Folgerungen für die Praxis der psychiatrischen Versorgung benennen.

Psychiatrische Pflege will Selbsthilfe und Selbstpflege unterstützen, dabei müssen die Nutzenden den Weg und das Ziel bestimmen. Professionell Helfende sind dabei oft in der Rolle des fachkundigen Begleiters angefragt und sollten präsent sein – dies beschreibt der zweite Vortrag.

Die Patient\*innen zu bestärken und zu befähigen gelingt den Pflegefachpersonen umso besser, je mehr sie sich selbst fähig und ermächtigt fühlen. Der dritte Vortrag fragt, nach den Voraussetzungen seitens der Pflege, damit diese Hilfe im Sinne des Empowerments anbieten können.

## **79. Autonomieförderung und Betroffenen-Partizipation: Anforderungen an die psychiatrische Pflege**

*Karsten Gensheimer*

### **Hintergrund**

Der Anspruch psychisch erkrankter Menschen auf Autonomie und auf Partizipation in der psychiatrischen Versorgung ist sowohl rechtlich (vgl. UN-BRK) als auch fachlich (vgl. aktuelle Leitlinien der DGPPN) konkludent begründet. Dennoch bleibt oft unklar, welche konkreten Anforderungen an die psychiatrische Versorgungspraxis daraus abzuleiten sind.

### **Ergebnisse**

Der Vortrag skizziert die Grundlagen des Partizipations-Anspruches und benennt die erforderlichen Konsequenzen. Der Beitrag der psychiatrischen Pflege wird unter Bezugnahme auf das DFPP-Positionspapier „Peer Involvement“ konkretisiert.

### **Diskussion und Fazit**

Eine zeitgemäße psychiatrische Versorgung muss konsequent an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtet sein und deren persönliche Expertise nutzen. Erforderlich sind insbesondere die selbstbestimmte Entscheidung der betroffenen Person über ihre Pflege und Behandlung, die Stärkung der Selbsthilfe und der obligatorische Einbezug von Menschen mit reflektierter Krankheitserfahrung auf allen Ebenen der psychiatrischen Versorgung sowie in Aus-/Fort-/Weiterbildung und Forschung.

## **80. Personen-geleitete Pflege – mit Kreativität und Flexibilität zu mehr Selbstbestimmung der Betroffenen**

*Michael Mayer*

### **Hintergrund**

Am 1. Januar 2020 tritt in Deutschland ein neues Pflegeberufegesetz (PflBG) in Kraft. Dies hat weitreichende Folgen auch für die Pflege in psychiatrischen Arbeitsfeldern. Mit den Vorbehaltsaufgaben in § 4 PflBG erhält die berufliche Pflege in Deutschland darin einen eigenen Verantwortungsbereich. Der sogar als absolut wirkender Vorbehalt „beruflich nur von Personen mit Erlaubnis“ (§ 4 Abs. 1 S. 1 PflBG) zur Führung der Berufsbezeichnung ausgeübt werden darf. Die Vorbehaltsaufgaben dürfen damit nicht von anderen Berufsgruppen, wie Ärzten, Heilerziehungspflegern oder Sozialpädagogen, ausgeführt werden. Sie können auch nicht an diese delegiert werden. Zu den Vorbehaltsaufgaben der beruflichen Pflege gehören nach § 4 Abs. 2 PflBG: (1) die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, (2) die Organisation Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie (3) die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege.

### **Problemstellung**

Die gesetzlich verpflichtende Verantwortung für die Pflegebedarfserhebung, die Steuerung des Pflegeprozesses und die Qualitätssicherung könnten dazu führen, dass Pflegefachpersonen sich in eine Expertenrolle gedrängt fühlen. Als Experten für berufliche Pflege übernehmen sie dann die Definitionsmacht über Pflegebedarfe, notwendige Maßnahmen und fachlich sinnvolle Ziele. So entstehen Pflegepläne für Patienten, die darin zum Objekt werden.

### **Ziele**

Mit diesem Beitrag sollen Wege aufgezeigt werden, wie Pflegefachpersonen für die Qualität des Pflegeprozesses verantwortlich sein können und zugleich eine Personengeleitete Pflegeplanung („person-driven care plan“)

umsetzen. Pflegepläne sollen die Selbstbestimmung der Nutzenden stärken. Die Qualität der Pflegeplanung hat sich daher an den Anforderungen zu orientieren, die Nutzende an die pflegerische Begleitung stellen.

## **Vorgehen**

Im Folgenden werden vier Thesen formuliert, die für eine Patientengeleitete Pflegeplanung notwendig sind. Dazu gehören eine fachlich fundierte Selbstreflexion, die Kunst der Partizipation, eine Wertschätzung für die Sichtweise der Betroffenen und bewusste Kriterien für ein User Involvement.

### ***Professionelle Pflege bietet eine selbstreflektierte Begleitung***

Die Rolle von Pflegefachpersonen in psychiatrischen Einrichtungen ist traditionell oft zwiespältig. Einerseits begleiten Pflegefachpersonen Menschen durch schwere psychische Krisen und Beeinträchtigungen, andererseits fühlen sich Pflegende aber oft auch für die Sicherheit und Ordnung verantwortlich [1]. Eine Selbstreflexion der eigenen Rolle ist für Pflegende daher unabdingbar. Eine genesungsförderlichen Pflege begleitet Betroffenen achtsam als eine Art „guter Freund“ mit dem man gemeinsam den Alltag erleben kann, der einen bei der Stärkung seiner Fähigkeiten unterstützt, den Blickwinkeln erweitern hilft, in Krisenzeiten auch mal aufmerksam die Verantwortung übernimmt und manchmal einfach nur „Da“ ist [2].

### ***Die Kunst größtmöglicher Partizipation***

Ein wichtiger Baustein im Recoveryweg von Menschen mit Erfahrung von schweren psychischen Krisen ist die Wiedererlangung von Selbstbestimmung, die durch die psychische Krise oft bedroht erscheint [z.B. 2, 3, 4]. Grundlegend für eine tatsächliche Selbstbestimmung von Nutzenden in der Gesundheitsförderung ist das Modell der Partizipation [5]. Natürlich findet jede und jeder, den man fragt Partizipation richtig. Die Herausforderung in Pflegesituationen liegt jedoch oft darin, eine den Bedingungen und Fähigkeiten des Nutzenden angemessene Form der Partizipation zu finden. Und

natürlich bedeutet Partizipation auch eine veränderte Arbeitsweise. In der psychiatrischen Pflege geht es nicht um eine Entscheidung zwischen Partizipation oder Nicht-Partizipation, denn es gibt viele Abstufungen dazwischen. Das differenzierte Stufenmodell der Partizipation [5] mit seinen Vorstufen Informiertheit, Zuhören und Einbeziehen und den drei Stufen „echter“ Partizipation von Mitbestimmen, teilweiser übertragener und vollständiger Entscheidungsmacht machen deutlich, dass Partizipation kein einfacher Weg ist. Pflegefachpersonen müssen die Klaviatur der Partizipation beherrschen und Impulse von Betroffenen aufmerksam wahrnehmen und unterstützen.

### ***Wertschätzung für die Sichtweise der Person***

Für die Arbeit in der Pflegeplanung ist es hilfreich, wenn wir die subjektive Sicht der Betroffenen wertschätzen. Dies bedeutet auch, dass wir die Pflegeplanung in der Sprache der Nutzer formulieren und nicht in abstrakten Pflegeklassifikationen [6]. Auch Barker und Buchanan-Barker [7] machen in ihrem Gezeitenmodell darauf aufmerksam, dass wir nicht versuchen sollten, die Sprache der Nutzer in unsere Fachsprache zu übersetzen. Wir sollten Nutzern vielmehr helfen, sich in ihrer eigenen Sprache auszudrücken. Denn in der Pflegeplanung geht es nicht darum, das Erleben eines Betroffenen in eine Pflegefachsprache mit abstrakten Pflegediagnosen zu übersetzen. Im Gegenteil, die Pflegefachperson möchte dem Betroffenen helfen, Dinge für sich verstehbar zu machen und sein Verständnis in persönlichen Geschichten, Bildern und Metaphern auszudrücken.

### ***Kriterien für gelingendes User Involvement***

Wenn man die Nutzenden selbst fragt, dann legen diese vor allem Wert auf den Prozess der Pflegeplanung [8]. Die Pflegeplanung ist keine lästige Schreibarbeit der Pflege. Sie gehört dem Nutzenden, der sich darin als handelnde Person erleben muss. Pflegeplanungen müssen daher mit den Nutzenden kontinuierlich aktualisiert werden. Aus Sicht der Betroffenen sollten sie sich auch nicht nur auf Probleme und Symptome beziehen. Die Betroffenen wünschen sich eine recovery-orientierte Pflegeplanung, die auch ihre

Ressourcen und Fähigkeiten für mehr Lebensqualität stärkt. Zudem haben Betroffene oft das Gefühl, dass ihre körperlichen Beschwerden in einer psychiatrischen Pflegeplanung vernachlässigt werden. Letztlich muss sich jede Pflegeplanung aber an ihren Ergebnissen messen lassen. Nur wenn Nutzende bemerkbare Veränderungen wahrnehmen, sind Pflegeplanungen für sie sinnvoll.

## Diskussion und Schlussfolgerung

Die neu definierten Vorbehaltsaufgaben im Pflegeberufegesetz sind eine Chance für die deutsche Pflege. Sie werden zu einer Belebung des Pflegeprozesses führen. Pflegenden sollten aber darauf achten, dass sie dabei nicht in die Expertenfalle geraten und unter Pflegeplanung vor allem ausgeklügelte Assessmentinstrumente, Pflegediagnosen und elaborierte Formulierungen verstehen.

Die Pflegeplanung gehört der nutzenden Person. Mit einer Personengeleiteten Pflegeplanung stärken psychiatrische Pflegefachpersonen die Selbstbestimmung der Betroffenen. Im Sinne eines „kritischen Freundes“ begleiten und beraten Pflegefachpersonen eine nutzende Person auf ihrem individuellen, selbstbestimmten Genesungsweg. Dies erfordert von den Pflegenden Demut, hohe Transparenz und Flexibilität.

## Literatur

1. Björkdahl, A., Palmstierna, T., & Hansebo, G. (2010). *Bulldozer und Balletttänzer*. *Psych. Pflege Heute*, 16(06), 313–320. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1268791>
2. Schlimme, J. E., & Brückner, B. (2017). *Die abklingende Psychose: Verständigung finden, Genesung begleiten* (1. Auflage). Köln: Psychiatrie Verlag.
3. Amering, M., & Schmolke, M. (2012). *Recovery das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie-Verl. allgäu akademie.
4. Deegan, P. E. (1988). *Recovery: The lived experience of rehabilitation*. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
5. Wright, M. T., Unger, H. von, & Block, M. (2010). *Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention*. In M. T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (1. Aufl., S. 35–52). Bern: Huber.

6. Mayer, M. (2016). *Muss die Pflege diagnostizieren? Ein Plädoyer für die Alltagssprache in der psychiatrischen Pflege*. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 46(4), 36–38.
7. Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2013). *Das Gezeiten-Modell: Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege* (Auflage: 1., Aufl.; G. Zuaboni, C. Burr, M. Schulz, & M. Herrmann, Übers.). Bern: Verlag Hans Huber.
8. Grundy, A. C., Bee, P., Meade, O., Callaghan, P., Beatty, S., Ollevent, N., & Lovell, K. (2016). *Bringing meaning to user involvement in mental health care planning: A qualitative exploration of service user perspectives*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(1), 12–21.  
<https://doi.org/10.1111/jpm.12275>

## **81. Power für die Pflege ermöglicht Power durch die Pflege**

*Dorothea Sauter*

### **Hintergrund**

Die DFPP e.V. postuliert die Selbstbestimmung der Patient\*innen und sieht die Unterstützung der individuellen Hoffnungen und Ziele sowie die Förderung der Selbsthilfepotenziale der Betroffenen als Pflegeauftrag (vgl. Präambel unter [www.dfpp.de](http://www.dfpp.de); siehe DGPPN [1]). Das Arbeitsbündnis mit dem Nutzenden und das Pflegehandeln entsprechend zu gestalten ist eine Kunst und erfordert hohe Expertise. In diesem Sinn aktiv Verantwortung zu übernehmen, ist nach Gabrielson et al. [2] das zentrale Merkmal guter psychiatrischer Pflege. Pflegefachpersonen, die sich für die Pflegeergebnisse persönlich verantwortlich fühlen, können Empowermentprozesse besser unterstützen [3]. Die Pflegefachpersonen benötigen hierfür klar zugewiesene Befugnisse und fachliche und persönliche Kompetenzen. In den Organisationen müssen Rollen und Konzepte gut geklärt, patientenorientierte Pflegesysteme etabliert und (natürlich!) ausreichend personelle Ressourcen vorhanden sein [4]. Damit wirksame Hilfen in der Breite implementiert und angeboten werden können sind die Pflegefachpersonen persönlich, die Organisationen, die Fachgesellschaften und die Politik gefordert.

### **Ergebnisse**

Eine „Patientengesteuerte Hilfe- oder Pflegeplanung“ gibt Themen wie Präsenz und Begleitung; Prävention und Gesundheitsförderung sowie Förderung von Problemlösefertigkeiten hohe Bedeutung. Viele Voraussetzungen für gute psychiatrische Pflege sind nicht umfänglich gegeben. Und viele Forderungen und Anliegen der Pflege passen wenig zu aktuellen Paradigmen der Medizin und der Gesundheitspolitik.

Was aktuell für eine wirksame(re) und patientenorientierte(re) Pflegepraxis gefordert ist, lässt sich unter dem Begriff der „Professionalisierung“ zusammenfassen [5], Professionelles Pflegehandeln ist patienten- und bedarfsori-



entiert, gesundheits- und autonomiefördernd [6]. Die Verbesserung der Bildung in der Pflege und weitaus mehr Engagement für die Akademisierung der Pflegepraxis sind genauso zwingend erforderlich, wie eine deutlich aktivere Rolle der Pflege in der Versorgungsgestaltung und Gesundheitspolitik sowie in der psychiatrischen Forschung.

## Diskussion und Fazit

Pflegefachpersonen, die Empowerment der Patient\*innen fördern wollen, müssen sich selbst „empowert“ fühlen. Pflegefachpersonen übernehmen nicht nur Verantwortung für die Patienten, sondern auch für die eigene berufliche Entwicklung, für die Reflexion und Klärung der eigenen Helferrolle und für die Mitgestaltung etlicher Rahmenbedingungen. Notwendig ist ein verstärktes Engagement um eine professionellere Pflegepraxis.

## Literatur

1. DGPPN (HG) (2018). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. 1. Update.* Berlin: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58284-8>
2. Gabrielsson, S., Sävenstedt, S., & Olsson, M. (2016). Taking personal responsibility: Nurses' and assistant nurses' experiences of good nursing practice in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing, 25*(5), 434–443.
3. Kuokkanen, L., & Leino-Kilpi, H. (2001). The qualities of an empowered nurse and the factors involved. *Journal of nursing management, 9*(5), 273–280.
4. Sauter, D. (2018). *Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme psychiatrisch Pflegenden. Eine qualitative Studie. Best of Pflege.* Wiesbaden: Springer
5. Schaeffer, D. (2011). Professionalisierung der Pflege - Verheißungen und Realität. *Gesundheits- und Sozialpolitik, 65*(5-6), 30–37.
6. Weidner, F. (1995). *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung: Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege.* Mabuse-Verlag Wissenschaft: Vol. 22. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.

# 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.*

*Wenn für Vorträge, Workshops oder Poster von den Autorinnen und Autoren kein zusätzlicher Beitrag für den Kongressband verfasst wurde, wird der beim Call eingereichte Bewerbungs-Abstract abgedruckt (erkennbar am in Klammer stehenden Wort „Abstract“ nach dem Titel)*

## **82. Stimmen im Kopf – ein alternativer Umgang mit Stimmen hörenden Menschen**

*Johanna Blöcker, Sarah Reiche*

### **Hintergrund**

Prof. Dr. Marius Romme und Sandra Escher machten sich 1987 auf die Suche nach Stimmen hörenden Menschen. Sie betrachteten das Stimmen hören mehr als ein Phänomen und weniger als eine Krankheit und rückten die Betroffenen in den Mittelpunkt[5]. Dies war der Beginn einer ungewöhnlichen Entdeckungsreise, die zu einer Forschungs- und Kooperationsarbeit mit Psychiatriebetroffenen wurde.

Es wurde festgestellt, dass viel mehr Menschen als angenommen vom Phänomen „Stimmen hören“ betroffen sind[4]. Das bisherige medizinische Modell des Stimmenhörens scheint nach den Entdeckungen von Romme und Escher nicht mehr haltbar. In diesem Modell hieß es[1]:

- Stimmen sind ein Zeichen einer psychiatrischen Erkrankung (Erstrangsymptome der Schizophrenie laut ICD-10[2]).
- Sie sollen mit Medikamenten behandelt werden. Mit den Betroffenen über den Inhalt der Stimmen zu reden, würde es nur schlimmer machen und sollte deswegen vermieden werden.

Dieser Ansatz hat über die Jahre hinweg nicht die erhoffte Wirkung erzielt.

### **Fragestellung und Zielsetzung**

Welche Hilfen stehen professionell Pflegenden zur Verfügung, um einen alternativen Umgang als den bisherigen mit Stimmen hörenden Menschen zu erhalten? Welche Unterstützung können die Betroffenen erhalten?

### **Methodik**

Die Beantwortung der Forschungsfrage wurde anhand einer Literaturrecherche durchgeführt. Ergänzend dazu wurden Gespräche mit Stimmen hörenden Menschen geführt.

## **Ergebnisse**

Es konnten zwei Hilfestellungen für professionell Pflegende gefunden werden.

### **1. Das Maastricht Interview [4]:**

Das Maastricht Interview bietet die Möglichkeit in einer journalistischen Weise gemeinsam mit dem Stimmen hörenden Menschen, die Stimmen besser zu verstehen.

Mit der Hilfe von 13 Themengebieten (z.B. Eigenschaft der Stimmen, Was die Stimmen sagen, Auswirkung der Stimmen, Kindheitserfahrungen) kann es gelingen, einen Zusammenhang zwischen den Stimmen und der eigenen Biografie herzustellen. Hier werden die Stimmen als Teil des Lebens angesehen und müssen nicht verschwinden.

### **2. Psychosoziale Arbeitshilfen – ein Arbeitsbuch von Cole und Smith [1]:**

#### **Ziele des Arbeitsbuchs:**

- Kontrolle erlangen, anstatt den Stimmen ausgeliefert zu sein
- Struktur schaffen und systematischer mit Stimmen umgehen können
- Größeres Verständnis für Auslöser und eigene Emotionen
- Stimmen verstehen können und die Erfahrungen einordnen
- Akzeptanz der Stimmen, um diese ins Leben zu integrieren

#### **Grundregeln & Inhalte**

- Das Arbeitsbuch ist Eigentum des Stimmenhörers
- Individueller Umgang mit Stimmen
- Stimmenhören ist real
- Vertrauen muss verdient werden
- Neue Strategien brauchen Zeit
- Kann allein und in Begleitung genutzt werden

## Schlussbetrachtung und Veränderungswünsche

Die beiden vorgestellten Instrumente geben professionell Pflegenden die Möglichkeit, die eigene Sichtweise und den Umgang mit Stimmen hörenden Menschen zu verändern, wenn das bisherige medizinische Modell bei Seite gelassen wird. Denn die Folgen mit denen die Betroffenen bei einer „Standardbehandlung“ häufig zu kämpfen haben sind **Diskriminierung, Stigmatisierung** und **Isolation**.

***Folgende Punkte wünschen sich Betroffene für den zukünftigen Umgang [3]:***

Beachtung der Menschenwürde, Wärme und menschliche Zuwendung, individuelle Begleitung, ein angstfreies Vertrauensverhältnis und Kommunikation auf Augenhöhe.

## Literatur

1. Coleman, R.; Smith, M. (2007): *Stimmenhören verstehen und bewältigen. Psychosoziale Arbeitshilfen 14. 3. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag.*
2. Hautzinger, M.; Thies, E. (2009): *Klinische Psychologie: Psychische Störungen kompakt. Mit Online-Materialien; Workbook. 1. Aufl. Weinheim [u.a.]: Beltz.*
3. Klafki, H. (2006): *Meine Stimmen - Quälgeister und Schutzengel. Texte einer engagierten Stimmenhörerin. Ungekürzte Orig.-Ausg. Berlin, Eugene, Shrewsbury: Lehmann, Antipsychiatrieverl.*
4. Romme, M.; Escher, S. (2013): *Stimmenhören verstehen. Der Leitfaden für die Arbeit mit Stimmenhörern. 2. Aufl. Bonn, Bonn: Psychiatrie Verlag.*
5. Schnackenberg, J., Romme, M., Escher, S. (2008): *Stimmenhören - ein Phänomen emanzipiert sich. In: J. Bombosch, Dr. K. Ratzke (Hg.): Themenschwerpunkt: Stimmen hören. Krankheit oder Normalität? Vielleicht sogar Begabung? Kerbe - Forum für Sozialpsychiatrie 2008, S. 4-7.*

## **83. Welche Kompetenzen benötigen Pflegefachpersonen, um einen Suizidversuch unterbrechen zu können?**

*Mirco Müller, Sara Häusermann*

### **Hintergrund**

Gemäss Statistik begehen in der Schweiz jährlich zwischen 78 und 187 Personen pro 100'000 Klinikaufnahmen einen Suizid während des stationären Psychiatrieaufenthaltes [1]. Pflegefachpersonen sind somit einer hohen Wahrscheinlichkeit ausgesetzt, als ersthelfende Person zu einem Suizidversuch zu gelangen. Als Folgen eines miterlebten Kliniksuzids besteht für Pflegefachpersonen ein erhöhtes Risiko unter Stresssymptomen wie Trauer, Angst oder Schuldgefühlen zu leiden, welche sich in psychische Folgeschäden und Traumata manifestieren können [2].

### **Fragestellung**

Im Rahmen der Bachelorarbeit am Institut für Pflege der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften wurde folgende Fragestellung bearbeitet: *Welche Kompetenzen benötigen Pflegefachpersonen, um einen Suizidversuch unmittelbar zu unterbrechen?*

### **Methode**

Anhand einer systematisierten Literaturrecherche im Zeitraum Oktober 2018 bis Februar 2019 in den Datenbanken PubMed, CINAHL, Cochrane Library und PsycINFO, konnten zehn qualitative Studien identifiziert werden, welche über gemachte Erfahrungen betroffener suizidaler Personen oder derer Pflegefachpersonen berichten.

### **Ergebnisse**

Die Ergebnisse wurden in vier Kategorien unterteilt: (1) Die suizidale Krise wahrnehmen, (2) Unterstützungsfaktoren im Umgang mit suizidalen Krisen kennen und anwenden, (3) Hinderungsfaktoren im Umgang mit suizidalen

Krisen kennen und vermeiden sowie (4) eine professionelle Haltung zu Suizid-Verhalten erwerben und aufrechterhalten.

## **Diskussion**

Die Literaturgüte wurde anhand eines Beurteilungsinstrumentes für qualitative Studien [3] kritisch gewürdigt und vor dem Hintergrund zeitgemässer Fachliteratur der Suizidologie, der interpersonalen Theorie suizidalen Verhaltens [4] sowie dem Evidence-based Nursing Modell [5] inhaltlich diskutiert. Pflegefachpersonen benötigen folgende Kompetenzen, um einen Suizidversuch unterbrechen zu können: (1) Methodenkompetenzen, welche Fachwissen, das Erkennen von Zusammenhängen oder Wechselwirkungen und Kommunikationsfähigkeiten beinhalten, (2) Sozialkompetenzen, die durch Einfühlungsvermögen, Verständnis, Bereitschaft zur Interaktion und Bereitschaft zum interprofessionellem Austausch zum Ausdruck gebracht werden und (3) persönliche Kompetenzen, wie die Regulationsfähigkeit der eigenen Emotionen sowie eine hohe Bereitschaft zur Selbstreflexion.

## **Empfehlungen für die Pflegepraxis**

Die Ergebnisse können für die Aus- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen genutzt werden, um beispielsweise übersichtliche Handlungsleitfäden für die Kontaktaufnahme mit suizidalen Personen zu erstellen. Vorgesetzte können innerhalb eines Behandlungsteams eine kollektive professionelle Haltung zu Suizid-Verhalten etablieren, indem sie Mitarbeitende gezielt fördern und zur Selbstreflexion anregen. Hierfür eignen sich Selbsteinschätzungsinstrumente [2], welche den Bedarf an Fachwissen von einzelnen Mitarbeitenden und deren persönliche sowie professionelle Haltung zu Suizid-Verhalten ermitteln.

## **Schlussfolgerung**

Ein Suizidversuch kann durch sofortiges Handeln unterbrochen werden. Interprofessionelle Behandlungsteams können sich auf Kliniksuzide und damit verbundene Krisensituationen vorbereiten. Selbstreflexion und Ent-

wicklung der persönlichen und professionellen Haltung zu Suizid-Verhalten sind ausschlaggebend für Ausprägung, Förderung und Erhaltung der genannten Kompetenzen. Ausbleibende Selbstreflexion von Pflegefachpersonen kann zu unflexiblen und stigmatisierenden Verhaltensweisen führen und deren Handlungsfähigkeit beeinflussen. In Ausbildung und Berufspraxis von Pflegefachpersonen muss das Management von Suizid-Verhalten ausführlicher unterrichtet werden. Arbeitgebende sind in der Pflicht, ihre Mitarbeitenden bezüglich dieser Thematik ausreichend zu schulen und zu schützen. Klare Handlungsleitfäden für die Kontaktaufnahme mit suizidalen Personen könnten die Handlungsfähigkeit und Selbstsicherheit von Pflegefachpersonen stärken. Es bedarf weiterer Forschung zu Suizid-Verhalten, wobei hierfür vermutlich eine Kombination aus quantitativen und qualitativen Methoden der ertragreichste Ansatz wäre.

## Literatur

1. Gregorowius, Daniel; Huber, Hildegard (2018). *Literaturrecherche zu Suiziden und Suizidversuchen während und nach Psychatrieaufenthalt: Schlussbericht*. Bern, Zürich: Bericht der Stiftung Dialog Ethik zum Projekt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
2. Illes, F., Jendreyshak, J., Armgart, C., & Juckel, G. (2014). *Suizide im beruflichen Kontext: Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter im Gesundheitswesen und Rettungsdienst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
3. Behrens, J., & Langer, G. (2016). *Evidence based nursing and caring*. Bern: Hans Huber.
4. Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., & Rudd, M. D. (2009). *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
5. Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). *What counts as evidence in evidence-based practice? Journal of advanced nursing*, 47(1), 81–90.



## **84. Psychiatrisch Pflegende, die Einsamkeit und ihre Rolle in der Versorgung migrationserfahrener Menschen (Abstract)**

*Mohab Naeem*

### **Warum sozialer Kontakt so wichtig ist**

Durch sozialen Kontakt können Mimik, Gestik, Sprachmelodie interpretiert werden und dies wirkt auf die Empathie Entwicklung und Empathie Fähigkeit des Menschen. Empathie ist das innere Instrument, das uns ermöglicht am Leben und an der Erfahrung anderer Menschen teil zu haben [4, 5].

Durch sozialen Kontakt versuchen wir unsere existenziellen Wünsche und Bedürfnisse zu erfüllen. Durch soziale Kontakte können negative Gefühle wie Trauer, Hilflosigkeit, Scham oder Wut, die mit der Einsamkeit in Verbindung stehen, abgebaut werden und die Bedürfnisse nach Akzeptanz, Versorgung, Liebe und Sehnsucht nach Menschen, wieder erfüllt werden [4, 5].

### **Wie wird Einsamkeit erlebt?**

Alleinsein und sich einsam fühlen ist nicht dasselbe. Man kann allein sein, sich aber überhaupt nicht einsam fühlen. Die Einsamkeit kann objektiv messbar sein, zum Beispiel, wenn kaum Kontakte zu anderen Menschen bestehen. Der Mensch kann sich aber auch subjektiv einsam fühlen, obwohl er objektiv Kontakte zu seiner Umwelt hat [6].

### **Migration und Einsamkeit**

Migranten und Migrantinnen leiden viel mehr unter Einsamkeit als die einheimische Bevölkerung. Migranten und Migrantinnen erleben sich vor allem in Situationen, in denen sie sich aufgrund der Sprachbarriere negativ wahrgenommen fühlen, als einsam [7, 8].

Die Belastungen entstehen darin, dass sie unter vielen Verlusten leiden, wie Verlust des eigenen Herkunfts- und Gruppenmilieus, Diskriminierung, Stigmatisierung, neue Kulturwerte, Ablehnung und Sprachbarriere [1, 9].

## **Die Rolle der Psychiatrischen Pflege**

Interkulturelle Kompetenz bedeutet die Brille der eigenen kulturellen Prägung abzulegen und zu versuchen sich in die Perspektive des Patienten zu versetzen [9].

Psychiatrisch Pflegende können eine große Ressource für Unterstützung, Bewältigung, Hoffnung, Resilienz, und Recovery sein [3]. Die unterschiedliche Kultur und Sprachräume erfordern einen besonderen Umgang und Verständnis für die unterschiedlichen Kulturwerte und Weltansichten.

Die Patienten mit Migrationshintergrund haben das Bedürfnis, dass Ihnen mit Respekt und Offenheit begegnet wird, genauso wie es auch bei Patienten ohne Migrationshintergrund sein sollte [9].

## **Die Bewältigung der Stressfaktoren Migration und Einsamkeit**

Der Stressfaktor Einsamkeit führt dazu, dass Menschen, die unter Stressreaktion stehen, schlecht schlafen und für psychische Leiden vulnerabel werden. Sie leiden unter Stress und Einfluss von Cortisol. Aufgrund der psychologischen Notwendigkeit der Integration stehen Migranten und Migrantinnen in Akkulturationsprozess und in der Bewältigung der akkulturativen Stresses [1, 9, 10, 11].

Die Bindungserfahrung verfügt über Bewältigungsmöglichkeiten, die zerstört werden, wenn man einsam ist [7]. Viele epidemiologischen Studien zeigen, dass der wirksamste Schutzfaktor und die wichtigste Bewältigungsstrategie gegen Stress die Verknüpfung mit anderen Mitmenschen ist [5]. Pflegende können Kontakt und eine Bindungsressource für einsame psychisch erkrankten Migranten sein, die ihre eigenen Bewältigungs- und Bindungsressourcen verloren haben. Durch eine psychosoziale Unterstützung und längere Begleitung können die psychiatrisch Pflegenden diesen Menschen neue Bindungserfahrungen ermöglichen und die zerstörten Bewältigungsmöglichkeiten wieder aufbauen [3].

## **An den Ressourcen arbeiten**

Es lassen sich drei Gruppen von Ressourcen definieren, die objektiv vorhanden sind oder subjektiv wahrgenommen werden: Physische Ressourcen, psychische Ressourcen und soziale Ressourcen [10]. Die Familie ist eine wichtige Ressource im Sinne des sozialen Unterstützungssystems und es ist wichtig Familie und Angehörige in therapeutische Maßnahmen miteinzubeziehen [9].

## **Hoffnung**

Der Begriff der Hoffnung ist im Recovery-Ansatz zentral und die effektiven psychiatrischen Pflegemaßnahmen gekennzeichnet durch Hoffnung und Optimismus [11]. Viele Migranten und Flüchtlinge fühlen sich hoffnungslos. Viele von ihnen sind aus den chaotischen Kriegsgebieten gekommen und haben ihre sozialen Unterstützungsressourcen verloren [1]. Die psychiatrisch Pflegenden können eine Ressource der Hoffnung und Optimismus sein, dadurch, dass sie die einsamen Menschen unterstützen und begleiten, damit sie neue Perspektive erhalten [3]. Pflegende können die Entwicklung der Verfügbarkeit von sozialer Kompetenz und Resilienz unterstützen. Pflegehandlungen, welche die Selbst- und Lebenskompetenz sowie Recovery, Hoffnung und Optimismus fördern, unterstützen die Entwicklung von Resilienz [12].

## **Literatur**

1. *Imm-Bazlen U, Schmiege A K. Begleitung von Flüchtlingen mit traumatischen Erfahrungen. Berlin: Springer ; 2017.*
2. *Laimbacher S. In einer Parallelwelt leben-den Weg zurück finden. Fremdsein überwinden mit einer Abhängigkeitserkrankung. In: Fremdsein Überwinden. Kompetenzen der psychiatrische Pflege in Praxis-Management-Ausbildung-Forschung. Bern: Verlag Berner Fachhochschule 2016.*
3. *Sauter D, Alderhalden C, Needham I, Wolff S. Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Verlags Hans Huber, Hogrefe AG; 2011. S119.*
4. *John C, William H. Einsamkeit. Springer 2011.*

5. *Udo Baer, Gabriela Frick-Baer. Wege finden aus der Einsamkeit. Weinheim und Basel : Beltz Verlag ; 2010.*
6. *Manfred Spitzer. Einsamkeit - die unerkannte Krankheit: schmerzhaft, ansteckend, tödlich. Droemer ; 2018.*
7. *Köppe J. Einsamkeit ist lebenswichtig. Im Internet: <http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/an-weihnachten-allein-einsamkeit-ist-lebenswichtig-a-1184562.html>*
8. *Sagmeister S, Dombrowski T. Einsamkeit, Migration, Medien. Im Internet: [https://www.researchgate.net/profile/Sofie\\_Sagmeister/publication/268485566\\_Einsamkeit\\_Migration\\_Medien\\_-\\_Eine\\_Pilotstudie/links/546c6dfd0cf21e510f61a7c8.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sofie_Sagmeister/publication/268485566_Einsamkeit_Migration_Medien_-_Eine_Pilotstudie/links/546c6dfd0cf21e510f61a7c8.pdf)*
9. *Callies G 2017, Müller C. Interkulturelle Kompetenz , bedeutet sich in die Perspektive des anderen einzufühlen , ein Interview zur Angehörigenarbeit im Interkulturellen Kontext. Psychiatrische Pflege. 2017; 2 (2): 37-41.*
10. *Bohn c 2016. Einsamkeit im Spiegel der sozialwissenschaftlichen Forschung. Universität Dortmund Fachbereich Erziehungswissenschaft und Soziologie.*
11. *Dieckbreder F . Recovery am Beispiel der Hoffnung: Versuch einer Philosophischen Grundlegung. Zeitschrift psychiatrische Pflege. (2017) ; 2 (3): 31-35.*
12. *Buchanan-Barker P, Barker PJ. Eine Erklärung der grundlegende Werte der Genesung : Die 10 Tidal Verpflichtungen. Z Pflegewiss psych Gesundh. (2008); 2(1):12-22.*

## **85. Pflegeinterventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der psychiatrischen Versorgung**

*André Nienaber, Dorothea Sauter*

### **Hintergrund und Fragestellung**

Gesundheitskompetenz gilt als Schlüsselfaktor für Gesundheit, als Voraussetzung für Gesundheitshandeln und kann Empowerment fördern [1, 2]. Gesundheitsrelevante Entscheidungen gehen über Fragen des Krankheitsmanagements hinaus. Die Förderung der Gesundheitskompetenz, dem Begriff liegt in der Arbeit ein breites Verständnis zu Grunde, ist ein Auftrag aller Gesundheitsprofessionen, auch der professionell Pflegenden [3, 4]. Vor diesem Hintergrund lautet die Fragestellung:

Welche evidenzbasierten Interventionen werden von psychiatrischen Pflegefachpersonen zur Förderung der Gesundheitskompetenz durchgeführt?

### **Methode und Ergebnisse**

Die Bearbeitung erfolgte durch ein Rapid Review [5] zu evidenzbasierten Interventionen durch psychiatrische Pflegefachpersonen.

Insgesamt wurden 74 Studien (Übersichtsarbeiten und Interventionsstudien), in die Auswertung eingeschlossen. Es konnten Untersuchungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz bei Menschen mit psychischen Störungen identifiziert werden, die durch Pflegefachpersonen durchgeführt werden.

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse dargestellt.

Happel et al. [6] haben Interventionsstudien zur Gesundheitsförderung für Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Pflegendе ausgewertet. Interventionen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens und Screenings zur körperlichen Gesundheit wurden von den Betroffenen positiv bewertet. Das Versorgungssetting ist in der Regel die ambulante bzw. gemeindenahe Ver-

sorgung. 6 Studien befassten sich mit der stationären Versorgung. Keine der eingeschlossenen Untersuchungen stammt aus Deutschland.

Bradshaw, Lovell und Harris [7] konnten Studien zu gesundheitsfördernden Interventionen für Personen mit der Diagnose Schizophrenie durch Pflegefachpersonen einschließen. Die Interventionen beinhalteten die Beendigung des Rauchens, Gewichtsmanagement, Bewegungsförderung und Ernährungsberatung bzw. -schulung.

In einer Studie zu einem bedürfnisbasierten Psychoedukationsprogramm durch Pflegefachpersonen für Patienten mit einer ersten psychischen Erkrankung wiesen Chien und Bressington [9] eine Verringerung der Krankheitstage, weniger Symptome und eine bessere Krankheitseinsicht bei den Teilnehmenden nach. Damit zeigten die Autoren, dass Pflegefachpersonen wirksam zur Förderung der Gesundheit bei der untersuchten Gruppe beitragen konnten.

Curran und Brooker [10] zeigten in ihrer Übersichtsarbeit, dass Pflegefachpersonen in Großbritannien in die Umsetzung von einer Vielzahl von Interventionen einbezogen sind.

## **Diskussion**

International zeigen die Studien, dass zahlreiche und unterschiedliche Interventionen durch (psychiatrische) Pflegefachpersonen zur Förderung der Gesundheit durchgeführt werden. Zu den Interventionen gehören Programme zum Schutz vor AIDS, zur Beendigung des Rauchens, zur Gewichtsabnahme, zur Bewegungsförderung, Psychodukation, zum Ernährungsverhalten oder zur Förderung des Wohlbefindens. Die durch die Pflegefachpersonen durchgeführten Interventionen sind dabei im Hinblick auf ihre Wirksamkeit nicht schlechter und insgesamt vergleichbar effektiv, wie die durch andere Berufsgruppen durchgeführten.

Die gefundenen Übersichtsarbeiten und Studien stammen zum überwiegenden Teil nicht aus dem deutschen Versorgungskontext. Das zeigt, dass das Thema der Gesundheitsförderung durch (psychiatrische) Pflegefachperso-

nen in Deutschland noch deutlichen Nachholbedarf aufweist, obwohl internationale Evidenz für die Wirksamkeit der Interventionen vorliegt und Pflegefachpersonen eine wichtige Rolle in der Vermittlung von Gesundheitskompetenzen und der Förderung der Gesundheit bei Menschen mit psychischen Erkrankungen einnehmen können. Die Gründe für diese für Deutschland enttäuschenden Ergebnisse sind vielfältig. Das deutsche Gesundheitssystem in der psychiatrischen Versorgung ist nach wie vor sehr stark auf die stationäre Versorgung ausgerichtet. Erst zögerlich werden international erforschte und wirksame Konzepte wie Home Treatment oder Assertive Community Treatment auf Deutschland als stationsäquivalente Behandlung (StäB) umgesetzt. Zum anderen ist das deutsche Gesundheitssystem stark medizinisch dominiert. Wie Lehmann et al. [9] schreiben, erfolgt dadurch eine Kompetenzerweiterung anderer Gesundheitsfachberufe wie der Pflege nur gebremst.

Als Limitation der vorliegenden Untersuchung ist anzusehen, dass im Rahmen des Rapid Review Pflegehandeln innerhalb multiprofessioneller Teaminterventionen nicht gesondert erfasst wurde. Darüber hinaus bestehen im Hinblick auf das Rapid Review methodische Limitationen.

## **Fazit**

Die Ergebnisse bestätigen, dass psychiatrische Pflegefachpersonen bezüglich der Förderung von Gesundheitskompetenz handeln und dies auch untersuchen. Nur vereinzelte Studien stammen aus Deutschland. Angesichts der Bedeutung des Themas der Gesundheitskompetenz gerade auch im Hinblick auf die zunehmende Bedeutung von psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft und der Bedeutung von transprofessioneller Versorgung, sollten die psychiatrischen Pflegefachpersonen zukünftig vermehrt an multiprofessionellen Studien zur Wirksamkeit teilnehmen. Es sind vertiefte Anstrengungen zur Forschung aber auch zur Implementierung erforderlich. Schließlich muss hierfür auch das Konzept „Gesundheitskompetenz“ klarer und eindeutiger beschrieben werden, damit bessere Befunde möglich werden [11].

## Literatur

1. Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. (2013). *Health literacy*. WHO Regional Office for Europe.
2. Abel, T., & Sommerhalder, K. (2015). *Gesundheitskompetenz/Health Literacy: Das Konzept und seine Operationalisierung*. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 58(9), 923–929.
3. Hinneburg, J., & Stecklenburg, A. (2018). *Kritische Gesundheitskompetenz: Ausweg aus der fremdverschuldeten Unmündigkeit*. *KVH-Journal*, (9), 30–32.
4. Chien WT, Bressington D. (2015). *A randomized controlled clinical trial of a nurse-led structured psychosocial intervention program for people with first-onset mental illness in psychiatric outpatient clinics*. *Psychiatry research*, 229, 277-286.
4. Thilo, F., Sommerhalder, K., & Hahn, S. (2012). *Gesundheitskompetenz - ein Konzept für die professionelle Pflege?*. *Pflege*, 25(6), 427–438.
5. Haby, M. M., Chapman, E., Clark, R., Barreto, J., Reveiz, L., & Lavis, J. N. (2016). *What are the best methodologies for rapid reviews of the research evidence for evidence-informed decision making in health policy and practice: a rapid review*. *Health research policy and systems*, 14(1), 83.
6. Happell B, Platania-Phung C & Scott D. (2014). *A systematic review of nurse physical healthcare for consumers utilizing mental health services*. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21, 11-22.
7. Bradshaw, T., Lovell, K., & Harris, N. (2005). *Healthy living interventions and schizophrenia: a systematic review*. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 634-654.
8. Chien, W. T., & Bressington, D. (2015). *A randomized controlled clinical trial of a nurse-led structured psychosocial intervention program for people with first-onset mental illness in psychiatric outpatient clinics*. *Psychiatry research*, 229(1-2), 277-286.
9. Curran, J., & Brooker, C. (2007). *Systematic review of interventions delivered by UK mental health nurses*. *International journal of nursing studies*, 44(3), 479-509.
10. Lehmann, Y., Ayerle, G., Beutner, K., Karge, K., Behrens, J., & Landenberger, M. (2016). *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (GesinE)–zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen*. *Das Gesundheitswesen*, 78(06), 407-413.



11. Vogt, D., Messer, M., Quenzel, G., & Schaeffer, D. (2016). „Health Literacy“ – ein in Deutschland vernachlässigtes Konzept? *Prävention Und Gesundheitsförderung*, 11(1), 46–52.

## **86. Empowerment in der Gerontopsychiatrie (Abstract)**

*Kerstin Redzinski, Sabine Brüchmann, Klara Döllner*

### **Hintergrund**

Das Wohlbefinden unterliegt im Alter nicht selten eigenen Paradoxen, welches anfänglich von Stabilität gekennzeichnet ist und sich im höheren Lebensalter reduziert [2]. Durch meist körperliche Beeinträchtigungen sind häufig auch die Fähigkeiten zum selbstbestimmten Älterwerden, die Nutzung von alten und neuen Ressourcen oder einem Mangel an interner Kontrollüberzeugung begrenzt. Die älter werdenden Menschen sind sich ihrer eigenen Fähigkeiten immer weniger bewusst bzw. erleben den voranschreitenden Verlust der eigenen Fähigkeiten als bedrohlich und beängstigend

Aber auch die Gesellschaft spricht Menschen, die sich in einem Alter befinden, in welchem das Leben seinen körperlichen Tribut fordert und auch die geistige Leistungsfähigkeit nachlassen kann, diese Macht ab. Dadurch kann es zur Entmachtung im Alter kommen. Empowerment zielt auf die grundlegende Veränderung im Alter hin. Hierbei ist es die Aufgabe, eine Hilfe für die Betroffenen zu sein, damit sie ihre Probleme bewältigen können [4].

### **Methoden**

Beispiele für Empowerment orientierte Pflegemodelle sind: das „Selbstpflegemodell“ nach Dorothea Orem, das Gezeiten- Modell nach Phil Barker und Poppy Buchanan-Barker, die Konzepte von Tom Kitwood´s und der Adhärenz Ansatz. Das „Selbstpflegemodell“ nach Dorothea Orem, welches das am häufigsten verwendeten Modell in der Praxis ist, sagt aus, dass jeder Mensch das Bedürfnis nach Selbstpflege hat. Selbstpflege ist als gezielte und bewusste Handlung zu verstehen, um ein möglichst hohes Maß an Gesundheit und Wohlbefinden zu erreichen. Das spezifisch für die Psychiatrie entwickelte Gezeiten- Modell von Phil Barker und Poppy Buchanan-Barker ist ein Recovery- orientierter Ansatz. Hier steht das Verstehen von Personen zentral im Vordergrund [1]. Die Konzepte von Tom Kitwood´s sehen die von

Demenz betroffene Person als Experten für ihr Erleben an und haben das Ziel das Erhalten und Stärken des Personseins [3]. Der Adhärenz- Ansatz verfolgt die Selbstbefähigung zum Management eines langwierigen Krankheitsverlaufes.

## **Ergebnisse**

Bei der Literaturrecherche und Studienanalyse wurde festgestellt, dass es wenig bis keine Konzepte und Erfahrungen bezüglich Empowerments spezifisch für die Gerontopsychiatrie gibt.

## **Diskussion**

Pflegetheorien und Konzepte, die sich mit Empowerment befassen, sollen unter anderem dabei helfen den Zusammenhang zwischen dem eigenen Handeln und den Auswirkungen auf das Wohlbefinden zu erkennen. Dafür bedarf es Fähigkeiten wie Reflektion-, Merk-, Urteils- und Kommunikationsfähigkeit sowie eine ausreichende Orientierung.

Es stellt sich weiterhin die Frage, warum Empowerment in der Gerontopsychiatrie zumindest laut Studienlage so wenig präsent ist. Dies mag daran liegen, dass gerade die oben genannten Befähigungen besonders älteren, kranken Menschen schnell abgesprochen und als normaler Alterungsprozess verkannt wird.

## **Fazit**

Doch auch wenn Pflegetheorien und Konzepte nicht alle explizit auf die Gerontopsychiatrie gemünzt sind, so unterstützen sie psychiatrisch Pflegenden dabei auch gerontopsychiatrische Patienten und Klienten im Sinne von Empowerment pflegerisch zu begleiten und zu betreuen.

Um zu erreichen, dass ältere Menschen ihre eigene Macht wiedererkennen, müssen wir Pflegemodelle und Pflegetheorien nutzen und diese gegebenenfalls, wenn notwendig, auch miteinander verknüpfen. Dies kann zum Beispiel die partizipative Entscheidungsfindung bei chronischen Erkrankungen

im Rahmen der Adhärenz-Therapie oder das Gezeiten-Modell zur Stärkung der Selbstwirksamkeit bei demenzkranken Menschen sein.

## **Literatur**

1. *Abderhalden, C. (2011). Pflgeetheorie. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham & S. Wolff (Hrsg.), Lehrbuch Psychiatrische Pflege (3. Aufl., S. 57–81). s.l.: Verlag Hans Huber.*
2. *Forstmeier, S. & Maercker, A. (2012). Altersprobleme. In G. Meinlschmidt, S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), Materialien für die Psychotherapie (Lehrbuch der Verhaltenstherapie, / Gunther Meinlschmidt; Silvia Schneider; Jürgen Margraf (Hrsg.) ; Band 4, S. 495–510). Berlin: Springer.*
3. *Kitwood, T. (2013). Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen (6., erweiterte Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.*
4. *Muss, A. (2002). Empowerment. Psychiatrische Pflege (8), 277–284.*

## **87. Pflegephänomene und Pflegeinterventionen bei Frauen mit Symptomen der Menopause und/oder Depression im ambulanten Setting**

*Anja Salzwedel Pieri, Manuela Grieser*

### **Einleitung**

Jede Frau in der Menopause hat mit sehr unterschiedlichen Phänomenen zu tun, zum Beispiel Hitzewallungen, Gereiztheit, starke Unkonzentriertheit, Herz-Kreislaufprobleme, Osteoporose, Immobilität und Venenprobleme [1]. Viele der Frauen in der Menopause gelten als klinisch depressiv und etwas mehr als ein Viertel der Frauen erleben ihre erste depressive Episode in dieser Phase [1, 2]. Es ist im pflegerischen Alltag nicht immer einfach, die Symptome der Menopause von denen einer Depression zu unterscheiden. Beide beinhalten Symptomkomplexe wie Traurigkeit, Verlust von jeglichem Interesse und Lustempfinden, Gefühle von Schuld und ein sehr schwaches Selbstwertgefühl, ein auffälliger Schlaf und ein gestörter Appetit, sowie Müdigkeitserscheinungen und Konzentrations-schwäche [3]. Nicht jede Menopause korreliert automatisch mit einem depressiven Zustandsbild, es gibt jedoch deutliche Prädiktoren, die auf einen Zusammenhang schliessen lassen: früher erlebte depressive Störungen, eine lang-andauernde perimenopausale Periode (> 27 Monate) [4]. Man vermutet auch, dass Lebensereignisse wie z. B. Auszug der Kinder, ein verändertes Körperbild, Beziehungsschwierigkeiten mit Verlust der Libido, Identitätskrise, fehlende neue Aufgaben oder die Pflege der pflegebedürftigen Eltern, welche während der Menopausen Zeit auftreten und die Intensität der Menopausen Symptome, einen Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik während der mittleren Lebensspanne haben können [5].

### **Erkenntnisse**

***Wie kann man im ambulanten Setting mittels Pflegeassessment zwischen Symptomen der klassischen Depression und Symptomen der Menopause***

### ***unterscheiden?***

Eine Möglichkeit neben der klinischen und menschlichen Beobachtung besteht darin, strukturierte Assessments anzuwenden:

In einem fokussierenden Assessment können Fragen gestellt werden wie [6]:

- Wie wird die Menopause wahrgenommen?
- Wann war die letzte Periode?
- Wie regelmässig ist der Zyklus? Treten Blutungen auf? Treten abnormale Blutungen auf, die ein Eingreifen erfordern?
- Verwenden Sie Kontrazeptiva und über welches Wissen verfügen sie darüber und deren Anwendung während der Menopause?
- Bestehen kardiovaskuläre Risikofaktoren? Verwenden sie Phytopharmaka oder alternative Methoden?
- Wie erleben sie die Menopause?

Diese Fragen können laut Smith [7] ergänzt werden durch:

- Was sind die grössten Befürchtungen für Sie?
- Häufig beeinflussen solche Befürchtungen das Befinden, den Schlaf und den Alltag, wie ist das bei Ihnen?
- Hat sich Ihre Menstruation verändert?
- Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Libidoverlust können auftreten, wie ist das bei Ihnen?
- Zudem kann man eine medizinische Anamnese durchführen (gynäkologische KG, medizinische Probleme in der Vergangenheit, Medikation und Zusatzstoffe, die eingenommen werden).

Als strukturiertes Assessment empfiehlt sich die Menopause Rating Scale II (deutsche Version). Frauen beurteilen hier selbst ihre Beschwerden in einem Fragebogen auf einer 5- Punkt- Likert -Skala von keine bis starke Beschwerden [8]. Als weiteres strukturiertes Assessment eignet sich die GDS Geriatric Depression Scale. Sie verfügt über 15 Items zu den Themen: Einstellungen zum Leben (Zufriedenheit, Interesse, Gefühl von Leere, Langeweile, Launen, Befürchtungen, Hilflosigkeit, lieber zu Hause als etwas zu unternehmen, Gedächtnisschwierigkeiten). In der GDS werden Fragen gestellt wie „Finden

sie es wunderbar jetzt zu leben?“ oder „Glauben sie, die anderen Leute haben es besser?“. Zudem gibt es Fragenkomplexe zum Wertlosigkeitsempfinden, Energiezustand, Hoffnungslosigkeit. Die Skala ist dichotom (ja/nein). Werden 10-15 Items mit ja beantwortet, liegt eine schwere Depression vor, bei 5-10 Items liegt eine leichte bis mässige Depression vor und bei 0-5 Items ist das Ergebnis unauffällig [3].

### ***Wie kann ich im ambulanten Pflegebereich Frauen in ihrer Lebensmitte im Pflegeprozess begleiten?***

Als evidenzbasierte Massnahmen können Sport und Bewegung die menopausalen Symptome positiv beeinflussen [10]. Ein Walkingprogramm drei Mal pro Woche, je 40 Minuten führt zu einer signifikant geringeren Depressionssymptomatik.

Eine Wirkung wird auch der Psychoedukation zugeschrieben [11]. Ein siebenwöchiges Gruppenprogramm für Frauen in der Perimenopause. Psychoedukation, progressive Muskelentspannung, kognitive Interventionen und Massnahmen zur Verbesserung der Sexualität und des Körperbildes zeigte sich als wirksam.

Psychoedukation in der die Teilnehmerinnen über Veränderungen während der Menopause informiert werden, Copingstrategien zum Umgang mit Hitzewallungen erarbeitet werden, dysfunktionale Gedanken, Katastrophisierungen und negative Bewertungen des Klimakteriums herausgearbeitet und verändert werden, Ressourcen gestärkt und die Selbstbeobachtung gefördert wird sind hilfreich [12].

### **Literatur**

1. Parry B. L. (2013). *Special Issues in Menopause and Major Depressive Disorder*, *Psychiatric Times*, 30 (9), <http://www.psychiatrictimes.com>
2. Tam L., Stucky V., Hanson RE., Parry BL. (1999). *Prävalenz von Depressionen in den Wechseljahren: eine Pilotstudie*, *Archive der psychischen Gesundheit von Frauen*, *Archives of Women's Mental Health*, 2 (4), S. 175–181, <https://doi.org/10.1007/s007370050046>

3. Santoro N. F. & Skaznik-Wikiel M. E. (2014). *Management of mood and memory problems during menopause*, *Contemporary OB Gyn*, onlinezeitschrift, *contemporaryobgyn.net*
4. Avis N. E., Brambilla D., McKinlay S. M., Vass K. (1994). *A longitudinal analysis of the association between menopause and depression Results from the Massachusetts women's health study*, *Ann Epidemiol*, 4(3), S. 214-220
5. Kaufert P. A., Gilbert P., Tate R. (1992). *The Manitoba Projekt: are-examination of the link between menopause and depression*, *MATURITAS the European Menopause journal*, 14 (2), S. 143-155, [http://doi.org/10.1016/0378-5122\(92\)90006-P](http://doi.org/10.1016/0378-5122(92)90006-P)
6. Holloway D. (2011). *An overview of the menopause: assessment and management*, p47-57w30\_LEARNING ZONE 28(3). S. 47
7. Smith P. E. (2005). *Menopause Assessment, Treatment, and Patient Education*, *The NursePractitioner*, 30 (2), S.32-43, [www.tnpj.com](http://www.tnpj.com)
8. Hauser G. A., Schneider H. P. G., Rosemeier P. J., Potthoff P. (1999). *Die Selbstbeurteilungsskala für klimakterische Beschwerden (menopause rating scale II)*, *Journal für Menopause*, 6 (4), S. 13-17, <https://www.kup.at/kup/pdf/430.pdf>
9. Townsend M. C. (2012). *Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen für die psychiatrische Pflege*, Huber Verlag
10. Bernard P., Ninot G., Bernhard P. L., Picot M.C., Jausent A., Tallon G. (2015). *Effects of a six-month walking intervention on Depression in inactive postmenopausal women : a randomized controlled trial*, *Aging & Mental Health*, 19 (6), S. 485-492, <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2014.948806>
11. Riecher-Rössler A. (2009). *Gynäkologie*, 15. *Psychische Erkrankung in der Menopause*. *Gynäkologie/Schwerpunkt*, 1(1), S. 15-19. [https://www.rosenfluh.ch/media/gynaekologie/2009/01/Psychische\\_Erkrankungen\\_in\\_der\\_Menopause.pdf](https://www.rosenfluh.ch/media/gynaekologie/2009/01/Psychische_Erkrankungen_in_der_Menopause.pdf)
12. Boothe B. & Riecher-Rössler A. (2013). *Frauen in Psychotherapie*. Schattauer, Springer Verlag



## **88. Professionalisierung in der pflegetherapeutischen Gruppenarbeit, Bettzeitrestriktionsgruppe (BZR-Gruppe)**

*Michèle Schuierer*

### **Hintergrund**

Gruppen, die von Pflegefachpersonen initiiert und geleitet werden, sind in der Seeklinik Brunnen ein ergänzendes Angebot zu den psychotherapeutischen oder analytischen Gruppen, welche von Psychologen oder Ärzten geleitet werden. Pflegerische Gruppen befassen sich mit Einschränkungen in der Bewältigung des alltäglichen Lebens und den verbliebenen Ressourcen. Die Gruppe dient der Unterstützung erfahrungsbezogenen Lernens (1).

Ein zentrales Therapieelement ist unter anderem die Schlafrestriktion. Gemäss Leitlinie S3 gilt die störungsspezifische multimodale kognitive Verhaltenstherapie als erste Therapiewahl. Es besteht wissenschaftliche Evidenz, dass die nichtmedikamentöse multimodale Therapie wirksam und gegenüber der rein medikamentösen Therapie nachhaltiger ist (2).

Die pflegetherapeutische Gruppe wird in Ergänzung zur Gruppe "Schlafstörung verstehen und behandeln", nach der Gruppe "Basiswissen Schlaf" durchgeführt. Die Gruppen greifen ineinander und sind aufeinander abgestimmt. Die BZR-Gruppe wurde speziell auf die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten entwickelt, konzipiert und implementiert.

### **Problemstellung**

In der Seeklinik Brunnen werden Insomnien nach der Leitlinie S3 "Nichterholsamer Schlaf" (2017) abgeklärt und behandelt. Innert der pharmakologischen, nicht-medikamentösen oder kombinierten Herangehensweise aus beiden Methoden wird die Bettzeitrestriktion (BZR) durchgeführt. Nicht immer stösst die BZR auf Akzeptanz. Häufig stehen Patientinnen und Patienten der BZR skeptisch, ablehnend und verängstigt gegenüber. Zu stark scheint sie die neue Bettzeit in ihren Mustern einzuschränken und zu bevormunden. Sie empfinden die Reduktion der Bettzeit für ihren Schlaf-

rhythmus als bedrohlich und reagieren mit Abwehr und Kritik. Betroffene sind der Ansicht, dass sie durch die verkürzte Schlafzeit noch weniger Schlaf bekommen, als sie es ihrer Meinung nach sonst schon haben. Diese Einstellung kommt daher, dass sie die Erfahrung langer Wachzeiten täglich machen und dadurch denken, durch die verkürzte Bettzeit noch weniger Schlaf zu bekommen.

Die BZR wird in den ersten Wochen meistens als sehr unangenehm und störend empfunden. Daher brechen viele Betroffene die Therapie frühzeitig ab.

## **Ziele**

- Wissensvermittlung über den Umgang mit Insomnie und der Anwendung von Bettzeitrestriktion
- Umgang mit schwierigen schlafbezogenen Themen und Situationen
- Mit Zuversicht Therapiemotivation fördern
- Entwicklung von Strategien und Aktivitäten für das Gestalten der Abendstunden

## **Vorgehen der einzelnen Sitzungen**

### Sitzung 1, Schlafedukation und Therapiebox

- Kurzer Theorie- Input Insomnie
- Eigene Akzeptanz und Motivation bei Insomnie mit der BZR
- Massnahmen erarbeiten: Anspannung in Bezug auf Angst, Schlüsselreize, Alltagsgestaltung und persönliche Regeln für die Umsetzung der BZR
- Therapiebox vorstellen

### Sitzung 2, Gedankenkontrolle und Schlafhygiene

- Definition und Wirkung der Gedanken (mit einem persönlichen Beispiel)

- Gedankenmanagement - Techniken kennenlernen und persönliche Massnahmen erarbeiten: "Was kann ich tun, um das kreisen der Gedanken zu durchbrechen?"
- Schlafhygiene verstehen und erarbeiten

#### Sitzung 3, Entspannungstechniken

- Entspannungstechniken kennenlernen
- Massnahmen erarbeiten: "Was kann ich tun, um mich am Abend zu entspannen?"

#### Sitzung 4, Mein persönlicher Rückblick

- Erfahrungsaustausch in der Gruppe bzgl. Bettzeitrestriktion
- Wie geht es mir dabei?
- Was nehme ich für mich persönlich mit?
- Fragespiel zu den Schlafmythen

### **Ergebnisse/Erfahrungen**

Patientinnen und Patienten beschreiben, dass sich die Lebensqualität und Zufriedenheit deutlich gesteigert hat, nachdem sie die an der Gruppe teilgenommen haben. Zudem sei ihre Autonomie und Selbstbestimmung wieder gestiegen, sie fühlen sich ihrer Insomnie nicht mehr "ausgeliefert". Des Weiteren berichten sie sich gestärkt zu fühlen. Durch die Gruppe seien sie aktiviert und stark in die Mitverantwortung genommen worden. Der Austausch unter "Gleichgesinnten" gibt das Gefühl nicht mehr alleine zu sein. Ein guter Informationsaustausch und Klarheit verschaffen ihnen Skills im Krankheitsmanagement.

### **Schlussfolgerung/Diskussion**

Die Erwartung, dass mit einem Gruppenangebot zur breiteren und zusätzlichen Unterstützung der Bettzeitrestriktion die Patientinnen und Patienten ein wirksames und zweckmässiges Instrument angeboten wird, kann durch die Rückmeldungen der Betroffenen, sowie der Erfahrungen der Pflegefachpersonen bestätigt werden.

## Literatur

1. *Rakel-Haller, T., Lanzenberger, A. (3.Aufl.) (2016). Pflge-therapeutische Gruppen in der Psychiatrie. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft*
2. *Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) (2017). S3-Leitlinie – Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Somnologie 2017. Abgerufen am 12.06.2019 unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s11818-016-0097-x>*

## **89. Zeit sich den gerontopsychiatrischen Herausforderungen zu stellen**

*Maria Seidenschwann*

### **Hintergrund**

In den Häusern zum Leben, dem größten Anbieter von Senior\*innenbetreuung in Österreich, kümmern sich rund 4.100 Mitarbeiter\*innen an 30 Standorten in Wien um 8.900 Bewohner\*innen.

In den letzten Jahren ist der Bedarf an Betreuung und Pflege von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Häusern zum Leben gestiegen. Diese Bewohner\*innen entsprechen dabei oft nicht mehr den klassischen geriatrischen Klient\*innen. Sie bedürfen aufgrund vielfältiger und komplexer Symptombilder, die zusätzlich zum normalen Alterungsprozess hinzukommen, vermehrt spezifischer Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen.

### **Problemstellung**

Alle Berufsgruppen, die im direkten Bewohner\*innenkontakt tätig sind, brauchen mehr Sicherheit im Umgang mit diesen Bewohner\*innen. Um eine bestmögliche Betreuung und Pflege dieser Zielgruppe sicherzustellen, war es notwendig, entsprechende Unterstützungsangebote für die Mitarbeiter\*innen zu entwickeln und zu implementieren.

### **Ziele**

- Professionelle Unterstützung und Beratung interdisziplinärer Teams um bestmögliche Betreuung und Pflege von gerontopsychiatrischen Bewohner\*innen sicher zu stellen
- Schaffung spezieller interner Versorgungsstrukturen für gerontopsychiatrische Bewohner\*innen

## Vorgehen

Um die oben genannten Ziele zu erreichen wurden von 2017 bis 2019 folgende Maßnahmen etabliert:

- **Aufstockung der Psycholog\*innen-Stunden und der Ausbildungsstellen** für die Klinische Psychologie: mehr Zeit für die Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie eine Entlastung anderer Berufsgruppen
- **Etablierung eines Psychiatrischen Liaisondienstes (PLD)**: Zielsetzung des PLD ist die Unterstützung einer besseren Versorgung von psychisch erkrankten Bewohner\*innen durch Beratung und Coaching der Mitarbeiter\*innen [4]
- **Implementierung eines Schulungsprogramms** für alle Mitarbeiter\*innen: geschult werden Themenschwerpunkte wie psychiatrische Krankheitslehre und sicheres Handeln in Krisensituationen [3]
- **Spezielle Leistung „Tag.Familie“ für Menschen mit sozial-psychiatrischem Betreuungsbedarf**: Tagesstruktur mit dem Ziel der Stabilisierung, dem Erhalt und der bestmöglichen Förderung vorhandener Ressourcen der gerontopsychiatrischen Bewohner\*innen

## Erfahrungen

- Mitarbeiter\*innen geben an, durch die Beratungen, Schulungen und das Coaching entlastet zu werden und neue Möglichkeiten zur Alltagsgestaltung für die Bewohner\*innen gefunden zu haben
- Bewohner\*innen berichten, erstmals soziale Kontakte zu haben und ausreichend Unterstützung zu erfahren
- Eine erfolgreiche Integration spezieller Leistungen (wie in diesem Fall „Tag.Familie“) in vorhandene Strukturen benötigt das Miteinbeziehen aller Bewohner\*innen

## Diskussion

Unsere Erfahrungen aus der Praxis mit den etablierten Maßnahmen unterstützen bereits vorhandene Ergebnisse. Die Erkenntnisse deuten darauf hin, dass individuelle Maßnahmen wie unsere unterschiedlichen Unterstützungsangebote die Belastungen von Mitarbeiter\*innen verringern und einen sicheren Umgang mit herausfordernden Bewohner\*innen fördern. [1].

Auch Erfahrungen und Beschreibungen von gerontopsychiatrischen Bewohner\*innen decken sich mit in der Literatur beschriebenen positiven Auswirkungen [2]. Der Bedarf an weiteren Tag.Familien für Menschen mit sozialpsychiatrischem Betreuungsbedarf ist gegeben und sollte weiter ausgebaut werden.

## Schlussfolgerung

Integration von psychisch erkrankten Menschen in Alterseinrichtungen benötigt fachliche Kompetenz und Sicherheit im eigenen Handeln. Dies ermöglicht andere Blickwinkel auf herausforderndes Verhalten und fördert Verständnis. Durch die multiprofessionelle Beratung und Zusammenarbeit sowie der Vermittlung von Wissen gelingt es adäquat auf die Bedürfnisse der gerontopsychiatrischen Bewohner\*innen einzugehen.

## Literatur

1. Pinquart M, Sörensen S. *Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? International Psychogeriatrics.* 2006;18:577-95.
2. Rösler A, Hofmann W, Renteln-Kruse W. *Spezialisierte Stationen zur Behandlung von akut erkrankten geriatrischen Patienten mit zusätzlichen kognitiven Beeinträchtigungen in Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie.* 2010;43:249-53.
3. Dale, Archer (2018). *Nicht normal, aber ziemlich genial: Warum unsere psychischen Störungen unsere Stärken sind.* MVG Moderne Vlg. Ges.
4. Klaus, Dörner (2015): *Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie.* Psychiatrie Verlag; 23.Auflage

## **90. Evaluation des 3. EX-IN Weiterbildungskurses in Bielefeld**

*Daniel Sieg, André Nienaber, Michael Schulz*

### **Hintergrund**

Der Einsatz von Menschen mit eigener Erfahrung einer psychischen Erkrankung in der psychiatrischen Versorgung im Sinne von „Peer Support“ oder als „EX-IN Genesungsbegleiter“ ist in vielen Ländern bereits gängige Praxis [1] und erfährt auch in Deutschland zunehmend Beachtung [2]. Die Ausbildung folgt einem Curriculum [3]. Bielefeld stellt gegenwärtig einen von 30 deutschen Ausbildungsstandorten dar. International liegen Studien zum Nutzen für den Einsatz von Peers vor [4], allerdings befinden sich Evaluationsvorhaben in Deutschland noch in einem Anfangsstadium.

### **Fragestellung**

In der Schweiz wurde ein einschlägiger Studiengang zur Ausbildung von EX-IN Genesungsbegleitern wissenschaftlich evaluiert [5, 6]. Das hier vorgestellte Projekt folgt dem Schweizer Vorgehen, um die Ergebnisse vergleichen zu können. Fragestellungen des Projektes sind: Welcher Personenkreis absolviert einen EX-IN-Kurs? Werden die Erwartungen an die Ausbildung erfüllt? Verändern sich z.B. der Gesundheitszustand und die Recoveryorientierung während der Ausbildung? Wie entwickelt sich die berufliche Situation der Teilnehmenden?

### **Methode und Material**

Die Studiengruppe (n=22) umfasst den 3. Bielefelder Kurs. Methodisch werden sowohl qualitative als auch quantitative Forschungsansätze miteinander verbunden. Zu Beginn der einjährigen Weiterbildung (T1), nach Beendigung der Basismodule (T2) und nach Abschluss der Weiterbildung (T3) wurden Fragebögen genutzt. Zu den Zeitpunkten T2 und T4 (6 Monate nach Abschluss) wurden leitfaden-gestützte Fokusgruppeninterviews mit einem Teil der Teilnehmenden durchgeführt. Die Auswertung der Fragebögen ist mit



dem Programm SPSS erfolgt. Die Fokusgruppeninterviews wurden transkribiert und dann qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet [7].

## **Ergebnisse**

41 % der Befragten haben Vorerfahrungen mit Peer Support-Tätigkeiten. 82 % haben Vorerfahrung mit stationären Fachkliniken (T1). Die Teilnehmenden nutzen unterschiedliche psychosoziale Dienste. Somit bringen die Befragten vielfältige Kenntnisse mit, die später bei einer Tätigkeit als EX-IN Geneungsbegleiter\_in einsetzbar sind. Nach den Beschäftigungsperspektiven gefragt (T3), gibt sich ein mehrdimensionales Bild: Je 41 % wollen etwas für sich tun, eine bezahlte Stelle antreten bzw. eine geringfügige Beschäftigung. Die Auswertung der beiden Fokus-Interviews ergab die Kategorien „Berufliche Rollen / Einsatzfelder“, „Erfahrungen des eigenen Lebens“ und „Erfahrungen im Kurs“. Zum Kursablauf und der Kursgestaltung äußern sich die Diskussionsteilnehmer überwiegend zufrieden und profitierend von dem gemeinsamen Prozess.

## **Diskussion**

Im Vergleich zu den Ergebnissen der Schweizer Evaluation zeigen sich verschiedene Ähnlichkeiten. Ein größerer Teil der Erwartungen der Teilnehmenden scheint sich erfüllt zu haben. Das Kurskonzept scheint gut angepasst an die Qualifizierungsaufgabe. Die Evaluation zeigt gewisse Limitationen wie z. B. eine kleine Stichprobengröße oder die zeitlichen Grenzen des Beobachtungszeitraumes.

## **Schlussfolgerung**

Unter Berücksichtigung der vorhandenen Einschränkungen im Hinblick auf die vorliegende Evaluation kann die weitere Durchführung von EX-IN-Kursen auf Basis der Studienergebnisse empfohlen werden. Für eine Auswertung der Berufsübergänge der Absolventen\_innen sind weiterführende und umfangreichere Untersuchungen mit komplexeren Studiendesigns erforderlich.

## Literatur

1. Crawford, M. J., Aldidge, T., Bhui, K., Rutter, D., Manley, C., Weaver, T.,... Fulop, N. (2003). *User involvement in the planning and delivery of mental health services: a cross-sectional survey of service users and providers*. *Acta Psychiatrica Scand* 107 (6) S. 410 - 414
2. Mahlke, C., Krämer, U., Kilian, R., & Becker, T. (2015). *Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung*. *Nervenheilkunde*, 34 (4) S. 235 - 239
3. Utschakowski, J. (2016). *Das EX-IN-Modell der Teilhabe und Teilgabe*. *Soziale Psychiatrie* 40 (2) S. 8 - 10
4. Mahlke, C., Schulz, G., Sielaff, G., Nixdorf, R., & Bock, T. (2019). *Einsatzmöglichkeiten von Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung*. *Bundesgesundheitsblatt* 62. S. 214 - 221
5. Hegedüs, A., Seidel, E., & Steinauer, R. (2016). *Participants' employment status, and experiences in the year after the Experienced Involvement training*. *Int J Soc Psychiatr*. doi:10.1177/0020764015623969
6. Hegedüs, A., & Steinauer, R. (2013). *Die Evaluation des Weiterbildungsstudiengangs Experienced Involvement in Bern*. In C. Burr, M. Schulz, A. Winter, & G. Zuaboni (Eds.), *Recovery in der Praxis*, S. 204-217
7. Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 11. Aufl., Weinheim: Beltz

## **91. Evidenzbasierte Pflege bei Suizidalität mit multifaktorieller Problematik – ein Fallbericht**

*Stauffer Andrea, Heuer Andreas, Grieser Manuela*

### **Hintergrund und Zielsetzung**

In der Schweiz sterben jährlich rund 1300 Menschen durch Suizid. Suizide in der Familienanamnese und chronische somatische Erkrankungen gehen mit einem erhöhten Suizidrisiko einher [1]. Um diese Menschen im ambulanten Setting professionell zu pflegen, empfiehlt sich ein guidelinegestütztes Vorgehen- zum Beispiel mit den NICE Guidelines [2]. Ob sich in einer Spitexorganisation der Schweiz das Vorgehen nach den NICE Guidelines bei einer suizidalen Klientin umsetzen lässt, soll im vorliegenden Fallbericht geprüft werden.

### **Fallbeschreibung**

Es handelt sich um eine sechzigjährige Klientin. Suizide in der Familiegeschichte, mehrere somatische Erkrankungen sind bekannt. Sie wurde nach einer Operation in der ambulanten Pflege angemeldet. Kurze Zeit nach der Behandlungsübernahme ist der Lebenspartner der Klientin verstorben.

### **Zielsetzung**

Als Pflegeprobleme wurden „Suizid, hohes Risiko“ und „erschwertes Trauern“ definiert. Ziele waren: Suizidale Absichten frühzeitig zu erkennen und gegebenenfalls einen Suizid zu verhindern sowie die Klientin in ihrem Trauerprozess zu begleiten.

### **Vorgehen**

Das Vorgehen wurde in folgende Schwerpunkte gegliedert: Erstgespräch, Einschätzung der Suizidalität, Priorisieren, Koordinieren, Verlauf

### ***Erstgespräch***

Beim Erstgespräch wurde die Suizidalität abgefragt. Die Klientin sagte, sie sei Mitglied bei EXIT (schweizerische Sterbehilfsorganisation) und wenn sie die untherapierbaren Schmerzen nicht mehr aushalte, möchte sie damit aus dem Leben treten. Aus diesem Grund wurde ein Vorgehen nach der NICE Guideline 91 „Depression bei Erwachsenen mit einem chronischen körperlichen Gesundheitsproblem“ [2] gewählt. Die Guideline empfiehlt: personenzentrierte Pflege, Integration des Patienten in den gesamten Behandlungsprozess, ein vertieftes Assessment zur Suizidalität, Sicherstellen der Schlafhygiene, kognitive Verhaltenstherapie.

### ***Einschätzen der Suizidalität***

Die Einschätzung der Basissuizidalität wurde mittels der NSGAR-Skala [3] vorgenommen. Die Klientin hat mit 10 Punkten ein hohes Risiko. Damit der Empfehlung aus der Guideline- Integration der Klientin in die Entscheidungsprozesse- Rechnung getragen wurde, wurde das Telefongespräch mit der Hausärztin stets bei der Klientin zu Hause durchgeführt. Es wurde ein Nonsuizidvertrag ausgearbeitet. Ein regelmässiger Telefonkontakte mit der Bezugspflegeperson oder dem Pikettdienst sollte stabilisieren.

### ***Priorisieren***

Pflegeinterventionen erster Priorität waren, Beobachten, Abfragen und Einschätzen der Suizidalität. Zudem wurden Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie angewandt: wurde eine Liste mit „Gründen zu Leben und Gründen zu sterben“ erstellt.

Die Begleitung bei der Trauerarbeit galt als zweite Priorität. Durch aktives Zuhören wurde die Klientin ermutigt, über die geplante Trauerfeier und über ihre Gefühle in Bezug auf den Verlust zu sprechen. Die Klientin wurde ermutigt, über schöne Erlebnisse zu sprechen.

Als dritte Priorität galt die somatische Problematik. Die Hausärztin koordiniert Schmerztherapie, diverse Konsile.

Beim Evaluieren der Schlafhygiene stellte sich heraus, dass die Klientin aus Trauergründen nicht im Bett schlafen konnte. Durch eine geteilte Entscheidungsfindung mit der Pflege entschloss sie sich für den Kauf eines Fernsehsessels mit Liegefunktion.

### ***Koordinieren***

Nachdem die Urne des Partners beigesetzt war vermehrten sich Äusserungen, mit EXIT aus dem Leben zu gehen. Aufgrund konkret geäusserten Suizidplänen wurde nach persönlicher Reflexion und Abwägen der subjektiven Suizidalität einen Termin mit der Hausärztin koordiniert. In einem gemeinsamen Entscheidungsprozess wurde über einen Eintritt in eine Rehaklinik entschieden. In der NICE Guideline [2] ist die Wirksamkeit eines physischen Reha-Aufenthaltes beschrieben. Es heisst, es gäbe einige Hinweise in der Literatur, dass diese sich positiv auf die psychische Gesundheit auswirken. In der Übersichtsarbeit von Hepp, Schnyder [1] wird im Gegensatz dazu abgeraten.

Nach Rückkehr schien es zuerst, als hätte der Rehaaufenthalt geholfen. Der Effekt liess jedoch nach wenigen Tagen nach: Nach wiederholtem Kontakt mit der Hausärztin konnte diese überzeugt werden, dass eine Psychiaterin hinzugezogen werden muss.

### ***Verlauf***

Nachdem die Psychiaterin mit der Klientin einen Nonsuizidvertrag über ein Jahr erstellt hatte, äusserte die Klientin weniger akute Suizidgedanken. Der Jahresvertrag wurde so begründet, dass sich die Klientin ein Trauerjahr „gönnen“ solle in dem sie durch professionelles Personal begleitet werde und anschliessend erneut entscheiden soll. Sie sagt, sie bereue das Versprechen zwar, wolle sich aber daranhalten. Beim Erstellen der Liste über „Gründe zum Leben und Gründe zum Sterben“ brauchte die Klientin jedoch immer weniger Impulse durch die Pflege, positive Lebensgründe zu finden.

## Schlussfolgerungen

Im Verlauf der Begleitung dieser Klientin konnte sich die Pflegende an der NICE Guideline 91 orientieren. Die Empfehlungen konnten umgesetzt werden. Die Guideline zog sich wie ein roter Faden durch die Betreuung.

## Literatur

1. Hepp U., Schnyder U. (2004), *Ist Suizid heilbar? Suizidprävention in der hausärztlichen Praxis, Übersichtsartikel, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern*
2. NICE National Institute for Health and Care Excellence (2009) *Depression in adults with a chronic psychological health problem: recognition and management, Clinical Guideline 91, Abgerufen im Januar 2018 unter <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91>.*
3. Kozel B., (2014). *Professionelle Pflege bei Suizidalität. Psychiatrieverlag.*
4. Doenges M.E., Moorhouse M.F., Geissler-Murr A.C. (3. Überarbeitete Auflage 2003) *Pflegediagnosen und Massnahmen, deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Ch. Abderhalden und R. Ricka, Hans Huber Verlag.*

## **92. Psychiatrische Pflege zwischen Wunsch und Wirklichkeit – Zur Situation psychiatrisch Pflegenden (Abstract)**

*Alexandra Vogt, Martin Holzke, Andreas Blume*

### **Hintergrund**

Mit Blick auf das Erleben einer allgemein hohen Arbeitsbelastung im pflegerischen Handlungsfeld ist am Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg eine Studie geplant, die Erkenntnisse darüber gibt, welche arbeitsbezogenen Bedürfnisse die Mitarbeiter\*innen in der Pflege haben, welche Faktoren sie daran hindern, diese im Arbeitsalltag umsetzen zu können (Hindernisse), und welche wesentlichen Belastungsfaktoren in der täglichen Arbeit vorliegen.

### **Problemstellung**

In zahlreichen Veröffentlichungen von Untersuchungen werden zunehmende Belastungen und Beanspruchungen in der stationären Pflege beschrieben. Jedoch gibt es nur relativ wenige deutschsprachige Beiträge und Untersuchungen, die sich mit der Situation der Pflegenden im speziellen Arbeitssetting der psychiatrischen Pflege befassen.

Wie in der Pflege generell, sind auch die Arbeitsanforderungen im Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg (ZfP) gestiegen. Trotz Besetzung von 100 Prozent der nach Psych-PV (Psychiatrie-Personalverordnung) vorgegebenen Personalstellen berichten die Beschäftigten von einer anhaltend hohen bzw. gestiegenen Arbeitsbelastung.

Dabei ist zu beachten, dass persönliche Werthaltungen, Wünsche und Bedürfnisse der Pflegenden und das Erleben einer „beruflichen Sinnerfüllung“ einen positiven Einfluss auf das Belastungserleben und mögliche Beanspruchungen der Mitarbeiter\*innen bzw. ihr Arbeitsengagement haben kann [1, 5].

## **Zielsetzung**

Hauptziele der Untersuchung sind Erkenntnisse darüber, welche arbeitsbezogenen Bedürfnisse die Mitarbeiter\*innen haben und welche Faktoren sie daran hindern, diese im Arbeitsalltag umsetzen zu können. Weiteres Ziel ist die Erfassung wesentlicher Einflussfaktoren auf das Belastungsempfinden der Beschäftigten im pflegerischen Handlungsfeld. Aus den Ergebnissen sollen als weitere Ziele mögliche Handlungs- und Verbesserungsbedarfe abgeleitet werden, die zu einer Verbesserung der Arbeitssituation beitragen und den Beschäftigten den „Sinn ihrer Tätigkeit“ zurück geben.

## **Methode**

Methodisch wird ein offener, qualitativer Untersuchungsansatz gewählt. Diese offene und hermeneutisch-zirkuläre Vorgehensweise ermöglicht bei der Datenerhebung und -analyse u. a. eine flexible Anpassung des Vorgehens und das Erhellens und Aufdecken zuvor nicht erwarteter Aspekte [2].

Ausgangspunkt dieser Untersuchung sollen dabei die täglichen subjektiven beruflichen Erfahrungen der Mitarbeiter\*innen, ihr Erleben und ihre Wirklichkeit sein. Dafür wird das qualitative Instrument des semistrukturierten Interviews gewählt und die erhobenen Daten mit der Strategie der „Grounded Theory“ aufbereitet.

## **Stichprobe**

Die Vorgehensweise der Stichprobenauswahl orientiert sich an den Prämissen der Grounded Theory, dem sog. „theoretical sampling“. Somit ist die Stichprobengröße vorab nicht eindeutig definiert. Das Sampling ist beendet, wenn eine sog. theoretische Sättigung erreicht ist, d. h. wenn die Daten aussagekräftig sind und sich keine neuen Kategorien oder Konzepte entwickeln können [3, 4].



## Ergebnisse

Der Abschluss der Datenauswertung ist bis Herbst 2019 geplant. Neben der ZfP-internen Vorstellung der Ergebnisse sollen diese auch in wissenschaftlichen Publikationen verwendet werden.

## Literatur

1. *Aerzteblatt* (2016): *Sinnkrisen treiben Pflegekräfte aus dem Beruf.* <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/65527> (05.07.2019).
2. Döring, N.; Bortz, J. (2016): *Forschungsmethoden und Evaluation in der Sozial- und Humanwissenschaften*. 5. Vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflag. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg.
3. Flick, U. 2016: *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. 7. Auflage. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg.
4. Glaser, G.; Strauss, A.L. (2010): *Grounded Theory. Strategien qualitative Forschung*. 3., unveränderte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern.
5. Höge, T.;M Schnell, T. (2012): *Kein Arbeitsengagement ohne Sinnerfüllung. Eine Studie zum Zusammenhang von Work Engagement, Sinnerfüllung und Tätigkeitsmerkmalen.* In: *Wirtschaftspsychologie*, H. 1, S. 91-99.

# Autorinnen und Autoren

**Abdi Zamzam**, Berufsbildnerin, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)

**Adamus Christine**, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Zentrum Psychiatrische Rehabilitation

\***Albani Denis**, Pflegeexperte B.A., LWL Maßregelvollzugsklinik Schloss Haldem, Stemwede, Deutschland. *Kontakt: denis.albani@lwl.org*

**Alsbach Lars** B.A., cand. M.A. Community Mental Health, Teamleitung Psychiatrische Dienste Saffig, freier Dozent. *Kontakt: lars.alsbach@web.de*

**Amrein Nicole**, Autorin und Moderatorin, Expertin durch Erfahrung, Lehrbeauftragte im Fachkurs Adherencetherapie. *Kontakt: namrein@nicoleamrein.ch*

**Andersson Sven**, Bildungsverantwortlicher, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)

**Arnold Anja**, Stv. Pflegedirektorin, Privatklinik Hohenegg

**Basarir Nadia**, Pflegeexpertin in der LWL- Universitätsklinik Hamm. *Kontakt: nadia-kartal@yahoo.de*

**Basener-Rozsak Ursel**, M.Sc., Pflegedienstleitung der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen. *Kontakt: ursel.basener-roszak@med.uni-tuebingen.de*

\***Baumgardt Johanna**, Dr. phil., Sozialwissenschaftlerin, Forschungs Koordinatorin an der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Vivantes Klinikum Am Urban. *Kontakt: johanna.baumgardt@vivantes.de*

**Bechdorf Andreas**, *Kontakt: andreas.bechdorf@vivantes.de*

\***Beeri Simone**, MNS, Dipl. Pflegefachfrau, arbeitet als Pflegeexpertin und Pflegewissenschaftlerin MNS in der PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind offen geführte Akutstationen, Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen sowie Intensivpflege in der Psychiatrie. *Kontakt: simone.beeri@pzmag.ch*

**Bierwirth Vera**, Genesungsbegleiterin, Ev. Klinikum Bethel, Gilead 4, Gruppenmoderation

**Binggeli Veltman Nadine**, Pflegefachfrau HF, OD-Moderatorin, ist insgesamt 9 Jahre in der Luzerner Psychiatrie tätig in verschiedenen Bereichen, aktuell als Fachbeauf-

tragte Pflege auf der Station Rehabilitation. *Kontakt: nadi-  
ne.binggeltman@lups.ch*

**\*Birzele Sarah**, Psychiatriefachkrankenschwester, ABZ Sozialstation Berlin, Deutschland. *Kontakt: s.birzele@umalleskuemmerkaefer.de*

**\*Blöcker Johanna**, Pflegeexpertin im LVR-Klinikum Essen, B.A. Psychiatrische Pflege, Adherence-Therapeutin, Case Managerin (DGCC), Studierende im Masterstudien-  
gang Organisationsentwicklung / Sozialmanagement. *Kontakt: Johan-  
na.bloecker@lvr.de*

**Blume Andreas**, Dr., Versorgungsforschung, ZfP Südwürttemberg

**\*Boden Marie**, PN, Ev. Klinikum Bethel, Gilead 4, Station A2, Bielefeld, Germany.  
*Kontakt: Marie.Boden@evkb.de*

**\*Boßler Barbara**, Pflegewissenschaftlerin MSC, ZfP Südwürttemberg, Deutschland.  
*Kontakt: barbara.bossler@zfp-zentrum.de*

**Braun Gabriele**, arbeitet seit 3 Jahren als EX-IN Genesungsbegleiterin im Evangeli-  
schen Klinikum Bethel, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bielefeld und ist  
Mitgestalterin der Recovery-Gruppe im Fachbereich Pniel. *Kontakt: ge-  
eby77@yahoo.de*

**Bromann Caroline**, arbeitet seit 4 Jahren als Heilerziehungspflegerin und EX-IN Ge-  
nesungsbegleiterin bei der Gesellschaft für Sozialarbeit e.V., Fachbereich Lebens-  
räume. Sie ist Mitarbeiterin in der Recovery-Gruppe des Vereins. *Kontakt: caroli-  
ne.bromann@gfs-bielefeld.de*

**Brüchmann Sabine**, Fachkrankenschwester für Psychiatrie, kbo IAK-KMO München

**\*Burr Christian**, RN, MScN, Doktorand der Pflegewissenschaft an der Philosophisch-  
Theologischen Hochschule Vallendar sowie Pflegewissenschaftler, Zentrum für klini-  
sche Pflegewissenschaft, Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UPD AG, Bern.  
*Kontakt: christian.burr@upd.ch*

**Dinkel Jürg**, Pflegeexperte, Clenia Privatklinik Schlössli

**Döllner Klara**, Gesundheits- und Krankenpflegerin, ev. Krankenhaus Königen Elisa-  
beth Herzberge (KEH)

**\*Durrer Michael**, MScN, OD-Moderator, ist insgesamt 9 Jahre in der stationären  
Akutversorgung der Luzerner Psychiatrie in verschiedenen Funktionen tätig, aktuell  
als Pflegeexperte APN. *Kontakt: michael.durrer@lups.ch*

**Etter Beatrice**, Bildungsverantwortliche, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)

**Felber Eduard**, Leiter Konferenz der PflegedirektorInnen Psychiatrie Schweiz. *Kontakt: eduard.felber@pdgr.ch*

**\*Feldmann Anna**, BSc Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflegerin, ist seit 2018 im StäB-Team des Evangelischen Klinikum Bethel in Bielefeld tätig. Sie schrieb ihre Bachelorarbeit zum Thema der StäB. *Kontakt: Anna.Feldmann@evkb.de*

**Feldt Doris**, Sozialarbeiterin, Ev. Klinikum Bethel, Gilead 4, Station A5

**Flegel Saskia**, Gesundheits- und Krankenpflegerin seit 2013 in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen/Bielefeld tätig/Studentin der psychischen Gesundheit und Psychiatrischen Pflege an der FH der Bielefeld. *Kontakt: sasflg@aol.com*

**Fluder Martin**, Pflegefachmann HF, MAS Management, OD-Moderator, arbeitet seit über 20 Jahren im ambulanten und stationären Bereich der Luzerner Psychiatrie, seit 9 Jahren als Bereichsleiter von Akutabteilungen. *Kontakt: martin.fluder@lups.ch*

**Forster Sonja**, Dipl. Pflegewirtin und Pflegedienstleitung, Klinik Meissenberg AG, Zug. *Kontakt: sonja.forster@meissenberg.ch*

**Franck Claudia**, EX-IN-Genesungsbegleiterin und -trainerin, arbeitet als Referentin, Autorin und als Genesungsbegleiterin in einer Suchtfachabteilung. *Kontakt: franck.claudia@outlook.de.*

**\*Fraunhofer Andreas** M.A., Dr. rer. cur., Stabstelle für Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft, Mitglied im Arbeitskreis PraxisOrientierte Pflegediagnosen, kbo-Isar-Amper-Klinikum München –Ost. *Kontakt: Andreas.Fraunhofer@kbo.de*

**\*Freitag Kerstin**, B. A. Psychische Gesundheit/ Psychiatrische Pflege, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Stationsleitung, Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, Deutschland. *Kontakt: kerstin.freitag@gmx.de*

**\*Frey Barbara**, Pflegeexpertin Höfa II/FH, dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. *Kontakt: barbara.frey@puk.zh.ch*

**\*Gensheimer Karsten**, Pflege- und Gesundheitswissenschaftler (M.A.), Doktorand der Pflegewissenschaft an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar, Fachgesundheits- und Krankenpfleger für psychiatrische Pflege, Landau in der Pfalz. *Kontakt: karsten.ge@web.de*

**Gevers Mario**, B.A. (Psychische Gesundheit und Psychiatrische Pflege), Pflegerische Stationsleitung, Leitung HNW, zentrale Aufnahme und Traineeprogramm, Casemanager nach DGCC, CRA Counselor Evangelisches Klinikum Bethel (EVKB), Remterweg 69/71, 33617 Bielefeld. *Kontakt: mario.gevers@evkb.de*

**Gilgen Daniel**, Stationsleiter, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)

\***Giuliani Bernhard**, Gesundheits- und Krankenpfleger für Psychiatrie, seit 18 Jahren in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen tätig, seit 9 Jahren als Deeskalationstrainer. *Kontakt: bernhard.giuliani@med.uni-tuebingen.de*

\***Gödecke Simon**, Gesundheits- und Krankenpfleger, seit 2007 im MRV Wunstorf tätig/Student der psychischen Gesundheit und Psychiatrischen Pflege an der FH der Diakonie Bielefeld. *Kontakt: simongoedecke@gmx.de*

\***Grieser Manuela**, Dipl. Pflegefachfrau, Diplompflegewirtin (FH), Master of Arts Erwachsenenbildung. *Kontakt: manuela.grieser@bfh.ch*

\***Grundmann-Horst Bettina**, Krankenschwester, BA psychiatrische Pflege, Geschäftsführerin der ABZ Ambulantes Betreuungszentrum GmbH in Berlin. *Kontakt: b.grundmann-horst@umalleskuenmerkaefer.de*

\***Günter Silvia**, Dipl. Pflegefachfrau, FA Intensivpflege, NDS Pflege, Gesundheitsförderung und Prävention, MAS psychische Gesundheit, seit 7 Jahren im betrieblichen Gesundheitsmanagement einer Baufirma tätig. *Kontakt: silvia\_guenter@yahoo.de*

**Hählen Lukas**, Fachverantwortlicher, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)

\***Hahn Birgit**, B.A. Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege, Sozial- und Milieupädagogin, Klinische Pflegeentwicklung / ANP im Evangelischen Klinikum Bethel in Bielefeld. *Kontakt: Birgit.Hahn@evkb.de*

**Hahn Jonas**, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Zentrum Psychiatrische Rehabilitation

**Hartenbach Cornelia**, Peer EX-IN, Juristin, dipl. Yogalehrerin YS, OD-Moderatorin, aktuell tätig als Peermitarbeiterin in der Luzerner Psychiatrie. *Kontakt: cornelia.hartenbach@lups.ch*

**Häusermann Sara**, BScN, MSc Palliative Care, MAS in Onkologischer Pflege, Berufsschullehrerin im Gesundheitswesen, Leitung Entwicklung & Pädagogik BSc Pflege, Dozentin Bachelor und Weiterbildung Pflege am Department Gesundheit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. *Kontakt: posa@zhaw.ch*

**\*Heckenberger Simone**, Pflege (B.A.), examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, pflegerische Stationsleiterin einer sozialpsychiatrischen Akutstation, ZfP Südwürttemberg am Standort Zwiefalten, Deutschland. *Kontakt: Simone.Heckenberger@ZfP-Zentrum.de*

**Heemann André**, Pflegeexperte B.A., LWL-Maßregelvollzugsklinik Schloss Haldem.

**\*Heinrichs Daniel**, Stationsleitung, LVR-Klinik Bonn, Deutschland. *Kontakt: daniel.heinrichs@lvr.de*

**\*Helbeck Jacob**, Gesundheits- u. Krankenpfleger, cand. BA psychiatrische Pflege, Berlin, Deutschland. *Kontakt: jacob-helbeck@t-online.de*

**Helber-Böhlen Heike**, *Kontakt: heike.helber-boehlen@vivantes.de*

**Hesse Kay**, examinierter Altenpfleger mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung der DGSP, tätig in der ABZ Ambulantes Betreuungszentrum GmbH in Berlin. *Kontakt: k.hesse@umalleskuemmerkaefer.de*

**Heße Silvana**, Pflegeexpertin in der LWL- Universitätsklinik Hamm, *Kontakt: sil.he@web.de*

**Heuer Andreas**, MNSc, Studienleiter und Dozent Berner Fachhochschule. *andreas.heuer@bfh.ch*

**Hillebrenner Fritz**, arbeitet seit 2 Jahren als EX-IN Genesungsbegleiter im Unterstützten Wohnen Triangel, Bethel.regional. Er gestaltet im Rahmen seiner Tätigkeit die Recovery-Gruppe im Haus Triangel. *Kontakt: triangel-abw@bethel.de*

**\*Himmel Claudia**, Leitung der Stabsstelle Pflegeentwicklung des LVR-Klinikums Essen, Dipl. Pflegewissenschaftlerin (FH). *Kontakt: claudia.himmel@lvr.de*

**\*Holzke Martin**, Pflegewissenschaftler M.A., ZfP Südwürttemberg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Deutschland. *Kontakt: martin.holzke@zfp-zentrum.de*

**\*Hörmann Michaela**, pfleg. Abteilungsleitung, Sinova Klinik Ravensburg und Friedrichshafen, Baden Württemberg. *Kontakt: michaela.hoermann@zfp-zentrum.de*

**Hülsmann Claudia**, arbeitet seit 10 Jahren in den von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel. Sie gestaltet im Rahmen ihrer jetzigen Tätigkeit die Recovery-Gruppe vom Unterstützten Wohnen Triangel. *Kontakt: triangel-abw@bethel.de*

**Jäckel Dorothea**, *Kontakt: dorothea.jaeckel@vivantes.de*

**Jäger, Matthias**, Psychiatrie Baselland, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

**\*Kämmer Wolfram**, B.Sc. Health Communication, Heilerziehungspfleger, Klinischer Pflegeentwickler/ANP in der psychiatrischen Klinik im Evangelischen Klinikum Bethel. *Kontakt: wolfram.kaemmer@evkb.de*

**Kirchhof Johannes**, B.A. Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege, arbeitet als Pflegerische Bereichsleitung an der Universitätsklinik Köln. Studiert an der FhdD Bielefeld Community Mental Health (M.A.) und schreibt seine Masterarbeit zum Thema. *Kontakt: jokiko@t-online.de*

**\*Köhler Sebastian**, B.Sc. (Angewandte Pflegewissenschaften), Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, stellv. Stationsleitung Klinikum am Michelsberg der Sozialstiftung Bamberg. *Kontakt: sebastian.koehler@sozialstiftung-bamberg.de*

**\*Kozel Bernd**, M.Sc./Pflegeexperte APN, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD), Schweiz. *Kontakt: bernd.kozel@upd.ch*

**\*Krüger Nancy**, Pflegefachfrau HF, Sozialpädagogin HF und Humorberaterin, ist seit 3 Jahre in der stationären Akutversorgung der Luzerner Psychiatrie tätig. *Kontakt: nancy.krueger@lups.ch*

**Krumbeck Sabine**, Fachverantwortliche Pflege Jugendforensik, Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel

**Kugler Markus**, B.A., Management in Gesundheitsberufen, Pflegedienstleitung am Zentrum für psychische Gesundheit im Klinikum Ingolstadt. *Kontakt: Markus.Kugler@klinikum-ingolstadt.de*

**\*Kunert Christin**, Psychiatrische Pflege B.A., Bremen, Deutschland. *Kontakt: chiquitak87@googlemail.com*

**Lamm Charlotte**, Gesundheits- und Krankenpflegerin, ehemalige Trainee in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ev. Klinikum Bethel, Bielefeld. *Kontakt: Charlotte.Lamm@evkb.de*

**\*Lang Daniela**, Dipl. Pflegefachfrau HF und Stv. Stationsleiterin sowie Fachverantwortliche Pflege, seit 8 Jahren in der Station Privé Stressfolgeerkrankungen und Psychosomatik D2 der Clenia Schlössli AG in Oetwil am See (Schweiz), tätig. *Kontakt: daniela.lang@clenia.ch*

**Linneweber Kristin**, B.A. Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege, Heilerziehungspflegerin, arbeitet seit 2018 im StäB-Team des Evangelischen Klinikum Bethel in Bielefeld. *Kontakt: Kristin.Linneweber@evkb.de*

**Lo Faso Maja**, Körpertherapeutin und Lehrbeauftragte im Fachkurs Adherencetherapie. *Kontakt: info@lofaso.ch*

**\*Löhr Michael**, Honorar Professor für Psychiatrische Pflege an der FH der Diakonie, ist Krankenpfleger und Pflege und Gesundheitsmanager und -wissenschaftler. Er studierte in Osnabrück (Dipl.-Kfm. (FH); M.A.) und promovierte in Halle/Salle (Dr. rer. medic.). Er arbeitet als Mitarbeiter der Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung am LWL Klinikum Gütersloh und in der LWL Abteilung für Krankenhäuser und Gesundheitswesen. *Kontakt: michael.loehr@lwl.org*

**Macdonald Lina**, M.Sc Psychologie & MAS Psychotherapie mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie, psychologische Psychotherapeutin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel (EvKB). *Kontakt: Lina.Macdonald@evkb.de*

**Maistrak Bärbel**, Genesungsbegleiterin, Ev. Klinikum Bethel, Gilead 4, Gruppenmoderation

**Marx Birgit**, Stationsleitung der Komfortstation des LVR-Klinikums Essen, Dozentin an verschiedenen Krankenpflegeschulen. *Kontakt: birgit.marx@lvr.de*

**\*Mayer Michael** Sozialwissenschaftler (M.A.), Doktorand an der Universität Ulm. Supervisor und Krankenpfleger für Psychiatrie, stlv. Präsident der Deutschen Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege (DFPP e.v.), Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren. *Kontakt: michael.mayer@yahoo.de*

**Mc Cutcheon Ann-Kathrin**, *Kontakt: ann-kathrin.mccutcheon@vivantes.de*

**Meier Esther**, Dipl. Pflegefachfrau HF, seit 2.5 Jahren in der Station Privé Stressfolgeerkrankungen und Psychosomatik D2 der Clenia Schössli AG in Oetwil am See (Schweiz), tätig. Esther Meier ist schematherapeutische Co-Therapeutin seit 2018. *Kontakt: Station\_D2@clenia.ch*

**Meinhof Johann**, Diplom Pflegewirt FH, OD-Moderator, in verschiedenen Institutionen und Funktionen der psychiatrischen Versorgung tätig, aktuell Pflegeexperte in der Luzerner Psychiatrie. *Kontakt: johann.meinhof@lups.ch*

**\*Mertens Marina**, Org. Leitung der Weiterbildung für Psychiatrische Pflege, Diplom-Pädagogin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, Deutschland. *Kontakt: marina.mertens@zi-mannheim.de*

**Metzenthin Petra**, Dr. phil., Leitung Berufsbildung in den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel. *Kontakt: petra.metzenthin@upk.ch*

**Meyer Philipp**, Leiter Pflege, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern

**Minnier Gabriela**, Dipl. Pflegefachfrau, arbeitet als Stationsleiterin in der PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG auf einer Therapiestation für an Psychose erkrankten Menschen. *Kontakt: gabriela.minnier@pzmag.ch*



**Morgenstern Karin**, Kontakt: *karin.morgenstern@vivantes.de*

**Mötteli Sonja**, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

**\*Mühlenjost Sophia**, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Pflegewissenschaftlerin (B.Sc.). Kontakt: *sophiamuehlenjost@gmx.de*

**\*Müller Mirco**, BSc Pflege, Stationsleiter der psychiatrischen Akutaufnahmestation D1 im Sanatorium Kilchberg, Zürich. Kontakt: *m.mueller@sanatorium-kilchberg.ch*

**\*Naeem Mohab**, Gesundheits- und Krankenpfleger, LWL Klinikum Gütersloh. Kontakt: *mohabna84@gmail.com*

**\*Nienaber André**, Prof. Dr. rer. medic., M.Sc., Professor für Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege, Fachhochschule der Diakonie, Bethelweg 8, 33617 Bielefeld  
Kontakt: *andre.nienaber@fhdd.de*

**Panzer Volker**, arbeitet seit 27 Jahren als Fachkrankenpfleger im Evangelischen Klinikum Bethel, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bielefeld und war 2016 Initiator der Recovery-Gruppe im Fachbereich Pniel. Kontakt: *volker.panzer@evkb.de*

**\*Petersen Lars**, Pflegedienstleitung, DIAKO Nordfriesland, Breklum, Deutschland. Kontakt: *lars.petersen@diako.de*

**\*Pollmächer Thomas**, Prof. Dr., Direktor des Zentrums für psychische Gesundheit am Klinikum Ingolstadt, President elect der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Kontakt: *Thomas.Pollmaecher@klinikum-ingolstadt.de*

**\*Pöschel Klaus**, Dr., M.A., Dipl. Kfm. (FH) Pflegerische Abteilungsleitung Gerontopsychiatrie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel – Evangelisches Klinikum Bethel (EVKB), Bethesdaweg 12, 33617 Bielefeld, Kontakt: *klaus.poeschel@evkb.de*

**\*Redzinski Kerstin**, Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für psychiatrische Pflege, LVR- Klinikum Düsseldorf, Deutschland. Kontakt: *kerstin.redzinski@lvr.de*

**Reiche Sarah**, Heilerziehungspflegerin in der Stiftung Eben-Ezer, B.A. Psychische Gesundheit, Case Managerin (DGCC), Studierende im Masterstudiengang Organisationsentwicklung / Sozialmanagement. Kontakt: *Sarahgranzow89@gmail.com*

**Reichert Birgit**, Fachliche Leitung Weiterbildung für Psychiatrische Pflege, B.A. Pflegepädagogin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

**\*Richter Dirk**, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Zentrum Psychiatrische Rehabilitation. Kontakt: *dirk.richter@upd.unibe.ch*

**\*Rixe Jacqueline**, M.Sc, Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Psychiatrische Pflege (B.A.), Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für psychiatrische Pflege, RN, Stabsstelle Pflegeforschung in der Psychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ev. Klinikum Bethel; Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld. *Kontakt: Jacqueline.Rixe@evkb.de / Jacqueline.Rixe@fhdd.de*

**\*Rogge Stefan**, Pflegedienstleitung, B.A. Psychiatrische Pflege, Stud. M.A. Health Administration, RN. Seit 2019 als Pflegedienstleitung in der LVR-Klinik Köln, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie II tätig. *Kontakt: stefan.rogge@lvr.de*

**Rogner Melanie**, Dipl. Juristin, Bachelor of Arts / Sozialwissenschaft, Expertin aus Erfahrung / EX IN Absolventin, Recovery Dozentin / Trainerin, Mutter von zwei Kindern. *Kontakt: rogner.schulungen@gmail.com*

**Rohlfing Anja**, Erzieherin, B.A. Psychische Gesundheit, LWL Maßregelvollzugsklinik "Schloss Haldem", Deutschland. *Kontakt: anja.rohlfing@lwl.org*

**Rott Hannah**, Gesundheits- und Krankenpflegerin, ehemalige Trainee in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ev. Klinikum Bethel, Bielefeld. *Kontakt: Hannah.Rott@evkb.de*

**Salzwedel Pieri Anja**, ambulante psychiatrische Pflegefachfrau, CAS ambulante Psychiatrische Pflege, *Kontakt: anja.salz@gmx.ch*

**\*Sauter Dorothea**, Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin (MSc), Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der FHDD Diakonie Bielefeld, Präsidentin der Deutschen Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege (DFPP e.v.). *Kontakt: sauter@dfpp.de*

**\*Schärer Daniel**, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Zentrum Psychiatrische Rehabilitation. *Kontakt: daniel.schaerer@upd.ch*

**\*Schmidt Philipp**, Dipl. Pflegefachmann, Teamleitung Pflege und Experte für Fachentwicklung, Klinik Meissenberg AG, Zug. *Kontakt: back2basics@me.com*

**Schmitte Holger**, Fachkrankenpfleger für psychiatrische Pflege, M.Sc. Pflegewissenschaft, Dipl. Pflegewirt (FH) mit diversen Zertifikatsausbildungen. Pflegeexperte APN am Florence-Nightingale-Krankenhaus Düsseldorf. *Kontakt: schmitte@kaiserswerther-diakonie.de*

**Schöppe Enrico**, *Kontakt: enrico.schoeppe@vivantes.de*

**\*Schoppmann Susanne**, Dr.rer. medic., psychiatrische Pflegefachfrau, arbeitet in der Funktion einer Pflegewissenschaftlerin in den Universitären Psychiatrischen Diensten in Basel. *Kontakt: susanne.schoppmann@upk.ch*

**\*Schuierer Michèle**, Leiterin Pflege, seit 2017 in der Seeklinik Brunnen tätig. *Kontakt: michele.schuierer@seeklinik-brunnen.ch*

**\*Schulz Michael**, Prof. Dr. habil., Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung am LWL-Klinikum Gütersloh und LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen, LWL-Abteilung für Krankenhäuser und Gesundheitswesen Münster, Honorarprofessur an der Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld. *Kontakt: michael.schulz@lwl.org*

**\*Seidenschwann Maria**, Dr.<sup>in</sup> Gerontopsychologin, Klinische und Gesundheitspsychologin, Gestalttheoretische Psychotherapeutin. Psychologin im Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (KWP) seit 1991; seit 2001 Leitung des Psychologischen Dienstes des KWP; seit 1997 Psycho-therapeutin in freier Praxis. *Kontakt: maria.seidenschwann@kwp.at*

**\*Sieg Daniel**, Dipl. Soziologe, Projektmitarbeiter Fachhochschule der Diakonie Bielefeld. *Kontakt: daniel.sieg@fhdd.de*

**Sonja Freyer**, MSc. APN, BA Pflegewissenschaft & Public Health, Fachpflege Psychiatrie, seit Januar 2019 als Pflegeexpertin APN Psychiatrie am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide tätig. *Kontakt: sonja.freyer@klinikum-bremerhaven.de*

**Spannhorst Stefan**, Dr., M.A., Oberarzt, Klinikum Stuttgart, Zentrum für seelische Gesundheit. Klinik für Ältere, Prießnitzweg 24, 70374 Stuttgart. *Kontakt: s.spannhorst@klinikum-stuttgart.de*

**Sporleder Anita**, Peer, Ev. Klinikum, Gilead 4, Peergespräche

**Spranger Brigitte**, Dipl.-Pfleger. (FH), Stationsleitung am Zentrum für psychische Gesundheit im Klinikum Ingolstadt. *Kontakt: Brigitte.Spranger@klinikum-ingolstadt.de*

**\*Stähli Alexandra**, Dipl. Pflegefachfrau, auf der Abteilung U1 für Entwöhnung und Neuorientierung in den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel tätig. *Kontakt: alexandra.staehli@upk.ch*

**\*Stauffer Andrea**, Eidg. Diplom in der Kinderkranken-Wochenbett- und Säuglingspflege, anerkannt als Pflegefachfrau HF, arbeitete mit dem Diplom in Heimleitung (HSL Luzern) als Kitaleiterin, bevor sie in die somatische Spitex wechselte. Danach Anstellung in der Psychiatriefachgruppe und CAS in ambulanter psychiatrischer Pflege an der BFH Bern

**Stefan Harald**, Dr., MSc, Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger, Trainer für Deeskalations- und Sicherheitsmanagement, Doktor Philosophie Pflegewissenschaft, Wien. *Kontakt: harald.stefan@wienkav.at*

**Stiehm Nicole**, Kontakt: [nicole.stiehm@vivantes.de](mailto:nicole.stiehm@vivantes.de)

**Strehler Lucia**, Fachexpertin FH, dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich. Kontakt: [lucia.strehler@puk.zh.ch](mailto:lucia.strehler@puk.zh.ch)

**\*Strodthoff Ilka**, Pflegewissenschaftlerin B.A., Gesundheits- und Krankenpflegerin im Fachbereich Gerontopsychiatrie der Karl-Jaspers-Klinik, Dozentin für Pflegeberufe im Ammerländer Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe gGmbH. Kontakt: [ilka.strodthoff@web.de](mailto:ilka.strodthoff@web.de)

**Tainasti Amina**, Fachverantwortliche, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)

**\*Trost Andrea**, BA of Nursing, M.A. Beratung und Vertretung im Sozialen Recht, Promotionsstudentin Ph. D. Pflegewissenschaft Universität Witten/Herdecke, hat die Stabsstelle Pflegeentwicklung und –wissenschaft im Maßregelvollzug der LVR-Klinik Köln inne und ist Mitarbeiterin an der Universität Witten/Herdecke. Kontakt: [andrea.trost@lvr.de](mailto:andrea.trost@lvr.de)

**\*Tschinke Ingo**, Master of Science Gesundheits- und Pflegewissenschaft (Univ.), Master of Nursing / Arts (Univ.), Dipl. Pflegewirt (FH), Fachpfleger in der Psychiatrie, Regionalsprecher der BAPP e.V. Nord, Recovery Dozent, seit 12 Jahren tätig in der APP, 30 in der Psychiatrie; Forschungsschwerpunkte sind Komplexe Interventionen, Recovery & ambulante psychiatrische Pflege. Kontakt: [tschinke.ingo@gmx.de](mailto:tschinke.ingo@gmx.de)

**Velasquez Lecca Edwin Emilio**, Kontakt: [EdwinEmilio.VelasquezLecca@vivantes.de](mailto:EdwinEmilio.VelasquezLecca@vivantes.de)

**Veldboer Katja** Gesundheits- und Krankenpflegerin, B.sc. Pflegewissenschaft LWL-Klinikum Gütersloh

**\*Vogt Alexandra**, Pflegeexpertin, ZfP Südwürttemberg, Ravensburg. Kontakt: [alexandra.vogt@zfp-zentrum.de](mailto:alexandra.vogt@zfp-zentrum.de)

**Voigt Andre**, Kontakt: [andre.voigt@vivantes.de](mailto:andre.voigt@vivantes.de)

**\*Volmar Benjamin**, Gesundheits- und Krankenpfleger, B.A. psychiatrische Pflege, LWL-Klinikum Gütersloh, Deutschland. Kontakt: [benjamin.volmar@lwl.org](mailto:benjamin.volmar@lwl.org)

**\*Wabnitz Pascal**, Prof. Dr., Psychologe, Psychotherapeut, Professor für angewandte Psychologie an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld. Kontakt: [Pascal.wabnitz@fhdd.de](mailto:Pascal.wabnitz@fhdd.de)

**\*Weber Markus**, M.A., Pflegedirektor Asklepios Fachklinikum Stadtroda. Kontakt: [markus.weber@asklepios.com](mailto:markus.weber@asklepios.com)

**Weidlich Franziska**, Pflegefachexpertin der Komfortstation des LVR-Klinikums Essen, B.Sc. Health Care Studies, Studentin im Master Management von Organisationen und Personal im Gesundheitswesen. *Kontakt: franziska.weidlich@lvr.de*

**\*Weidling Katja**, Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für Psychiatrie, B.A. Psychiatrische Pflege, Studentin im Masterstudiengang Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Praxisanleiterin, Weiterbildung in kreativer Therapie. Pflegeexpertin Trainee APN am Florence-Nightingale-Krankenhaus Düsseldorf. *Kontakt: weidling@kaiserswerther-diakonie.de*

**Weinmann Stefan**, *Kontakt: stefan.weinmann@vivantes.de*

**Weisskerber Maria** Pflegeexpertin B.A., LWL-Maßregelvollzugsklinik Marsberg.

**\*Wernli Kaufmann Reto A.**, Berufsschullehrer HF, MAS Mental Health, Dipl. Erwachsenenbildner HF, Dipl. Pflegefachperson DNII, Schwerpunkt Psychiatrie, Trainer Aggressionsmanagement CFB, seit 14 Jahren in der Ausbildung dipl. Pflegefachpersonen HF im Kanton Bern tätig. *Kontakt: reto.wernli@bzpflege.ch*

**\*Wersin Pamela**, Pflegerisch-pädagogische Abteilungleitung Jugendforensik, Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel. *Kontakt: pamelawersin@upk.ch*

**Weyer Martin**, Leiter Fort- und Weiterbildung Pflege, Clenia Littenheid AG

**\*Wietscher Norbert**, stellv. Pflegedirektor, LVR-Klinikum Düsseldorf, Deutschland. *Kontakt: norbert.wietscher@lvr.de*

**\*Wild Andrea**, Dipl. Pflegefachfrau, MAS Mental Health, arbeitet als Case Managerin beim Stadtärztlichen Dienst der Stadt Zürich im Fachbereich MoKit & Kompass. *Kontakt: andrea.c.wild@gmail.com*

**Woloszyk Domitian**, Gesundheits- und Krankenpfleger seit sechs Jahren im MRV Kaufbeuren (§64 StGB) tätig/ Student der psychischen Gesundheit und psychiatrischen Pflege an der Fachhochschule der Diakonie Bielefeld. *Kontakt: d.woloszyk@web.de*

**\*Wostry Florian**, Ing., BScN (UMIT-Hall in Tirol), Diplomierter psychiatrischer Gesundheits- & Krankenpfleger. Seit 2017 Mitarbeiter der allgemeinen psychiatrischen Abteilung Station 2 in der Rudolfstiftung Wien. *Kontakt: florian.wostry@wienkav.at*

**Wyss Lars**, M.A., Praktikant Zentrum für klinische Pflegewissenschaft, Universitäre psychiatrische Dienste Bern (UPD)

**Zehnder Ursina**, RN, MScN, Pflegeexpertin APN und pflegerische Leitung Zürcher Erstpsychosen Netzwerk, Psychiatrische Universitätsklinik PUK Zürich. *Kontakt: uris-na.zehnder@puk.zh.ch*

**\*Ziegler Maximilian**, B.Sc., Pflegewissenschaftler, Gesundheits- und Krankenpfleger, seit 4 Jahren in der allgemeinpsychiatrischen Station 35 im Zentrum für psychische Gesundheit am Klinikum Ingolstadt tätig. *Kontakt: Maximilian.Ziegler@klinikum-ingolstadt.de*

**Ziehn Kerstin**, Ergotherapeutin, arbeitet seit 2018 im StäB-Team des Evangelischen Klinikum Bethel in Bielefeld. *Kontakt: Kerstin.Ziehn@evkb.de*

**\*Zingsheim Andrea**, arbeitet als EX-IN Genesungsbegleiterin im LWL Klinikum Gütersloh, sie ist Trainerin für EX-IN Kurse und engagiert sich insbesondere für die Themen Recovery und Nutzerbeteiligung. *Kontakt: andrea.zingsheim@lwl.org*

**\*Zink Jürgen**, Dr. phil., Musiker, Literaturwissenschaftler, Krankenpfleger SPZA, seit 30 Jahren psychiatrisch tätig, derzeit für die ambulanten therapeutischen Hilfen der ABZ Sozialstation in Berlin-Neukölln. *Kontakt: j.zink@umalleskuemmerkaefer.de*

**Zraychikova Evgenia**, dipl. Pflegefachfrau BScN und stud. MScN, Psychiatrische Universitätsklinik PUK Zürich. *Kontakt: evgenia.zraychikova@puk.zh.ch*

**\*Zuaboni Gianfranco**, Dr. rer. medic., Sanatorium Kilchberg, Schweiz. *Kontakt: g.zuaboni@sanatorium-kilchberg.ch*

**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 2020 in Bern.**