

Psychiatrische Pflege – Verschiedene Settings, Partner, Populationen

**Vorträge und Poster vom
2. Dreiländerkongress in Bern**

Hrsg.
Christoph Abderhalden
Ian Needham

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme
Hrsg.: Christoph Aberhalden, Ian Needham
Psychiatrische Pflege – Verschiedene Settings, Partner, Populationen
IBICURA, Unterostendorf 2005

ISBN 3-9809304-6-7

IBICURA © Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Gestaltung: Das Projekt, Kaufbeuren
Layout und Satz: Bauer & Bauer, Kaufbeuren
Druck und Verarbeitung: Schnitzer Druck, Marktoberdorf

Vorwort

Dieser Band enthält Vorträge und Posters des zweiten Dreiländerkongresses „Pfleger in der Psychiatrie“ vom Dezember 2005 in Bern. Der Kongress ist der zweite in einer neuen Reihe von gemeinsamen Kongressen für die psychiatrische Pflege in den deutschsprachigen Ländern (Deutschland, Schweiz, Österreich). Der erste fand im November 2004 in Bielefeld zum Thema „Interventionen Psychiatrischer Pflege“ statt und ist ebenfalls in einem Kongressband dokumentiert [1].

Der Kongress in Bern wurde von der Forschungsstelle Pflege und Pädagogik der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern und der Hochschule für Gesundheit Freiburg (CH) organisiert. Er wurde von verschiedenen Partnern aus Deutschland, aus Österreich und aus der Schweiz unterstützt (siehe Seite 287 in diesem Band). Wir bedanken uns herzlich für diese Unterstützung! Tagungsort war die traditionsreiche Berner Klinik Waldau, die im Jahr 2005 ihr 150-jähriges Bestehen feiert.

Das Motto des Kongresses war „Psychiatrische Pflege – Verschiedene Settings, Partner, Populationen“. Die Idee hinter dem Titel ist, die Vielfalt der psychiatrischen Pflege zu zeigen: Psychiatrische Pflege gibt es nicht nur in stationären und ambulanten psychiatrischen Settings, sondern auch in nicht-psychiatrischen Einrichtungen wie Allgemeinkrankenhäusern, Heimen, in der Gemeindepflege. Psychiatrische Pflege arbeitet mit verschiedenen Partnern zusammen, mit den PatientInnen, mit Betroffenenengruppen, Angehörigen, andern Berufsgruppen. Und psychiatrische Pflege richtet sich an unterschiedliche Populationen, z.B. Kinder/Jugendliche, Erwachsene, Betagte, PatientInnen mit bestimmten medizinischen oder pflegerischen Problemen/Risiken.

Psychiatrische Pflege ist eine Praxiswissenschaft. Als Wissenschaft generiert und überprüft sie Fachwissen über pflegerelevante gesundheitliche Phänomene und entsprechende Interventionen, als Praxis unterstützt Pflege Individuen und Gruppen bei der Bewältigung des Alltags, bei der Erhaltung, Anpassung oder Wiederherstellung von physischen, psychischen und sozialen Funktionen und beim Umgang mit existentiellen Erfahrungen [2].

Die Beiträge in diesem Band entsprechen dieser Auffassung von psychiatrischer Pflege, indem sowohl wissenschaftliche Berichte über Studien als auch Darstellungen von Praxisprojekten und –erfahrungen enthalten sind.

Im Eintrittsvortrag des Bielefelder Kongresses sprach Michael Schulz über die anstehende notwendige Rekonzeptualisierung der psychiatrischen Pflege und die Dringlichkeit der Klärung der Rolle der Pflege in der Psychiatrie [3]. Die Wichtigkeit dieser Rollenklärung wird auch deutlich in Martin Meyers Beitrag über die Rolle der Pflege im multiprofessionellen Team. Wichtige Postulate

bei der von Michael Schulz postulierten Neuorientierung sind die vermehrte Ausrichtung auf den ambulanten Bereich und die klare Beschreibung pflegerischer Interventionen. Mehrere Beiträge in diesem Band entsprechen diesen Forderungen sehr gut. *Stephan Wolff* beschreibt Assertive Community Treatment als Erfolg versprechendes Konzept für die ambulante psychiatrische Pflege, *Regula Lüthi* zeigt die Notwendigkeit, psychiatrische Pflege auch außerhalb psychiatrischer Settings anzubieten, und *Werner Mayr* berichtet über eine gelungene Kombination von stationärer und ambulanter pflegerischer Arbeit. Klaus Wingenfeld präsentiert eindruckliche Daten über psychische Probleme bei betagten HeimbewohnerInnen, welche den hohen Bedarf nach gerontopsychiatrisch-pflegerischer Fachkompetenz im Heimbereich zeigen. Die Klinikgrenzen werden auch in zwei Beiträgen überschritten, in denen psychiatrische Pflege aus Beratung von KollegInnen im Allgemeinkrankenhaus (Kathrin Wolf) oder in der fachlichen Beratung eines Wohnheimes besteht (Stephan Wolff).

Christoph Müller (Humor), *Michael Schulz* (Adherencetherapie), *Michael Waibel* (Genusstraining), *Stephan Wolff* (Kontrolliertes Trinken), *Stefanie Schlieben* und *Kathrin Thissen* (Fixierungen) tragen in ihren Beiträgen zur dringend notwendigen Klärung, Beschreibung, theoretischen Begründung und Optimierung gezielter pflegerischer Interventionen bei.

Die stationäre Psychiatrie hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Stationäre Psychiatrie beschränkt sich vielerorts auf Akutstationen mit sehr kurzer Verweildauer (und allfällig spezialisierte Stationen für bestimmte PatientInnengruppen). Drei Beiträge befassen sich mit der immer anspruchsvolleren Arbeit im Akutbereich: *Werner Mayr* und *Peter Wodicka* beschreiben, wie mit engagierter pflegerischer Arbeit auch unter schwierigen Umständen eine offene und patientInnenorientierte Psychiatrie betrieben werden kann, und *Urs Ellenberger* und *Manuela Campaniello* zeigen in ihrem Poster, wie der komplexe Informationsfluss im Pflorgeteam optimiert werden kann.

Die Gesundheitsversorgung und auch die Pflege sind auch heute noch stark patriarchalisch geprägt, die Zusammenarbeit mit den PatientInnen ist oft wesentlich weniger partnerschaftlich als das in Grundsatzpapieren und Leitbildern deklariert wird. *Francis C. Biley* gibt in seinem Beitrag einen ausgezeichneten kritischen Überblick über das Thema „Klientensouveränität“ (stakeholder sovereignty), das in Großbritannien wesentlich konsequenter angestrebt und praktiziert wird als in den deutschsprachigen Ländern. Eine erfolgreiche, bewährte und für psychiatrische Profis sehr lehrreiche Form der Zusammenarbeit ist der von *Thomas Bock* dargestellte Dialog zwischen Betroffenen, Profis und Angehörigen in gemeinsamen Seminaren (z.B. Psychoseseminaren). Ein Beispiel für eine partnerschaftlichere Zusammenarbeit mit Betroffenen sind die eindrucklichen Bielefelder Erfahrungen mit Behand-

lungsvereinbarungen (*Michael Schulz, Marite Pleininger-Hoffmann, Christian Zechert*). *Anne Rabeneck und Hildegard Bartmann-Friese* stellen als Beispiel einer qualitätssichernden Maßnahme ein Modell vor, in dem PatientInnen während einer Pflegevisite in den Pflegeprozess einbezogen werden können. Zu einem besseren Einbezug der PatientInnen in den Therapie- und Pflegeprozess führt auch der von *Daniel Berger, Peter Rieder und Andreas Tschanz* vorgestellte Therapieordner. In der von *Christoph Abderhalden, Gerda Malojer und Gianni Zuaboni* vorgestellten Studie werden Erfahrungswissen und Meinungen von Psychiatrieerfahrenen erhoben und in Empfehlungen zur Vermeidung von Gewalt und Zwang zusammengefasst. Drei Beiträge befassen sich mit schwierigen Pflegesituationen: *Waltraud Doppelhofer und Claudia Pasiiecznik* beschreiben Besonderheiten der Pflege von PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen vom Borderline Typ; *Sabine Hahn et al.* sowie *Anne-Claude Allin und Alexia Stantzos* präsentieren in ihren Postern Studien über mögliche Zusammenhänge zwischen der Haltung Pflegenden gegenüber Aggression und Gewalt und dem pflegerischen Handeln.

Gute Pflege darf sich nicht auf die Dyade PatientIn - Pflegeperson beschränken, sondern muss die Gesamtsituation der PatientInnen berücksichtigen. Zu diesem weiteren Blickwinkel gehört die Berücksichtigung der Angehörigen mit Mitteln der Angehörigenarbeit, wie sie im Poster von *Walter Krähenbühl, Margherita Jäggli und Sibylle Glauser* dargestellt werden. Eine erst in den letzten Jahren „entdeckte“ Gruppe von Angehörigen sind die Kinder psychisch Kranker. Deren Situation ist Thema einer Studie von *Katrin Herder* und eines Präventionsprojekts, das von *Susanna Staets* vorgestellt wird. Ein von der Pflege bisher wenig beachtetes Thema sind die mit psychischer Krankheit und psychiatrischer Behandlung einhergehenden Stigmatisierungsprozesse. *Manuela Grieser und Christoph Abderhalden* stellen eine qualitative Studie vor, in der das Stigmaerleben stationär psychiatrisch behandelter Jugendlicher und deren Eltern untersucht wurde.

Währenddem beim ersten Drei-Länder-Kongress 2004 eingeladene ReferentInnen sprachen, haben wir für diesen Kongress einen Call for Abstracts durchgeführt, was für Tagungen der psychiatrischen Pflege ein Novum darstellt. Auf diesen Aufruf haben sich erfreulicherweise viele KollegInnen aus der „direkten Pflegepraxis“ gemeldet. Wir hoffen, dass deren Praxisberichte KollegInnen dazu ermuntern, auch eigene lokale Projekte in Form von Vorträgen, Workshops oder Postern an zukünftigen Tagungen vorzustellen.

Parallel zum Kongress sind europaweit Bestrebungen im Gang, Tätigkeiten der Psychiatrischen Pflege zu koordinieren. Deshalb hat es uns sehr gefreut, dass *Ber Oomen* als Gründungsmitglied des Netzwerks „*HORATIO, European Psychiatric Nurses*“ am Kongress über aktuelle europäische Entwicklungen berichtet hat. Dieser Europäische Bezug passt gut zur weiteren Annäherung

des Nicht-EU-Landes Schweiz zur EU durch die Volksabstimmung im vergangenen September, mit der die bilateralen Verträge mit der Europäischen Gemeinschaft über die Personenfreizügigkeit für die neuen EU-Mitgliedstaaten gutgeheißen wurden.

Bei den zukünftigen Drei-Länder-Kongressen – 2006 wird die Stadt Wien Gastgeber sein – wäre es erfreulich, wenn auch deutschsprachige KollegInnen aus anderen Regionen – etwa Südtirol oder Luxemburg – teilnehmen würden.

Last but not least danken wir Rüdiger und Inge Bauer und dem Ibicura-Verlag ganz herzlich dafür, dass sie auch diesen zweiten Tagungsband verlegen.

Hochschule für Gesundheit Freiburg Forschungszentrum	Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) Bern Forschungsstelle Pflege und Pädagogik
Dr. Ian Needham	Christoph Abderhalden

Literatur

1. **Krause P, Schulz M, Bauer R** (Hrsg) (2004) Interventionen psychiatrischer Pflege. Ibicura Verlag, Unterostendorf
2. **Sauter D, Abderhalden C, Needham I, Wolff S** (2004) Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Huber, Bern
3. **Schulz M** (2004) Rekonzeptualisierung psychiatrischer Pflege. In: Krause P, Schulz M, Bauer R (Hrsg) Interventionen psychiatrischer Pflege. Ibicura Verlag, Unterostendorf, S 10-17

Inhaltsverzeichnis

Ian Needham, Christoph Abderhalden

Vorwort der Herausgeber 3

Ber Oomen

Psychiatrische Pflege: Eine europäische Perspektive..... 10

Stephan Wolff

Assertive Community Treatment als Konzept für die ambulante psychiatrische Pflege..... 20

Werner Mayr

Pflegerische stationäre und ambulante Betreuung aus einer Hand - eine Illusion? 34

Regula Lüthi

Psychiatrische Pflege in nichtpsychiatrischen Settings..... 44

Michael Waibel

Trainingsprogramm für Patienten: Genusstraining..... 52

Christoph Müller

Die Begegnung beginnt mit einem Lächeln: Humor und Lebensfreude in der psychiatrischen Pflege 66

Martin Meyer

Die Rolle der Pflegenden im multiprofessionellen Team 78

Klaus Wingenfeld

Verhaltensauffälligkeiten psychisch kranker Heimbewohner 88

Stephan Wolff

Fremdbestimmt kontrolliertes Trinken im Altenheim 98

Michael Schulz

Adhärenztherapie als eine Intervention für psychiatrisch Pflegende 108

Katrin Herder

"Ich hab meine Mutter so vermisst" Das Erleben der Kinder psychisch erkrankter Eltern als pflegende Angehörige 116

Susanne Staets

Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern (KIPKEL) 126

Manuela Grieser, Christoph Abderhalden

"Ich finde es nur schlimm, dass es solche Menschen gibt, die andere Leute verurteilen" Das Stigmaerleben und Identität stationär psychiatrisch behandelter Jugendlicher und deren Eltern..... 132

Waltraud Doppelhofer, Claudia Pasicznik

Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege auf einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Rehabilitationsstation mit Schwerpunkt Borderline-Persönlichkeitsstörung und Umgang mit dem Phänomen Spaltung.... 146

Thomas Bock

**Aus dem Trialog lernen –
Konsequenzen für den psychiatrischen Alltag..... 154**

Michael Schulz, Marite Pleininger-Hoffmann, Christian Zechert

**Die Behandlungsvereinbarung – vertrauensbildende Maßnahme
in der Akutpsychiatrie 168**

Werner Mayr

Offene Tür und allgemeinspsychiatrische Akutstation - ein Widerspruch? .. 184

Peter Wodicka

**Psychiatrische Pflege auf der offenen akutpsychiatrischen
Station Pavillon 21/2: Der ganz normale Wahnsinn 194**

Anne Rabeneck, Hildegard Bartmann-Friese

**Von der klassischen Pflegevisite zur Pflegevisite als
Qualitätsvisite in der Psychiatrie – eine Projektbeschreibung 202**

Kathrin Wolf

„NICE“ Ein Praxisprojekt von der Pflege für die Pflege..... 212

Stefanie Schlieben, Kathrin Thissen

**„Wenn`s sich aber nicht vermeiden lässt...“ Angewandte
Pflegeforschung in der Psychiatrie - Anlass und Dauer von
Fixierungen sowie Möglichkeiten der Prävention durch Pflegende 220**

Christoph Abderhalden, Gerda Malojer, Gianfranco Zuaboni,
Ian Needham

**Was empfehlen Psychiatrie-Erfahrene zur Prävention von Gewalt
und Zwangsmaßnahmen während stationärer psychiatrischer
Behandlungen? 232**

Francis C. Biley

**Klientensouveränität in der psychiatrischen Pflege:
Historische Entwicklung - Vision für die Zukunft 246**

Daniel Berger, Peter Rieder, Andreas Tschanz

**Poster: Ein Therapieordner zur Förderung der Mitverantwortung
der PatientInnen für ihren Pflege- und Behandlungsprozess 256**

Urs Ellenberger, Manuela Campaniello

**Poster: Ein Projekt zur Verbesserung des Informationsflusses
beim Übergaberapport 260**

<i>Sabine Hahn, Ian Needham, Christoph Abderhalden, Ruud J.G. Halfens</i>	
Poster: Haltung von Pflegepersonen gegenüber Ursache und Management von PatientInnenaggression	266
<i>Walter Krähenbühl, Margherita Jäggi, Sibylle Glauser</i>	
Poster: Angehörigenarbeit in den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD)	272
<i>Anne Claude Allin, Alexia Stantzos, Ian Needham</i>	
Poster: Aggression – eine Innenansicht: Eine qualitative Untersuchung zur Ermittlung der Erfahrung Pflegenden von Aggression mit PatientInnen in der stationären Psychiatrie	276
AutorInnen	
Veranstalter des Kongresses, Kooperationspartner, wissenschaftliches Komitee	282
Netzwerkadressen	288

Psychiatrische Pflege - eine europäische Perspektive

Ber Oomen

Unterschiede in den europäischen Versorgungsstrukturen

In den 40 europäischen Ländern werden rund 15 verschiedene Sprachen gesprochen. So ist es kaum zu erwarten, dass es eine einheitliche Auffassung der Psychiatriepflege gibt. Würde man einen Rundgang durch alle Psychiatriestationen in den deutschsprachigen Ländern unternehmen, würde man Unterschiede in der Art und Weise der Begegnung mit PatientInnen machen oder verschiedene Behandlungsmethoden antreffen. Zahlen aus dem Gesundheitsbereich zeigen, dass die einzelnen Länder über verschiedene Mittel und Ressourcen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung verfügen. In Tabelle 1 sind einige solcher Kennzahlen mit Blick auf die psychiatrische Versorgung festgehalten.

Tabelle 1: Psychiater, Psychiatriepflegende und Psychiatriebetten je 100 000 Einwohner und Ausgaben in % des Bruttosozialproduktes (BSP) von ausgewählten europäischen Ländern

Land	Psychiater	Psychiatriepflegende	Betten	%BSP
Deutschland	7.3	52	76	10.5
Finnland	16	176	116	6.8
Frankreich	20	?	120	9.8
Island	25	43	42	7.9
Italien	9	26	17	9.3
Österreich	10	38.9	47	9
Polen	6	21	75	6.2
Russland	11	54	118	5.4
Spanien	3.6	4.2	44	8
Schweden	20	32	67	9.2
Schweiz	22	?	132	10.1
Vereinigtes Königreich	11	104	58	5.8

Quelle [1]

Eine sehr grobe Hochrechnung aufgrund obiger Zahlen ergibt bei einer Einwohnerzahl von 740 Millionen in Europa eine stattliche Anzahl von über 400'000 Psychiatriepflegenden in diesem Gebiet. Diese Zahlen zeigen die Bedeutung der Psychiatriepflege für die Gesundheitsversorgung. Und in dieser großen Zahl liegt ein starkes Potenzial für Zusammenarbeit und Vernetzung.

Ein anderer europäischer Trend betrifft den Zusammenhang zwischen Deinstitutionalisierung und Medikamenten. In England hatte man 1948 300 verschiedene Medikamente bei 480'000 Krankenhausbetten. Fünfzig Jahre später gibt es 3000 verschiedene Medikamente und nur noch 190'000 Betten. Gleichzeitig spielt die gemeindenahere Versorgung eine größere Rolle und der Schweregrad der Erkrankungen von stationär behandelten PatientInnen nimmt zu.

Die Kosten im Gesundheitswesen sind in allen europäischen Ländern ein großes Problem, und neuere Behandlungen sind oft sehr teuer. 1997 kostete die Entwicklung und Testung eines neuen Medikamentes 500 Millionen Euro bei einer Entwicklungsdauer von 10 Jahren. Momentan beträgt Entwicklungsdauer 13 Jahre bei Kosten von 900 Millionen Euro. Diese Tendenzen führen zu einer erhöhten professionellen Verantwortung von uns PsychiatriepflegerInnen beim Einsatz von Ressourcen und bei der Wahl von Pflege- und Behandlungsmethoden. Setzen wir die personellen und finanziellen Ressourcen wirklich gezielt genug ein? Tun wir wirklich das, was am wirksamsten ist?

Neuerdings wird gefordert, dass unsere Methoden und Tätigkeiten wissenschaftlich überprüfbar sind, und dass die PatientInnen die Qualität unseres Handelns hinterfragen können [2]. Dieser Anspruch nach evidenzbasierter Praxis ist heute noch nicht erfüllt. In vielen Bereichen des psychiatrischen Handelns ist nicht erwiesen, welche pflegerischen oder therapeutischen Maßnahmen am wirksamsten sind. Wir stützen uns heute noch zu oft auf lokale, regionale oder nationale Traditionen und unüberprüfte Erfahrungen ab.

Unterschiedliche Praxis

Ein Beispiel für eine regional unterschiedliche und mehr auf Tradition als auf Forschung abgestützte Praxis ist die Form von Zwangsmaßnahmen bei aggressiven PatientInnen und Patienten. In Großbritannien erhalten aggressive PatientInnen oft Medikamente, werden manuell festgehalten und oft isoliert. Die Fixierung von PatientInnen mit Gurten wird als abgelehnt und unmenschlich betrachtet. In Schweden hingegen werden vorwiegend Gurte zur Fixierung benutzt und die Isolierung von PatientInnen wird verabscheut. In norwegischen Einrichtungen werden aggressive PatientInnen unter 1:1-Betreuung in einem eigens dafür eingerichteten Isolierungsbereich behandelt [3]. In manchen europäischen Ländern (etwa Österreich) wird bei der Behandlung von aggressiven PatientInnen das so genannte Netzbett benutzt. Diese Methode wird von vielen als unmenschliche „Käfighaltung“ kritisiert. Die Befürworter des Netzbettes machen hingegen geltend, dass dieses Verfahren den Betroffenen eine große Bewegungsfreiheit bietet. Selbst der Sprachgebrauch sagt einiges aus über die Zwangsmaßnahmen: das niederländische Wort für Bettgurt heißt – übersetzt – „Schwedengurt“. Selbst in benachbarten europäischen Ländern

wie Deutschland und der Schweiz gibt es erhebliche Unterschiede. So werden in der Schweiz teilweise, in Deutschland keine systematischen Aggressionsrisikoeinschätzungen vorgenommen, und während in Baden-Württemberg und Bayern Gurte zur Fixierung überall angewandt werden, sind es in der Deutschschweiz nur 60% aller akutpsychiatrischen Aufnahmeinstitutionen, welche diese Methode anwenden [4]. Auch die Aggressionsraten auf Akutstationen unterscheiden sich stark in den europäischen Ländern. Dabei haben die Niederlande besonders hohe und Italien besonders tiefe Raten [5].

Erhebliche regionale Unterschiede, die schwer erklärbar sind, gibt es auch im Bereich der Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken (Tabelle 2).

Tabelle 2: Zwangseinweisungen in % der Aufnahmen in ausgewählten europäischen Ländern [6]

Land	% der Aufnahmen
Deutschland	15.9
Finnland	21.6
Dänemark	4.6
Irland	10.9
Portugal	3.2
Österreich	18
Belgien	5.8
Niederlande	14.5
Luxemburg	26.4
Schweiz	20.6*
Vereinigtes Königreich	13.5

* [7]

Gemeinsamkeiten der Pflegenden

Trotz unterschiedlicher Versorgungssysteme und Ressourcen haben wir als Psychiatriepflegende auch viele Gemeinsamkeiten. Uns alle betrifft der derzeitige Wandel unserer Gesellschaften, der Übergang vom prä- zum post-modernen Europa, von der Sozial- zur Marktwirtschaft, oder vom festen zum beweglichen oder unsicheren Arbeitsplatz. Unser Beruf ist stark geprägt von Entwicklungen in der Gesellschaft. Deshalb sind Themen wie Aggression, Recht und Gesetz wichtig. In der Psychiatriepflege ist in allen europäischen Ländern ein Wandel von der institutionellen zur gemeindnahen Pflege [2] er-

kennbar. Hier können wir von den Ländern lernen, die bei dieser Entwicklung schon weiter vorangeschritten sind. Es gibt bereits europäische Projekte zur Förderung der Ausbildung psychiatrisch Pflegenden für die ambulante Arbeit. Ein Beispiel ist ein deutsch-englisch-italienisches Projekt zur Entwicklung eines Weiterbildungscurriculums zur Qualifizierung von Pflegepersonal für die ambulante psychiatrische Arbeit (WAP Weiterbildung Ambulante Psychiatrische Fachkrankenpflege; <http://www.wap-leonardo.de/index.html>).

Unser Beruf ist, auch dies haben wir gemeinsam, mit verschiedenen Klischees behaftet - etwa dem weißen Kittel oder dem Schlüssel als Machtinstrument. Negative Publizität kann unsrem Ruf enormen Schaden zufügen und wenn Fehler erfolgen wird die ganze Institution „Psychiatrie“ in Frage gestellt. In der Zeitschrift „Spiegel“ vom September dieses Jahres wird über einen Einzelfall gesprochen und generalisiert: *„In der Psychiatrie gilt: ‚Wer sich wehrt, verliert‘*... So müssen wir als Psychiatriepflegende gemeinsam gegen Klischees und Vorurteile ankämpfen.

Gemeinsame Geschichte

Wenn ich das Buch des niederländischen Schriftstellers Geert Mak [8] lese über 100 Jahre Europäische Geschichte möchte ich nicht in der Haut meiner Vorfahren stecken. Es ist eigentlich eine Aufreihung von traurigen und oft peinlichen und schmerzhaften Geschichten. Unter anderem handelt es auch von der Rolle der psychiatrischen Krankenpflege während des Nazi-Regimes. Nicht allein das Handeln unserer deutschen Kollegen wirft dabei Fragen auf, sondern auch das Handeln der niederländischen, norwegischen und französischen Kollegen; über ihre Mitarbeit an dem abscheulichen System mit der Begründung „Schlimmeres zu vermeiden“. Trotzdem waren sie Teil dieses Systems und deshalb mitverantwortlich. Um den gegenwärtigen Wandel der Pflege besser verstehen und verorten zu können, sind Kenntnisse über die historische Entwicklung des Gesundheitswesens unverzichtbar. Pflegende spielen in vielen europäischen Ländern eine wichtige Rolle bei der Aufarbeitung unserer Vergangenheit [z.B. 9], es gibt in vielen europäischen Ländern Arbeitskreise oder Vereinigungen für historische Pflegeforschung. So findet zum Beispiel in den deutschsprachigen Ländern seit 1993 alle zwei bis drei Jahre ein internationaler Kongress zur Geschichte der Pflege abwechselungsweise in der Schweiz, in Deutschland und Österreich statt. Diese Kongresse haben sich zu einem wichtigen Forum entwickelt, wo HistorikerInnen und Pflegefachleute ihre Forschungsprojekte und -resultate zur Diskussion stellen.

Internationale Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Psychiatriepflegerinnen

Selbst in einem geografisch umschriebenen Raum – etwa Skandinavien – sind Unterschiede feststellbar. Zwecks Erfahrungs- und Kenntnisaustausch wurde in Skandinavien vor rund 10 Jahren der Nordische Pflegeverband, der über einen Psychiatriezweig verfügt, gegründet.

Die verschiedenen europäischen Länder sind untereinander verschieden vernetzt. So haben die Niederlande starke Bindungen zu England und Belgien. Solche Verbindungen entstehen – meiner Erfahrung nach – mehr aufgrund gemeinsamer Interessen als aufgrund von kulturellen Merkmalen. Wahrscheinlich geht es anderen Ländern ähnlich. Kulturelle Vielfalt zeichnet uns als Europäer aus und liefert uns Inspiration.

Die derzeitigen vielfältigen internationalen Kontakte innerhalb der psychiatrischen Krankenpflege – etwa über Berufsorganisationen oder Institute – dienen der Festigung und Kräftigung im europäischen Kontext. Diese Situation ist unser gemeinsamer Nenner auch an diesem Drei-Länder-Kongress.

Die Qualität unserer Arbeit ist sicherlich von Land zu Land verschieden, da sich auch die Rahmenbedingung für unsere Arbeit in der Psychiatrie unterscheiden. Die folgende Übersicht enthält einige globale Feststellungen der WHO [10] zur Psychiatrie, die zu solchen lokalen Unterschieden beitragen können:

- Ein Drittel der Mitgliedstaaten der Region führt keine gesonderte Politik für psychische Gesundheit.
- Mehr als zwei Fünftel unterhalten keine Programme für psychische Gesundheit.
- Ein Fünftel der Länder hat die drei wesentlichen psychotropen Medikamente (Antidepressiva, Antipsychotika und Antiepileptika) nicht in der Primärversorgung verfügbar gemacht.
- Ein Sechstel hat keine Politik zum Substanzenmissbrauch.
- Ungefähr ein Zehntel hat keine Gesetzgebung im Bereich psychische Gesundheit.
- Drei Fünftel haben keine nationale Initiative der Suizidprävention.
- Auch die Finanzierung der psychosozialen Dienste ist in vielen Ländern unangemessen. Die gegenwärtige Mittelzuweisung für psychosoziale Versorgung spiegelt die Auswirkungen psychischer Störungen kaum angemessen wieder.

Europäische Organisationen und Zusammenarbeit

In Europa gibt es verschiedene Dachorganisationen - etwa die Welt-Gesundheitsorganisation oder der Internationale Verband der Pflegenden ICN (*International Council of Nurses*), oder die 1978 gegründete *Workgroup of European Nurse Researchers (WENR)*. Es gibt spezifisch für die Psychiatrie auch Organisationen von NutzerInnen oder Angehörigen, wie z.B. die *GAMIAN (Global Alliance of Mentally Illness Advocacy Network)* oder die *European Federation of Associations of Families of mentally ill (EUFAMI)*. Diese Organisationen kümmern sich um die internationale Zusammenarbeit und sind derzeit besonders wichtig in den Ländern des ehemaligen Ostblocks.

Im Januar 2005 fand eine Konferenz der europäischen Gesundheitsminister zur seelischen Gesundheit (mental health) statt. Die Teilnehmenden haben Empfehlungen erarbeitet, die 2010 überprüft werden sollen. Am achten Jahrestreffen des Europäischen Forums der nationalen Pflegenden und der Hebammen mit der Weltgesundheitsorganisation in Skopje, Mazedonien im Juni 2005 wurde auch das Thema der psychischen Gesundheit erörtert [11]. Insbesondere wurden die folgenden Themen diskutiert:

- Menschenrechte und Stigmavorbeugung
- Transparenz der Psychiatrie in der Gesellschaft
- Vermehrte Mitsprache der Gesellschaft in Psychiatriebelangen
- Entwicklung von Fort- und Weiterbildungsprojekten
- Entwicklung der psychiatrischen Krankenpflege in der Gesellschaft.
- Beiträge zu wissenschaftlichen Untersuchungen und Unterstützung bei der Praxisumsetzung

Während des Treffens WHO European Ministerial Konferenz über psychische Gesundheit in 2005 in Finnland mit dem Untertitel „*Sich den Herausforderungen stellen, Lösungen erarbeiten*“ [10] wurden verschiedene Maßnahmen zur europäischen Vernetzung besprochen. Hierzu eine Auswahl:

- Einführung eines Zusammenarbeitsverbandes und Koordination zwischen Ländern und Landesteilen.
- Entwurf eines Werbungs-Schulungs- und Trainingsprogramms mit der Zielsetzung eine kompetente „Work-Force“ zu etablieren.
- Die Bereitstellung genügender finanzieller Mitteln zur Zielerreichung und Anerkennen des Gemeinnutzens der Position und das Verstärken der Kapazität durch das Nehmen von Verantwortung.
- Beaufsichtigung der Curricula und Kompetenzen, sowie das Entwerfen eines permanenten Schulungsprogramms für Arbeitnehmer in der psychiatrischen Gesundheitsorge.
- Ermutigung der Entwicklung spezialisierter Expertise.

- Schaffung eines Netzwerkes für den internationalen Austausch betreffend Forschung und Entwicklung.
- Schaffung von Austauschmöglichkeiten von Wissenschaftlern und die Förderung von Wissen.
- Die Schaffung von Austauschmöglichkeiten für Wissenschaftler zwecks der Verbreitung von Wissen.

Das Netzwerk HORATIO, European Psychiatric Nurses

Eine Organisation zur Förderung der europäischen Zusammenarbeit ist die Europäische Föderation von Pflegeverbänden (*European Federation of Nursing Association*), welche die Interessen von rund 6 Millionen Pflegenden vertritt. Diese Organisation hat sich zum Ziel gesetzt „Pflegespezialitäten“ zu entwickeln. Zwei Vertreter des Netzwerkes „HORATIO, European Psychiatric Nurses“ (vormals: *Psychiatric Nursing WorkGroup PNWG*), das mittlerweile als Gruppe für Spezialisten in der Pflege anerkannt ist, werden sich für diese Entwicklung engagieren.

2004 wurde die Idee für eine europaweite Fachorganisation für Psychiatriepflege geboren. Im September 2004 fand das erste Treffen statt und die Konzeption wurde während der Vollversammlung der Europäischen Föderation der Pflegenden in Amsterdam vorgestellt. Seither sind verschiedene Aktivitäten erfolgt wie etwa zwei Rundbriefe, eine Website, Besuch eines Kongresses für psychische Gesundheit oder die Bestellung einer Arbeitsgruppe. Derzeit arbeiten wir dran, die *HORATIO, European Psychiatric Nurses* zu einer Vereinigung nach internationalem Standard zu etablieren.

Bislang haben sich die nationalen Vereinigungen von Krankenpflegern und -schwestern der folgenden Länder dem Netzwerk angeschlossen: Finnland, Schweden, Island, die Türkei, die Niederlande, Malta, Zypern, Ungarn, Tschechien und die Färöer-Inseln. Ferner haben sich andere Institutionen oder Personen aus verschiedenen Ländern für unsere Arbeit interessiert.

Zielsetzung von HORATIO, European Psychiatric Nurses:

- Verbindungen zu schaffen zwischen bestehenden nationalen Organisationen der psychiatrischen Krankenpflege.
- Gegenseitige Anerkennung von Diplomen, Zeugnissen und Qualifikationen in Psychiatriepflege.
- Abstimmung der Schulungsprogramme und eines einheitlichen Fortbildungs- und Weiterbildungsprogramms.
- Austausch von Informationen über aktuelle Themen (z. B. Mangel an Fachkräften, Standards).

Es ist vorgesehen, dass sich HORATIO zu einer Organisation entwickelt, wel-

che die Interessen der Mehrheit psychiatrischer Pfleger in Europa vertritt. Zur Realisierung dieses Zieles sind Organe wie ein Sekretariat, Kommissionen und Treffen nötig. Zu den ständigen Tätigkeiten gehören Rundbriefe und eine jährliche Vollversammlung in Prag. Ferner ist für 2008 ein Festival der Organisation geplant.

Fazit

Europa ist eine sehr vielfältige Region und ein Born von Ideen und Ressourcen. Durch gute Vernetzung und Verbindungen können Erfahrungen ausgetauscht und Synergien nutzbar gemacht werden. Eine gute Zusammenarbeit Psychiatriepflegender dient nicht nur der beruflichen Identität, sondern soll dazu beitragen, dass alle Bürgerinnen und Bürger die bestmögliche Psychiatriepflege erhalten.

Anmerkung

Die Übersetzung erfolgte durch Jochen Verrieth, Krankenpfleger in der Psychiatrie, Nijmegen (Niederlande)

Literatur

1. **Atlas: Country profiles on mental health resources** 2001. Mental Health Determinants and Populations, Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization, Geneva
2. **Bijl M** (2005) Tuchtrect. Tijdschrift voor Ziekenverpleging, September, S. 19
3. **Bowers L, Whittington R., Almvik R, Bergman B, Oud N, Savio M** (1999) A European perspective on psychiatric nursing and violent incidents: management, education and service organisation. *Int J Nurs Stud* 36:217-222.
4. **Steinert T, Schmid P, Abderhalden C, Needham I** (2004) Management von Aggression und Gewalt in psychiatrischen Krankenhäusern. *Krankenhauspsychiatrie* 15:146-150.
5. **Nijman, H. L., Palmstierna, T., Almvik, R., & Stolker, J. J.** (2005). Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatr Scand* 111: 12-21.
6. **Salize HJ, Dressing H** (2004) Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Brit J Psychiatr* 184:163-168
7. **Christen L, Christen S** (2005) Zwangseinweisungen in psychiatrischen Kliniken der Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Arbeitsdokument 13); Neuenburg
8. **Mak G** (2004) Reizen door de twintigste eeuw (Hundert Jahre europäische Geschichte). Atlas, Amsterdam
9. **Steppe H** (Hrsg) (2001) Krankenpflege im Nationalsozialismus. Mabuse- Verlag. 2001.
10. **Psychosoziale Dienste in Europa: die Behandlungslücke: Info-Papier für die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit, Helsinki, 12.-15.** Januar 2005. www.EUR-04-5046267-B13 Treatment gap.htm
11. **WHO Report** (2004) Report on a WHO meeting, WHO-Publication, Kopenhagen

Assertive Community Treatment als Konzept für die ambulante psychiatrische Pflege

Stephan Wolff

Einleitung

Über mehrere Jahrzehnte hat die psychiatrische Pflege Wege in die Gemeinden gefunden. Psychiatrische Pflege findet nunmehr auch außerhalb der Klinikmauern statt. Allerdings erscheint sie im internationalen Vergleich sehr heterogen, was sowohl Strukturen als auch inhaltliche Schwerpunkte betrifft. Die folgenden unterschiedlichen Begriffe werden u. a. verwendet, um psychiatrische Pflege außerhalb von Kliniken zu benennen: „aufsuchende psychiatrische Pflege“, „ambulante psychiatrische Pflege“, „extramurale psychiatrische Pflege“, „Community Psychiatric Nursing (CPN)“, „Hausbesuche“, „Clinical Home Visit“, „Community Mental Health Nurses (CMHNs)“, „Psychiatric Home Care“, „Assertive Community Treatment“. Erfolgreiche Konzepte können eine Verminderung von Krankenhausbehandlungstagen und eine Verbesserung der Lebensqualität der KlientInnen belegen [1-8]. Obdachlosigkeit, Gewalt, Selbstvernachlässigung, ein ungünstiger und instabiler Krankheitsverlauf sowie die schwer überschaubare Komplexität der Lebenswelten der KlientInnen sind die großen Herausforderungen, denen sich die ambulant Pflegenden stellen müssen. Ambulant Pflegenden müssen in hohem Maß dazu in der Lage sein, flexible Pläne und Strukturen zu entwickeln und umzusetzen [9-15]. Ambulante psychiatrische Pflege bedeutet im Folgenden: Die Pflege wird außerhalb einer Klinik oder anderen Einrichtungen angeboten. Stattdessen sind Hausbesuche oder Aktivitäten in den Gemeinden zentrale Elemente der Betreuung.

Fragestellung

Gibt es ein Setting ambulanter psychiatrischer Betreuung, das die folgenden Kriterien erfüllt?

1. Menschen mit ungünstigen und problematischen Krankheitsverläufen, gehören ausdrücklich zum betreuten Personenkreis. Obdachlosigkeit, Aggressions- und Gewaltrisiko, Selbstvernachlässigung und Suchtprobleme sind keine Ausschlusskriterien.
2. Ist es explizit vorgesehen, dass Pflegenden in diesem Setting eigenverantwortliche Betreuungsleistungen erbringen. Ist die Pflege mit der folgenden Definition von Pflege vereinbar? Pflege ist das Erkennen und Behandeln menschlicher Reaktionen auf bestehende oder potenzielle Gesundheitsprobleme [16].
3. Könnte eine Wirksamkeit für dieses Setting belegt werden? Wobei ein Setting dann wirksam ist, wenn es zu einer Reduzierung von Krankenhausbehandlungen und zu einer Steigerung der Nutzerzufriedenheit führt.
4. Welche Faktoren charakterisieren dieses Setting?

Methode

Die internationale Literatur wurde gesichtet. Berücksichtigt wurden Studien, die die Kriterien 1.-3. der Fragestellung erfüllten.

Ergebnisse

Am weitesten entwickelt und verbreitet erscheint im internationalen Vergleich die ambulante psychiatrische Pflege in Großbritannien. Die Gründe für diese Entwicklung liegen in der zentralistischen Struktur des britischen Gesundheitswesens. Der 1948 gegründete National Health Service (NHS) ist das wesentliche Steuerungselement des britischen Gesundheitssystems. Ihm obliegt die Schaffung und Finanzierung neuer Versorgungsstrukturen. Die ambulante psychiatrische Pflege heißt in Großbritannien Community Psychiatric Nursing (CPN). Schulz und Behrens fassen die Entwicklung und Tätigkeitsfelder der CPNs, deren Anfänge auf das Jahr 1954 zurückgehen, gut in einem Artikel zusammen [17]. Über die Jahrzehnte haben die Pflegenden in Großbritannien dadurch innerhalb des gemeindenahen Versorgungssystems eine hohe Bedeutung erlangt.

Es scheint, dass in anderen europäischen Ländern und den USA die Entwicklung gemeindenaher Versorgungsangebote schwieriger ist. In einer amerikanischen Veröffentlichung werden dafür folgende Gründe benannt [18]: Fehlende langfristige Visionen und Ziele bezüglich des Versorgungssystems, statt dessen kurzfristige politische Planungen und Entscheidungen, fehlende negative Bewertungen und Missbilligungen von Maßnahmen, die nicht evidenzbasiert sind, mangelnde politische Aufmerksamkeit im Vergleich zu anderen gesellschaftlichen Themen, begrenzte finanzielle Mittel sowie eine generelle Unsicherheit beziehungsweise Widerstand gegenüber Veränderungserfordernissen. Vielfach ist die Pflege in nicht-stationären Settings deutlich unterrepräsentiert. Es scheint aber, dass sich Pflegenden nun vermehrt für den ambulanten Bereich interessieren und aktiv Tätigkeitsfelder erschließen. In der Schweiz übernimmt zunehmend die Gemeindekrankenpflege (Spitex-Dienste) Versorgungsaufgaben der ambulanten psychiatrischen Pflege (siehe Beitrag von Regula Lüthi in diesem Band). Ferner gibt es in der Schweiz Empfehlungen, die Akutversorgung zu großen Teilen aus den Kliniken in die Gemeinden zu verlagern [19, 20]. In Deutschland gibt es sehr viele unterschiedliche Institutionen, die ambulante psychiatrische Pflege anbieten. Einige größere Krankenhausträger haben aber schon vor Jahren begonnen, psychiatrische Institutsambulanzen aufzubauen. Viele dieser Ambulanzen verstehen sich gemäß § 118 Sozialgesetzbuch V als Spezialambulanzen für KlientInnen, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf multiprofessionelle ambulante Behandlung angewiesen

sind [21]. Die aufsuchende Pflege ist in den Institutsambulanzen in der Regel etabliert. Die Durchführung von Hausbesuchen gilt als das wesentliche Behandlungsinstrument der Pflege. Allerdings sind die Finanzierungsstrukturen und damit die Möglichkeiten, ambulante psychiatrische Pflege anzubieten in den Bundesländern nicht einheitlich geregelt. Besondere Beachtung verdienen in Deutschland die Aktivitäten der deutschen Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V. (BAPP) [22]. In der BAPP sind Anbieter ambulanter psychiatrischer Pflege zusammengeschlossen. Es gibt regelmäßige Treffen und einen Newsletter, in dem über die zahlreichen Aktivitäten informiert wird. Seit Juli dieses Jahres gibt es in Deutschland eine neue Richtlinie des Bundesgesundheitsministeriums [23]. Danach kann ambulante psychiatrische Pflege nunmehr bundesweit ärztlich verordnet werden. Es bleibt aber abzuwarten, ob die Details der Richtlinie dazu führen werden, dass eine lebendige psychiatrische Pflege angeboten werden kann. Kritisch wird beispielsweise betrachtet, dass die Dauer der Verordnung maximal vier Monate betragen kann und dass Menschen bestimmten psychischen Störungsbildern von Leistungen ausgeschlossen werden. Aus diesem Grund wurde die Verordnung von einem Gericht bereits anderthalb Monate nach ihrem Inkrafttreten in Frage gestellt [24]. Erfreulich ist auch, dass Gedanken der ambulanten psychiatrischen Pflege Eingang in die Fachweiterbildung psychiatrische Pflege gefunden haben. In Deutschland sind 150 Stunden berufspraktische Anteile im Bereich ambulante Pflege, rehabilitative Pflege oder komplementärer Bereich vorgeschrieben [25]. Begrüßenswert ist auch das Leonardo-Projekt der Europäischen Union „Weiterbildung Ambulante Psychiatrische Fachkrankenpflege (WAP)“ [26], in dem es um Qualifizierungsfragen geht.

Assertive Community Treatment (ACT)

Orientiert an der Fragestellung ergab die Sichtung der Literatur, dass das Assertive Community Treatment (ACT) ein klar definiertes und in Großbritannien und den USA weit verbreitetes Setting ist, dessen Wirksamkeit in zahlreichen hochwertigen Studien belegt werden konnte. Das ACT wurde ausdrücklich für KlientInnen entwickelt, die einen ungünstigen Krankheitsverlauf haben. Obdachlosigkeit, Aggressions- und Gewaltisiko, Selbstvernachlässigung und Suchtprobleme sind keine Ausschlusskriterien, sondern werden ausdrücklich als „Einschlusskriterien“ genannt. Die psychiatrische Pflege ist innerhalb des ACT ein wesentlicher Bestandteil. Die Tätigkeiten der Pflege lassen sich gut mit der ANA-Definition von Pflege verbinden. Details werden im Folgenden dargestellt. Aufgrund der Vielfalt der Erscheinungsformen ambulanter psychiatrischer Pflege ist es nicht ausgeschlossen, dass es weitere Settings gibt, zu denen noch keine Studien vorliegen, die die genannten Kriterien, insbesondere das der Wirksamkeit erfüllen.

In der Literatur werden die Begriffe Assertive Outreach Treatment, Assertive Outreach Service, Assertive Community Treatment und Assertive Case-Management synonym verwendet. Im Folgenden wird der Begriff Assertive Community Treatment (ACT) verwendet. Das Wort „Assertive“ wird in obigem Zusammenhang am ehesten mit Nachdrücklichkeit übersetzt. Die Nachdrücklichkeit bezieht sich zunächst auf die Kontaktaufnahme, die unter Umständen auch über einen längeren Zeitraum betrieben wird, in dem Pflegende nachgehend arbeiten. Die Kontakte werden benutzt, um vor allem die Ziele der KlientInnen zu erreichen, was diesen nachhaltige Verbesserungen bringt. Assertive Community Treatment könnte man demnach auch mit Nachdrücklicher, nachgehender und nachhaltiger Behandlung in der Gemeinde beschreiben.

Der Beginn des ACT geht auf die 70er Jahre zurück. Dort wurde das erste Modell einer Behandlung und Begleitung entwickelt, die das Ziel hatte, KlientInnen bei der Bewältigung ihres Alltags zu helfen [27]. Nach der SAMHSA (Substance Abuse And Mental Health Services Administration des amerikanischen Gesundheitsministeriums) ist ACT ein Modell, das zeigt wie Dienstleistungen so erbracht werden können, dass sie angenommen werden. Es ist kein Case-Management-Programm [28]. ACT ist heute in den USA und in Großbritannien weit verbreitet.

Im Folgenden werden die Charakteristika des ACT dargestellt. Auf der Website der SAMHSA können umfangreiche Informationen und Materialien zum ACT kostenlos herunter geladen werden [28]. Eine gute und kurze Beschreibung findet sich in einem Beitrag von Burns und O'Brien [29].

Charakteristika

- ACT ist für Personen mit ernsthaften und anhaltenden psychischen Störungen, bei denen zudem ein Risiko, den Kontakt zu den Leistungsanbietern zu verlieren besteht [30]. Häufig treten zudem Suchterkrankungen, Obdachlosigkeit und Konflikte mit dem Gesetz auf.
- Der Kontakt zu den KlientInnen wird mit Nachdruck gehalten.
- Ziele: Krankenhauseinweisungen vermeiden, psychische Stabilität erreichen und die Lebensqualität verbessern. Es werden die individuellen Ziele der KlientInnen angestrebt, um daraus Hoffnung zu entwickeln. Oft wird das zweite Ziel besonders betont und mit dem Begriff „Recovery“ in Verbindung gebracht [31, 32].
- Eine Betreuungsperson ist für 10-15 KlientInnen zuständig. Sie koordiniert die Behandlung und überwacht die Einnahme der Medikamente, was einen Schwerpunkt des ACT darstellt.

- Ein zweiter Schwerpunkt bildet die Förderung von Eigeninitiative bei den KlientInnen.
- Familienangehörige und andere Betreuer werden unterstützt.
- Vielfach gibt es eine 24-Stunden-Betreuung. Deren Notwendigkeit wird von einzelnen Anbietern aber in Frage gestellt [29].
- Die Betreuung findet überwiegend im Lebensumfeld der KlientInnen statt. Hausbesuche sind das zentrale Element der Behandlung [6].
- Es finden in der Regel zwei Hausbesuche pro Woche statt, bei Bedarf auch mehr.
- ACT wird zeitlich unbefristet gewährt.
- Es wird ein Fokus auf die Stärken der KlientInnen gelegt.
- ACT wird von multidisziplinären Teams von 10-12 MitarbeiterInnen angeboten. Pflegende, Sozialarbeiter und Psychologen sind regelmäßig in den Teams vertreten, Ärzte gelegentlich. Allerdings wird ausdrücklich betont, dass alle KlientInnen in ärztlicher Behandlung sein müssen. Die MitarbeiterInnen müssen über klinische psychiatrische Erfahrungen verfügen. Der Teamansatz besagt, dass alle Teammitglieder gemeinsam für die KlientInnen des gesamten Teams verantwortlich sind.

Bereiche, in denen die Dienstleistungen erbracht werden

- Aktivitäten des täglichen Lebens: Einkaufen und Kochen, Kleidung beschaffen und pflegen, Transportmittel benutzen, soziale und familiäre Kontakte pflegen
- Familienleben: Krisenmanagement, Beratungen und Psychoedukation für Angehörige, Koordination mit Jugendämtern und anderen Betreuungsdiensten, Unterstützung bei der elterlichen Rollenausübung
- Arbeit und Beschäftigung: Information von Arbeitgebern über psychische Erkrankungen, vorbereitende Unterstützung bei Beschäftigungsbeginn, Hilfe bei der Arbeitssuche und beim Erhalt des Arbeitsplatzes, Unterstützung des Arbeitnehmers
- Ansprüche sichern: Hilfe bei Antragstellungen, Begleitung zu Behörden, Kostenträgern oder ähnlichen Einrichtungen
- Suchtbehandlung: direkte Suchtbehandlung durch Teammitglieder
- Gesundheit: Psychoedukation, Gesundheitserziehung, medizinische Screeninguntersuchungen, Routinekontrollen/Gesundheitschecks, Akutbehandlungen ermöglichen soweit angezeigt, Sexualaufklärung und -beratung
- Unterstützung der medikamentösen Behandlung: Medikamentenbestellung, Medikamentenlieferung, Anleitung und Information, Kontrollieren/Erinnern, Nebenwirkungen überwachen

- Häusliche Umgebung: Unterstützung bei der Wohnungssuche, Unterstützung bei der Planung und Organisation der Finanzierung/Abrechnung, Instandhaltung, Pflege der Beziehung zum Vermieter, Verbesserung- der Fähigkeit eine Wohnung zu führen
- Regelung finanzieller Angelegenheiten: Haushaltsplan entwerfen, Schuldenberatung, Zahlungsverkehr unterstützen, Unabhängigkeit fördern
- Beratung: orientiert an Problemlösungen, in alle Aktivitäten eingebunden, beinhaltet die Entwicklung von Bewältigungsstrategien

Es wird empfohlen mit den KlientInnen Wochenpläne zu entwickeln. Ein typischer Wochenplan, der den Teamansatz verdeutlicht, könnte folgendermaßen aussehen:

Abbildung nächste Seite ►►►

Konzepttreue (Fidelity)

Mit der Assertive Community Treatment Fidelity Scale können bestehende gemeindenahere Betreuungsangebote dahingehend überprüft werden, ob sie die zentralen Kriterien des ACT erfüllen. Sämtliche Materialien befinden sich auf der Website der SAMHSA [28]. Die Kriterien können auf einer 5-stufigen Skala mit 1-5 Punkten bewertet werden. Bei einem Score von 90 Punkten sind die Kriterien zu 100% erfüllt. Die Kriterien sind:

Personalressourcen (Struktur und Zusammensetzung)

1. Kleine Fallzahl pro Mitarbeiter (optimal: höchstens 10)
2. Umsetzung des Teamansatzes (optimal: mindestens 90% der KlientInnen haben innerhalb von zwei Wochen zu mehr als einem Teammitglied einen direkten Kontakt)
3. Häufigkeit der Teambesprechungen (optimal: Das Team trifft sich an mindestens 4 Tagen pro Woche und bespricht dabei alle KlientInnen wenigstens kurz)
4. Praktische Tätigkeit des Teamleiters (optimal: Die Teamleiterin arbeitet mindestens 50% in direktem Kontakt mit KlientInnen)
5. Kontinuität der Mitarbeiterbeschäftigung (optimal: weniger als 20% Personalwechsel in 2 Jahren)
6. Anteil der Teammitglieder, die im ACT tätig sind (optimal: Das Programm wird von mindestens 95% der MitarbeiterInnen umgesetzt)
7. Beschäftigungsanteil eines Psychiaters im Team (optimal: ein Psychiater als Vollzeitkraft für 100 KlientInnen)
8. Anteil Pflegenden im Team (mindestens zwei Pflegenden in einem Team für 100 KlientInnen gelten als optimal (entspricht einer Teamgröße von ca. 8 MitarbeiterInnen)

Abbildung 1: Wochenplan

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Morgens	7.30 Telefonanruf zum Wecken SABINE 11.00 Speiseplan für die Woche, einkaufen MARIA	7.30 Telefonanruf zum Wecken MARIA	7.30 Telefonanruf zum Wecken MARIA	7.30 Telefonanruf zum Wecken MARIA 8.30 Wäsche SABINE	7.30 Telefonanruf zum Wecken MARIA		
Nachmittag, Abend	19.00 Telefonanruf: Befinden, Vorkommnisse GEORG	19.00 Telefonanruf: Befinden, Vorkommnisse GEORG	16.00 Hausbesuch, Unterstützung Kinder SABINE 19.00 Telefonanruf: Befinden, Vorkommnisse GEORG	19.00 Telefonanruf: Befinden, Vorkommnisse MARIA	16.00 Hausbesuch, Unterstützung Kinder SABINE		19.00 Telefonanruf: Befinden, Vorkommnisse, Vorbereitung Wochenbeginn MARIA

9. Suchtspezialist im Team (optimal: 2 Vollzeitkräfte mit einer 1-jährigen suchtspezifischen Ausbildung oder Erfahrung in diesem Bereich)
10. Spezialist für berufliche Fragen im Team (optimal: 2 Vollzeitkräfte mit einer 1-jährigen spezifischen Ausbildung oder Erfahrung in diesem Bereich)
11. Teamgröße (mindestens 10 Vollzeitkräfte gelten als optimal)

Organisatorische Grenzen

1. Klarheit der Aufnahmekriterien (Das Team kennt den Auftrag und den zu betreuenden Personenkreis genau und benutzt messbare und klar operationalisierte Kriterien um unangemessene Aufnahmen auszuschließen)
2. Aufnahmequote (optimal: innerhalb der letzten 6 Monate wurden nicht mehr als 6 KlientInnen pro Monat aufgenommen)
3. Volle Verantwortlichkeit für die Erbringung folgender Dienstleistungen: Case-Management, Beratung/Psychotherapie, häusliche Unterstützung, Suchtbehandlung, berufliche/soziale/medizinische Rehabilitation
4. Zuständigkeit für Kriseninterventionen (optimal: 24-Stunden-Krisendienst)
5. Beteiligung bei Krankenhausaufnahmen (optimal: Beteiligung bei mindestens 95 %)
6. Zuständigkeit für Krankenhausentlassungsplanungen (optimal: Beteiligung bei mindestens 95 %)
7. Zeitliche Befristung des Angebots (optimal: alle KlientInnen werden zeitlich unbefristet betreut, pro Jahr werden weniger als 5% neu aufgenommen)

Charakter der Dienstleistungen:

1. Anteil aufsuchender Kontakte in der Gemeinde (optimal: 80% der direkten Kontakte finden außerhalb statt)
2. Anteil von Behandlungsabbrüchen (optimal: mind. 95% der KlientInnen sind über einen Zeitraum von 12 Monaten im Programm)
3. Aspekt der Nachdrücklichkeit (optimal: Das Programm zeigt konsistent gut durchdachte Strategien, folgt den KlientInnen bei Rückzug und Abwehrtendenzen und nutzt gesetzliche Möglichkeiten soweit angezeigt)
4. Betreuungsintensität (optimal: Im Durchschnitt mindestens 2 Stunden direkte Kontakte pro Woche)
5. Häufigkeit der Kontakte (optimal: Im Durchschnitt finden mindestens 4 direkte Kontakte pro Woche statt)
6. Zusammenarbeit mit anderen Stellen des Unterstützungssystems (optimal: mindestens 4 Kontakte pro Monat und KlientIn in der Gemeinde)
7. Anteil Individueller Suchtbehandlung (optimal: KlientInnen mit Suchtproblemen erhalten pro Woche mindestens 24 Minuten pro Woche eine spezielle Suchtbehandlung)

8. Gruppenangebote für KlientInnen mit Doppeldiagnosen (optimal: mindestens 50% der KlientInnen mit Suchtproblemen nehmen an mindestens einem Gruppentreffen pro Monat teil)
9. Doppeldiagnosenmodell (Das Programm wendet einen Stufenplan an, der nicht konfrontativ ist, verhaltenstherapeutischen Prinzipien folgt, beachtet Verbindungen zwischen psychischer Erkrankung und Suchtmittelmissbrauch und strebt unterschiedliche Abstinenzstufen an)
10. Rolle von Nutzern innerhalb des Behandlungsteams (optimal: Nutzer werden vollzeitig als Betreuer, z. B. als Case-Manager beschäftigt mit vollständigem professionellen Status)

Wirksamkeit

Es gibt beeindruckend viele Studien zur Wirksamkeit, die u. a. in einer Review der Cochrane Library zusammengefasst werden [33]. Demnach bleiben im Vergleich zu einer Standard-Betreuung KlientInnen des ACT eher in Kontakt mit dem Betreuungsdienst, müssen seltener in stationäre Behandlung und wenn, dann kürzer. Auch die Wohn- und Arbeitssituation sowie die Zufriedenheit ist im Vergleich zur Standardbetreuung besser. In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand und die soziale Funktionsfähigkeit konnten keine Unterschiede festgestellt werden. Eine Studie aus dem Jahre 2001 untersuchte bei 21 von 36 ACT-KlientInnen in Preston deren Zufriedenheit mit dem ACT [34]: Die Zufriedenheit kann als hoch bezeichnet werden. Die KlientInnen erleben ACT als hilfreich. Sie engagieren sich daher. Es wird eine gute Allianz zwischen Teammitgliedern und KlientInnen festgestellt. Die KlientInnen fühlen sich gut in die Behandlung einbezogen. 80% der Befragten erlebten ihre Behandlung als ziemlich gut bis sehr gut geplant. 70% finden, dass ihre Medikamente ungefähr richtig dosiert sind. Eine frühere Studie aus dem Jahr 1995 kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Allerdings äußern hier über 30% der KlientInnen, dass sie mit der Menge der verordneten Medikamente und deren Nebenwirkungen unzufrieden sind [35]. Aus ökonomischer Sicht führt ACT zu einer Reduktion der Kosten für stationäre Behandlungen. Die Gesamtbetreuungskosten reduzieren sich dadurch jedoch nicht [6].

Wie erleben Pflegende das ACT?

Dieser Frage ging eine phänomenologische Studie nach [36]. Dabei waren zwei Fragen von besonderer Bedeutung. 1. Wie verstehen Pflegende das Phänomen „nachdrückliches Engagement“? 2. Wie setzen Pflegende diesen Ansatz bei KlientInnen um, die bislang Unterstützung nicht zuließen? Folgende Themen wurden dabei herausgearbeitet. Die Pflegenden beschrieben, dass sie genügend Zeit hätten für ihre KlientInnen, die sie nutzen können, um zu den KlientInnen eine Verbindung aufzubauen. Der Einsatz von Zeit orientiere

sich aber auch an der Geschwindigkeit der KlientInnen. Interventionen müssen zur rechten Zeit erfolgen. Das könne an Zeichen erkannt werden, die von den KlientInnen und seinen Angehörigen ausgehen. Wichtig sei es, in kleinen Schritten zu denken und zu planen. Pflegende berichten, dass der Aufbau einer Beziehung sehr lange dauern könne. Ohne eine tragfähige Beziehung sei es sehr schwer, sich nachdrücklich zu engagieren. Pflegende erleben in dieser Situation einen hohen Druck und belastende Sorgen. Von außen würden MitarbeiterInnen anderer Dienste an sie die Erwartung richten, KlientInnen zu erreichen, die sie selbst bislang nicht erreichen konnten. Den Pflegenden gelinge das überraschenderweise auch sehr oft. Eine Teilnehmerin der Studie beschreibt dieses Phänomen folgendermaßen (Übersetzung S.W. [36]: „Ich glaube, viele wissen nicht, wie schwierig es ist, manche Leute zu erreichen. Das betrifft alle Berufsgruppen nicht nur die CPNs. Ich stelle mir vor, dass sie zu uns zur Aufnahme kommen, weil es schwierig ist, sich mit ihnen zu beschäftigen oder weil sie vom gesamten Team als schwierig erlebt wurden. Irgendwie macht es das für uns leichter, mit ihnen in Kontakt zu kommen. Ich finde es klasse, wenn das der Fall ist, aber ich könnte nicht sagen, dass wir irgendwelche magischen Fähigkeiten besitzen, die es uns ermöglichen, die Leute zu erreichen.“ Es scheint, dass Pflegende im ACT häufig eine andere Rolle einnehmen als, Pflegende in anderen Diensten. Gemeinsam praktische Dinge zu tun, wird von den Pflegenden als sehr hilfreich erlebt. Die KlientInnen würden sich dabei als aktiv und leistungsfähig erleben. Zusammenfassend kommen die Pflegenden zu der Einschätzung, dass allein der gezielte, engagierte und geduldige Aufbau der Beziehung bei den KlientInnen die Bereitschaft weckt, ihre Ressourcen einzusetzen und aktiv zu werden.

Offene Fragen zum ACT

In der Literatur werden einige Fragen bezüglich des ACT aufgeführt, die noch nicht abschließend geklärt sind [37]: Verbessert ACT funktionelle Ergebnisse, wie die Arbeitsfähigkeit und finden KlientInnen mit ACT leichter Arbeit? Sollten stabilere KlientInnen ACT erhalten? Wie steht es mit unterschiedlichen ethnokulturellen Gruppen? Was ist mit KlientInnen mit anderen Diagnosen wie Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ, Posttraumatischen Belastungsstörungen, oder Suchtstörungen? Sollte ACT in Settings integriert werden, die bereits die grundlegenden Elemente wie die aufsuchende Arbeit integriert haben? Zusätzlich stellt sich die Frage, ob ACT nicht auch für psychisch kranke Menschen geeignet wäre, die sich mit ihrer Krankheit in der Form „eingrichtet“ haben, dass sie nicht häufig in stationäre Behandlung müssen, aber trotzdem still und isoliert zu Hause leben (Stichwort: ambulanter Hospitalismus).

Schlussfolgerungen

ACT ist ein evidenzbasiertes Behandlungskonzept, das in hohem Maß für Menschen geeignet ist, die ernsthafte psychische Störungen haben und von herkömmlichen Behandlungsangeboten nicht erreicht werden. Weil der engagierte und geduldige Beziehungsaufbau und die Gestaltung des Alltags zentrale Elemente des ACT sind, ist es ein Arbeitsfeld, das sich mit dem Verständnis von psychiatrischer Pflege deckt. Pflegende sollten sich vor diesem Hintergrund verstärkt in ambulanten Betreuungsformen engagieren, besonders wenn diese einige Kriterien des ACT erfüllen. Es stellt sich die Frage, ob das Konzept des engagierten und geduldigen Beziehungsaufbaus auch auf andere Versorgungsbereiche übertragen werden könnte oder müsste. Zum Beispiel auf Stationen, die den so genannten „Drehtüreffekt“ erleben.

Literatur

1. **Dörner K** (1998) Ende der Veranstaltung. Jakob van Hoddis, Gütersloh
2. **Dielentheis T, Priebe S** (2002) Patientenmerkmale, Behandlungsdauer und Kosten in einem gemeindepsychiatrischen Versorgungsmodell. *Psychiatrische Praxis* 29:186-193
3. **Jones A** (2002) Assertive community treatment: development of the team, selection of clients, and impact on length of hospital stay. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9:261-270
4. **Morris M** (1996) Patients' perceptions of psychiatric home care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10:176-183
5. **Malla A, Ross N, Manchanda R, McLean T.S, Harricharan R, Cortese L, Townsend L.A, und Scholten D.J.** (2002) Status of patients with first-episode psychosis after one year of phase-specific community-oriented treatment. *Psychiatric Services* 53:458-463
6. **Burns T, Knapp M, Catty J, Healey A, Henderson J, Watt H, Wright C** (2001) Home treatment for mental health problems: A systematic review. *Health Technology Assessment* 5(15).
7. **Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R** (2000) Case management for people with severe mental disorders (Cochrane Review) *The Cochrane Library*, Issue 4, Update Software, Oxford
8. **Utschakowski J** (2002) Vergleich der psychiatrischen Versorgungssysteme in Trieste, Nord-Birmingham und Bremen, <http://www.wap-leonardo.de/>
9. **Zeeman Z, Chapman R, Wynaden D, McGowan S, Lewis M, Austin J, Finn M** (2002) Community mental health care: Documenting the role of the nurse. *Contemporary Nurse* 12(2):112-123
10. **Hellwig K** (1993) Psychiatric home care nursing: managing patients in the community setting. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 31(12):21-24
11. **Hummelvoll J, Barbarosa da Silva A** (1998) The use of the qualitative research interview to uncover the essence of community psychiatric nursing. *Journal of holistic nursing*,. 16(4): S. 453-478.
12. **Stulginsky M** (1993) Nurses home health expertise: Part I: The practice setting. *Nursing & Health Care* 14(8):402-407
13. **Stulginsky M** (1993) Nurses home health expertise: Part II: The unique demands of home visits. *Nursing & Health Care* 14(9):476-485
14. **Bowers L** (1992) Ethnomethodology II: A study of the community psychiatric nurse in the patient's home. *International Journal of Nursing Studies* 29(1):69-79.
15. **Wolff S** (1999) 10 Vorteile der ambulanten psychiatrischen Pflege gegenüber der stationären - Ein Plädoyer. *Psych Pflege Heute*, 5:3-7
16. **ANA American Nurses Association** (1995) Nursing's social policy statement. American Nurses Association, Kansas City
17. **Schulz M, Behrens J** (2005) Die Entwicklung gemeindenaher psychiatrischer Pflege in Großbritannien. *Pr-internet*, 2005(07-08):410-415
18. **Goldman HH, Ganju V, Drake RE, Gorman P, Hogan M, Hyde PS, Morgan O** (2001) Policy Implications for Implementing Evidence-Based Practices. *Psychiatric Services* 52(12): 1591-1597.
19. **Brenner HD, Junghan U, Pfammatter M**, Gemeindeintegrierte Akutversorgung. *Nervenarzt* 71:691-699

20. **Brenner HD, Rössler W, Fromm E** (2003) Die moderne evidenzbasierte psychiatrische Versorgung: Welchen Weg nimmt die institutionelle Schweizer Psychiatrie? Schweizerische Ärztezeitung 84(35):1777-1786
21. **Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V)**, - Gesetzliche Krankenversicherung -. 7.10.2005.
22. **BAPP Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege**, Schönhauser Allee 175, 10119 Berlin, 2005, <http://www.bapp.info>
23. **Bundesgesundheitsministerium** (2005) Häusliche Krankenpflege Richtlinien. Bundesanzeiger, 2005(96):7969.
24. **nh, Psychiatrische Pflege**: Gericht stellt erstmals Richtlinie in Frage, In: Care konkret. 2005: Hannover (S 8)
25. **Kühl H** (2002) Vergleich der psychiatrischen Ausbildung in der Pflege unter Berücksichtigung spezifischer ambulanter Befähigung in Italien, Großbritannien und Deutschland, <http://www.wap-leonardo.de/>
26. **WAP Weiterbildung Ambulante psychiatrische Fachkrankenpflege** (2005), <http://www.wap-leonardo.de/>
27. **Stein LI, Test MA** (1980) Alternative to mental hospital treatment. I: Conceptual Model, treatment programme and clinical evaluation. Archives of General Psychiatry 37(4):392-398
28. **SAMHSA Evidence-Based Practices** (2005) Shaping Mental Health Services Toward Recovery, Substance Abuse And Mental Health Services Administration, P.O. Box 42557, Washington, DC <http://www.mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits/community/>
29. **Burns T, O'Brien A** (2004) Assertive Case-Management und Case-Management in der Rehabilitation. In: Rössler W (Hrsg) Psychiatrische Rehabilitation. Springer, Berlin (S 671-680)
30. **DoH Department of Health** (1999) National Service Framework for Mental Health. HMSO, London
31. **Mueser KT, Torrey WC, Lynde D, Singer P, Drake RE** (2003) Implementing Evidence-Based Practices for People with Severe Mental Illness. Behavior Modification 27(3):387-411
32. **Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, Tanzman B, Schaub A, Gingerich S, Essock SM, Tarrier N, Morey B, Vogel-Scibilia S, Herz MI** (2002) Illness management and recovery: A review of the research. Psychiatric Services 53(10):1272-1284
33. **Marshall M, Lockwood A** (1998) Assertive community treatment for people with severe mental disorders. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 1998(2):CD001089.
34. **Graham J, Denoual I, Cairns D** (2005) Happy with your care? Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 12:173-178
35. **Gerber GJ, Prince PJ** (1999) Measuring client satisfaction with assertive community treatment. Psychiatric Services 50(4):546-550
36. **Addis J, Gamble C** (2004) Assertive outreach - nurses' experience of engagement. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 11:452-460
37. **Drak RE, Goldman HH, Leff HS, Lehman AF, Dixon L, Mueser KT, Torrey WC** (2001) Implementing Evidence-Based Practices in Routine Mental Health Service Settings. Psychiatric Services 52(2):179-182

Pflegerische stationäre und ambulante Betreuung aus einer Hand – eine Illusion?

Werner Mayr

Hintergrund

Welcher Pflegende in der Psychiatrie kennt nicht die Situation, dass ein Patient einerseits stationär entlassen wird, andererseits eine pflegerisch - professionelle Nachsorge noch sinnvoll erscheint. Hilfe von unbekanntenen Personen lehnt der Patient konsequent ab. Dennoch wird er entlassen und bei den Pflegenden bleibt ein ungutes Gefühl zurück. Das weitere Wohlergehen des Patienten bleibt dem Zufall überlassen. So ging es nicht selten auch uns Pflegekräften der psychiatrischen Klinik in Heidenheim/Brenz und wir suchten nach einer Möglichkeit, Verbesserungen in Gang zu bringen.

Psychiatrische Institutsambulanz

2002 wurde die Einrichtung einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) bewilligt. Bereits im Vorfeld hatten wir uns im Leitungsteam geeinigt, welches Modell wir für den Betrieb der PIA bevorzugen wollten. Unser Modell sah vor, dass die Patienten, so sie die Leistungen der PIA in Anspruch nehmen, nach der Entlassung schwerpunktmäßig von den ihnen bekannten und vertrauten Klinikmitarbeitern betreut werden. Die Kontaktierungen können in den Klinik- und Stationsräumen geschehen oder beim Patienten zuhause. Sie finden je nach Vereinbarung in regelmäßigen (z. B. wöchentlich, zweiwöchentlich, monatlich) oder unregelmäßigen Abständen statt und richten sich nach der Notwendigkeit und Machbarkeit. Im Minimalfall ist es nur ein Kontakt im Quartal, ansonsten gibt es nach oben hin keine Grenze. Die bestehenden Angebote in den Wochenplänen der Stationen können von den ambulanten Patienten genutzt werden, somit sind auch Gruppenteilnahmen möglich. Einige Therapeuten bieten auch spezielle Gruppen für PIA-Patienten an. Jeder Mitarbeiter der Klinik ist auch Mitarbeiter der PIA, die Multiprofessionalität ist gewährleistet, die PIA ist ins Gesamtkonzept integriert. Somit besteht für die Pflegenden die Möglichkeit sowohl stationär als auch ambulant tätig zu sein.

Setting

Die psychiatrische Klinik ist Teil des Klinikums Heidenheim. Dieses umfasst ca. 700 Betten und setzt sich aus 13 Haupt- und 4 Belegabteilungen zusammen. Das Einzugsgebiet umfasst den Landkreis Heidenheim mit etwa 150.000 Einwohnern, der kleinstädtisch – ländlich, aber auch durch seine industriellen Betriebe geprägt ist. Unsere Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik beinhaltet eine Tagesklinik mit 14 Plätzen und drei Stationen mit je 24 Planbetten (seit 2002 je 26 Planbetten). Die Stationen werden gemischtgeschlechtlich belegt, die Patienten sind in der Regel über 18 Jahre alt, es werden ab und zu auch Hochbetagte aufgenommen. Eine Station (Station 43) hat den Schwerpunkt Sucht- und Psychotherapie und Psychosomatik. Auf den Stationen 41 und 42 sind Patienten mit allen gän-

gigen psychiatrischen Diagnosen vertreten. Auf der Station 41 behandeln wir u. a. suizidale, fremdgefährdende, weglaufgefährdete, fluchtgefährdete und demente Patienten, die je nach Beschluss auch gerichtlich nach UBG oder BGB untergebracht sind. In unserem Landkreis gibt es keinen eigenständigen ambulanten psychiatrischen Pflegedienst.

Bezugspflege

Seit 10 Jahren arbeiten die Pflegekräfte auf unserer Station 41 im Bezugspersonensystem, um der professionellen Beziehungsgestaltung zum Patienten die bestmöglichen Voraussetzungen zu bieten. Hieraus wird ersichtlich, dass wir die professionelle Beziehung zum Patienten als Basis der psychiatrisch-pflegerischen Arbeit sehen. Meiner Erfahrung nach wirkt sich dies auf den gesamten stationären Behandlungsprozess des Patienten sehr positiv aus. Die PIA ermöglicht es uns Pflegenden, die begonnene professionelle Beziehungsarbeit über die Entlassung hinaus fortzuführen. Zusammenfassend orientieren sich unsere pflegerischen Tätigkeiten neben der hier genannten Beziehungsarbeit am Patienten natürlich an den Regelaufgaben, wie sie in der Psychiatrie-Personalverordnung dokumentiert sind.

Pflegeteam

Um die anfallenden pflegerischen Anforderungen im Alltag umsetzen zu können, ist auch eine entsprechende personelle Besetzung notwendig. Die Stellenbesetzung orientiert sich auf unserer Station in etwa an der Psychiatrie – Personalverordnung und umfasst 17.9 Sollstellen (Stand 09.2005). 11.7 Stellen sind durch Pflegekräfte mit dreijähriger Ausbildung besetzt, 3 Stellen durch Pflegekräfte mit dreijähriger Ausbildung und Fachweiterbildung, 2 Stellen durch Heilerziehungspfleger mit dreijähriger Ausbildung und 0.5 Stellen durch eine Krankenpflegehelferin mit einjähriger Ausbildung. Dazu kommen Praktikanten/FSJ und Schüler.

Mitarbeit in der Ambulanz

Nach unserem Konzept besteht nun für alle Pflegekräfte des Stammpersonals auch die Möglichkeit in der PIA mitzuwirken, was inzwischen von allen Mitarbeitern, wenn auch in unterschiedlicher Intensität, genutzt wird. Im II. Quartal 2005 haben Pflegekräfte unserer Station 22 PIA-Patienten mitbetreut. Aufgrund der Leistungserbringung im Rahmen der PIA wurde zwischenzeitlich auch unser Personalschlüssel etwas angehoben, wobei betont werden muss, dass in den ersten Abrechnungsquartalen eine Vorleistung ohne Stellenanrechnung erfolgte. In einer zwischenzeitlich auf unserer Station 41 durchgeführten Erhebung wurde deutlich, dass den Pflegekräften eine weitere Mitarbeit im Rahmen der stationsbezogenen PIA wichtig oder sehr wichtig ist.

Dienstzeiten

Die genaue Betrachtung der stationsbezogenen Dienstzeiten ist sehr wichtig, denn hier wird deutlich, dass stationäre und ambulante Arbeit parallel geleistet werden kann, ohne dass es zu dauerhaften Belastungen der Kollegen auf der Station kommt (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Dienstzeiten

Frühdienst	6:30	–	14:57 Uhr
Spätdienst	12:28	–	20:35 Uhr
Zwischendienst 1	7:50	–	16:17 Uhr
Zwischendienst 2	8:50	–	17:17 Uhr
Nachtdienst	20:05	–	6:50 Uhr

Die Schichtbesetzung beträgt mindestens 4 Personen im Früh- und im Spätdienst und 2 Personen im Nachtdienst. An über der Hälfte der Tage im Jahr ist ein Zwischendienst mit mindestens einer Person besetzt.

Die Überlappungszeiten bieten dem Pflegenden die Möglichkeit eine Absprache mit seinen Kollegen zu treffen um eine PIA-Aktivität mit einem Patienten durchführen zu können. Ansonsten werden die PIA-Aktivitäten meist für die Zeit vor Dienstbeginn oder unmittelbar nach Dienstende mit dem Patienten vereinbart. Die entsprechenden Zeiten werden dokumentiert und fließen in die monatliche Zeitabrechnung mit ein. Ab und zu kommt es vor, dass Patienten auch nachts auf der Station anrufen und ein entlastendes Gespräch führen. Bei entsprechender Dringlichkeit wird es an den AVD weitergeleitet. Der krisenpräventive Charakter solcher Gespräche ist nicht unbedeutend.

Zielgruppe

Die Zielgruppe entspricht der anderer PIA-Modelle. Es sind Patienten, die aufgrund der Schwere und Dauer der psychiatrischen Erkrankung nach Einschätzung des Stationsteams auch nach der Entlassung eine professionelle Kontaktierung und spezifische Versorgungsangebote von Pflegenden aus der Psychiatrie benötigen. Dabei handelt es sich um Patienten mit mangelndem Krankheitsgefühl, mangelnder Krankheitseinsicht, starken Rückzugstendenzen, fehlendem Selbstversorgungsimpuls aufgrund der Erkrankung. Ebenso in Frage kommen Personen, die noch länger behandelt werden müssen, aber krankheitsbedingt das Behandlungsangebot nicht eigeninitiiert in Anspruch

nehmen. Auch wenn diese Patienten wegen ihrer Krankheit nicht in der Lage oder bereit sind, einen niedergelassenen Nervenarzt zu kontaktieren und aufzusuchen, akzeptieren sie oftmals aufgrund der bisherigen therapeutischen Beziehung die Weiterbehandlung in der PIA. Vor der ambulanten Zusammenarbeit erklären beide Seiten, dass sie dies wollen

Das pflegerische Leistungsspektrum unserer PIAA

Wir Pflegenden bieten u. a.

- Psychiatrische Grundversorgung (Durchführung spezifischer krankens- und gesundheitspflegerischer Maßnahmen, Hilfen bei der Alltagsbewältigung, Feststellung von Ressourcen und Problemen, fallbezogene klinikinterne Kontaktgespräche, usw.)
- Hausbesuche und Unterstützung vor Ort
- Krisenintervention (akute, ungeplante, nicht aufschiebbare Kontakte)
- Spezielle Einzelbehandlung und -betreuung (alltagsbezogenes und praktisches Kompetenztraining, Medikamententraining,...)
- Spezielle Behandlung und Betreuung in Kleingruppen (Einkaufs-, und Kochgruppe, psychoedukative Gruppe,...)
- Spezielle Behandlung und Betreuung in der Großgruppe (Entspannungsgruppe, Depressionsgruppe,...)
- Unterstützung bei der Kontaktherstellung zu sonstigen Diensten (SpDi, Sozialstation,...)

Unser Leistungsspektrum entspricht wohl im Wesentlichen dem anderer Institutsambulanzen, wobei in unserem Modell die Einbindung in verschiedenste regelmäßig stattfindende pflegerisch-therapeutische Gruppen möglich ist.

Freiwilligkeit der Betreuung

Voraussetzung für ein erfolgreiches Gelingen der PIA-Arbeit ist das „freiwillige Wollen“ der Pflegekraft. Die Pflegekraft entscheidet sich also bewusst für eine Fortführung der bisherigen Beziehungsarbeit mit dem Patienten. Sie tut dies aus sich heraus, unabhängig von den sonstigen Erwartungen: *„Sie erkennt die Umstände. Die letztendliche Entscheidung zum „freiwilligen Wollen“ liegt immer bei ihr selbst. Sie verfolgt mit ihrer Entscheidung einen Zweck“* [1, S. 18].

Die Praxis zeigt aber auch, dass manche Pflegekräfte anfänglich zurückhaltend sind, obwohl sie nach Meinung der Kollegen eine tragfähige pflegerisch-therapeutische Beziehung zu Patienten gestalten könnten. Durch reflektierende und motivierende Gespräche können sie auf den Weg des freiwilligen Wollens geführt werden.

Relevante Alltagssituationen erkennen - gemeinsame Ziele formulieren

Wenn ein Patient auch in der PIA von der pflegerischen Bezugsperson weiterbetreut werden will, kann er sich trotzdem oft nicht vorstellen, wie dies in der Praxis aussehen kann. Aufgrund seiner Erkrankung scheint ihm vielleicht alles zu viel, konkrete Ziele können nicht formuliert werden oder fehlen ganz. Hier ist es Aufgabe der Bezugsperson, sensibel die jeweils anliegenden Themen anzusprechen. Wichtige Themen müssen mit dem Patienten besprochen und geplant werden, dann muss die entsprechende Umsetzung hilfreich begleitet werden. Letztlich geht es darum, den Patienten für seinen häuslichen Alltag zu rüsten, damit er im Rahmen seiner Möglichkeiten in größtmöglicher Selbstständigkeit und Unabhängigkeit leben kann.

Beispiel:

Der Winter naht. Der Holzvorrat geht zur Neige. Die an Schizophrenie erkrankte Patientin ist ständiger Kälte ausgesetzt. In diesem Fall ist erst einmal eine Sensibilisierung der Patientin für die anstehende Kälte notwendig.

Pk.: „Was ist für Sie wichtig, wenn der Winter sehr kalt ist und Sie ständig frieren?“

Pat.: „Ein warmer Ofen ...aber ich habe kein Brennholz mehr... Ich sollte Brennholz haben, ich weiß nicht, wo ich Brennholz herbekommen soll.“

Pk.: „Das sehe ich auch so, dass für den Winter ein warmer Ofen notwendig ist. Sollen wir Brennholz organisieren?“

Pat.: „Ja ... ja das wäre gut - aber wo soll ich eines herbekommen?“

Im weiteren Gespräch wird deutlich, dass die Patientin in vergangenen Jahren immer bei ihrem Bruder angerufen hat, damit dieser Brennholz vorbei bringt, sie selber aber kein Telefon hat. Von der Telefonzelle aus wolle sie nicht mehr telefonieren, weil die Passanten sie immer so böse anblicken würden.

Es wird vereinbart, dass die Patientin auch dieses Jahr wieder bei ihrem Bruder anruft, allerdings vom Stationszimmer aus, wenn sie wieder im Rahmen der PIA zur Station kommt. Die Pflegekraft kann in diesem Fall für ein ungestörtes Telefongespräch sorgen und die Patientin kann bei ihrem Bruder um Brennholz bitten. So von uns durchgeführt, konnte bei dieser Patientin das gemeinsame Ziel „Brennholz für den Winter“ erreicht werden und die Frau hatte es im Winter warm.

Erfahrungen aus der integrierten PIA-Arbeit

Positives aus Sicht der Pflegekraft:

- *Bisherige Beziehungsarbeit kann genützt und fortgeführt werden.*
- *Begonnene Planungen können weitergeführt werden.*
- *Multiprofessionelle Hausbesuche werden eher möglich.*
- *Paar- und Familiengespräche mit pflegerischer Beteiligung können in der bekannten Konstellation auch nachstationär prozessorientiert fortgeführt werden.*
- *In Krisensituationen kann nach Absprache mit den Kollegen (auch multi professionell) schnell interveniert werden.*
- *Bei notwendiger Wiederaufnahme:*
 - *Patient kann eventuell leichter motiviert werden.*
 - *Begleitung zum Klinikum ist undramatisch möglich.*
 - *Lückenlose personenkonstante Betreuung kann fortgeführt werden.*

Dies wird möglich, weil wichtige Informationen über den Patienten vorhanden sind (die Pflegekraft kennt den Patienten auch aus der Akutsituation), sowohl Ressourcen und Problemfelder als auch das Familien- und Angehörigensystem bekannt sind und weil die stationären Strukturen genutzt werden können (Gruppenangebote!).

Rückmeldungen von erfahrenen PIA-Patienten:

Von Patienten liegen inzwischen eine ganze Reihe positiver Rückmeldungen vor. Beispiel:

- *„Ich kenne Sie und Sie kennen mich.“*
- *„Wichtige Informationen müssen nicht noch mal gesagt werden.“*
- *„Einstellungen der Familien- und Angehörigen sind bekannt.“*
- *„Sie wissen um meine Gewohnheit zum Rückzug.“*
- *„Frau I. (=Fachkrankenschwester) kennt meine Stärken und Schwächen.“*
- *„Ich kenne auch die anderen Pflegekräfte der Station.“*
- *„Bei Verschlechterung meines Zustandes kann ich auf der Station anrufen und darüber sprechen, jemand ist dort immer erreichbar, auch am Wochenende und an Feiertagen.“*

- *„zur Not gehe ich auf die Station.“*
- *„ich habe schon nachts angerufen,...“*
- *„bei euch ist immer einer da, nicht so wie in einer Arztpraxis,...“*
- *„Ich gehe lieber mit Ihnen auf Station als mit der Polizei.“*
- *„Sie kennen mich aus den Tagen wo es mir sehr schlecht ging, auch da durfte ich sein wie ich war.“*
- *„Dank der PIA konnte ich früher entlassen werden.“*
- *„Ich hatte angerufen, dann kam Hr. W. (=Fachkrankenschwester) bald darauf vorbei, als ich mich nicht mehr allein aus der Wohnung getraut habe.“*

Erfahrungen aus der integrierten PIA-Arbeit

Jeder in der stationären und ambulanten Psychiatrie Arbeitende weiß, dass es zu schweren Krisen kommen kann. Da sind die besten Vereinbarungen und Ziele plötzlich wertlos, mühsam erreichter Konsens wird nichtig, Bezugspersonen und Familienangehörige können für den Patienten zum Feindbild werden.

In solchen Situationen benötigen die Pflegepersonen Standfestigkeit, sie brauchen Ausdauer, einen guten Überblick und Kooperationsfähigkeit. Sie müssen die komplexen Problemlagen erkennen, sich mit den anderen Beteiligten beraten und mit diesen um kreative Lösungsansätze ringen.

In der Krisensituation wird deutlich, dass in der PIA-Arbeit auch akutpsychiatrische Erfahrung notwendig ist. Elementar ist hier das Gespür des Pflegenden für die Situation. Hier gilt es zu entscheiden, wie viel Eigenverantwortung dem Patienten noch zugebilligt werden kann, und wann die Übernahme der Verantwortung durch die Pflegekraft indiziert ist. Kennt die pflegerische Bezugsperson den Patienten aus ähnlichen Situationen im stationären Rahmen, wird sie meiner Einschätzung nach im häuslichen Umfeld des Patienten leichter agieren können, um ihn aus der kritischen Situation zu führen oder die notwendigen Maßnahmen in die Wege zu leiten.

Erste Rückmeldung von Pflegenden

Eine Umfrage unter den Pflegekollegen zeigte, dass nahezu alle diese Organisationsform gut oder sehr gut finden. Ebenso wurde deutlich, dass die meisten Pflegekräfte die Möglichkeit schätzen, auch nach der Entlassung eines Patienten als seine pflegerische Bezugsperson fungieren zu können. Dies wird als Bereicherung des Tätigkeitsfeldes wahrgenommen.

Allerdings wird durchaus manchmal Mehrbelastung zur sonstigen Arbeit wahrgenommen. Dies macht sich meiner Beobachtung nach teils dann bemerkbar, wenn Patienten nicht zur vereinbarten Zeit kommen und es dadurch zu Überschneidungen mit anderen Patientenaufnahmen kommt oder an diesem Tag auf der Station eine hohe Arbeitsbelastung anfällt.

Fazit

Durch die Mitarbeit in der PIA wird deutlich, dass die Pflegekräfte eine hohe sozialpsychiatrische Identität besitzen, ihnen die patientenorientierte und wohnortnahe Versorgung wichtig ist und sie sich für ein stabilisierendes Lebensmilieu des Patienten einsetzen.

Aufgrund ihres Wissens und ihrer alltagsrelevanten Arbeit am Patienten und der entsprechenden professionellen Beziehungsgestaltung sind Pflegende aus einer erfolgreichen praktischen PIA-Arbeit nicht mehr wegzudenken. Es zeigt sich sehr deutlich, dass Pflegekräfte berufsgruppenübergreifend arbeiten und ihren Beitrag zur Bewältigung des individuellen Gesamtbehandlungsplanes eines Patienten leisten. Die pflegerische Kompetenz und Flexibilität wird sichtbar. Sehr bereichernd ist auch die Reflexion der ambulanten Arbeit im Gesamtteam.

Grundsätzlich zeigt sich, dass die stationäre wie die ambulante pflegerische Betreuung aus einer Hand machbar ist und nach meiner Einschätzung eine berechnete patientenorientierte Alternative zu anderen PIA-Modellen darstellt.

Literatur


1. **Bauer R** (2003) Beziehungspflege. Ibicura, Unterostendorf

Psychiatrische Pflege in nichtpsychiatrischen Settings

Regula Lüthi

Einleitung

Seit bald dreißig Jahren arbeite ich als Psychiatriepflegefachfrau. Von diesen dreißig Jahren habe ich 19 Jahre in psychiatrischen Institutionen, 7 Jahre in einem Weiterbildungszentrum und 4 Jahre als Betriebskrankenschwester in einem Warenhaus gearbeitet. Und ich wage zu behaupten, dass ich im Warenhaus und im Weiterbildungszentrum mindestens soviel über die psychiatrische Pflege erfahren und gelernt habe, wie in den psychiatrischen Institutionen. Ich habe ab und zu eher besser begriffen, wie ökonomische Bedingungen Menschen krank machen, wie Familien auf diese Krankheiten reagieren und wie Menschen mit psychischen Krankheiten im alltäglichen Leben zurechtkommen oder eben nicht.

Der folgende Satz dient als Leitgedanke zu diesem Text über die psychiatrische Pflege in nichtpsychiatrischen Settings:  „*Psychiatrische Pflege findet immer dort statt, wo die psychisch Kranken leben und nicht dort, wo die psychiatrischen Institutionen stehen*».

Zwei Vorurteile, denen ich selber auch noch erlegen bin, als ich zwölf Jahre in einem Ambulatorium gearbeitet habe, waren:

In nichtpsychiatrischen Settings werden die weniger schwer kranken Menschen gepflegt; und:

Die psychiatrische Pflege kann nur von Personen ausgeübt werden, die erstens eine Fachausbildung in psychiatrischer Pflege gemacht haben und zweitens eine langjährige Erfahrung aus psychiatrischen Institutionen mitbringen.

Diese zwei Vorurteile habe ich korrigiert, als ich in den letzten Jahren MitarbeiterInnen von Spitex-Organisationen¹ unterrichtete und dort auch Arbeitsplatzbesuche gemacht habe. Dabei habe ich erfahren, wie die drei Berufsgruppen Pflege, Hauspflege und Haushilfe mit psychisch Kranken umgehen und wie sie Situationen einschätzen.

Ich habe meine Vorurteile auch korrigiert, als ich Kurse in Allgemeinspitälern gab und z.B. zuhörte, wie Pflegende auf der Wiederherstellungschirurgie mit Borderline Patientinnen umgehen, die ihre Verbände immer wieder wegreißen und sich neu schneiden.

Menschen mit psychischen Problemen außerhalb der Psychiatrie

Die Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen ist sehr hoch: Über 25% der Bevölkerung erkranken im Laufe ihres Lebens an einer schweren psychischen Störung [6]. Viele dieser Störungen werden aber nicht durch die Psychiatrie behandelt. Ein Drittel aller PatientInnen in Schweizer Allgemeinpraxen leiden an einer oder mehreren behandlungsbedürftigen psychischen Störung, aber nur bei einem Viertel oder weniger werden diese vom Arzt auch als solche erkannt [3, S 8]. Viele Menschen mit psychischen Problemen nehmen keine Behand-

lungen in Anspruch. Unter den Frauen mit chronischen psychischen Problemen lassen sich 41% und unter den betroffenen Männern etwas 35% behandeln oder anders gesagt: Eine Mehrheit der betroffenen Personen sucht selbst bei chronischen psychischen Problemen keine Behandlung auf [3, S 37]. Im Widerspruch zur Bedeutung psychischer Probleme ausserhalb des psychiatrischen Versorgungssystems ist die Datenlage – mindestens in der Schweiz – mangelhaft. Es besteht eine relativ gute Datenlage im stationären, psychiatrischen Bereich, die jedoch mit zunehmender Distanz zur staatlichen Planung schwindet. Im Bereich der ambulanten Versorgung bestehen Lücken [5].

Das bedeutet, dass Pflegefachpersonen in einer „offiziellen« psychiatrischen Institution nur einem kleinen Teil aller psychisch kranken Menschen begegnen. Über die Hälfte aller psychisch Kranken setzen nie einen Fuß in eine psychiatrische Versorgungseinheit, ob ambulant oder stationär. Ihr Alltag ist nicht dort, wo *PsychiatriepflegerInnen* sind.

Da sich psychisch Kranke wegen somatischer Beschwerden im Spital, beim Hausarzt oder der Spitex melden, werden sie dort gepflegt.

Aber: Wie erkennen Sie in nichtpsychiatrischen *Settings* psychische Krankheiten?

Ab wann ist Pflege an diesen nichtpsychiatrischen *Settings* psychiatrische Pflege und wer führt diese Pflege aus?

Was ist psychiatrische Pflege

Was ist denn psychiatrische Pflege? Wie wird diese gemäss aktueller Angaben definiert? Im einem neueren Buch über „Psychiatrische Rehabilitation“ werden die wichtigsten Merkmale der Pflege in der Psychiatrie wie folgt zusammengefasst:

- „die Beeinflussung psychischer Krankheiten durch Maßnahmen im Bereich des konkreten Alltagslebens der PatientInnen
- Hilfe für psychisch Kranke, Krankheitsfolgen und krankheitsbedingte Schwierigkeiten im Alltagsleben auszuhalten, zu mildern oder zu bewältigen
- Unterstützung für psychisch Kranke, ihren Alltag auf eine Art und Weise zu gestalten, welche zu einem größtmöglichen Maß von seelischer Gesundheit und Wohlbefinden beiträgt und ihnen und ihrer Umwelt gerecht wird
- Hilfe für Angehörige und andere Personen im Umfeld der PatientInnen bei der Gestaltung des Zusammenlebens und der Zusammenarbeit mit PatientInnen» [2, S 322].

Das konkrete Alltagsleben scheint also ein Schlüsselwort für die Aufgabe der psychiatrischen Pflegenden zu sein. „*Experten für den Alltag*“ heißt ein ent-

sprechendes Buch, das gut aufzeigt, wo die besonderen Stärken der psychiatrischen Pflege liegen [4]. Nur sind eben meiner Ansicht nach die meisten psychiatrisch Pflegenden noch nicht dort, wo der Alltag der Patientinnen und Patienten ist.

Auf Papier wären alle Konzepte zur psychiatrischen Pflege und Therapie zuhause schon lange vorhanden. Liest man zum Beispiel die Psychiatriekonzepte der Schweizer Kantone Zürich oder Thurgau, wird man an verschiedenen Stellen die Bemerkung finden, dass es aufsuchende Teams, mobile Equipen geben müsste, etc. In anderen Ländern ist das, was wir bei uns auf dem Papier geschrieben haben, auch schon umgesetzt und hat sich bewährt. Stephan Wolff beschreibt in seinem Beitrag in diesem Buch verschiedene entsprechende Ansätze aus der psychiatrischen Versorgung.

Ich möchte nun als Beispiel von psychiatrischer Pflege außerhalb der psychiatrischen Einrichtungen die Situation in der häuslichen Pflege, der Spitex betrachten.

Psychiatrischer Pflege in der häuslichen Pflege (Spitex)

Wir haben hier in der Schweiz die privilegierte Situation, dass wir flächendeckend Spitex- Leistungen anbieten und dass es ein weltweit einmalig dichtes Netz von Hausarztpraxen gibt. Diese Primärversorgung liegt wie ein Netz über der ganzen Schweiz. An vielen Orten gibt es nun auch die psychiatrische Pflege in der Spitex.

Es gibt verschiedene Gründe dafür, dass die Spitex in den letzten Jahren die psychiatrische Pflege zunehmend als wichtig erachtet oder mindestens das Gefühl hat, man müsste in diesem Bereich etwas dazu lernen.

Erstens hat in der Allgemeinbevölkerung seit ein einigen Jahren eine Diskussion über psychische Gesundheit eingesetzt, die das frühere Tabu aufbricht. Sowohl die Pflegenden, als auch die Patientinnen und Patienten selber wissen besser Bescheid über gewisse Störungen. Ein gutes Beispiel dafür sind die Depressionen, die Essstörungen und die Sucht.

Zweitens führen die kürzer werdenden Aufenthalte in den psychiatrischen Kliniken dazu, dass die psychisch Kranken früher wieder zuhause sind.

Drittens ist in den letzten Jahren zu beobachten, dass die psychiatrischen Institutionen die Spitex Dienste entdecken und ihnen Patientinnen und Patienten zuweisen. Oft beschränken sich die Aufträge dort leider auf die Überwachung der Medikamenteneinnahme und es gibt unzählige Beispiele dafür, wie psychiatrische Institutionen den Spitex Organisationen zwar Aufträge erteilen, aber keine Auskünfte über die Krankheit geben wollen. Das hat auch damit zu tun, dass sie der Spitex in erster Linie Ordnungs- und Überwachungskompetenz zugestehen, nicht aber die fachliche Kompetenz zur psychiatrischen Pflege.

Viertens ist es heute selbstverständlicher geworden, vernetzter zu denken und eher gegenseitig Unterstützung zu holen. MitarbeiterInnen von Spitex Organisationen besuchen z.B. Weiterbildungen an psychiatrischen Kliniken. Freiberuflich tätige Psychiatriepflegefachfrauen pflegen PatientInnen zuhause und nehmen bei Bedarf Kontakt mit externen psychiatrischen Diensten auf. Wie schon zu Beginn beschrieben, fehlen in der Schweiz für den ambulanten Bereich Zahlen darüber, wie viele Menschen mit psychischer Erkrankung z.B. schon jetzt von der Spitex gepflegt werden. Die bisher einzige Studie zeigt auf, dass bei 600 zufällig ausgewählten Spitex PatientInnen über 30% mindestens ein schweres, behandlungsbedürftiges psychisches Problem hatten [1]. Der Mangel an wissenschaftlichen Daten führt auch dazu, dass sich in den letzten Jahren in der Schweiz einige Krankenkassen weigerten, die ambulante psychiatrische Pflege zu bezahlen. Diesbezüglich haben nun gerichtliche Verfahren zu einem gewissen Umdenken geführt. Tatsächlich habe ich in allen Weiterbildungen und Arbeitsplatzbesuchen vor Ort unzählige Beispiele von psychisch erkrankten Menschen kennen gelernt. Eines davon möchte ich kurz skizzieren:

Fallbeispiel

Die Hausärztin Meier meldet eine 67-jährige Frau Müller bei der Spitex an. Frau Müller komme seit Jahren wegen diverser körperlicher Beschwerden zu ihr. Es scheine ihr, die Frau sei immer ungepflegter und habe wohl zuhause Schwierigkeiten, den Haushalt noch richtig zu führen. Die Spitex solle doch einmal schauen gehen, was man da tun könne.

Die Pflegefachfrau, die eine erste Einschätzung der Situation zuhause vornimmt, trifft eine chaotische Wohnung an. Essensreste liegen herum, alles stinkt, die Katzen verrichten ihre Notdurft überall und in der Küche stapeln sich die Weinflaschen. Frau Müller ist um neun Uhr morgens schon betrunken.

Welche Hilfe und Unterstützung wünscht sich Frau Müller, fragt die Pflegefachfrau? Frau Müller wünscht sich, dass die Spitex regelmäßig einkaufen geht, weil sie nicht mehr gut gehen kann. Die Wohnung findet sie noch ziemlich sauber, sie hat extra aufgeräumt und die Katzen sind ihr Ein-und-alles. Ein Bad nimmt sie einmal im Monat, das genüge. Einkaufen soll die Spitex Brot, Wurst und Wein.

Was macht die Pflegefachfrau nun?

Sie erklärt Frau Müller, dass die Spitex gerne einkaufen geht, aber keinen Alkohol mitbringt, weil sie die Suchtproblematik nicht noch unterstützen will. Sie könnte aber stattdessen den Abfall sammeln, der sich in der Küche gestapelt hat. Frau Müller findet dies eine totale Bevormundung, willigt aber trotzdem ein. Sie willigt auch ein, dass die Pflegefachfrau eine Woche später wieder zu Besuch kommt, ganz unverbindlich. Beim zweiten Besuch schlägt

sie Frau Müller vor, dass eine Haushilfe zweimal pro Woche einkaufen geht und das Badezimmer und die Küche reinigt. Frau Müller will niemanden ins Badezimmer lassen, aber die Küche reinigen ist okay. Beim dritten Besuch kommen Pflegefachfrau und Haushilfe gemeinsam.

Dieses Beispiel zeigt, dass es sehr zeitintensiv sein kann, bis ein Vertrauensverhältnis aufgebaut und sich an Frau Müllers Wohnungssituation etwas geändert hat. Und es dauert noch länger, bis auch die Sucht angesprochen werden kann.

Was sagt das Netz rund um Frau Müller zu dieser langwierigen Aufgabe? Und bezahlt die Krankenkasse diese Leistungen?

Die Hausärztin, die ja alle Verordnungen visieren muss, damit die Behandlung bezahlt wird, ist so froh um diese Kontaktaufnahme, dass sie alle Einschätzungen der Pflegefachfrau teilt und die Verordnungen gerne unterschreibt.

Die Hälfte des Spitex Teams findet, es könnte auch ein wenig schneller gehen, die Wohnung sei nach einem halben Jahr immer noch schmutzig. Einige Mitarbeitende finden, man müsse die Sucht nicht ansprechen, in diesem Alter sei da sowieso nichts mehr zu machen. Ein Konflikt bricht darüber aus, ob wohl Spitex-MitarbeiterInnen Alkohol einkaufen gehen sollen oder nicht. Der Gemeindepräsident ist nämlich verwandt mit der Klientin und versteht nicht, warum die Spitex nicht alle Einkaufswünsche von Frau Müller respektiert.

Hier wird wiederum deutlich, wie komplex die Zusammenhänge sind und dass verschiedene Wege zu einer guten Behandlung führen können.

Vielleicht arbeitet in der Spitex eine Pflegefachfrau, die zuvor ein paar Jahre in psychiatrischen Institutionen gearbeitet hat. Vielleicht arbeitet in der Spitex eine generalistisch ausgebildete Pflegefachperson, die sich an die Pflegenden des nächsten externen psychiatrischen Dienstes wendet. Vielleicht arbeitet eine freiberufliche Pflegefachfrau mit psychiatrischem Fachwissen in der Gegend und bietet ihre Unterstützung an. Vielleicht haben die HauspflegerInnen einen Kurs zum Umgang mit psychisch Kranken besucht.

Psychiatrische Fachkompetenz außerhalb der Psychiatrie

Tatsächlich gibt es für die nichtpsychiatrischen Settings keine zuverlässigen Daten über die fachliche Kompetenz in psychiatrischer Pflege, und auch keine Vorschriften oder Richtlinien. Es ist weder vorgesehen noch vorgegeben, dass in Altersheimen, Warenhäusern, Spitex oder Akutspitälern pro Station oder Abteilung immer Fachpersonen aus der psychiatrischen Krankenpflege anwesend sind. Das ist eigentlich erstaunlich angesichts der hohen Zahl psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung.

Das analoge Problem wird auch für andere Berufsgruppen wie die MedizinerInnen festgestellt, die ebenfalls fordern, dass praktizierende Ärzte in Bezug auf psychiatrische Probleme diagnostisch kompetenter werden sollten, da sie

ja in der Regel die erste Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Störungen sind.

Alleine mit Weiterbildungen bei den Grundversorgern ist es meiner Ansicht nach aber kaum getan. Diese Weiterbildungen erreichen in der Regel Institutionen und Personen, die sich der Thematik schon bewusst sind und deshalb schon ein besonderes Augenmerk auf psychische Störungen legen. Diejenigen, die den größten Bedarf haben, nehmen sie nicht in Anspruch. Das berichten auch ÄrztInnen aus psychiatrischen Kliniken, die für HausärztInnen Weiterbildungsangebote machen, die nicht genutzt werden. Das heißt nicht, dass ich Weiterbildungen nicht als wichtig erachte – jedes besuchte Angebot ist sinnvoll. Und es ist unbestritten, dass auch Pflegendе und andere Berufsgruppen, die kein spezifisches psychiatrisches Fachwissen haben, psychisch kranken Menschen den Alltag deutlich erleichtern können.

Ein weiteres Fazit lautet deshalb:

Die Diskrepanz zwischen dem Ausmaß der Häufigkeit psychischer Störungen und dem Wissen über psychische Störungen in der Bevölkerung und auch in der Primärversorgung kann nicht nur mittels besserer Aufklärung und Wissensvermittlung geschehen, sondern auch dadurch, dass die psychiatrische Pflege in Zukunft viel mehr dort stattfindet, wo die psychisch Kranken leben.

Was tun?

Diese Entwicklung kann mit folgenden Maßnahmen gefördert werden:

- Initiieren oder unterstützen Sie die Umsetzung der aufsuchenden psychiatrischen Pflege in Krisen (HTT – home treatment teams) aber auch in länger dauernden Interventionen (AOT – assertive outreach teams).
- Bieten Sie psychiatrische Pflegekonsilien und Pflege-Liaisondienste für Allgemeinspitäler, Hausärztinnen, Heime und Spitex-Dienste flächendeckend an (psychiatric liaison nurse).
- Hilfe zur Alltagsbewältigung kann in Delegation auch von anderen Berufsgruppen wie z.B. Hauspflege, Haushilfe, Fachangestellte Gesundheit geleistet werden. Respektieren Sie deren hohen Erfahrungsschatz in der Pflege zuhause und die Wichtigkeit alltäglicher Handlungen, wie Kochen, Putzen, Duschen etc.
- Arbeiten Sie mit „peer-specialists« - MitarbeiterInnen, deren Kompetenz aus der eigenen Erfahrung mit psychischer Erkrankung kommt. Dies ist ein Punkt, den ich hier noch nicht angesprochen habe. Aber im Ausland ist dieser Einbezug von Betroffenen schon weiter fortgeschritten und in der Schweiz gibt es den VPECH, den Verein Psychiatrie Erfahrener, und das ZSL, das Zentrum für selbstbestimmtes Leben. Beide können gut aufzeigen, wie sie sich eine Mitgestaltung vorstellen.

- Lassen Sie sich nicht aus den ambulanten psychiatrischen Versorgungseinheiten verdrängen. Ich stelle mit Besorgnis fest, dass es externe psychiatrische Dienste gibt, welche die Pflegefachkräfte durch akademisch geschultes Personal ersetzen, weil diese mehr Geld einbringen. Und ich stelle ebenfalls mit Besorgnis fest, dass es Psychiatriekommissionen und Gremien gibt, die neue Versorgungseinheiten planen, ohne dass die Pflege miteinbezogen wird.
- Achten Sie darauf, den Schwerpunkt der psychiatrischen Pflege in den Grundausbildungen zu verankern.
- Bieten Sie selber Weiterbildungen in Heimen, Spitälern und der Spitex an.

Gehen Sie also dort hin, wo die psychisch Kranken wohnen, arbeiten und leben. Und sagen sie nicht, das könnten sie nicht, weil die Strukturen in ihren Ländern diese Änderungen nicht zuließen.

Wollen Sie zwei besonders gute Beispiele von psychiatrischer Pflege in der Spitex besuchen? Dann rate ich Ihnen, setzen Sie sich in Verbindung mit Maria Britschgi von der Spitex Kriens (CH) oder mit Jan Henk Kerssies von der Spitex in Köniz hier bei Bern. Er hat mit einem Projekt zur Integration psychiatrischer Pflege in einen Spitexdienst den Südhalde Preis gewonnen, der für besonders hervorragende Leistungen in der psychiatrischen Pflege benutzt wird.

Literatur

1. **Abderhalden C, Lüthi R, Wolff S** (2003) Häufigkeit, Art und Schweregrad psychischer Probleme bei Spitex-KlientInnen in den Kantonen Zürich und St.Gallen (Studienbericht). WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Aarau
2. **Lüthi R, Abderhalden C** (2004) Psychiatrische Pflege. In: Rössler W (Hrsg) Psychiatrische Rehabilitation, Springer Berlin, S. 320-325
3. **Rüesch P, Manzoni P** (2003) Psychische Gesundheit in der Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN, Neuchâtel
4. **Sauter D, Richter D** (Hrsg) (1999) Experten für den Alltag: Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern. Psychiatrie-Verlag, Bonn
5. **Sturny I, Cerboni S, Christen S, Meyer PC** (2004) Daten zur Versorgung psychisch Kranker in der Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN, Neuchâtel
6. **WHO, World Health Organization** (2002) World Health Report 2001: Mental Health, New understanding, new hope. WHO, Genf

Trainingsprogramm für Patienten: Genusstraining

Michael Waibel

Es ist Montag-Nachmittag, in einer beliebigen Woche des Jahres: Erwachsene Menschen stehen im Wald, umarmen Bäume, schnuppern an frisch gemähten Gras, betrachten von allen Seiten ein Gummibärchen, um es dann fast schon rituell zu verspeisen oder hören sich, in der Gruppe sitzend, mitgebrachte CDs an. Dieselbe Gruppe teilt sich auch im Cafe ein Stückchen Kuchen, läuft barfuss durch den Park, riecht an frisch ausgegrabener Erde oder baut im Winter vor der Klinik einen Schneemann.

Es ist Montag-Nachmittag und wie schon seit beinahe fünf Jahren ist die Genussgruppe der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Heidenheim unter der Leitung einer Pflegekraft unterwegs.

Einleitung

Zum ersten Mal beschrieben wurde die Genussgruppe in dem Beitrag „Kleine Schule des Genießens“ in dem Buch „Genuss und Genießen“ von dem Marburger Psychologen Rainer Lutz und der Dipl.-Psychologin Eva Koppenhöfer [4].

Eva Koppenhöfer hatte beobachtet, dass sich Patienten, die verbal oder nonverbal kaum mehr in der Lage waren Kontakt aufzunehmen, sich mit Hilfe von Düften aus Flakons ihr wieder zuwenden konnten [2, S. 41]. Die erste Genussgruppe wurde in der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim durchgeführt. Ursprünglich war das Konzept des Genusstrainings auf die Behandlung depressiver Menschen ausgelegt. Inzwischen wird es bei ganz unterschiedlichen Patientengruppen angewendet:

- Patienten mit einer Schizophrenie
- Patienten mit einer Depression
- Patienten mit einer Suchterkrankung
- Schmerz-Patienten
- Patienten mit psychosomatischen Symptomatiken
- Patienten mit neurologischen Symptomatiken

Eigene Erfahrungen mit dem Genusstraining

Seit nun fünf Jahren ist die Genussgruppe ein fest integrierter Bestandteil unserer psychiatrisch-pflegerischer Gruppenarbeit. Die Patienten erhalten während ihres stationären Aufenthaltes die Möglichkeit innerhalb der Genussgruppe angenehme Verhaltensweisen aufzubauen, positives Verhalten und Erleben zu stärken.

Übungen und Techniken, welche in der Genussgruppe gemeinsam mit den Leitern der Gruppe geübt worden sind, werden auch außerhalb der Gruppenstunden, anhand von Genussübungen, geübt. Damit können die Patienten systematisch ihre individuellen Wahrnehmungen üben und in den Alltag integrieren. Die Patienten finden wieder Zugang zu sich selber und zu anderen auf

eine nonverbale Art. Kaum eine Gruppe eignet sich in so besonderem Maße dazu, in den Stationsalltag integriert zu werden: Bei Spaziergängen, beim Essen, bei Freizeitbeschäftigungen können Übungen aus dem Genussstraining mit einfließen. Gleichzeitig wird einem bewusst, wie sehr man als Pflege Mitarbeiter auch Modellfunktion hat.

Als ich das erste Mal diese Gruppe übernehmen sollte, überkam mich doch eine gewisse Unsicherheit. Kann man mit Patienten im stationären Rahmen einer psychiatrischen Klinik das Genießen trainieren, bzw. üben? Die meisten Patienten, welche in die Gruppensitzungen kamen, waren ebenfalls verunsichert, sicherlich auch durch die Vorstellung, Genießen sei nur in einer gesunden, „heilen Welt“ möglich. Die Erfahrungen der letzten 5 Jahre fallen aber durchaus positiv aus. So hat sich gezeigt, dass die Patienten im Laufe der Übungen immer offener und aktiver wurden und die entspannte und fröhliche Atmosphäre sowohl bei den Patienten als auch bei den Gruppenleitern zu einer insgesamt positiven Befindlichkeit geführt hat.

Ziele des Genussstrainings

Das Genussstraining soll die Wiedererlangung bzw. die Wiederentdeckung der Genussfähigkeit erreichen. Den teilnehmenden Patienten wird ein Erfahrungshintergrund geschaffen, der ihnen ermöglicht, ihre eigenen individuellen Wahrnehmungsqualitäten zu erkennen und zu trainieren. Wichtig erscheint mir die Betonung auf Training, da die Patienten in diesen Gruppenstunden nicht therapiert werden sollen, sondern eine Spielwiese zur bewussteren Wahrnehmung ihrer Sinne erhalten sollen. Das Genussstraining kann auch an den Ursachen der jeweiligen Krankheit nichts ändern. Aber durch die fördernde und nicht krankheitsbetonte Gruppe erhalten die Patienten die Möglichkeit, Voraussetzungen zum Ändern ihres Verhaltens zu erlangen.

Genussstraining soll in erster Linie Spaß machen. Theoretisches Material für die Patienten ist überflüssig, es wird auch kein Anspruch auf Leistung erhoben.

*„Das übergeordnete Ziel der „Kleinen Schule des Genießens“ lautet **Selbstfürsorge**. Patienten lernen, gut zu sich zu sein und sich fürsorglich an die Hand zu nehmen. Im Idealfall sollen sie so für sich sorgen, wie ein wohlmeinender Mensch mit Ihnen umgehen würde. Selbstfürsorge sollte im Verlauf der „Kleinen Schule des Genießens“ angesprochen werden“ [3, S. 76].*

Genussvolles Erleben und Verhalten ist ein sehr differenziertes und komplexes Verhaltensmuster. Das Wissen um das, was einem gut tut, kann einem nicht über den Kopf vermittelt werden, es muss „erfahren“ werden. In der Genussgruppe werden dazu die Grundlagen geschaffen. *„Es wird zum Beispiel nicht gesagt: „Genieße!“ oder „Gönnen Sie sich etwas Gutes...“; vielmehr werden die entsprechenden basalen Verhaltensweisen vermittelt und grundlegende*

psychologische Mechanismen bzw. Abläufe in Gang gesetzt“ [3, S. 76]. Die Patienten sollen herausfinden, was ihnen im Moment gut tut. Insofern könnte die Aufforderung am ehesten so formuliert werden: „Was war denn am angenehmsten für Sie?“

Aufmerksamkeitsfokussierung

Wichtig ist die Bedeutung der sinnlichen Wahrnehmung als Folge einer Aufmerksamkeitsfokussierung: *„Eine Aufmerksamkeitsfokussierung wird per Instruktion initiiert: „Bitte achten Sie auf...“; „Besinnen Sie sich ganz...“etc. Viel wichtiger und wahrscheinlich auch wirkungsvoller ist aber, dass die Stimulantien und Objekte, so attraktiv sind, dass sie die Aufmerksamkeit binden. Aufmerksamkeitsfokussierung ist eine Voraussetzung dafür, dass positive Emotionen entstehen können“ [3, 76].*

Die Aufmerksamkeit soll auf positive Gegebenheiten fokussiert werden, so dass störende Gedanken und Emotionen ausgeblendet werden! Wenn die Aufmerksamkeit auf positive Gegebenheiten fokussiert wird, entstehen positive Gedanken. Eine verbesserte Stimmung wiederum verbessert die Aufmerksamkeitsfokussierung.

Askese

Genuss ist wohl ohne Askese, das heißt *„bewusstes Verzichten“* nicht möglich! *„Man gewöhnt sich sowohl körperlich wie auch psychologisch an angenehme Umstände und Reize, so dass eine immer stärkere Stimulierung notwendig wird, um genießen zu können. Insofern sollen Patienten den Wechsel von Genuss und Zurückhaltung erfahren“ [3, 78].*

Teilnahmekriterien und Gruppengröße

Für das Genusstraining gibt es keine eng gefassten Teilnahmekriterien. Es können prinzipiell alle Patienten teilnehmen, die sich als Ziel gesetzt haben, ihre eigene Lebensqualität zu verbessern. Auf Station 41 werden depressive Patienten, Patienten mit Essstörungen und Schmerzpatienten bevorzugt in die Gruppe aufgenommen. Die Teilnahme am Genusstraining erfolgt in Absprache mit dem behandelndem Therapeuten, dem Patienten und dem Pflgeteam. Die Patienten sollen in der Lage sein, sich auf die Dauer der Gruppe zu konzentrieren.

Nicht geeignet ist das Genusstraining für Patienten, die aufgrund der Schwere ihrer Krankheit kognitiv oder psychomotorisch mit den Inhalten der Gruppe überfordert sind. Dies muss individuell im Team besprochen werden. Ebenfalls ungeeignet ist das Genusstraining für Patienten mit Wahnvorstellungen, die Inhalte der Gruppe falsch interpretieren oder wahnhaft verarbeiten, z.B. bei Geruchs- oder Geschmackshalluzinationen. Als Gruppengröße bieten sich maximal 6 – 10 Patienten an.

Ablauf und Leitung

Insgesamt erstreckt sich das Genussstraining über 5 Sitzungen zu je 45 Minuten. Eine kontinuierliche Teilnahme ist erwünscht. Ein Einstieg in die Gruppe ist aber jederzeit möglich. Es handelt sich um eine doppelt offene Gruppe: Die Gruppenleiter rotieren zum Teil wöchentlich, und es kommen laufend neue Patienten hinzu.

In jeder Stunde ist ein Sinnesbereich in den Vordergrund zu stellen. Zu jeder Sinnesqualität werden Übungen gemacht. Hierbei dient der Leiter der Gruppe als Modell. Er macht die Übungen vor und unterstützt und motiviert die Patienten bei den Übungen. Die Übungen gliedern sich in folgende Sinnesqualitäten:

- Riechen
- Tasten / Fühlen
- Schmecken
- Sehen
- Hören

Der Erfolg jedweder Technik hängt auch von dem Geschick des Trainers ab, das Vertrauen und die Mitarbeit der Patienten zu gewinnen. Es ist unumgänglich, eine gute und verständliche Beziehung zum Patienten aufzubauen. Der Trainer sollte ein gutes Fachwissen haben, Ruhe ausstrahlen und Humor haben. Der Gruppenleiter muss die Gruppe seinem Gruppenziel näher bringen. Er hat individuell zu informieren und muss die Gruppe moderieren. Er muss auf die unterschiedlichen kognitiven Ressourcen der Teilnehmer Rücksicht nehmen. Er hat darauf zu achten, dass aktivere Teilnehmer „gebremst“ werden, und zurückhaltendere Teilnehmer gefördert werden.

Die Genussgruppe ist ein pflegerisch-psychiatrisches Gruppenangebot und wird von einer Pflegeperson als Gruppenleiter durchgeführt. Der Gruppenleiter wird von der Stationsleitung längerfristig im Voraus geplant, so dass er die Gruppen optimal vorbereiten kann. Der Gruppenleiter hat Erfahrung im Umgang mit Patientengruppen und besitzt Fachwissen.

Materialien

Zu jeder Sitzung sind Materialien und Objekte des Genießens vom Gruppenleiter bereitzustellen. Diese Materialien sind abhängig von der jeweiligen Wahrnehmungsqualität. Auf jeden Fall sollte der Gruppenleiter für eine Grundausstattung an Genussmaterialien Sorge tragen. Noch besser ist es natürlich, die Patienten zu aktivieren, selber Materialien in die jeweiligen Gruppenstunden mitzubringen. Auf Station 41 befindet sich auf der Station eine Grundausstattung an Materialien, wie z. B. Tast-Parcours, Videos, CDs, Poster, Postkarten. Eine weitere sehr gute Möglichkeit ist es, mit den Patienten bei Spaziergän-

gen außerhalb des Klinikgeländes Materialien zu sammeln. Dies bietet sich bei allen Übungen in der Genussgruppe an. Hier sind der Kreativität und der Spontaneität der Gruppe kaum Grenzen gesetzt. Neben den Genussproben sollte auch ein Flip-Chart zur Verfügung stehen und eventuell Papier und Schreibmaterial, um wichtige Gruppenergebnisse festzuhalten.

Die Patienten erhalten die Genussregeln in Kopie und werden gebeten, diese Regeln sichtbar in ihrem Zimmer aufzuhängen. Alle Materialien, die zum Genussstraining benötigt werden, finden sich in der Natur, auf Station oder leihweise aus dem eigenen Haushalt. Eine besondere Finanzierung ist daher nicht notwendig. Es sollte ganz im Gegenteil darauf geachtet werden, dass die Materialien aus dem alltäglichen, und somit erfahrbaren Bereich stammen. Bei einem aufmerksamen Gang durch die eigene Wohnung finden sich viele geeignete Materialien.

Information der Patienten

Die Patienten sollen vor der Gruppe über den Sinn des Genussstrainings informiert sein. Innerhalb der Genussgruppe gibt es weder Raum noch Zeit für Theorie und Wissensvermittlung. Die Teilnehmer sollen nicht über Genuss reden, sondern Genuss und Freude erfahren. Die Genussgruppe muss innerhalb des Wochenplans für den jeweiligen Patienten vermerkt sein. Jeder teilnehmende Patient erhält ein kurzes Vorgespräch über die Inhalte der Gruppe. Vorgespräch und Verlauf der Gruppe werden auf einem Dokumentationsblatt vermerkt und nach Abschluss der Gruppe bzw. bei Entlassung dem jeweiligen Therapeuten vorgelegt. Das Dokumentationsblatt wird anschließend in der Krankenakte abgeheftet.

Genussregeln

„Genussregeln sollen als Anregung verstanden werden, die jeweils eigenen Genuss-bejahenden (Lebens-) Regeln zu entwickeln. Genussvolles Erleben und Handeln wird durch hedonistische Regeln erlaubt, initiiert und gesteuert“ [3, S. 77].

Die Genussregeln sollen weniger Vorschriften sein, sondern mehr als Anleitung zum Umgang mit angenehmen Situationen verstanden werden:

- Genuss braucht Zeit
- Genuss muss erlaubt sein
- Genuss geht nicht nebenbei
- Genuss ist Geschmackssache
- Weniger ist mehr
- Ohne Erfahrung kein Genuss
- Genuss ist alltäglich

Ablauf /struktureller Rahmen

Die Patienten werden am Montag Mittag persönlich von den Gruppenleitern eingeladen. Der Gruppenleiter befindet sich pünktlich zu Beginn der Gruppe im Gruppenraum. Die Materialien sind bereits vorbereitet, die Patienten nehmen im Stuhlkreis Platz.

- Begrüßung der Patienten.
- Jede Gruppenstunde beginnt mit einem kurzen Blitzlicht zur Befindlichkeitsabfrage.
- Kurzer Rückblick auf die letzte Stunde, und eingehen auf die „Hausaufgaben“ und die Erfahrungen, die damit gemacht werden. Welche Genussregeln wurden eingebracht, welche Genussregeln konnten besonders beachtet werden?
- Kurzes Eingehen auf die Genussregeln.
- Vorstellen des Themas und der mitgebrachten Materialien.
- Sammeln von Redewendungen / Floskeln zum Einstimmen auf das Thema.
- Der Gruppenleiter demonstriert und instruiert nun das Umgehen mit den Materialien (oder den Ablauf der Übung).
- Die Patienten erhalten hierzu genaue Instruktionen. Danach können die Patienten selber Materialien erkundigen, ausprobieren und ihre bevorzugte Stimulans aussuchen. Die Patienten können über ihre Eindrücke in der Runde berichten, welche angenehmen Erfahrungen sie mit der ausgesuchten Stimulans verbinden. Dabei darauf achten, dass die Patienten nach Möglichkeit darüber berichten, was sie als angenehm empfanden. Jeder Patient wählt eine Genussregel aus, die für ihn zu diesem Stimulans passt.
- Bei der Besprechung der Erfahrungen haben sich folgende Regeln bewährt:
 - Bei Fehlen von Angenehmen, das am wenigsten Unangenehme benennen lassen.
 - Unangenehme Empfindungen nicht vertiefen.
 - Hinwenden zu aktuellem Erleben bei negativen Erinnerungen.
 - Nachfragen bei Zweifel über angenehmen / unangenehmen Charakter von Empfindungen, zur Fokussierung der Aufmerksamkeit.
 - Dabei darauf achten, dass die Patienten nach Möglichkeit darüber berichten, was sie als angenehm empfanden.
- Zum Abschluss der Gruppe erhalten die Patienten eine „Hausaufgabe“, sogenannte Genussübungen. Anhand der Genussübungen können sie die in der Gruppe trainierten Verhaltensweisen durchführen.
- Das Thema der nächsten Gruppe wird den teilnehmenden Patienten mitgeteilt, sie werden gebeten, in die nächste Gruppe wohltuende Stimulanzien mitzubringen und vorzustellen.
- Abschluss mit kurzem Blitzlicht.

- Patienten erhalten eine positive Rückmeldung.
- Verabschiedung.

Im Anhang werden Vorschläge zur Gestaltung einzelner Gruppensitzungen beschrieben. Jede Stunde ist so beschrieben, dass sie für sich eine abgeschlossene Einheit bildet. Natürlich können die Inhalte variabel gestaltet werden. Der strukturelle Rahmen sollte unbedingt eingehalten werden.

Die Vorschläge wurden von Mitarbeitern der Station 41 des Klinikums Heidenheim für ein Handbuch zum Genussstraining erstellt.

Anhang: Vorschläge zur Gestaltung einzelner Gruppensitzungen

(Auszüge aus dem „Handbuch Genuss“ der Station 41, Klinikum Heidenheim (Juli 2003))

Übung Hören: Hören auf Station und im Freien

Patienten vorinformieren, dass ein Teil der Übung im Freien stattfindet!

Benötigtes Material:

Keines

Vorgehensweise:

- Begrüßung (mit Namen)
- Blitzlicht mit Befindlichkeitsabfrage
- Rückblick auf die letzte Stunde
- Wie erging es Ihnen mit Ihren Hausaufgaben / Genussübungen?
- Übung vorstellen und modellhaft vornehmen unter Benennung einer Genussregel
- Instruktion dazu geben
- Übung durchführen
- Bevorzugte Stimulans aussuchen lassen
- Abschluss mit Blitzlicht
- Positive Rückmeldung geben!
- Hausaufgabe benennen
- Nachbereitung und Aufräumen
- Dokumentation

Hintergrund:

Töne bestehen aus unsichtbaren Schallwellen. Diese werden durch das trichterförmige Ohr verstärkt und treffen dann auf das Trommelfell. Drei winzige, miteinander verbundene Knochen im Mittelohr leiten die Tonschwingungen vom Trommelfell zur Schnecke. Sie heißen Hammer, Amboss und Steigbügel. Von der Schnecke wiederum werden die Töne über die Nerven ans Gehirn weitergeleitet. Die Geräusche aus dem anderen Ohr werden hier vermischt und ausgewertet [1].

Instruktion & Übung

1. Ein Platz auf Station

Nehmen Sie sich Zeit für diese Übung, setzen Sie sich bequem hin. Achten Sie, nach Möglichkeit mit geschlossenen Augen, auf alle Geräusche, die Sie aus dem Alltag heraus hören können. Welche Geräusche konnten Sie wahrnehmen, die Sie im Alltag eher unbewusst hören? Was war für Sie am angenehmsten, welche angenehmen Gefühle, Empfindungen hat das bei Ihnen ausgelöst?

2. Ein Platz im Freien

Achten Sie, nach Möglichkeit mit geschlossenen Augen, auf alle Geräusche, die Sie jetzt hören können. Welche Geräusche konnten Sie wahrnehmen, die Sie im Alltag eher unbewusst hören? Was war für Sie am angenehmsten, welche angenehmen Gefühle, Empfindungen hat das bei Ihnen ausgelöst?

Hausaufgabe

Nehmen Sie sich jeden Tag ein paar Minuten Zeit für sich, setzen Sie an einen Platz, der Ihnen angenehm ist, und lauschen den Geräuschen der Umgebung. Planen Sie jeden Tag bewusst ein paar Minuten für diese Übung.

Übung Tasten/Fühlen: „Tastkasten“

Benötigtes Material

Tastkasten, gefüllt mit verschiedenen Gegenständen (hart, weich, rund, eckig)

Vorgehensweise

- Begrüßung (mit Namen)
- Blitzlicht mit Befindlichkeitsabfrage
- Rückblick auf die letzte Stunde
- Wie erging es Ihnen mit Ihren Hausaufgaben / Genussübungen?
- Übung vorstellen und modellhaft vornehmen unter Benennung einer Genussregel
- Instruktion dazu geben
- Übung durchführen
- Bevorzugte Stimulans aussuchen lassen
- Abschluss mit Blitzlicht
- Positive Rückmeldung geben!!!
- Hausaufgabe benennen
- Nachbereitung und Aufräumen
- Dokumentation

Hintergrund

Anders als beim Sehen, Hören, Riechen und Schmecken haben wir für das Fühlen nicht nur eine Körperstelle. Fühlen können wir mit Haut, Mund, Po, Fuß, Hand, Ohr, Nase – mit fast dem ganzen Körper. Fühlen können wir vieles: die Oberfläche von Gegenständen (rau, glatt, hart, weich), Formen (eckig oder rund), Temperaturen (warm oder kalt), die Materialbeschaffenheit (fest oder flüssig). Auf jedem Zentimeter unserer Haut haben wir rund 200 Schmerzfühler, 100 Druckfühler, 12 Kälte- und 2 Wärmefühler sowie ein paar Tastkörperchen [1].

Instruktion & Übung

Fassen Sie in den Kasten und ertasten Sie die Gegenstände zuerst mit den Fingerspitzen. Was fühlen Sie? Ist es angenehm? Wenn ja, nehmen Sie es in die Hand. Fühlen Sie die unterschiedliche Wirkung, ob Sie die Gegenstände mit den Fingerspitzen oder der ganzen Hand berühren. Weckt es Erinnerungen an angenehme Situationen? Stellen Sie sich diese Situation vor! Erinnern Sie sich an die schönen Gefühle, lassen Sie diese auf sich wirken. Behalten Sie dabei den Gegenstand in der Hand. Lassen Sie sich Zeit für Ihre Erinnerungen.

Hausaufgabe


Nehmen Sie immer wieder Gegenstände bewusst in die Hand. Bringen Sie bis zur nächsten Gruppe ihren Lieblingsgegenstand mit und stellen ihn den anderen Teilnehmern vor.

Übung Riechen: Gewürze riechen

Benötigtes Material

Verschiedene Gewürze, z.B. Zitronenmelisse, getrocknete Pfefferminzblätter, Petersilie, Schnittlauch

Vorgehensweise

- Begrüßung (mit Namen)
- Blitzlicht mit Befindlichkeitsabfrage
- Rückblick auf die letzte Stunde
- Wie erging es Ihnen mit Ihren Hausaufgaben / Genussübungen?
- Übung vorstellen und modellhaft vornehmen unter Benennung einer Genussregel 
- Instruktion dazu geben
- Übung durchführen
- Bevorzugte Stimulans aussuchen lassen
- Abschluss mit Blitzlicht
- Positive Rückmeldung geben!

- Hausaufgabe benennen
- Nachbereitung und Aufräumen
- Dokumentation

Hintergrund

Menschen können fast 3000 unterschiedliche Gerüche erschnüffeln. Geruchsteilchen vermischen sich mit der Luft. So gelangen sie von unserem Entstehungsort bis zu unseren Riechschleimhäuten in der Nase. Dort treffen sie auf Sinneszellen, die dem Gehirn blitzschnell Informationen über den Geruch melden. Wenn der Geruch nur schwach ist, dann schnüffeln wir: So kommt mehr Luft und damit auch mehr Geruch in die Nase.

Spätestens nach der 4. Geruchsprobe verringert sich die Fähigkeit der Nase, wesentliche Geruchsunterschiede zu riechen [1].

Instruktion & Übung

Lassen Sie sich beim Riechen Zeit, erschnuppern Sie den Duft aus verschiedenen Entfernungen. Atmen Sie den Duft des Gewürzes ein und lassen Sie den Geruch auf sich wirken.

Ist der Duft angenehm? Welche Erinnerungen ruft er in Ihnen wach? Was gefällt Ihnen besonders an diesem Duft?

Zerreiben Sie das Gewürz zwischen Ihren Fingern. Verändert sich dadurch der Duft? Welche Konsistenz war Ihnen beim Riechen am angenehmsten? Welcher Duft ist Ihnen am angenehmsten?

Hausaufgabe

Varianten:

- Achten Sie bei verschiedenen Situationen, z.B. beim Einkaufen oder beim Essen welche angenehme Gerüche Sie umgeben. Dies kann der Duft von frischem Kaffee sein oder der Duft von Blumen in einem Blumenladen.
- Legen Sie sich ein eigenes Geruchs-Sortiment mit angenehmen Düften zu und nehmen Sie sich mindestens einmal am Tag zeit dazu, diese Düfte auch zu benutzen.
- Vereinbaren Sie mit Ihrer Bezugspflegerkraft täglich einen Spaziergang, achten Sie hierbei besonders auf die angenehmen Düfte in Ihrer Umgebung.
- Achten Sie auf die „alltäglichen“ Düfte und beschreiben Sie, welche angenehm für Sie sind.
- Besuchen Sie den Wochenmarkt, einen Drogerieladen und einen Blumenladen. Achten Sie auf die angenehmen Düfte.

Übung Sehen: Spaziergang „Sehen“

Wichtig: Gruppenbeginn- und -ende auf Station!

Benötigtes Material

Keines

Vorgehensweise

- Begrüßung (mit Namen)
- Blitzlicht mit Befindlichkeitsabfrage
- Rückblick auf die letzte Stunde
- Wie erging es Ihnen mit Ihren Hausaufgaben / Genussübungen?
- Übung vorstellen und modellhaft vornehmen unter Benennung einer Genussregel
- Instruktion dazu geben
- Übung durchführen
- Bevorzugtes Stimulans aussuchen
- Abschluss mit Blitzlicht
- Positive Rückmeldung geben!!!
- Hausaufgabe benennen
- Nachbereitung und Aufräumen
- Dokumentation

Hintergrund

Die dunkle Sehöffnung in der Mitte des Auges ist die Pupille. Sie wird von einem farbigen Kranz umgeben, der Iris. Direkt hinter der Iris ist eine Linse. Sie bündelt wie ein Vergrößerungsglas die Lichtstrahlen, so dass sie auf die Rückseite des Auges fallen. Dort ist die Netzhaut mit vielen winzig kleinen Sehnerven. Sie übertragen die Lichtreize über den großen Sehnerv direkt ins Gehirn, wo sie weiterverarbeitet werden. Hinter der Netzhaut liegen kleine Zellen, die Zäpfchen und Stäbchen [1].

Zäpfchen: Erkennung von Farben

Stäbchen: Unterscheidung hell und dunkel

Instruktion & Übung

Achten Sie bei diesem Spaziergang auf Sehenswertes: eine schöne Blume, das besondere Aussehen eines Blattes, die Farbe des Himmels, oder auch ein freundliches Lächeln eines entgegenkommenden Menschen. Weisen Sie die anderen Mitglieder der Gruppe auf „Sehenswürdigkeiten“ hin! Bei diesem Spaziergang ist es auch erlaubt, sich auf ungewöhnliche Dinge hinzuweisen, sofern es etwas mit „Sehen“ zu tun hat. Beschreiben Sie anschließend in der Gruppe, was Sie Schönes gesehen haben!

Hausaufgabe

Nehmen Sie sich jeden Tag ein paar Minuten Zeit, machen Sie einen kleinen Spaziergang, allein oder in der Gruppe. Achten Sie bewusst auf das, was Sie sehen. Schenken Sie dabei entgegenkommenden Menschen ein Lächeln.

Übung Schmecken: „Apfelessen“

Benötigtes Material

Apfel in Scheiben, als Kompott und als Saft
(Alternativ: andere Lebensmittel, Süßigkeiten, Gummibärchen, Schokolade, frisches Gemüse, etc.)

Vorgehensweise

- Begrüßung (mit Namen)
- Blitzlicht mit Befindlichkeitsabfrage
- Rückblick auf die letzte Stunde
- Wie erging es Ihnen mit Ihren Hausaufgaben / Genussübungen?
- Übung vorstellen und modellhaft vornehmen unter Benennung einer Genussregel
- Instruktion dazu geben
- Übung durchführen
- Bevorzugte Stimulans aussuchen
- Abschluss mit Blitzlicht
- Positive Rückmeldung geben!!!
- Hausaufgabe benennen
- Nachbereitung und Aufräumen
- Dokumentation

Hintergrund

Unser Geschmackssinn beruht auf das Zusammenspiel von Geschmacks- und Geruchssinn. Unsere Zunge ist mit über 2000 winzig kleinen Geschmacksknospen ausgestattet, mit denen wir vier Geschmacksrichtungen unterscheiden: süß, sauer, salzig, bitter [1].

Instruktion & Übung

Lassen Sie sich beim Schmecken und Kauen Zeit, scheuen Sie sich auch nicht, Ungewöhnliches auszuprobieren. Ich werde die Übung gemeinsam mit Ihnen durchführen.

Nehmen Sie die Apfelscheibe, berühren Sie diese mit der Zunge. Schieben Sie die Apfelscheibe mit der Zunge von vorne nach hinten, von rechts nach links. Achten Sie auf die Veränderung der Geschmackswahrnehmung! Anschließend drücken Sie die Apfelscheibe mit der Zunge gegen den Gaumen

und nehmen sie dann zwischen die Zähne. Kauen Sie gründlich und nehmen Sie sich Zeit, damit sich die Geschmacksqualität gut entfalten kann. Verändert sich der Geschmack?

Verfahren Sie mit dem Kompott ebenso. Wie nehmen Sie den Geschmack des Kompotts wahr? Schmeckt es intensiver oder süßer als die roten Apfelscheiben?

Nehmen Sie den Apfelsaft in den Mund. Bewegen Sie ihn im Mund hin und her. Wie ist der Geschmack? Wie intensiv ist der Geschmack im Vergleich zum rohen Apfel und dem Kompott?

Welche Konsistenz war für Sie am angenehmsten?

Hausaufgabe

Achten Sie bei den Mahlzeiten hier auf Station, wie viel Zeit Sie mit Essen verbringen. Ermuntern Sie sich gegenseitig, diese Übungen auch am Tisch durchzuführen.

Literatur

1. **Kopietz G, Sommer J, Kollars H** (2000) Das große Buch der Sinne. Betz, Wien
2. **Lutz R** (1999) Die ‚Kleine Schule des Genießens‘ kommt in die Jahre - 15 Jahre Genußprogramm. In: Lutz R, Mark N, Bartmann U, Hoch E, Stark FM (Hrsg) Beiträge zur Euthymen Therapie. Lambertus, Freiburg i Br (S 39-75)
3. **Lutz R** (1999) ‚Kleine Schule des Genießens‘ - Aufbau und Durchführung. In: Lutz R, Mark N, Bartmann U, Hoch E, Stark FM (Hrsg) Beiträge zur Euthymen Therapie. Lambertus, Freiburg i Br (S 75-83)
4. **Lutz R, Koppenhöfer E** (1983) Kleine Schule des Genießens. In Lutz R, Koppenhöfer E (Hrsg) Genuß und Genießen: Zur Psychologie genußvollen Erlebens und Handelns. Beltz, Weinheim (S 112-125)
5. **Lutz R, Mark N, Bartmann U, Hoch E, Stark FM** (Hrsg) (1999) Beiträge zur Euthymen Therapie. Lambertus, Freiburg i.Br.

Die Begegnung beginnt mit einem Lächeln- Humor und Lebensfreude in der psychiatrischen Pflege

Christoph Müller

„Humor ist die Fähigkeit, Gabe eines Menschen, der Unzulänglichkeit der Welt und der Menschen, den Schwierigkeiten und Missgeschicken des Alltags mit heiterer Gelassenheit zu begegnen, sie nicht so tragisch zu nehmen und über sie und sich lachen zu können“

(Duden –Fremdwörterbuch)

Ausgangslage

Die Ökonomisierung im Gesundheitswesen macht vor der psychiatrischen Versorgung keinen Halt. Es scheint im Angesicht schwindender Ressourcen wichtiger, Besitzstände zu wahren. Die Psychopharmakotherapie scheint eine größere Bedeutung zu haben, wo die Verweildauern kürzer und die zu versorgenden Menschen mehr werden. Es wird von Tag zu Tag deutlicher, dass das existentielle Handeln Pflegender zunehmend an den Abbruchkanten des normalen Lebens stattfindet [11]. Psychiatrisch Pflegende sind in der Bundesrepublik Deutschland mit einem Krankenpflegegesetz konfrontiert, dass nicht nur die Aufgaben in der Ausbildung, sondern auch in der pflegerischen Praxis potenziert.

„Das ist nicht witzig“, ist ein Gedanke, der einem durch den Kopf schießt. Die Lage ist ernst, aber nicht hoffnungslos, ist eine andere Überlegung. Meine Überzeugung ist: „Vor allem ist die Lage nicht humorlos.“ Was macht mich optimistisch? Es ist die Tatsache, dass vielen von uns das pflegerische Tun Spaß macht. Und statt das eigene Selbstmitleid zu pflegen, sollten wir als Pflegende viel für den Humor tun. Denn Lachen schadet jeder Krankheit.

Worüber unterhalten wir uns?

Worüber unterhalten wir uns, wenn wir über den Humor in der Pflege sprechen? Sind es die quicklebendigen Klinikclowns, die auf pädiatrischen Stationen oder in Pflegeheimen für Heiterkeit sorgen? Sind es die esoterisch erscheinenden Menschen, die beim Lachyoga Lachtraining machen? Sind es Pflegende, die sich in einer um sich greifenden Spaßgesellschaft für keinen Scherz zu schade sind?

Wenn wir den Humor in der Pflege thematisieren, sprechen wir erst mal über eine pflegerische Grundhaltung, die von optimistischen, zugewandten und das Gegenüber bejahenden Elementen geprägt ist. Wer den Humor in der Pflege für ein unverzichtbares Moment hält, der hat eine Menge dafür getan, dass aus dem Nebeneinander von Pflegenden und Psychiatrie-Erfahrenen ein Miteinander werden kann. Denn Humor schafft Beziehung – Beziehung mit sich und mit Psychiatrie-Erfahrenen.

„Therapeutischer Humorprozess“

Exemplarisch gilt es, den „therapeutischen Humorprozess“ auf die psychiatrische Pflegepraxis zu übertragen, der auf den Gerontopsychiater Rolf Dieter Hirsch zurückgeht [4]. Hirsch stellt ein Phasenmodell vor, das zur Selbstreflexion sowie zur Beschäftigung mit Psychiatrie-Erfahrenen anregt. Der „therapeutische Humorprozess“ geht einen Weg vom Kranksein zu einer gesundheitlichen Integrität.

1. Schritt: Nicht lachen können

Eine Unfähigkeit ist mit einem Nichtvorhandensein von Humor gleichzusetzen. Woran es liegt, mag die Wirklichkeit zeigen. Es kann sein, dass eine persönliche Situation dies nicht hergibt. Eine humorvolle Wahrnehmung kann zu strikte Positionierungen verhindern. Ein Beispiel dafür kann der folgende Witz sein.

*Was ist der Unterschied zwischen Gott und einem Arzt?
Gott weiß, dass er kein Arzt ist.*

2. Schritt: Über andere lachen können

Dieser Schritt gehört zur Erfahrungswelt eines jeden. Wer kann und will nicht über die Missgeschicke des persönlichen oder beruflichen Umfelds lachen? Es setzt voraus, eine Einsicht in die Komik von Situationen oder von einzelnen Menschen zu haben. Ein Stolperstein kann natürlich sein, dass das Lachen über ein Gegenüber nicht unbedingt mit Wohlwollen gleichzusetzen ist. Wer in der forensisch-psychiatrischen Krankenpflege angesichts der dortigen Hoffnungslosigkeit und latenten Aggression über das „Lachen hinter Gittern“ nachdenkt, der wird dem „Lachen vor dem Zaun“ nicht aus dem Wege gehen können. So kann das Lachen über andere stigmatisierend, aber auch abspaltend sein. Zu diesem Kontext passt ein Witz:

Ein katholischer Priester will in Urlaub gehen. In seinem Dekanat findet er keine Vertretung. Er spricht seinen evangelischen Kollegen an. Der katholische Priester erklärt seinem protestantischen Mitbruder alles, drückt ihm noch ein Handbuch in die Hand. „Da steht alles drin, was du brauchst. Und vergiss nicht, am Sonntag vor dem Hochamt die Beichte zu hören.“ Gesagt, getan. Der evangelische Pfarrer sitzt am Sonntag im Beichtstuhl. Der erste Beichtende klagt: „Herr Pastor, ich hab etwas Schlimmes getan. Ich bin fremdgegangen.“ Der evangelische Pfarrer schaut nach und ermuntert den Beichtenden zu 50 Vaterunser, 50 Ave Maria und 50 Euro in den Opferstock zu geben. Der zweite Beichtende berichtet schamhaft: „Herr Pastor, ich habe Oralverkehr gehabt.“ Nach einem Blick in sein Handbuch sagt der Protestant: „100 Vaterunser, 100

Ave Maria, 100 Euro in den Opferstock.“ Der dritte Beichtende will nicht mit der Sprache heraus, stammelt vor sich hin: „Ich habe Analverkehr gehabt.“ Der evangelische Aushilfspfarrer findet in seinem Handbuch keine entsprechenden Hinweise. Vielmehr nutzt er die Gelegenheit, zwei Messdiener anzusprechen, die am Beichtstuhl vorbeikommen: „Was gibt der Pastor euch denn für Analverkehr?“ Sie antworten verlegen: „Mal ein Mars, mal ein Snickers, ...“

3. Schritt: Über mich selber lachen können

Was diesen Entwicklungsschritt auszeichnet, ist die Einsicht in die eigenen Schatten. Aus einer Selbstreflexion ist eine Selbstgewissheit geworden. Bischofberger geht so weit zu sagen, dass das Lachen über sich selbst „einen wichtigen Reifeschritt in der Persönlichkeitsentwicklung“ bedeutet [2, 3]. Es geht darum, sich nicht so wichtig zu nehmen, den eigenen Narzissmus in den Hintergrund treten zu lassen. In Hirschs „*therapeutischem Humorprozess*“ ist es derjenige Schritt, dem sich psychiatrisch tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stellen müssen. Wer die Schwere von Teambesprechungen miterlebt, die Ernsthaftigkeit von Behandlungsplanungen und die Betroffenheit kennt, wenn einmal mehr therapeutische Mitarbeiter und Pflegende in Konflikt geraten sind, der ahnt die Notwendigkeit von Humor in psychiatrischen Einrichtungen. „Darf Pflege Spaß machen?“ ist eine Frage, die sich schließlich stellt, wenn wir über die Humorlosigkeit im eigenen beruflichen Kontext nachdenken, wenn wir uns von den Dramen und Tragödien, dem Selbstmitleid und der Traurigkeit, der wir täglich begegnen, fangen lassen. Wenn es darum geht, über sich selber zu lachen, geht es vor allem darum, sich selber nicht so wichtig zu nehmen. Ein weiterer Witz aus dem kirchlichen Kontext mag dies verdeutlichen:

Erzbischof Kardinal Meisner muss zum Friseur. Da er seine Volksnähe demonstrieren will, geht er zu einem Barbier in der Kölner Innenstadt. Dieser begrüßt ihn mit rheinischer Herzlichkeit und Fröhlichkeit: „Willkommen, Herr Drewermann (ein umstrittener Kirchenkritiker). Schön, dass Sie da sind.“ Während der Frisur unterhalten sich die beiden natürlich. „Wie geht es Ihrer Frau, Herr Drewermann?“, fragt der Friseur. Kardinal Meisner beginnt unruhig auf seinem Sitz zu werden. „Was machen die Kinder, Herr Drewermann?“, lautet eine andere Frage. Kardinal Meisner hält an sich, weiß er ja auch, dass sich Unfreundlichkeiten in Köln schnell herumsprechen. Als er zum Bezahlen an der Kasse steht, spricht er den Friseur an. „Ich wollte Ihnen noch sagen, dass ich doch der Erzbischof bin und nicht der Herr Drewermann“, hält er dem Friseur entgegen. Dieser antwortet prompt: „Das weiß ich doch, Herr Kardinal. Aber ich kann Sie so gut frisieren, wenn Ihnen die Haare zu Berge stehen.“

4. Schritt: Andere dürfen über mich lachen / Gemeinsam mit anderen über mich selber lachen

Dieser Schritt ist die große Chance für die Clowns und die Komiker. Sie überspitzen das Komische und parodieren manches Unglück. Auf einer psychiatrischen Station gibt es täglich eine Vielzahl von Situationen, in denen psychiatrisch Tätige und Psychiatrie-Erfahrene den vierten Schritt erproben können. Wer erinnert sich nicht daran, im Rahmen einer stationären Begleitung eines schizophrenen Menschen mit Engelszungen gegen die Überzeugungen angedreht zu haben, er sei Jesus oder Napoleon. Als dieser seine Krankheitsepisode überwunden hatte und den Pflegenden gefragt hatte, welchen Unsinn er in seinem akuten Schub erzählt habe, blieb beiden Seiten das Erlebnis eines gemeinsamen Lachens. Der vierte Schritt kann auch geteilt gedacht werden. Doch sind beide Betrachtungsweisen Zeichen einer persönlichen Integrität, die sich durch Heiterkeit, Gelassenheit und Lebensfreude auszeichnet.

Der „therapeutische Humorprozess“ veranschaulicht nicht nur den Weg von einem Krankheitsbegriff zu einem gesunden Gemüt. Er zeigt nicht nur die wachsende Fähigkeit, sich mit anspruchsvolleren Situationen gelassener, wenn nicht sogar reifer umzugehen. Er zeigt möglicherweise auch den Weg vom Laien zum versierten Humoristen (Anlehnung an Vera Robinson Benn). Eine andere Beschreibung könnte von Patricia Benner stammen: „*Vom Novizen zum Experten*“ [1].

Es stellt sich natürlich die Frage, wie der einzelne von der einen Stufe auf die nächste Stufe steigt. Wie es im Kontext von Persönlichkeitsentwicklung ist, verlangt es Fähigkeiten wie Selbstreflexion, Selbstmächtigkeit und Selbstgestaltung. Wie dies praktisch zu gestalten ist, kann jeder psychiatrisch Tätige für sich entscheiden. Bei der praktischen Umsetzung sind die Grenzen genauso fließend wie beim Übergang von einem Schritt zum nächsten Schritt.

Lebensfreude in der psychiatrischen Pflege

Lebensfreude erscheint ein schwer beschreibbares, abstraktes Phänomen, das sich objektiven Definitionen zu entziehen scheint. Glück und Zufriedenheit, Optimismus und Lebensqualität zeichnen die Lebensfreude aus. Was die Attribute im Einzelfall bedeuten, muss jeder Mensch für sich selber klären.

Was es für die psychiatrische Pflege bedeuten kann, verdeutlicht die Beschäftigung mit inhaltlichen Konzepten, die sich an den Ressourcen der betroffenen Individuen orientieren. Wenn die Salutogenese nach den Ursachen für Gesundheit fragt, richtet sie nicht nur den Blick nach vorn. Salutogenese versucht insbesondere Rahmenbedingungen zu schaffen, die für ein gelingendes und gesundes Leben notwendig erscheinen.

Das Empowerment-Konzept stellt Fragen nach den vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen der Menschen, um diese zur Selbstbefähigung und Selbst-

bemächtigung zu nutzen [6]. Empowerment orientiert sich nicht an den Defiziten und Schwächen. Wenn Empowerment im psychiatrischen Kontext für die Rückgewinnung eigener Handlungsspielräume steht, so steht Empowerment gleichfalls für die Wiedergewinnung subjektiver Freude und Zufriedenheit. Der Blick auf die Eigenmächtigkeit und die Kreativität macht Psychiatrie-Betroffene zu Menschen, die mehr der von einer symmetrischen Beziehung geprägten Begleitung in einer schwierigen Situation bedürfen als einer von Asymmetrie beherrschten Behandlung, die Defizite beherrschbar machen will und den Betroffenen zum bloßen Hilfeempfänger macht. Wo Kreativität und Lebendigkeit den Weg zu mehr Lebensfreude ebnen, wo Selbstwirksamkeit und Selbstgestaltung einen Platz hat, dort wachsen die Lebensfreude und die Lebensqualität.

Ein wichtiger Aspekt in der Beschäftigung mit der Lebensfreude ist der Humor. Denn der Humor führt zur „Kunst der Balance“, wie es der Philosoph Wilhelm Schmid formulieren würde. Wörtlich: *„Balance zwischen den verschiedensten Seiten des Lebens, auch zwischen dem so genannten Positiven und Negativen, zwischen dem Zuviel und Zuwenig in allen Dingen ... Nicht dass Fröhlichkeit verwerflich wäre, sie ist jedoch nur der eine Pol des Lebens, dessen anderer die Traurigkeit ist. Zwischen diesen Polen bewegt sich das symmetrische Leben, das die Heiterkeit charakterisiert“* [10, S. 29].

Für die psychiatrische Pflege heißt dies, dass die Schwere Berechtigung im psychiatrischen Alltag hat. Der Blick in eine traurige Vergangenheit muss zum pflegerischen Alltag dazugehören wie Fröhlichkeit und Heiterkeit. Für den Gedanken an die Lebensfreude heißt es, dass das Leiden an der Vergangenheit und Gegenwart eine Voraussetzung für die Freude in der Zukunft sein muss.

Humor verorten

„Dies ist etwas für die Kinderstation oder für verwirrte alte Menschen“,

- hört man häufig, wenn man mit Menschen aus pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Berufen über das Phänomen Humor diskutiert. Es gilt jedoch weiter zu blicken. Denn der Humor in der psychiatrischen Pflege verweist die Pflegenden auf die originären Handlungsfelder, die sie in der Begleitung und Begegnung mit psychisch kranken Menschen haben.

Humor und Beziehung

Wenn wir davon ausgehen, dass Beziehung und Beziehungskontinuität das eigentliche Werkzeug psychiatrisch-pflegerischer Arbeit ist, dann kommen wir am Humor nicht vorbei. Denn Humor stiftet Beziehung. Vor allem wird am Humor deutlich, was eine gemeinsame Beziehung auszeichnet [8, S. 326]:

- Gefühle, die durch Beziehungen ausgelöst werden oder mit Beziehungen verbunden sind
- gemeinsame Tätigkeiten, die zur Beziehung gehören und die zur Aufrechterhaltung der Beziehung gehören (z.B. Gespräche)
- Stile des Umgangs miteinander
- Gemeinsamkeiten wie Räume, Erlebnisse, Interessen, Zukunftspläne u.a.

Pflegende tragen bekanntlich einen Teil der Verantwortung für die Gestaltung der Beziehung zwischen Pflegenden und Psychiatrie-Erfahrenen. Humor kann nicht nur als positiver Aspekt einer gelingenden Beziehung eingebracht werden. Viel wichtiger ist, dass Humor eine Atmosphäre zwischen zwei Menschen spiegeln kann. Gleichzeitig kann am Beispiel des Humors die Wirkung unspezifischer Faktoren beschrieben werden, wie Respekt, Verständnis, Akzeptanz [8, S 332].

Dafür muss man sich vergegenwärtigen, welche Funktionen der Humor haben kann. Man geht von der kommunikativen Funktion des Humors aus. Heitere Stimmung führt zu Gemeinschaft und Vertrauen. Eine heitere Mimik schafft Beziehung und sorgt für Lebendigkeit im Miteinander. Anschaulich wird dies zum Beispiel an der klassischen Aufnahmesituation in der Akutpsychiatrie. Wenn dem psychisch angeschlagenen Menschen in der aktuellen Krise ein grimmiger Pfleger die Stationstür öffnet, erhöht dies nicht die Bereitschaft des Psychiatrie-Erfahrenen, sich auf einen gemeinsamen Weg einzulassen. Lächelt der erste Ansprechpartner, so kann es eine Visitenkarte der Versorgungseinrichtung, aber auch der Türöffner zu einem gelingenden Miteinander sein.

Schauen wir auf die soziale Funktion, die dem Humor zugeschrieben wird. Es wird hinlänglich davon ausgegangen, dass Humor unter anderem die Bewältigung von externen Stressoren unterstützt und für die Bewältigung der Anforderungen des Krankenhausalltags sorgt. Wer spricht dem Humor ab, dass mit ihm ein anderer Blick auf die schweren Dinge des Lebens möglich ist. Und wer braucht es nötiger als Menschen, die ihre Not mit der Seele haben.

Die *psychologische Funktion* des Humors darf natürlich nicht vernachlässigt werden. Humor vermindert Anspannung und Ängstlichkeit, vermag auch starke Emotionen wie Ärger oder Frustration in stressreichen Situationen abzapfen. Eine psychiatrische Station beheimatet häufig solche emotionalen Ausnahmezustände. Und in der Polarität des Alltags gibt es mit dem Humor etwas entgegenzusetzen.

Humor und Milieu

Der Humor verweist den psychiatrisch Pflegenden auf die *Milieugestaltung*. Ziel der Milieugestaltung ist: „*Durch bewusste Milieugestaltung werden Umgebungsfaktoren gezielt eingesetzt, welche eine positive Wirkung auf die Entwicklung psychischer Störungen haben*“ [8, S. 419]. Klassische Instrumente der Humorarbeit sind an dieser Stelle zu nennen. Wem gefällt es nicht, wenn auf dem Stationsflur witzige Karikaturen an den Wänden hängen statt pathetischer Landschaftsfotografien? Wer kann sich nicht vorstellen, dass in einer schwierigen, eher verfahrenen kommunikativen Situation das Aufsetzen einer roten Nase für eine Lösung eines Knotens sorgen kann? Wer glaubt nicht an die Wirkung eines gezielt und bewusst angesehenen komödiantischen Films statt an das stupide Anschauen amerikanischer Actionserien und Talkshows? Wer den Humor in der Pflege einsetzt, sorgt gleichzeitig für eine aktive Mitgestaltung der Betroffenen und für das Lernen sozialer Interaktion. Denn auch Psychiatrie-Erfahrene dürfen in das sagenumwobene Fettnäpfchen treten, wenn Pflegendе als Modell ihnen vorleben, wie zum Beispiel gelingende Kommunikation mit Humor stattfinden kann.

Humor fördert das Vertrauen, Humor schafft Geborgenheit und Sicherheit. Manche Menschen sind der Überzeugung, dass Unterhaltungen ohne Humor eine Körperverletzung sei. Humor bietet ein plausibles Konzept, da Witze und Humor zunächst einmal vereinfachen. Humor ist ein Ritual, da zum Beispiel das Erzählen von Witzen die Einhaltung bestimmter Regeln auf beiden Seiten nötig macht. Vor allem werden durch eine humorvolle Atmosphäre die so genannten Demotivatoren verringert, bzw. nicht beeinflussbare Faktoren als erträglicher wahrgenommen. Die Aufgabe der Pflegekraft ist es also, Bedingungen zu schaffen, die es dem Gegenüber erleichtern, sein Humorpotenzial zu entfalten. Oder anders ausgedrückt, die Pflegekraft lächelt und provoziert damit das Humorpotenzial seines Gegenübers. Es ist nicht so sehr die „Witzigkeit“ der Pflegekraft gefordert, sondern die Fähigkeit Witz, Ironie und Humor beim anderen hervorzulocken oder als Ressource bewusst zu machen. Humor als erfahrbare Qualität einer Stimmung, Atmosphäre, strukturbestimmender Faktor lässt den Psychiatrie-Betroffenen spüren, dass die Möglichkeit einer positiven Gestaltung immer mitgedacht wird. Der Humor ermöglicht es, gemeinsame Geschichten zu schreiben. Im Miteinander von Pflegenden und Psychiatrie-Erfahrenen ist es unausweichlich, gemeinsame Themen zu finden und diese humorvoll zu verarbeiten. Diese Chance gilt es zu nutzen.

Humor und Alltagsorientierung

Wenn über Konzepte pflegerischen Handelns in der psychiatrischen Versorgung gesprochen wird, fällt für gewöhnlich das Stichwort Alltagsorientierung.

In den Lebenswelten der Psychiatrie-Erfahrenen wollen wir mit unserer Unterstützung ansetzen, mit ihnen die Fähigkeiten für ein Überleben im Alltag trainieren. Es ist nicht anders, wenn wir den Humor in der psychiatrischen Versorgung leben wollen. Der Humor muss aus dem unmittelbar Erlebten und Erlebbareren der beteiligten Akteure leben, sonst wirkt er abstrakt und hölzern.

Pflegende als Narren

Pflegende sollten den Mut haben, im psychiatrischen Alltag den Narren zu spielen. Gewöhnlich gibt diese Rolle eine Menge Freiheit. In der Möglichkeit, den Alltag mit den Psychiatrie-Betroffenen gestalten zu können, sollten Pflegende die Freude am Spielerischen entdecken und einen Spaß am Skurrilen kultivieren.



Was hindert Pflegende daran, die rote Clownsnase in der Hosentasche zu haben und bei einer passenden Gelegenheit kurzzeitig in eine andere Rolle zu schlüpfen, um in dieser einen Anstoß zum Nachdenken zu geben? Was hindert Pflegende daran, mit der Unterstützung einer Handpuppe Dinge in Teambesprechungen anzusprechen, die als unangenehme Wahrheit erscheinen oder unkonventionelle Ansichten über tragische Ereignisse zu äußern? Wenn klar ist, dass Pflegende in der Rolle des Narren sprechen, sollten sie einen Werbespruch ernst nehmen: *„Die Freiheit nehm ich mir.“* Denn auf diese Weise haben sie auch die Möglichkeit, für Ruhe in einer tosenden Umwelt zu sorgen. Denn wer die konventionellen Wege verlässt und für Überspitzung sorgt, ermuntert die Umgebung zum Nachdenken, ermuntert noch mal, in sich zu gehen. Während die Büttenredner im Karneval der Gesellschaft den Spiegel vorhalten, bleibt diese Rolle in Einrichtungen des Pflege- und Gesundheitswesens unbesetzt.

Blick für das Absurde

Wer humorvoll ist, schenkt dem Gegenüber besondere Aufmerksamkeit. Dies muss in der Beschäftigung mit dem Humor in der Pflege bewusst sein. Wer die psychiatrische Erfahrung als Faszinosum wahrnimmt, muss sich zwangsläufig mit dem Absurden und Skurrilen auseinandersetzen. Deshalb geht es auch nicht um eine Spaßpflege oder Eventisierung der Pflege, sondern im Blick für das Skurrile und Humorvolle verstärkt sich der Blick für die Ernsthaftigkeit dessen, mit dem psychisch kranke Menschen die Pflegenden und die Gesellschaft konfrontieren. Wer den Blick für das Skurrile bewahrt, statt sich häufig in der eigenen Aufgeregtheit und Erschütterung zu verlieren, der wird psychiatrische Pflege als Spaß und Freude empfinden.

Gelassene Heiterkeit

Ziel müsste sein, was der Philosoph Wilhelm Schmid feststellt: *„Wenn Heiterkeit ein Weg ist, das Leben leichter zu machen, dann deshalb, weil sie sich der grundlegenden Tragik von Leben und Welt nicht entzieht, darin jedoch auch nicht untergeht. Sie versucht sich in der Gratwanderung zwischen unveröhnlichen Widersprüchen und am Rande von Abgründen, und gerade dort, wo deren Unaufhebbarkeit bewusst ist, kann sie sich entfalten ... Die Grundhaltung, die dem Spiel der Widersprüche Raum gibt, ist die Gelassenheit. Gelassene Heiterkeit ist das Bewusstsein davon, dass in allem, was ist, auch noch anderes möglich ist; dass Höhen und Tiefen sich abwechseln wie Tag und Nacht, wie Ein- und Ausatmen; dass dies der Takt des Lebens ist, dass aus der Polarität in allen Dingen seine Spannung bezieht“* [9, S. 356].

In Anlehnung an einen  in eines schwedischen  Möbelherstellers bleibt eine Frage offen: *„Pfleget Du noch oder lachst Du schon?“*

Literatur

1. **Benner P** (2000) Stufen zur Pflegekompetenz. Huber, Bern
2. **Bischofberger I** (2004) Humor und Lachen. In: Sauter D, Abderhalden C, Needham I, Wolff S (Hrsg) Lehrbuch Psychiatrische Pflege, Huber, Göttingen (S 739-751)
3. **Bischofberger I** (2002) Das kann ja heiter werden – Humor und Lachen in der Pflege, Huber, Bern
4. **Hirsch RD** (2001) Heiterkeit und Humor im Alter. Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie, Kassel
5. **Holtbernd T, Müller C** (2004) Tragen Sie es mit Humor! Wie man Heiterkeit und Lebenskunst in der Pflege nutzen kann. Psych Pflege Heute 10:312-317
6. **Müller C** (2004) „Das kannst du doch nicht machen!“ - Wie der Empowerment-Gedanke Pflegenden und Gepflegten nutzen kann. Psych Pflege Heute 10:214-218
7. **Robinson V** (1999) Praxishandbuch Therapeutischer Humor – Grundlagen und Anwendungen für Pflege- und Gesundheitsberufe. Ullstein Medical, Wiesbaden
8. **Sauter D, Abderhalden C, Needham I, Wolff S** (2004) Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Huber, Bern
9. **Schmid W** (2004) Mit sich selbst befreundet sein – Von der Lebenskunst im Umgang mit sich selbst. Suhrkamp, Frankfurt am Main
10. **Schmid W** (2005) Die Kunst der Balance – 100 Facetten der Lebenskunst, Insel, Frankfurt am Main
11. **Wettreck M** (2001) „Am Bett ist alles anders“ – Perspektiven professioneller Pflegeethik, LIT, Münster

Literaturempfehlungen

Holtbernd T (2002) Der Humor-Faktor. Junfermann, Paderborn

Holtbernd T (2004) Humorziten – Die etwas anderen Exerzitien, Aschendorff, Münster

Holtbernd T (2005) Bitter die Pille, heiter der Trost. Aschendorff, Münster

Lotze E (2003) Humor im therapeutischen Prozess – Dimensionen, Anwendungsmöglichkeiten und Grenzen für die Pflege. Mabuse, Frankfurt am Main

Müller C (in Vorbereitung) Humor und Lebensfreude in der Pflege. Humorcare Deutschland, Bottrop

Müller C (2005) Freundlicher Umgang. Altenpflege 30(Februar):40-42

Siegel SA (2005) Darf Pflege Spaß machen? – Humor im Pflege- und Gesundheitswesen: Bedeutung, Möglichkeiten und Grenzen eines außergewöhnlichen Phänomens, Schlütersche, Hannover

Titze M, Eschenröder CT (1998) Therapeutischer Humor – Grundlagen und Anwendungen. Fischer, Frankfurt am Main

Die Rolle der Pflegenden im multiprofessionellen Team

Martin Meyer

„Die Kooperation und der egoistische Altruismus ist die lebensrichtige Ethik der Natur und nicht der Wettkampf und das einseitige Abziehen von Energie mit rein egoistischen Motiven. Wer als zukunfts- und gesellschaftsverantwortlich wirtschaften und handeln will, muss zum Wohle aller Beteiligten handeln und nicht nur seinen Gewinninteressen folgen“ [7].

Konflikte. Das ist sozusagen das erste, was einem einfällt, wenn man über die Rolle von Pflegenden im multiprofessionellen Team nachzudenken beginnt. Warum das so ist, habe ich versucht in diesem Vortrag herauszuarbeiten. Doch dazu gilt es, zunächst einmal ein paar Fragen zu stellen.

Es geschah vor einigen Jahren in Deutschland. Eine junge, schwangere Frau erlitt einen schweren Autounfall, der einen Hirntod zur Folge hatte. Diese Frau lag nun auf einer Intensivstation. Ihr Körper wurde mit dem bekannten, enormen technischen Aufwand am Leben gehalten. Aber nicht nur ihr Körper, sondern auch der des Babys in ihr. Nun tauchte die Frage auf, bringen wir das Kind durch? Lassen wir den Körper der eigentlich toten Frau bis zur Beendigung der Schwangerschaft funktionieren und schalten dann die Maschinen ab?

Um diesem Thema gerecht zu werden, gründete die behandelnde Klinik eine Ethikkommission, die sich mit der Problematik auseinandersetzen sollte. Am Ende der Auseinandersetzung sollte dann eine Entscheidung stehen. Besetzt war diese Kommission aus zwei Ärzten, einem Psychologen und einem Theologen. Es war keine Person aus der Pflege dabei. Damit war die Berufsgruppe nicht dabei, die den intensivsten Kontakt zu der Patientin und zu ihrem Baby hatte. Es kam niemand auf die Idee die Menschen dieser Berufsgruppe mit einzubeziehen.

Diese Geschichte konfrontierte mich mit der Frage, welche Rolle Pflegende eigentlich spielen. Welche Funktion erfüllen Pflegende in den Systemen, in denen sie sich bewegen? Was machen Pflegende mit dem System?

Das ganze ist einige Jahre her. Manches hat sich seitdem verändert.

In der westlichen Hemisphäre findet momentan ein enormer demographischer Wandel statt. Die Zunahme von chronischen, multimorbiden Krankheitszuständen und von Pflegebedürftigkeit, sowie die Abnahme familiärer Pflegekapazitäten, haben einen wachsenden Bedarf an pflegefachlichen Leistungen zur Folge. Die Ansprüche an die pflegerische Versorgung und der sektorale Bedeutungswandel im Gesundheitssystem, zusammen mit pflegewissenschaftlichen Innovationen, führen zu neuen Anforderungen in diesem Berufsfeld.

Mit den sich verändernden Anforderungen an die Berufsrolle „Gesundheits- und Krankenpflegerin“ wachsen zugleich auch die Anforderung an die Person, die sich dazu entschlossen hat, diese Rolle anzunehmen und auszufüllen.

Im Sinne einer zunehmenden Konturierung des Rollenbildes muss sich jeder einzelne diesen Anforderungen stellen. Gefordert wird eine Entwicklung bzw. Ausdifferenzierung der beruflichen Identität, die sich bisher hinter der Identität und Macht der Mediziner verstecken musste. Dies wird umso deutlicher, wenn man bisher medizinische Institutionen genau beobachtet. Dazu W. Schmidbauer in seinem Buch „Helfen als Beruf“ [7]: Die ersten Einrichtungen, in denen Kranke in öffentlichem Auftrag gepflegt wurden, waren militärische Lazarette, auch die Pflege-Orden standen im Mittelalter dem militärischen Ritterorden nahe. Im Sinne einer militärischen Doktrin, in der es notwendig erscheint persönliche Gefühle und Wünsche zu verdrängen und zu verleugnen, wurde bisher auch vom Pflegepersonal in aller Regel erwartet, zu funktionieren, ohne Ansprüche zu stellen. Es erschien nicht notwendig Befehle zu verstehen oder gar in einem Dialog ein solches Verständnis zu erarbeiten. Durch die Konstitution einer dem Pflegepersonal prinzipiell überlegenen und im Einzelnen nicht erklärungsbedürftig erscheinenden medizinischen Autorität, fühlte sich die Schwester oft gerade aus dem Kern, dem eigentlich Wesentlichen der Interaktion, mit der sie befasst war, ausgeschlossen [7]. Mit dem Bestreben nach einer klareren Konturierung des Rollenbildes der Gesundheits- und Krankenpflege jedoch, verändert sich die Position der diese Rolle auskleidenden Person. Die Veränderung findet allerdings sehr schleichend statt, so dass, zumindest an der Basis, die Identifikation mit der Profession Pflege unverändert schwierig erscheint.

Was spielen Pflegende für eine Rolle im System

„Ohne Pflege der Beziehung, der Umwelt, der Wohnung, der Wäsche des Körpers, der Zähne, der Seele kommt ein Mensch nicht aus. Da man vor allem die Pflege der Seele nicht gut lernt, und immer eines auch Ausdruck des anderen ist, ist die Wahrnehmung der Pflege überall unerlässlich. Das können und das tun Angehörige anderer Berufsgruppen nicht“ [2].

Die meisten psychischen Erkrankungen werden deutlich durch ihre sozialen oder medizinischen Folgeerscheinungen. Hilfe wird in der Regel dann in Anspruch genommen bzw. veranlasst, wenn die Krankheitsfolgen dazu geführt haben, dass der psychisch Kranke wesentliche Einschränkungen bei der Bewältigung der alltäglichen Anforderungen an das Leben erfährt und die Fähigkeiten sein Leben mit einer größtmöglichen Unabhängigkeit zu gestalten, verloren hat. Den Pflegenden kommt dabei eine Schlüsselposition zu. Der Zugang des Arztes und der anderer Berufsgruppen zum Patienten, vollzieht sich in erster Linie über die Krankheitssymptomatik. Die Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Patienten findet auf allen Ebenen der Lebensbewäl-

tigung statt [6]. Pflege befasst sich weniger mit der Krankheitssymptomatik, dafür umso mehr mit den Auswirkungen der Erkrankungen auf die Fähigkeiten des Patienten, sein Leben zu gestalten. Die pflegerische Wahrnehmung des Menschen berücksichtigt seine individuellen, physischen, psychischen, sozialen, kulturellen und geistigen Bedürfnisse. Die Hauptaufgabe der Pflege besteht darin, den ihr anvertrauten Menschen in seinem Anpassungsprozess zu begleiten und zu unterstützen, in einem psychischen, physischen und sozialen Gleichgewicht zu bleiben bzw. die Fähigkeit zu fördern, bleibende Einschränkungen zu kompensieren.

Das therapeutische Angebot des Krankenhauses besteht in dem Stil, mit dem eine Station betrieben wird. Das ist eine Kunst, die schwer wahrzunehmen, aber noch viel schwerer jeden Tag aufs Neue wieder in Gang zu setzen ist [3].

Die Kunst besteht in folgendem:

- Es ist ein Klima, eine Atmosphäre herzustellen, die es jedem Patienten erleichtert, seine Angst zuzugeben und auszusprechen.
- Es ist so viel Ruhe, Ordnung und Sicherheit herzustellen, dass niemand für sich oder andere gefährlich wird.
- Es sind verlässliche Grenzen zu setzen, an denen der Orientierungslose sich orientieren kann, der Unsichere Geborgenheit findet, der Protestierende bei Grenzüberschreitung die Folgen seines Handelns spürt.
- Körperliche Krankheitsanteile müssen erkennbar werden.
- Menschen in sozialer Not müssen das Wohltuende eines Asyls empfinden.
- Die Stunden des Tages und der Nacht müssen in ihren Unterschieden wieder erlebt werden können.
- Bedürfnisse, gleich welcher Art, müssen zu ihrem Recht kommen.
- Zugleich muss so viel Freiraum sein, dass der Verrückte sich ausleben, der Protestierende protestieren kann, der Verspannte sich entspannen und zurückziehen kann. Der Isolierte soll das Zusammensein mit anderen Menschen wieder empfinden.
- Derjenige, der seine Grenzen nicht mehr empfinden kann, soll seine eigene Position im Unterschied zu den Positionen anderer Menschen wieder erfahren können.
- Jeder muss die Chance haben, sich und andere als Täter und Opfer von Recht und Unrecht zu erleben.

Und das Wichtigste: Jeder soll in der Alltagsbegegnung mit anderen Menschen sich so zeigen dürfen, wie er wirklich ist, um sich selbst besser kennen zu lernen, zu sich zu kommen, sich entwickeln und entfalten zu können, um seinen eigenen Sinn zu finden.

All dies zusammengenommen ist das Handwerk oder die Kunst der Pflege. Die therapeutischen Angebote der Spezialisten (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten usw.) sind zusätzliche Techniken. Sie können da sein, sie können aber auch fehlen. Jedenfalls besteht das therapeutische Angebot des psychiatrischen Krankenhauses im Kern in der Pflege, und dies tun Pflegende nicht offensiv, sie tun dies still und unscheinbar [3].

Die Aufgabe, die sich Pflegende gestellt haben, scheint zu sein, das Gebäude zu stützen. Vergleichbar mit einem Bassisten im Orchester oder in einer Band, stellt Pflege das Fundament, auf dem sich alles andere bewegt. Sie nimmt sich, wie der Bassist, zugleich immer wieder zurück und wird genau wie dieser von außen selten bewusst wahrgenommen. Sie agiert unterschwellig und ist zugleich mit einer hohen Verantwortung behaftet.

Schutzlosigkeit

Gefordert ist, sich in der alltäglichen Arbeit auf die Patienten einzulassen und sie besser zu verstehen. Eine Folge ist, vieles von dem Leid und den bedrohlichen Erlebnissen des Patienten auf sich zu nehmen. Pflegende müssen diesen Anspruch erfüllen, ohne dass sie ähnliche Schutzmöglichkeiten wie andere Berufsgruppen haben [5]. Sie arbeiten in „vorderster Front“. Sie fühlen sich den Kommunikationsmustern, aber auch vielen Formen von Gewalt schutzlos ausgeliefert.

Durch die kontinuierliche Betreuung im Alltag und das permanente Zusammensein bestehen wenige Möglichkeiten des Rückzugs. Dies macht die Einnahme einer Distanz zwingend notwendig. Zugleich wird hier aber auch die Schwierigkeit deutlich, sich *bewusst* von der einer zugeschriebenen Rolle zu distanzieren. Denn die bewusste Einnahme von Distanz ist notwendig, um zum Beispiel Übertragungsfänomene wahrzunehmen und auszuhalten. Pflegende sind sehr viel häufiger Situationen ausgesetzt, in denen Patienten ihre innerpsychischen Themen abarbeiten. Sie bieten sich als Projektionsfläche im besonderen Maße an. Psychiatrisch Pflegende dienen als Übertragungsobjekt für Neuinszenierungen unbewusster Wünsche mehr als andere Berufsgruppen. Dies erklärt sich aus der ständigen Präsenz mit der Begleitung nahezu aller Alltagsbereiche des Patienten. Mehr jedoch aus der Rolle, Beziehungen zu gestalten, einen möglichst menschlichen Umgang zu gewährleisten, gleichzeitig aber Kontroll- und Überwachungsfunktionen wahrzunehmen und für die Aufrechterhaltung der Strukturen verantwortlich zu sein.

Die besonderen Belastungen im Umgang mit bestimmten Patienten machen eine Rollendistanz zwingend erforderlich. Die Konfrontation mit psychischer Krankheit und Leid sowie der Umgang mit psychiatrischen Patienten ist an sich schon eine seelisch sehr belastende Tätigkeit. So stellt die Aufgabe, eine Beziehung zu Menschen mit schweren Beziehungsstörungen herzustellen, eine

„grenzwertige“ Herausforderung dar. Das beständige Austarieren von Nähe und Distanz über einen Zeitraum von 24 Stunden ohne ausreichende Möglichkeiten des Rückzugs und der inneren Einkehr erfordert sehr viel Disziplin.

Teamarbeit

Die Definition von Teamarbeit lautet: *Eine Gruppe von Personen, die gemeinsam an einer Aufgabe arbeiten.* Eine gut funktionierende Gruppenkommunikation, Transparenz und die Bereitschaft jedes Einzelnen, sich in der Gruppe zu engagieren, sind die Merkmale eines intakten Teams. Um dies zu ermöglichen, sind bestimmte Anforderungen an das einzelne Teammitglied notwendig. Die meisten haben etwas mit Akzeptanz, gegenseitiger Wertschätzung und Verantwortungsübernahme zu tun..

Interdisziplinarität

Interdisziplinarität bedeutet gemeinsames Denken aller am Team beteiligten Berufsgruppen, also das Entstehen einer ganzheitlichen Anschauung durch die Verschmelzung der verschiedenen Wahrnehmungsaspekte. Bezogen auf die Arbeit eines psychiatrischen Teams bedeutet dies, dass jedes Teammitglied aus seiner Persönlichkeit, Ausbildung, Erfahrung, Auffassung von psychiatrischer Versorgung, aber auch der speziellen Rolle der jeweiligen Berufsgruppe heraus, ganz spezifische Anteile des Patienten wahrnimmt. Es entsteht eine bunte Vielfalt von Bildern, Beurteilungen und Standpunkten. Die vielen unterschiedlichen Facetten eines Menschen werden sichtbar. Das Zusammentragen dieser Bausteine lässt ein ganzheitliches Bild entstehen. Ein bloßes Nebeneinander der Teilansichten der verschiedenen Aspekte wäre reine Multidisziplinarität und stünde einer guten therapeutischen Arbeit im Wege.

Identität und Kompetenz Die Pflege im multiprofessionellen Team

Ausgestattet mit einem hohen medizinischen Wissen, einem grundlegenden Verständnis für das menschliche Funktionieren und der einzigartigen Nähe zum Patienten stellt die Pflege die Berufsgruppe dar, auf die sich alle anderen verlassen. Die Pflege bildet das Fundament. Sie ist die einzige Berufsgruppe, die für den Aufbau, die Gestaltung und das Halten der Strukturen sorgen kann. Dies erklärt sich durch die besondere Position. Patientenbezogen bedeutet das eine permanente Verfügbarkeit über 24 Stunden sowie die Begleitung, Stützung und Beobachtung aller zum Alltag eines Menschen gehörenden Dinge. Sie sichert das Überleben des Patienten. Bezogen auf das Team ist sie zuständig für die Koordination, Kommunikation und Kooperation im Team. Hier hat die Pflege die Fähigkeit entwickelt, die unterschiedlichen Aspekte und Sprachen in eine Gesamtschau umzuformen.

Im Arbeitsalltag ist es jedoch in der Regel so, dass Pflegende ihre Kompetenzen selten offen darstellen und als eigenständige Profession vertreten. Das Fehlen einer beruflichen Identität wird im multiprofessionellen Team sehr schnell deutlich. Es verführt zum Missbrauch durch andere Berufsgruppen. Dies zeigt sich u.a. darin, dass Pflege weiterhin als „Mädchen für alles“ gilt.

Fremdbild

Ein Problem der psychiatrischen Pflege ist, dass sich die in der Gesellschaft noch weit verbreitete Stigmatisierung des psychisch Kranken auch auf das Ansehen der in der Psychiatrie Beschäftigten überträgt [5]. Das Bild des psychiatrisch Tätigen ist geprägt von altbekannten, anscheinend unverrückbaren Vorurteilen gegenüber psychischen Erkrankungen und dem Wunsch, Angstmachendes auszugrenzen. Daneben steht der geschichtlich gewachsene Eindruck der Anstaltspsychiatrie, der nach wie vor mit Bildern, wie Irrenwärtern, deren Aufgabe es ist gefährliche Irre in Schach zu halten, besetzt ist. Schizophrene (als Synonym für psychisch Kranke im Gesamten) gelten allgemein als unberechenbar, gewalttätig, gemeingefährlich und unheilbar. Verstärkt wird dieses Bild immer wieder durch die besondere Berichterstattung in den Medien. Selten wird über positive Veränderungen berichtet. Psychiatrie gerät meistens in Verbindung mit Gewaltverbrechen ins öffentliche Blickfeld. Festgehalten wird dieses Bild jedoch auch von Pflegenden selber, denen es bisher kaum gelungen ist, dieses verzerrte Bild zu revidieren. Es geschieht selten, dass Pflege sich der Öffentlichkeitsarbeit verpflichtet fühlt. Darüber hinaus werden Pflegende als Erfüllungsgehilfen und Untergebene des Arztes angesehen.

Für die Berufsgruppe der Ärzte stellt Pflege in erster Linie eine die ärztliche Tätigkeit unterstützende alltägliche Ansammlung von Verrichtungen dar. Pflegende werden als Untergebene wahrgenommen, deren eigentliche Aufgabe die einer dienenden Assistenzfunktion ist. Die Tätigkeit Pflege wird als Zusatzfunktion vermerkt, die sich der ersteren unterzuordnen hat. Eine Diskussion auf *gleicher Ebene* wird im besten Falle geduldet. Diese Wahrnehmung wird von anderen Berufsgruppen oft geteilt.

Die Unklarheit, die Pflegende hinsichtlich ihrer eigenen Profession haben, tätigt ihre Außenwirkung. Es herrscht ein sehr indifferentes, unklares Bild von dem, was Pflege sein soll. Pflegende werden als Verwalter der Akten, der Medikamente, Betten und Mahlzeiten wahrgenommen, manchmal als Trost spendende und manchmal als streng Grenzziehende wahrgenommen, selten jedoch als psychiatrisch kompetente Fachkräfte. Vorherrschend ist das Bild des *Mädchens für alles*.

Zu verstehen ist das, wenn man den geschichtlichen Kontext betrachtet. Waren im Mittelalter die von Ordensleuten geleiteten Hospitäler (den Beruf des Arztes sowie anderer Heilberufe gab es noch nicht) noch vom ganzheitlichen

Denken geprägt, so veränderte sich dies ab dem 19. Jahrhundert mit der zunehmenden Bedeutung der Naturwissenschaften, die den Gedanken des Heilens von Körper, Seele und Gemeinwesen mehr und mehr auf eine naturwissenschaftliche Sichtweise des Menschen und das technische Therapieren von Krankheitssymptomen beschränkte. Es entstand der Beruf des Arztes, wie wir ihn heute kennen, der dank den Heilerfolgen rasch an Bedeutung zunahm. In Worten Dörners: *„Der strahlende Ruhm des Arztes drückte die Bedeutung der Pflege scheinbar zu einer unwesentlichen Basisfunktion herab, andere Berufsgruppen (Techniker, Psychologen, Sozialarbeiter) schnitten sich die interessanteren Anteile aus der pflegerischen Tätigkeit heraus und machten die eigentliche pflegerische Tätigkeit zu einer Heilhilfsberufstätigkeit randständig“* [3].

Arbeiten mit anderen Berufsgruppen

Während die Mitglieder anderer Berufsgruppen häufig alleine mit dem Patienten arbeiten, ist die Pflege die einzige tätige Gemeinschaft. In der unmittelbaren Patientenbetreuung ist die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzten die intensivste. Beide Berufsgruppen sind stark aufeinander angewiesen. Die Zusammenarbeit zwischen den beiden Berufsgruppen wird jedoch erschwert durch unterschiedliche Auffassungen. So ist der Berufsweg Pflegenden geprägt von Teamarbeit, Solidarität und Demokratiebewusstsein. Werte, mit denen Ärzte in ihrer beruflichen Entwicklung deutlich weniger konfrontiert werden. Im Arbeitsalltag stellt sich das so dar, dass Ärzte häufig benötigte Hilfe einfach nur anordnen und diese als Mittel zum Zweck betrachten. Eine Ursache hierfür ist die mangelnde Anerkennung anderer Professionen. Insbesondere Pflegenden fällt es schwer dem entgegenzuwirken und die Rolle des ausschließlichen ärztlichen Zuarbeiters zu verlassen. Neben vielen anderen Aspekten zeigt sich dies zum Beispiel in der Informationsübermittlung. So unterstützt das Dokumentationssystem die Informationsweitergabe eher zwischen Pflegenden als zwischen Pflegenden und Ärzten. Die pflegerische Anamnese findet selten Beachtung.

System

Wenn ich meine Gedanken nun zusammenfasse und versuche – aus meiner systemischen Betrachtungsweise – eine Hypothese zu bilden, entwickle ich die Idee, die Rolle oder die Funktion der Pflegenden ist es bisher gewesen, die bestehenden Machtstrukturen zu stützen. Macht unterwirft nicht nur, sie bietet auch Schutz: Schutz vor dem Leid, dem Wahnsinn, der Lebensbedrohung, der Angst. Diesen Phänomenen sind Pflegenden permanent und in ganz besonderer Weise ausgeliefert, ohne dass sie ähnliche Schutzmöglichkeiten haben, wie Ärzte oder andere Berufsgruppen, die ihre Kontakte zu Patienten auf festgelegte Therapiestunden beschränken.

Macht schützt aber auch vor Verantwortungsübernahme. Es wird ein Mechanismus der Selbstentwertung wirksam: Eindeutige Machtverteilung befreit vor persönlicher Zuständigkeit. Man erfüllt nur seine Pflicht, die Verantwortung tragen die Machthabenden [4]. Echte Multiprofessionalität wird aber erst dann entstehen, wenn Pflegende bereit sind, sich an der Verantwortung zu beteiligen.

Die Beachtung der Pflegerischen Kompetenzen, die Anerkennung der Professionalität wird gelingen, wenn Pflege bereit ist, Verantwortung zu übernehmen. Vielerorts geschieht dies zusehends. Deutlich wird dort: Da, wo die eigenen Kompetenzen als solche wahrgenommen werden, gelingt es, eine eigene Identität zu entwickeln.

Bis vor 150 Jahren war die Medizin stets von einem philosophisch-anthropologischen Denkansatz geprägt. Durch die naturwissenschaftliche Vereinseitigung und die Verkuppelung mit der Leistungsfähigkeit eines Menschen durch die Sozialgesetzgebung verlor die Medizin ihre philosophische Basis. Sie geriet in die Gefahr, alles Machbare auch machen zu wollen. Während dieser 150 Jahre haben die Schwestern und Pfleger, trotz oder wegen ihrer Unterdrückung zu Dienern und Handlangern der Ärzte, den mehr philosophisch-anthropologischen Ansatz im Denken und Handeln bewahrt. Wir beginnen heute zu ahnen, dass wir es ihnen zu danken und von ihnen zu lernen haben.

(Prof. K. Dörmer: Aus „Brief an einen Anfänger in der Psychiatrie“) [3]

Literatur

1. **Bögemann-Großheim E.** 2004 Abschied von der Schwester. URL: http://www.verdi.de/oetv_2/intranet/fachbereiche/03__gesundheit__soziale_dienste__wohlfahr_und_kirchen/fachgruppen_f__einzelne_berufsgruppen/berufliche_bildung_krankenpflege/abschied_von_der_schwester (12.10.2005)
2. **Dörner K, Plog U, Teller C** (2002) Irren ist menschlich. Psychiatrie-Verlag, Bonn
3. **Dörner K** (1997) Brief an einen Anfänger in der Psychiatrie oder: Das Krankenhaus gehört den Schwestern und Pflegern. Psych Pflege Heute 3, 2 6
4. **Doppler K, Lauterburg C** (2000) Change Management. Campus, Frankfurt
5. **v Klitzing W, v Klitzing K** (1995) Psychische Belastungen in der Krankenpflege. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
6. **Schädle-Deiningner H, Villingner U** (1996) Praktische Psychiatrische Pflege. Psychiatrie-Verlag, Bonn
7. **Schmidbauer W** (1999) Helfen als Beruf.: Rowohlt, Reinbek b. Hamburg
8. **Weissmann A** (1997) Sinnergie. Orell-Füssli, Zürich
9. **Wettreck R** (2001) „Am Bett ist alles anders“ - Perspektiven professioneller Pflegeethik. LIT-Verlag, Münster

Verhaltensauffälligkeiten psychisch kranker Heimbewohner

Klaus Wingenfeld

Ein Verhalten, das die eigene Gesundheit und Sicherheit bzw. die Gesundheit, Sicherheit oder Bedürfnisse anderer beeinträchtigt, stellt in der Pflege psychisch kranker alter Menschen eines der wichtigsten Problemfelder dar. Es umfasst ein breites Spektrum von Handlungen, das sich vom unsachgemäßen Umgang mit alltäglichen Gegenständen über die Herstellung von Gefahrensituationen beim ziellosen Umhergehen bis hin zu verschiedenen Formen der Aggression erstreckt. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erweisen sich in diesem Zusammenhang als Orte einer besonders ausgeprägten Problemkumulation, denn problematische Verhaltensweisen infolge einer psychischen Erkrankung stellen einen der häufigsten Gründe dar, die für die Übersiedlung in ein Heim ausschlaggebend sind. Neuere Schätzungen zur Verbreitung psychischer Störungen unter den derzeit mehr als 650.000 Heimbewohnern in Deutschland bewegen sich, je nach Strenge der diagnostischen Kriterien, in einer Größenordnung von 50 bis 80% [9, 11]. Eine psychische Erkrankung führt zwar nicht immer, aber doch häufig zu Verhaltensweisen, die von der Umgebung als problematisch eingestuft werden.

Auf Verhalten gerichtete, pflegerische Interventionen in stationären Pflegeeinrichtungen bestehen derzeit überwiegend in Maßnahmen, die direkt auf potenzielle oder manifeste Risikosituationen und weniger auf Ursachen und Bedingungen des Verhaltens abzielen. Präventiv orientierte Handlungsstrategien sind im Pflegealltag schwach vertreten und beruhen dann nahezu durchgängig auf intuitiven Einschätzungen. Bislang fehlt es an einschlägigen Studien, die hierfür geeignete Wissensgrundlagen zur Verfügung stellen.

Ein Forschungsvorhaben der Universität Bielefeld, über das im Folgenden berichtet wird, soll den Kenntnisstand zu Ausprägung, Entwicklung sowie Bedingungen problematischen Verhaltens verbessern und mit seinen Ergebnissen eine Basis zur Entwicklung von Instrumenten und Konzepten bereitstellen, die für eine stärker präventiv ausgerichtete Pflege erforderlich sind. Das Projekt ist Teil des nordrhein-westfälischen Pflegeforschungsverbundes „Patientenorientierte Pflegekonzepte zur Optimierung der Bewältigung chronischer Krankheit“ (gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung).

Fragestellungen und Zielsetzung

Ausgangspunkt des im Frühjahr 2004 begonnenen Projekts ist die Feststellung, dass problematische Verhaltensweisen psychisch kranker alter Menschen auf komplexen Ursachen und Bedingungen, insbesondere auf *Wechselwirkungen* von Umwelteinflüssen, körperlichen Pflegeproblemen, mangelnden Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung, kognitiven Einbußen und Kontrollverlust zurückzuführen sind [z.B. 2, 4, 7, 8]. Im Mittelpunkt steht eine empirische Studie, mit der die Dimensionen und Ausprägungen problematischer Verhaltensweisen von Heimbewohnern, ihre Entwicklung im Zeitverlauf und Einflussfaktoren untersucht und somit folgende Fragen beantwortet werden sollen:

1. In welchem Ausmaß und in welchen Formen tritt problematisches Verhalten auf?
2. Wie korreliert es mit körperlichen Pflegeproblemen, kognitiven Einbußen und Umgebungsbedingungen?
3. Wie verändern sich Ausprägungen des Verhaltens im Zeitverlauf?
4. Welcher Zusammenhang besteht zwischen diesen Veränderungen und Veränderungen der Lebensumwelt der Betroffenen, ihrer Versorgung, körperlichen Pflegeproblemen und kognitiven Einbußen?

Methodisches Vorgehen

Das Projekt umfasst eine prospektive, auf 12 Monate Beobachtungsdauer angelegte Studie, mit der Daten über insgesamt rund 300 Heimbewohner in sieben Pflegeeinrichtungen (jeweils komplette Wohnbereiche) erhoben werden. Mit Hilfe eines standardisierten Erhebungsbogens erfolgt im Abstand von vier Monaten, also zu vier Messzeitpunkten (1) eine Einschätzung der Pflegeprobleme (einschl. Ausprägung des Verhaltens, kommunikative und kognitive Fähigkeiten, Affektlage) und (2) eine Erhebung wesentlicher Merkmale der Versorgung und Umwelt der Pflegebedürftigen sowie ihrer Veränderungen.

Hierbei kommt ein Erhebungsinstrumentarium zum Einsatz, dessen Items zum Teil aus erprobten Assessmentinstrumenten entlehnt wurden. Die Auswahl der Items orientierte sich am „Need-driven dementia-compromised behavior model“ (NDB) [1, 5, 10], das einen Versuch darstellt, Verhalten im Kontext der Wechselwirkung zwischen psychischer Beeinträchtigung, allgemeinen Personenmerkmalen, elementaren Bedürfnissen, physischer und sozialer Umwelt zu konzeptualisieren. Zurückgegriffen wird u.a. auf das Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) [3], das 29 Verhaltensweisen unterscheidet und die Häufigkeit ihres Auftretens innerhalb eines definierten Zeitraumes erfasst, ferner auf die Mini-Mental State Examination und den Barthel-Index. Zur Erfassung von Versorgungsmerkmalen und Umgebungsbedingungen wurden eigene Instrumente entwickelt.

Ergebnisse

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegen Daten aus der ersten Erhebung vor (t_0 , $n = 267$; Ausschluss von drei außergewöhnlich jungen Bewohnern). Die zweite der insgesamt vier Erhebungswellen wird in Kürze abgeschlossen sein. Die folgenden Ausführungen beschränken sich daher notwendigerweise auf Zwischenergebnisse.

Zum Zeitpunkt der ersten Erhebung belief sich das Durchschnittsalter der Bewohner auf 79,9 Jahre (Range: 50–104), der Anteil der Frauen lag bei 71,2%. Die Dauer des Heimaufenthaltes wies bei einem Mittelwert von 4,3 Jahren eine große Spannweite zwischen 0 und 38 Jahren auf. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht zu weiteren Merkmalen der einbezogenen Studienpopulation:

Tabelle 1: Studienpopulation (n = 267, Prozentangaben)


Pflegestufe (XI. Sozialgesetzbuch)		ADL-Abhängigkeit (Barthel-Index)	
Keine	7,1	Unabhängigkeit	3,7
I	29,2	Leichte Abhängigkeit	4,9
II	46,8	Mittlere Abhängigkeit	20,6
III	16,9	Schwere Abhängigkeit	70,8
Ausgewählte Diagnosen		Kognitive Einbußen (MMSE, n = 218)	
Demenz	64,4	Keine	7,4
Schizophrenie	10,9	Leichte	17,6
Depression	10,1	Schwere bis schwerste	75,0
Psychose	4,1		

Die mit dem Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) abgebildeten Verhaltensweisen umfassen ein verhältnismäßig breites Verhaltensspektrum, das an dieser Stelle nur in Ausschnitten präsentiert werden kann. Nach den vorliegenden Ergebnissen zeigen nahezu alle Bewohner Verhaltensweisen, die gemäß CMAI als „agitation“ einzustufen sind. Sowohl die Kombination von Verhaltensweisen als auch ihre jeweilige Häufigkeit weisen jedoch große Unterschiede auf. Tabelle 2 macht Angaben zu einigen vergleichsweise häufigen Verhaltensweisen, ergänzt um psychische Problemlagen, die in dieser Form nicht durch das CMAI erfasst werden.

Tabelle 2: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (n = 267, Prozentangaben)

Verhalten (CMAI)	häufig¹	selten²	nie
Zielloses Umhergehen	31,5	7,1	61,4
Andere schlagen oder kneifen	12,4	9,0	78,7
Personen stoßen oder wegdrängen	12,7	11,6	75,7
Gegenstände wegstoßen/-schieben	11,2	7,1	81,6
Gegenstände werfen	9,4	4,5	86,1
Inadäquater Umgang mit Dingen	18,7	7,1	74,2
Schreien	15,7	6,0	78,3
Verbale Aggression	29,2	9,4	61,4
Psychische Problemlagen			
Motorische Unruhe	40,8	13,6	45,7
Sun-downing	13,7	9,0	77,3
Störung Tag-Nacht Rhythmus	29,4	18,8	51,9
Depressive Stimmungslage	38,5	21,9	39,6
¹ mindestens ein Mal wöchentlich			
² seltener als ein Mal wöchentlich			

Einige andere vom CMAI berücksichtigte Verhaltensweisen wie Selbstverletzung oder Verletzung anderer durch Gegenstände, absichtliches Hinfallen, verbale oder körperliche sexuelle Annäherungsversuche wurden nur sehr selten dokumentiert und scheinen danach im Versorgungsalltag kaum von Bedeutung zu sein. Verhaltensweisen, die als direkt selbstgefährdend bezeichnet werden können (im Unterschied zu indirekter Selbstgefährdung, etwa durch Sturzrisiko infolge des Aufsuchens unsicherer Umgebungen), sind generell vergleichsweise schwach vertreten. Im Vordergrund stehen folgende Verhaltenstypen:

- durch motorische Unruhe gekennzeichnete Verhaltensweisen
- verbale Verhaltensauffälligkeiten, verbale Aggression
- physisch aggressives Verhalten gegen Personen
- physisch aggressives Verhalten gegen Dinge oder Gegenstände 

Da nach Zusammenhängen zwischen Verhaltensweisen und Umgebungsbedingungen gesucht wird, beschreiben die Daten auch verschiedene Merkmale des Alltagslebens in den Einrichtungen – Aspekte der sozialen und materiellen Umwelt ebenso wie einige Formen von Aktivität und Unterstützungsangebote (Tagesstrukturierung), aber z.B. auch aktivitätsbegrenzender Interventionen. Nach Abschluss aller vier Erhebungen wird es am Ende des Projektes möglich sein, den Zusammenhang zwischen Umgebungs- und Verhaltensänderungen

darzustellen. Hier zunächst einige Ergebnisse der t0-Erhebung, die einen Eindruck zu ausgewählten Merkmalen des Lebensalltags von psychisch kranken Heimbewohnern vermitteln:

Tabelle 3: Ausgewählte Merkmale des Alltagslebens (n = 267, Prozentangaben)

Besuche von Angehörigen*:		Teilnahme an*:	
- Kein Besuch	30,7	- biografieorientierten Aktivitäten	15,7
- Ein Besuch	20,6	- tagesstrukturierende Gruppenangeb.	26,2
- Zwei Besuche	16,1	- Orientierungs-/Gedächtnstraining	24,3
- Mehr als zwei Besuche	32,6	- außerhäusliche Aktivitäten	44,6
Beziehung z. wichtigst. Bezugspers.:		Störungen der Nachtruhe:	
- gut oder sehr gut	22,8	- durch Lagerung/Inkontinenzversorg.	70,4
- schlecht oder sehr schlecht	0,0	- häufige Störung aus anderen Gründen	10,1
- indifferent	9,4		
- nicht zu beurteilen	15,4	Aktivitätsbegrenzungen*	
- Bew. hat keine Bezugspers.	52,4	- durch Gurtfixierung, Bettgitter etc.	24,3
*während der letzten 14 Tage			

Die in Tabelle 3 dargelegten Ergebnisse dokumentieren u.a. die vielzitierte Armut an sozialen Beziehungen und Beschäftigung. Fast ein Drittel der Bewohner erhielt während eines Zeitraums von zwei Wochen keinerlei Besuch von Angehörigen. Rund die Hälfte von ihnen verfügt über keine Bezugsperson, zu der eine enge Beziehung bestünde. Einige andere Ergebnisse zeigen, dass auch die sozialen Beziehungen unter den Bewohnern selbst eher schwach ausgeprägt sind. Vergleichsweise gering fällt der Anteil der Bewohner aus, die an regelmäßigen Beschäftigungsangeboten teilnehmen, und immerhin jeder vierte Bewohner erfuhr – zum Teil mehrfach – eine Aktivitätsbegrenzung (Medikationseffekte nicht mitgerechnet).

Wie schon erwähnt, zielt das Projekt unter anderem darauf ab, Zusammenhänge zwischen Verhaltensweisen und anderen Faktoren zu identifizieren. Dies wird mit einiger Verlässlichkeit erst nach Abschluss sämtlicher Erhebungen möglich sein. Dass zwischen aktivitätsbegrenzenden Maßnahmen und problematischen Verhaltensweisen ein Zusammenhang existiert, war zu erwarten. Auch dass die Einbindung in soziale Beziehungen negativ mit sozial problematischen Verhaltensweisen korreliert, ist nicht weiter erstaunlich. Interessanter erscheint die Feststellung, dass aggressiv gefärbtes Verhalten bei Männern kaum häufiger auftritt als bei Frauen. Aufmerksamkeit verdient auch der Zusammenhang zwischen der Intensität motorisch geprägter Verhaltensauffälligkeiten und kürzlich zurückliegenden Verlusterfahrungen infolge des

Versterbens von Personen, zu denen der Bewohner engen Kontakt hatte. Diese und eine Reihe anderer möglicher Zusammenhänge, die sich in den Daten andeuten, harren noch einer genaueren Prüfung. Sie wird letztlich erst dann zu aussagekräftigen Ergebnissen führen, wenn Zeitreihen analysiert werden können, denn häufig ist – das Beispiel der Verlusterfahrung bildet hierbei eher eine Ausnahme – auf statistischem Weg nur schwer zu entscheiden, ob bestimmte Merkmale/Veränderungen der Lebensumgebung oder andere Faktoren Verhaltensauffälligkeiten fördern oder umgekehrt Folge des Verhaltens sind.

Fazit und Ausblick

Die bislang vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen die vielfältigen Ausprägungen von Verhaltensauffälligkeiten psychisch kranker alter Menschen im vollstationären Pflegesetting und damit einen hohen Bedarf an fachgerechter psychiatrischer Pflege. Vielfalt zeigt sich sowohl im Verhaltenstypus als auch in der Intensität problematischer Verhaltensweisen. Es erscheint daher ratsam, von einer generalisierenden Bewertung von Verhaltensweisen Abstand zu nehmen. Im Vordergrund des Alltags in den Einrichtungen stehen durch motorische Unruhe gekennzeichnete Verhaltensweisen. Die betreffenden Bewohner weisen im Blick auf ihre Abhängigkeit im Bereich von Alltagsverrichtungen oder auf ihren kognitiven Status bemerkenswerte Unterschiede zu Bewohnern auf, die eher aggressiv gefärbtes Verhalten zeigen. Es handelt sich mit anderen Worten um Pflegeprobleme, die einer differenzierten Betrachtung bedürfen, wenn der Verhaltenshintergrund aufgeklärt und wirksame Unterstützung geleistet werden soll.

Eine generelle Schwierigkeit bei der Analyse des Wirkungsgefüges, in das Verhaltensweisen eingebettet sind, betrifft, wie so oft, die Beantwortung der Frage, ob Verhaltensauffälligkeiten durch bestimmte Merkmale der Lebensumgebung gefördert werden oder ob letztere nicht vielmehr als Konsequenz des Verhaltens anzusehen sind. Dies wird am Beispiel der Fixierungen besonders deutlich, betrifft jedoch noch viele andere Phänomene, denen prinzipiell verhaltenswirksames Potenzial unterstellt werden kann. Hier zeigt sich ein nicht unerhebliches Problem des gewählten methodischen Vorgehens, das sich generalisieren lässt: Das Bedingungsgefüge, in das Verhaltensweisen eingebettet sind, kann mit Hilfe standardisierter Daten nur unter großen Schwierigkeiten analytisch durchdrungen werden. Qualitative Studien sind – theoretisch – besser in der Lage, Verhaltensweisen mit Umgebungsbedingungen, Ereignissen und Prozessen in Beziehung zu setzen, bleiben jedoch aufgrund des hohen Aufwandes, der zur Generierung halbwegs gesättigter Ergebnisse erforderlich ist, bei der Untersuchung des vorliegenden Gegenstands ebenfalls begrenzt. Für die Pflegeforschung ist die Untersuchung von Verhaltensweisen als Pflegeproblem nach wie vor mit großen Schwierigkeiten verbunden.

Mit einer Punkterhebung lassen sich viele Zusammenhänge, die für ein besseres Verständnis problematischer Verhaltensweisen von Heimbewohnern relevant sind, nicht verlässlich genug klären. Aus diesem Grund sieht das methodische Design der Studie wiederholte Datenerhebungen vor, die es am Ende gestatten werden, Veränderungen im Zeitverlauf abzubilden. Damit stehen zusätzliche Informationen zur Prüfung der Hypothese zur Verfügung, dass problematische Verhaltensweisen in vielen Fällen nicht primär krankheitsbedingt sind, sondern Resultat des Zusammenspiels zahlreicher Faktoren, die sich durch professionelle Pflege gezielt beeinflussen lassen. Diese Prüfung wird allerdings, wie schon angemerkt, erst nach Abschluss aller Datenerhebungen möglich sein.

Aufbauend auf den Untersuchungsergebnissen soll eine Interventionsstrategie entwickelt werden, die eine frühzeitige Risikoidentifizierung ermöglicht und somit darauf abzielt, die für problematische Verhaltensweisen maßgeblichen Bedingungen zu beeinflussen. Vorgesehen ist ein strukturiertes, komplexes Interventionskonzept, das der Systematik eines fünfstufigen Pflegeprozessmodells (Assessment, Zielformulierung, Maßnahmenplanung, Durchführung, Evaluation) folgt und in einem Folgeprojekt ab dem Jahr 2007 praktisch erprobt und auf seine Wirksamkeit hin getestet wird. Es umfasst voraussichtlich

- einen *Bezugsrahmen*, mit dem das für problematische Verhaltensweisen bedeutsame Bedingungsgeflecht abgebildet und somit das Verständnis der Pflegekräfte für die Verhaltensproblematik verbessert werden soll,
- ein *Assessmentinstrument*, das Art und Intensität des Verhaltens erfasst sowie eine Identifizierung der für Verhaltensauffälligkeiten relevanten Bedingungen bzw. Problemlagen ermöglicht,
- eine *Abklärungshilfe*, die den Anwender darin unterstützt, ein individuelles Risikoprofil für den jeweiligen Bewohner zu erstellen,
- globale *Zielformulierungen und gestufte Maßnahmenkataloge*, deren Relevanz anhand des ermittelten individuellen Risikoprofils geprüft und auf deren Grundlage eine individuelle Interventionsstrategie entwickelt werden kann,
- *Maßgaben zur Evaluation im Rahmen des Pflegeprozesses* (zeitliche und inhaltliche Vorgaben).

Mit Hilfe des Interventionskonzeptes, so der Anspruch des Vorhabens, soll ein wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium zur Verfügung gestellt werden, das eine wirksame Unterstützung der betroffenen Heimbewohner ermöglicht, unter weitgehendem Verzicht auf einschränkende, aktivitätsbegrenzende und damit wenig bedürfnisgerechte Maßnahmen.

Literatur

1. **Algase DL, Beck C, Kolanowski A** (1996) Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease* 6:10-19
2. **Bair B, Toth W, Johnson MA, Rosenberg C, Hurdle JF** (1999). Interventions for disruptive behaviors: use and success. *Journal of Gerontological Nursing* 1:13-21
3. **Cohen-Mansfield J** (1999) Measurement of inappropriate behavior associated with dementia. *Journal of Gerontological Nursing* 2:42-51
4. **Hutchinson SA, Wilson HS** (1998) The theory of unpleasant symptoms and Alzheimer's disease. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 2:143-162
5. **Kolanowski AM, Whall AL** (2000) Toward holistic theory-based intervention for dementia behavior. *Holistic Nursing Practice* 2:67-76
6. **Lai CKY** (1999) Vocally disruptive behaviors in people with cognitive impairment: current knowledge and future research directions. *American Journal of Alzheimer's Disease* 3:172-180
7. **Liu DD, Raji M, Twersky J, Riggs A** (2000) Case report: disruptive vocalization due to gout in an elderly nursing home resident with dementia. *Annals of Long Term Care* 5:66-70
8. **Rogers JK** (1996) The nature and context of behavior problems among cognitively impaired, elderly nursing home residents. University of Illinois at Chicago, Chicago
9. **Schneekloth U, Müller U** (2000) Wirkungen der Pflegeversicherung. Nomos, Baden-Baden
10. **Whall AL** (1999) The measurement of Need-Driven Dementia-Compromised Behavior: achieving higher levels of interrater reliability. *Journal of Gerontological Nursing* 9:33-37
11. **Wingenfeld K, Schnabel E** (2002) Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Hrsg. vom Landespflegeausschuss Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

Fremdbestimmt kontrolliertes Trinken im Altenheim

Stephan Wolff

Konzeptvorstellung

Im Folgenden wird ein Betreuungskonzept für alkoholabhängige Pflegeheimbewohner dargestellt. Die Bewohner sind nicht zu einer abstinenten Lebensweise fähig und zeigen ausgeprägte problematische Verhaltensweisen. Die zentralen Komponenten des Konzepts sind fremdbestimmt kontrolliertes Trinken, direkter Umgang mit problematischen Bewohnerverhaltensweisen und der Aufbau positiver Aktivitäten.

Das Projekt wurde im Haus Silberdistel in Sipplingen, einem Luftkurort am Bodensee, realisiert. Es gehört der überregional tätigen Firma Phönix aus Füssen. Das Haus Silberdistel pflegt eine gute Kooperation mit den beiden zuständigen psychiatrischen Kliniken Weissenau und Reichenau.

Die Realisation des Projekts wurde von Januar bis April 2005 durch ein 6-tägiges Coaching begleitet.

Im Bericht wird für die Bewohner die männliche Form gewählt, da es sich ausschließlich um männliche Bewohner handelte.

Ausgangslage

Zu Beginn des Projekts lebten neun alkoholranke Bewohner, die nicht dauerhaft zu einer abstinenten Lebensweise fähig waren, im Haus Silberdistel. Die Bewohner zeigten ausgeprägte problematische Verhaltensweisen im Zusammenhang mit ihrem Alkoholkonsum. Wir mussten Vollräusche, auch außerhalb des Wohnheims, feststellen sowie Urinieren an öffentlichen Plätzen, Vernachlässigung der äußeren Erscheinung, aggressives und gewalttätiges Verhalten, Verleugnung des Alkoholkonsums und seiner Folgen, Rückzug, Vereinsamung, Verbitterung und Resignation. Zu Beginn des Projekts gab es keine effektiven Strategien für den Umgang mit diesen Bewohnern und den geschilderten problematischen Verhaltensweisen. Das Haus Silberdistel pflegt eine gute Kooperation mit den beiden zuständigen psychiatrischen Kliniken Weissenau und Reichenau.

Da die Bewohner die problematischen Verhaltensweisen auch außerhalb des Pflegeheims in Sipplingen zeigten, wurden sie dort zunehmend negativ wahrgenommen. Die Heimleitung wurde damit konfrontiert, dass Verhaltensweisen der Bewohner auf Dauer inakzeptabel seien. Von Seiten des Trägers und der Einrichtung wurde ein klarer Wille zur Veränderung der Situation formuliert. Dieser besagte, dass ein neues Betreuungskonzept zu entwickeln und umzusetzen sei. Finanzielle Mittel für erforderliche Umbaumaßnahmen und ein begleitendes Coaching wurden bereitgestellt.

Zielentwicklung

Die Firma Phönix betreibt ein zentrales Qualitätsmanagement. Mit diesem wurden die Ziele des Projektes entwickelt und in eine Hierarchie gebracht. Erstes und wichtigstes Ziel ist die Reduktion der problematischen Verhaltensweisen der Bewohner. Ziele auf der zweiten Ebene sind die Vermeidung von Trinkexzessen, die Reduktion der Trinkmengen und die Steigerung des Wohlbefindens der Bewohner. Nachrangiges Ziel ist die Alkoholabstinenz beziehungsweise die Verlängerung abstinenter Zeiten. Das erste Ziel, die Reduktion der problematischen Verhaltensweisen, steht in unmittelbarem Zusammenhang mit den Zielen auf der zweiten Ebene.

Strategien

Zur Erreichung dieser Ziele wurden drei Strategien entwickelt, die im Folgenden dargestellt werden.

Aufbau eines speziellen Wohnbereiches

Die alkoholabhängigen Bewohner wurden dazu angehalten, in einen eigenen Wohnbereich zu ziehen. Dies beinhaltete nicht nur eine räumliche Veränderung, sondern auch die Teilnahme am Betreuungsangebot des Wohnbereiches, welches im Folgenden dargestellt wird. Über den Umzug in den Wohnbereich und die Teilnahme am Betreuungsangebot wurde mit den Bewohnern eine schriftliche Vereinbarung abgeschlossen.

Fremdbestimmt kontrolliertes Trinken und Management der problematischen Verhaltensweisen

Das fremdbestimmte kontrollierte Trinken bezieht sich auf das „Kontrollierte Trinken“ nach Körkel [1-3]. Beim kontrollierten Trinken ist nicht Abstinenz das Ziel, sondern die Reduktion der individuellen Trinkmenge. Beim fremdbestimmten kontrollierten Trinken kann die Kontrolle der Trinkmenge von den MitarbeiterInnen übernommen werden. Die Alkoholmenge, die an die Bewohner ausgegeben werden kann, ist auf maximal dreimal 0,5 Liter Bier oder die äquivalente Menge Wein begrenzt, um Rauschzustände und körperliche Risikofaktoren, wie die Sturzgefahr, zu vermeiden. In einem Plan (siehe Anhang: *Stufenprogramm für das fremdbestimmte kontrollierte Trinken und das Management problematischer Verhaltensweisen*) wird detailliert dargelegt, wie die Bewohner Autonomie in den Bereichen Beschaffung der vereinbarten Trinkmenge, Ausgang und Taschengeldverwendung erlangen können. Außerdem regelt der Plan, welche Konsequenzen problematische Verhaltensweisen und Verstöße gegen die vereinbarte Trinkmenge nach sich ziehen. Es wird zwischen leichten, schweren und sehr schweren Verstößen unterschieden, die Verwarnungen, Ausgangsbeschränkungen und Aufnahmen in die Psychiatrie zur Folge haben können.

Alltagsgestaltung in der Gruppe und Aufbau positiver Aktivitäten

Die Bewohner des Wohnbereichs verbringen täglich gemeinsame Zeit. In der Regel beginnt der Tag mit einem gemeinsamen Frühstück, auf das eine Morgenrunde folgt, in der Aktivitäten geplant werden, Fragen des Alkoholkonsums und besondere Vorfälle angesprochen werden können. Die Bewohner können im Wohnbereich und im Pflegeheim Arbeiten übernehmen, die mit Punkten vergütet werden. Die Punkte entsprechen einem bestimmten Geldbetrag, den die gesamte Gruppe für gemeinsame Aktivitäten, wie Ausflüge, verwenden kann.

Coaching

Das Coaching der MitarbeiterInnen gliederte sich in mehrere Phasen. Vor dem Coaching wurden die problematischen Verhaltensweisen detailliert erfasst. Die Heimleitung informierte die zuständigen psychiatrischen Kliniken über die Absicht einen Wohnbereich für Bewohner einzurichten, die nicht abstinent leben können. Es wurde ein Unterstützungsbedarf für Bewohner angemeldet, die aufgrund unkontrollierten Alkoholkonsums nicht akzeptable Verhaltensweisen zeigen und deswegen kurzfristig zur Entgiftung stationär aufgenommen werden müssen. Das Stufenprogramm wurde in einer ersten Version vor dem Coaching entwickelt und es wurden erste organisatorische Überlegungen für die Einrichtung einer speziellen Wohngruppe angestellt.

Das erste Coaching umfasste zwei Tage und fand im Januar 2005 in der Einrichtung statt. Schwerpunkte waren zunächst das aktuelle Wissen zum Thema Alkoholsucht. Daneben ging es um eigenes suchähnliches Verhalten. Darunter werden Verhaltensweisen verstanden, die einen „Kick“ geben und häufig intensiv betrieben werden, wie zum Beispiel Motorradfahren, Klettern, Joggen oder Arbeiten. In diesem Zusammenhang wurde die eigene, eventuell latent ablehnende Haltung gegenüber Menschen mit Alkoholproblemen überdacht. Die oben genannten Ziele und Strategien wurden erörtert und es wurde festgelegt, welche Maßnahmen als Nächstes umgesetzt werden müssen. Dabei war die Frage von besonderer Bedeutung, wie die betreffenden alkoholabhängigen Bewohner dazu motiviert werden können in den Wohnbereich „Rose“ zu ziehen und die spezielle Vereinbarung zum fremdbestimmten kontrollierten Trinken zu akzeptieren. Es wurde ein Erstassessment für das Kontaktgespräch in der Klinik entwickelt.

In der Phase zwischen dem ersten und dem zweiten Coaching wurden die Bewohner mit dem Vorhaben konfrontiert. Es gab einige, die zu diesem Zeitpunkt nicht bereit waren, das Betreuungsangebot fremdbestimmt kontrolliertes Trinken anzunehmen. Es fanden erste Umbaumaßnahmen, wie der Einbau einer Küche, statt. Das Einstellungsverfahren für zwei Fachkräfte wurde in Gang gesetzt. Die Einrichtung erhielt während dieser Zeit telefonische Beratungen durch den Referenten.

Das zweite Coaching dauerte im Februar 2005 ebenfalls zwei Tage. Darin ging es um ein suchtspezifisches Kommunikationstraining, die Entwicklung eines Wochenplans, die Gestaltung der zukünftigen Morgenrunde und das Einüben einer strukturierten kollegialen Beratung anhand von Bewohnerfallbeispielen als zukünftiges Beratungsinstrument. Im Haus Silberdistel gab es eine große MitarbeiterInnengruppe, die dem Projekt sehr skeptisch bis ablehnend gegenüber stand. Die Führungskräfte der Einrichtung wurden dahingehend beraten, wie sie dieser Skepsis und Ablehnung begegnen können.

Zwischen dem zweiten und dem dritten Coaching wurden die Umbaumaßnahmen weitgehend abgeschlossen. Die betreffenden Bewohner haben die Vereinbarung fremdbestimmt kontrolliertes Trinken bis auf eine Ausnahme akzeptiert und sind in den Wohnbereich gezogen. Der entwickelte Wochenplan wurde umgesetzt. Es gab erste Alkoholkontrollen und eine erste Klinikweisung wegen eines Verstoßes. Die MitarbeiterInnen erhielten wieder telefonische Beratungen, diesmal zu fachlichen Fragen.

Während des dritten zweitägigen Coachings im April 2005 wurde der bisherige Projektverlauf ausgewertet. Die Bewohner haben das Zusammenleben im Wohnbereich Rose sehr gut angenommen. Der Aufbau positiver Aktivitäten wurde als gelungen betrachtet. Die Thematisierung des Themas Sucht gestaltete sich teilweise zäh. Andererseits sind die problematischen Verhaltensweisen nach subjektivem Erleben der MitarbeiterInnen deutlich zurückgegangen, so dass das Thema Alkohol nicht forciert angesprochen wurde. Weiterhin wurde während dieses Coachings die Präsentation des fremdbestimmt kontrollierten Trinkens in einer psychiatrischen Klinik und im Gemeinderat von Sipplingen vorbereitet.

Ergebnisse

Bis heute (Oktober 2005) wurde der Wohnbereich Rose auf fünfzehn Bewohner erweitert. Das primäre Ziel, die problematischen Verhaltensweisen zu reduzieren, wurde über alle Erwartungen weit hinaus erreicht. Es traten seit April 2005 praktisch keine nicht akzeptablen problematischen Verhaltensweisen mehr auf. Das äußere Erscheinungsbild der Bewohner und ihr Auftreten in Sipplingen haben sich so deutlich verbessert, dass es in Sipplingen wahrgenommen und vom Bürgermeister eine entsprechende Rückmeldung kam. Die Gruppe der alkoholabhängigen Bewohner hat ein Zugehörigkeitsgefühl entwickelt. Das Aktivitätsniveau der Bewohner konnte angehoben werden. Es finden täglich kürzere gemeinsame Aktivitäten und regelmäßig ausgedehntere gemeinsame Aktivitäten statt. Die Aktivitäten haben sowohl Freizeit- als auch Arbeitscharakter. Die Bewohner äußern auf Befragen eine gestiegene Zufriedenheit mit ihrer Situation. Die skeptische bis ablehnende Haltung der anderen MitarbeiterInnen gegenüber den alkoholabhängigen Bewohnern und dem Projekt ist kaum noch vorhanden.

Schlussfolgerungen

Aus meiner Sicht ist die Kombination von einem klaren Setting, dem Verzicht auf die Forderung nach Abstinenz und der gezielten Zuwendung in einer Gruppe für den Erfolg verantwortlich. Der extrem starke Rückgang der problematischen Verhaltensweisen durch die beschriebenen Maßnahmen kann vielleicht als ein Anzeichen dafür gewertet werden, dass selbst bei langfristig alkoholkranken Menschen die Bereitschaft vorhanden ist, ihr Leben zu ordnen, wenn auf den Abstinenzanspruch verzichtet wird. Demnach würde der Abstinenzanspruch im Umkehrschluss viele mögliche Entwicklungen blockieren.

Danksagung

Die MitarbeiterInnen des Hauses Silberdistel sowie der Geschäftsleitung und des Qualitätsmanagements der Firma Phönix haben viel Mut und Entschlossenheit sowie die Bereitschaft Geld und Zeit zu investieren gezeigt. Ohne das wäre der Erfolg des Projekts nicht möglich gewesen. Ich bedanke mich für die außerordentlich engagierte und offene Mitarbeit während des Coachings.

Anhang

Stufenprogramm für das fremdbestimmte kontrollierte Trinken und das Management problematischer Verhaltensweisen

	Neuaufnahme	Wiederaufnahme nach Rückfall
Kontaktphase		
Vor der Aufnahme findet ein Kontaktgespräch in der Klinik statt.		
Aufnahmephase		
Stufe 1: Aufnahmetag		
<i>Aufnahmegespräch</i>	Unterzeichnung Heimvertrag in Verbindung mit den Sondervereinbarungen für die Aufnahme im Wohnbereich Gesprächspartner: Bewohner und/oder Betreuer, Einrichtungsleiter, MitarbeiterIn Wohnbereich Sondervereinbarungen für die Aufnahme im Wohnbereich Gesprächspartner: Bewohner und/oder Betreuer, Einrichtungsleiter, MitarbeiterIn Wohnbereich	Thematisierung der Vorfälle, die zur Aufnahme in der psychiatrischen Klinik geführt haben Nochmalige Erörterung der Regeln des Wohnbereichs

<i>Ausgangsregelung</i>	kein Ausgang außerhalb des Hauses, innerhalb des Hauses keine Einschränkungen	Siehe Neuaufnahme
<i>Trinkmenge</i>	Ausgabe der ggf. vereinbarten Trinkmenge durch die MitarbeiterInnen	Siehe Neuaufnahme
<i>Verstoß</i>	Schwere und sehr schwere Verstöße führen zur erneuten Aufnahme in der psychiatrischen Klinik	Siehe Neuaufnahme
Stufe 2: Zweiter Tag		
<i>Betreuungsplanung</i>	Gruppenaktivitäten: Vereinbarung Gruppenaktivitäten, Information und Mitteilung darüber, dass die Teilnahme an den Gruppen erwartet wird Tagesstruktur: Information und Mitteilung darüber, dass die Einhaltung der Tagesstruktur erwartet wird.	Überprüfung der bestehenden Betreuungsplanung, ggf. Anpassung
<i>Ausgangsregelung</i>	Siehe Aufnahmetag (außerhalb des Hauses ist der Aufenthalt im Innenhof möglich)	Siehe Neuaufnahme
<i>Trinkmenge</i>	Siehe Aufnahmetag	Siehe Neuaufnahme
<i>Verstoß</i>	Schwere und sehr schwere Verstöße führen zur erneuten Aufnahme in der psychiatrischen Klinik	Siehe Neuaufnahme
Stufe 3, ab 3. Tag		
<i>Ausgangsregelung</i>	Bei Verlassen des Hauses allein: nur bis zu 4-mal 15 Minuten, Radius: Sichtweite (Der Bewohner muss das Haus sehen können). Voraussetzung: Es treten keine problematischen Verhaltensweisen auf. Innerhalb des Hauses keine Einschränkungen.	Siehe Neuaufnahme
<i>Trinkmenge</i>	Ausgabe der ggf. vereinbarten Trinkmenge durch die Mitarbeiter	Siehe Neuaufnahme
<i>Verstoß</i>	Leichter Verstoß: Verwarnung, dann Rückstufung nach Stufe 1 Schwerer Verstoß: Rückstufung nach Stufe 1 Sehr schwerer Verstoß: Aufnahme in die Psychiatrie	Siehe Neuaufnahme

Stabilisierungsphase		
Stufe 4		
<i>Ausgangsregelung</i>	In die Stadt, nur in Begleitung mit mindestens einem Mitbewohner, bis zu 1 Std. pro Tag	Siehe Neuaufnahme
<i>Trinkmenge</i>	Selbständiger Einkauf im Haus	Siehe Neuaufnahme
<i>Taschengeld</i>	Individuelle Vereinbarung eines frei verfügbaren Taschengeldes	Siehe Neuaufnahme
<i>Verstoß</i>	Leichter Verstoß: Verwarnung, dann Rückstufung nach Stufe 1 Schwerer Verstoß: Rückstufung nach Stufe 1 Sehr schwerer Verstoß: Aufnahme in die Psychiatrie	Siehe Neuaufnahme
Stufe 5		
<i>Ausgangsregelung</i>	In die Stadt alleine, bis zu 2 Std. pro Tag	Siehe Neuaufnahme
<i>Trinkmenge</i>	Selbständiger Einkauf in der Stadt	Siehe Neuaufnahme
<i>Taschengeld</i>	Individuelle Vereinbarung eines frei verfügbaren Taschengeldes	Siehe Neuaufnahme
<i>Verstoß</i>	Leichter Verstoß: Verwarnung, dann Rückstufung nach Stufe 1 Schwerer Verstoß: Rückstufung nach Stufe 1 Sehr schwerer Verstoß: Aufnahme in die Psychiatrie	Siehe Neuaufnahme
Phase höchstmöglicher vereinbarter Autonomie		
Stufe 6		
<i>Ausgangsregelung</i>	Freier Ausgang außerhalb der Mahlzeiten und der vereinbarten Betreuungsangebote	Siehe Neuaufnahme
<i>Trinkmenge</i>	Selbständiger Einkauf in der Stadt	Siehe Neuaufnahme
<i>Taschengeld</i>	Freie Taschengeldverwendung	Siehe Neuaufnahme
<i>Verstoß</i>	Leichter Verstoß: Verwarnung, dann Rückstufung nach Stufe 1 Schwerer Verstoß: Rückstufung nach Stufe 1 Sehr schwerer Verstoß: Aufnahme in die Psychiatrie	Siehe Neuaufnahme

Erreichen der Stufen 4 bis 6

Die Einstufungen der Bewohner in die Stufen 4 bis 6 werden in einmal wöchentlich stattfindenden Besprechungen festgelegt.

Definitionen

Leichter Verstoß	Eine geringfügige Überschreitung der vereinbarten Trinkmenge (Testergebnis unter 0,5 Promille) Nicht-Teilnahme an einer Mahlzeit oder einer Pflicht-Gruppenaktivität Nichteinhalten der Grundsätze zur Körperhygiene (mind. 1x wöchentlich duschen und Kleidungswechsel; tägliche Mund-, Gesichts-, Haar- und Intimpflege) Gezielte verbale Aggression gegen andere Personen, wobei der Bewohner sein Fehlverhalten einsieht
Schwerer Verstoß	Eine deutliche Überschreitung der vereinbarten Trinkmenge (Testergebnis über 0,5 Promille) Wiederholte Nicht-Teilnahme an einer Mahlzeit oder einer Pflicht-Gruppenaktivität Gezielte verbale Aggressionen, wobei der Bewohner sein Fehlverhalten nicht einsieht Androhung von Gewalttätigkeiten Gewalt gegen Gegenstände, ohne diese zu zerstören Alkoholkonsum in der Gemeinde Urinieren an öffentlichen Plätzen Lautes und provokantes Verhalten in der Öffentlichkeit
Sehr schwerer Verstoß	Exzessives Trinken bis zum ausgeprägten Rauschzustand (Erbrechen, Einkoten, Einnässen) Akute Selbst- oder Fremdgefährdung Körperliche Gewalt gegen Menschen Körperliche Gewalt gegen Dinge, wobei diese zerstört oder schwer beschädigt werden Massive körperliche Folgeerscheinungen
Beikonsum	Jedweder, über der ggf. vereinbarten Menge liegender Alkoholkonsum (Verzehr eingekaufter und/oder mitgebrachter alkoholhaltiger und/oder alkoholreduzierter Getränke und/oder Lebensmittel, wie z.B. Pralinen)

Literatur

1. **Böhlke P, Schäfer B** (2002) Darstellung eines Praxisprojektes zum fremdbestimmten kontrollierten Trinken im Pflegeheim „Haus Abendsonne“. Suchttherapie 3:103-105
2. **Körkel J** (2003) 10-Schritte-Programm zum selbständigen Erlernen des „Kontrollierten Trinkens“. GK Quest Akademie (Maaßstr. 28, 69123 Heidelberg), Heidelberg
3. **Naumann W** (1999) Sozialpädagogische Betreuung von Alkoholkranken in Heimen: unter besonderer Berücksichtigung des kontrollierten Trinkens. Neuer Hochschul-Schriften-Verlag, Rostock

Adherencetherapie als eine Intervention für psychiatrisch Pflegende

Michael Schulz

Was ist Adherence?

Adherence (engl. für Festhalten, Befolgen), im Deutschen auch *Adhärenz*, bezeichnet in der Medizin die Einhaltung der gemeinsam von Patient und Arzt gesetzten Therapieziele. Der Begriff ersetzt im angelsächsischen Sprachraum zunehmend den Begriff *Compliance* (engl. für Einverständnis, Einhalten, Willfährigkeit, Fügsamkeit) in der Medizin. Dieser Begriff bezeichnet die Einhaltung der Therapievorgaben durch den Patienten und repräsentiert eine veraltete Sicht, dass die Verantwortung für ein Therapieerfolg oder Therapieversagen einseitig beim Patienten liegt. Auch im deutschen Sprachgebrauch gewinnt der Begriff der Adherence oder Adhärenz zunehmend an Bedeutung (vgl. <http://content-kiosk.de/Adherence>).

Stand der Forschung

Antipsychotische Medikamente stellen ein zentrales Element der Schizophreniebehandlung dar. Nachdem man lange Zeit annahm, dass das ungünstige Einnahmeverhalten vieler Patienten bzw. die hohen Abbruchraten überwiegend auf das extrapyramidal geprägte Nebenwirkungsspektrum der Neuroleptika der ersten Generation zurückzuführen ist, zeigt sich nun, dass sich die Situation mit der weiten Verbreitung der Neuroleptika der zweiten und dritten Generation, der sog. Atypika, nicht grundlegend verbessert hat. Trotz der geringeren Affinität zu den Dopaminrezeptoren, höherer Affinität zu anderen Rezeptoren der HT- und NA-Gruppen und damit veränderten bzw. verringerten Nebenwirkungsprofilen, bleibt die Nichteinnahme von verordneten Neuroleptika ein Hauptproblem in der Behandlung von Schizophreniekranken. Heute weiß die Mehrzahl der Patienten (z.B. nach Psychoedukation), dass das Absetzen der neuroleptischen Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe das Risiko eines Rückfalls erheblich erhöht und einer der Hauptgründe für eine stationäre Wiederaufnahme ist [4]. Für antipsychotische Medikamente liegen in der Literatur unterschiedliche Angaben über den Grad der Umsetzung von medikamentösen Vorgaben vor. Die Werte schwanken zwischen 10% und 76% [u.a. 2]. Nach Gray et al [6] setzen 50% der Patienten die Medikamente innerhalb des ersten Jahres und 75% innerhalb des zweiten Jahres ab. Liebermann et al [12] konnten nun aktuell in einer Studie, in die 1432 Studienteilnehmer einbezogen werden konnten, zeigen, dass unabhängig vom eingesetzten Atypikum mindestens zwei Drittel der Patienten (range: 64-82%) die verordneten Medikamente innerhalb von 18 Monaten absetzen, meist bereits innerhalb der ersten 3 Monate. Damit waren die Ergebnisse für die Atypika (bei geringeren Abweichung untereinander) nicht besser als bei dem ebenfalls untersuchten klassischen Neuroleptikum Perphenazin. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass das Absetzen von Medikamenten keinen

Ausnahmefall darstellt, sondern mit chronischer Krankheit häufig einhergeht. Beispielhaft sei hier auf die antiretrovirale Therapie bei HIV-Patienten verwiesen. Hier sind Medikamente erst wirksam, wenn die Vorgaben zu 95% umgesetzt werden, was nur knapp der Hälfte der Patienten trotz der vitalen Bedrohung gelingt [1].

Auf der Grundlage dieser Erkenntnis empfiehlt die WHO [21] „die Entwicklung von Strategien mit dem Ziel einer verbesserten Akzeptanz von Therapieprogrammen als ein wesentliches Element, um weltweit Krankheitsfolgen zu verringern“. In diesem Zusammenhang haben Haynes et al [8] im Rahmen eines Cochrane Reviews Interventionen untersucht, die eine verbesserte Adherence zur Folge haben sollen. Sie kommen zu dem Schluss, dass die gegenwärtigen vorhandenen Methoden zur Steigerung von Adherence nicht dazu führen, das Wirkpotential vorhandener Medikamente auszuschöpfen. Sie fordern, dass neue Verfahren entwickelt werden, um den Aufbau von Adherence bei den Betroffenen bei langfristigen Therapien wirkungsvoller als bisher zu unterstützen.

Warum nehmen Menschen ihre Medikamente nicht?

Der Prozess der Entwicklung von Adherence bzw. Non-Adherence scheint ein multifaktorielles Geschehen zu sein, welches bislang noch nicht vollständig verstanden worden ist. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass sich Adherence nur sehr schwer definieren und messen lässt [3, 11]. Dennoch gibt es keinen Zweifel darüber, dass gerade im Bereich der chronischen Erkrankungen ein großes Problem dahingehend besteht, dass Medikamente zu früh abgesetzt, Intervalle nicht beachtet werden oder aber die eingenommene Menge mit der verordneten Dosis nicht übereinstimmt.

Die erfolgreiche langfristige Umsetzung von Therapievorgaben ist nicht nur dem Willen bzw. Unwillen des Patienten geschuldet. Sie ist vielmehr das Resultat vieler verschiedener Faktoren, wobei der Frage, inwieweit es gelingt, zwischen Professionellen und Nutzern eine tragfähige Beziehung aufzubauen, eine zentrale Bedeutung zukommt.

Faktoren, die das Einhalten von Therapieplänen beeinflussen, lassen sich nach Gray [5] in sechs Kategorien einteilen:

1. die Krankheit (z.B. in Form von Wissensdefiziten über die Krankheit und deren Behandlung);
2. die Behandlung (z.B. in Form von ungewollten Nebenwirkungen);
3. die verschreibende Person bzw. das Behandlungsteam (wird z.B. mit dem Patienten zusammengearbeitet oder geht man über seine Wünsche und Bedenken hinweg);

4. der Patient (z.B. durch seine Einstellung zur Behandlung oder dadurch, dass er die Einnahme vergisst);
5. das persönliche Umfeld (z.B. durch Druck, der von seinen Bezugspersonen auf ihn ausgeübt wird);
6. kulturelle Aspekte (z.B. dadurch, dass der Patient einer anderen als der westlichen Medizin mehr vertraut);

Berücksichtigt man all diese Faktoren, dann wird deutlich, dass die Schuld für ein abgebrochenes Therapieprogramm nicht alleine bei den Patienten zu suchen ist. Aus diesem Grunde ist der Begriff „Compliance“ bzw. „Non-Compliance“ im Hinblick auf die Einnahme von Medikamenten irreführend und suggeriert, dass sie im Rahmen der Behandlung eher passiv sind und lediglich die Instruktionen der Professionellen umzusetzen haben. Im Sinne von „Verhandeln statt Behandeln“ kommt dem Patienten aber im Rahmen eines Behandlungsbündnisses eine aktive, gleichberechtigte Rolle zu. Adherence unterstreicht hier die Rechte des Patienten und die Notwendigkeit nach umfassender Information, nach einer gleichberechtigten Kommunikation sowie einer gemeinsamen Entscheidungsfindung [6].

Aufbau und Ablauf der Intervention Adherencetherapie

Adherencetherapie ist eine strukturierte Intervention, die im Rahmen von acht Behandlungseinheiten in Einzelkontakten verabreicht wird. Die Intervention hat zum Ziel, dass der Patient aus eigener Kraft heraus, auf der Grundlage einer eigenen Entscheidung in der Lage ist, therapeutische Vorgaben langfristig umzusetzen, oder aber, was auch denkbar ist, eine fundierte Entscheidung gegen die Einnahme von Medikamenten zu treffen. Adherencetherapie zielt demnach sowohl auf eine informierte Entscheidungsfindung als auch auf die Möglichkeit der Verhaltensänderung. Die Intervention wurde von Gray et al [7] und Mitarbeitern am Institute of Psychiatry (IOP) in London entwickelt und basiert auf Erkenntnissen der Verhaltenstherapie, der Motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick [13, vgl. auch 10] sowie auf der Compliancetherapie nach Kemp et al [9]. Dabei fokussiert die Intervention auf die Stärkung der Eigenverantwortung sowie auf die persönlichen Wünsche des Patienten. Neben der kooperativen Zusammenarbeit mit dem Patienten sollte darauf geachtet werden, dass der Patient ermutigt wird, seine Bedürfnisse mit einzubringen, dass die medikamentösen Pläne möglichst einfach gestaltet sind und die Einnahme sich in den Tageslauf integrieren lässt [7]. Darüber hinaus gilt es, Sorgen und Bedenken anzusprechen und gemeinsam nach akzeptablen Lösungen zu suchen. Basierend auf Erkenntnissen der Motivierenden Gesprächsführung liegt auch der Adherencetherapie eine (Menschenbild-) Annahme zugrunde, wonach Menschen, die ihre Medikamente

nicht nehmen, nicht unmotiviert, sondern ambivalent sind. Demnach gibt es sowohl für (z.B. die Reduktion von Symptomen) als auch gegen die dauerhafte Einnahme von Medikamenten (z.B. das Auftreten von Nebenwirkungen) gute Gründe. Dabei ist Ambivalenz kein alleiniges Problem von kranken Menschen, sondern fester Bestandteil menschlichen Lebens.

Die Intervention lässt sich in folgende Phasen unterteilen:

- Phase des Kennenlernens
- Assessment (im Hinblick auf den Umgang und die Erfahrungen mit sowie die Einstellung zu Medikamenten)
- Therapeutische Phase
- Evaluationsphase

Die Einheiten sollen nicht länger als 45-60 Minuten dauern. Sowohl im Hinblick auf die Räumlichkeiten als auch im Hinblick auf die Dauer der Einheiten ist Flexibilität wichtig, um sich den Bedürfnissen des Patienten anpassen zu können. Im Folgenden sollen die einzelnen Phasen kurz dargestellt werden.

Kennenlernphase

Die erste Einheit wird genutzt, um sich gegenseitig kennen zu lernen. Ziel ist es, ein Klima für eine offene Diskussion zu schaffen. Hierfür muss der Patient Vertrauen fassen und über den Ablauf der Intervention informiert werden.

Assessmentphase

Die Assessmentphase dauert ein bis zwei Einheiten. Ziel ist es, etwas über die Medikamentengeschichte des Patienten sowie seine Einstellung zu bzw. Vertrauen in die Medikamente zu erfahren. Die Priorität, die die Pharmakotherapie für den Patienten hat, sowie das Vertrauen in die Medikamente sind wichtige Parameter, die es zunächst zu erheben und im Rahmen der Therapie zu beeinflussen gilt. Anhand eines strukturierten Assessments werden Informationen dazu erhoben.

Therapeutische Phase

Für diese Phase sind vier bis sechs Einheiten vorgesehen. Es steht ein Repertoire an Maßnahmen zur Verfügung, die in dieser Phase zur Anwendung kommen. Dazu gehört z.B., praktische Probleme der Medikamenteneinnahme zu besprechen, gemeinsam mit dem Patienten Ambivalenz heraus- und bearbeiten oder über Bedenken gegenüber den Medikamenten zu sprechen.

Evaluationsphase

In der letzten Sitzung gilt es, gemeinsam mit dem Patienten den Prozess zu reflektieren und das Erreichte zu bewerten. Auf der Grundlage des zu Beginn durchgeführten Assessments lässt sich dann feststellen, welche Veränderungen erreicht werden konnten.

Adherencetherapie als pflegerische Intervention

Adherencetherapie ist in England für den ambulanten Bereich entwickelt worden und kann grundsätzlich von allen Professionen des interdisziplinären Teams durchgeführt werden. Pflegenden kommt dort, im Gegensatz zum deutschsprachigen Raum, als Community Psychiatric Nurses (CPN) eine zentrale Stellung mit hohem Verantwortungsprofil zu [17]. Zunehmend wird Adherencetherapie aber auch im stationären Setting erprobt. Eine Implementierung von Adherencetherapie im stationären Bereich erscheint v.a. deshalb möglich und sinnvoll, weil hier im Hinblick auf die Langzeitprophylaxe häufig wesentliche Entscheidungen getroffen werden. Darüber hinaus machen Patienten im stationären Setting häufig schlechte Erfahrungen mit Medikamenten, z.B. im Rahmen von Zwangsmedikationen. Adherencetherapie kann hier helfen, diese Erfahrungen zu bearbeiten und so eine bessere Voraussetzung für eine erfolgreiche Langzeittherapie zu schaffen. Vor dem Hintergrund, dass die Berücksichtigung des direkten Lebensumfeldes und der persönlichen Situation des Patienten im Rahmen von Intervention von entscheidender Bedeutung ist, gilt es, entsprechendes Wissen vorzuhalten. Pflege ist als größte Berufsgruppe und aufgrund ihrer Nähe zum Patienten, welche tiefgehende, bisweilen intime Einblicke in das Leben der Patienten zulässt, gut geeignet, diese Intervention durchzuführen. Bei einer Anwendung der Intervention im stationären Bereich ist davon auszugehen, dass eine solche Intervention vor dem Hintergrund schwindender zeitlicher Ressourcen bei allen Berufsgruppen, lediglich von der Pflege aufgrund ihrer Präsenz vor Ort, durchgeführt werden kann. Pflege hat im Rahmen des Behandlungsprozesses immer schon therapeutische Tätigkeiten, z.B. bei der Durchführung von Gruppen oder auch im Rahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie, durchgeführt [19]. Interventionen wie diese, die zum einen gut wissenschaftlich begründet (evidenzbasiert) sind, zum anderen auf chronische Erkrankungen abzielen, stellen aber darüber hinaus wichtige Meilensteine auf dem Weg zu einem zukunftsfähigen und verantwortungsvollem Berufsprofil dar [14, 15, 16]. Allerdings setzt die Durchführung einer solchen therapeutischen Intervention eine hohe Pflegefachlichkeit und darüber hinaus eine spezielle Schulung voraus. Im Zuge einer zunehmenden Spezialisierung der Arbeitsfelder ist von einer zunehmenden Differenzierung der Qualifikationsprofile auszugehen, wofür die vorgestellte Intervention ein Beispiel darstellt.

Wendet man Adherencetherapie im stationären Bereich an, dann kann es im Rahmen von einer dezentralen Pflegeorganisationsform eine mögliche Intervention der Bezugspflegekraft bzw. Primary Nurse darstellen [18]. Im Rahmen der interdisziplinären Behandlungsplanung gilt es dann, die Intervention bei entsprechendem Bedarf, gemeinsam mit dem Arzt in die Behandlung einzupassen.

Literatur

1. **Bartlett JA** (2002) Addressing Challenges of adherence. *Journal of Acquired Immune Deficiency and Human Retrovirology* 29:2-10
2. **Cramer JA, Rosenheck R** (1998) Compliance with medication regimes for mental health disorders. *Psychiatric Disorders* 49:196-201
3. **Evangelista LS** (1999) Compliance: a concept analysis. *Nursing Forum* 34:5-11
4. **Fenton WS, Blyler C, Heinssen RK** (1997) Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin* 23:637-51
5. **Gray R** (2004) Verbesserte Einhaltung von Medikamentenvorgaben bei Menschen mit Psychosen. In: Bauer R, Krause P, Schulz M (Hrsg). *Interventionen Psychiatrischer Pflege*. Unterostendorf: ibicura Verlag (S 84-93)
6. **Gray R, Gournay K, Wykes, T** (2002) From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9:277-84.
7. **Gray R, Gournay K, David A** (2001) *QUATRO: Adherence Therapy – Training and Treatment Manual*. London, unveröffentlicht
8. **Haynes RB, Montague P, Oliver T, McKibbin KA, Brouwers MC, Kanani R** (2000) Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev* 2000/2:CD000011
9. **Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A**. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *Br J Psychiatry*. 1998 May;172:420-4.
10. **Körkel J, Veltrup C**. Motivational Interviewing: Eine Übersicht. *Suchttherapie* 2003)4: 115-124
11. **Kyngas H, Duffy M, Kroll T**. Conceptual analysis of compliance. *Journal of clinical nursing*. 2000)9: 5-12
12. **Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RS, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK** (2005) Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *New England Journal of Medicine* 353:1209-23
13. **Miller W R, Rollnick S** (1999) Motivierende Gesprächsführung - Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Lambertus: Freiburg im Breisgau
14. **Schulz M** (2003) Rekonzeptionalisierung als wesentliches Element einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Pflege. *Pflege und Gesellschaft* 4:133-160

15. **Schulz M** (2004) Rekonzeptionalisierung Psychiatrischer Pflege. In: Bauer R, Krause P, Schulz M (Hrsg). Interventionen Psychiatrischer Pflege. ibicura Verlag:Unterostendorf (S 10-17)
16. **Schulz M** (2005) Neuorientierung und Paradigmenwechsel: Psychiatrische Pflege im Umbruch. Psych Pflege 5: 256-263
17. **Schulz M, Behrens J** (2005) Die Entwicklung gemeindenaher psychiatrischer Pflege in Großbritannien – Implikationen für Deutschland. PR-Internet – Die wissenschaftliche Fachzeitschrift für die Pflege 7: 410-415
18. **Schulz M, Krause P** (2003).Zwischen Bezugspflege und Primary Nursing – auf dem Weg zu einer evidenzbasierten und personenzentrierten Pflegeorganisationsform. Psych Pflege 8: 242-248
19. **Schulz M, Renard C, Keogh J** (im Druck) Analyse des Gruppenangebotes einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik anhand von Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien. Krankenhauspsychiatrie
20. **Schulz M, Renard C** (2005) Der Beitrag psychiatrischer Pflege am Gruppenprogramm in der Psychiatrie. Psych Pflege heute 11:38-42
21. **World Health Organization** (2003) Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO, Genf

„Ich hab meine Mutter so vermisst“
Das Erleben der Kinder psychisch erkrankter
Eltern als pflegende Angehörige

Katrin Herder

Einleitung

Die minderjährigen Kinder psychisch erkrankter Eltern werden nicht hinreichend wahrgenommen. Die Psychiater¹ betrachten sie als ‚Ressource‘, die ihre Patienten im Prozess der Gesundung unterstützen sollen, die Jugendhilfe blickt argwöhnisch auf die gestörten Eltern und fragt sich, ob diese Eltern ein Kind gut aufziehen können. Diese linearen Perspektiven werden ebenfalls seit langer Zeit in der Angehörigenarbeit von professionellen Helfern vertreten. Kinder werden kaum über die Ursachen der Veränderungen ihrer Eltern informiert, sie erhalten in den Kliniken oder Praxen keine Aufklärung über den Verlauf und die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung, noch werden sie an Gesprächen beteiligt. Aus britischen Studien ist bekannt, dass Kinder, die ihre chronisch erkrankten Eltern pflegen, im Haushalt Aufgaben übernehmen, wie kochen, putzen und waschen [2].

Aber auch die Perspektive, dass Kinder chronisch erkrankter Eltern einen mehr oder minder großen Anteil in der Pflege ihrer erkrankten Eltern übernehmen, wird der Situation der Kinder psychisch erkrankter Eltern nicht gerecht. Sie bleiben schutzbedürftige Kinder, die aus den interpersonellen Beziehungen in ihrer Familie heraus ihre Eltern unterstützen. Ebenso wenig, wie die psychische Störung eines Elternteils als ein isoliertes Geschehen angesehen werden kann, kann auch die Pflege und Unterstützung, die ein Kind in seiner Familie leistet, losgelöst von dem Kontext Familie betrachtet werden.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichte ich auf die ausführliche und korrekte Schreibweise. Ich bitte die Leserinnen, mir dies nachzusehen – sie sind ebenfalls angesprochen.

Literaturübersicht

Die Angehörigen chronisch erkrankter Menschen übernehmen im häuslichen Alltag pflegende Aufgaben. Sie unterstützen, versorgen, begleiten, ermutigen und managen auftretende Krisen. Auch die Pflegewissenschaft hat sich des Problems angenommen. Diplomarbeiten aus den Bereichen Pflegewissenschaft, -pädagogik und -management wurden veröffentlicht [13], und Theorien zur Pflege chronisch erkrankter Menschen entwickelt, die die Angehörigen einbeziehen [3, 18].

Minderjährige Kinder werden jedoch weder in ihrem Dabeisein noch als pflegende Angehörige in pflegewissenschaftlichen Studien über das Erleben von Menschen mit chronischen Erkrankungen einbezogen oder in dem Erleben der Angehörigen dieser Menschen entsprechend berücksichtigt. Sie werden nur als Angehörige der Angehörigen angesehen und entsprechend vernachlässigt.

Seit Mitte der 90-er Jahre erfährt das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern oder Kinder psychotischer Eltern“ in medizinischen, kinderpsychologischen sowie pädagogischen und juristischen Publikationen ein vermehrtes Interesse. Obwohl die erste Untersuchung in den 30-er Jahren des letzten Jahrhunderts zu finden ist [5] und Remschmidt 1971 ein erstes deutsches Forschungsprojekt initiierte, in dem Kinder stationär behandelter schizophrener und depressiver Patienten untersucht wurden [10], fand das Thema erst in den letzten Jahren eine vorsichtige Beachtung in der Fachöffentlichkeit. Die „high risk“ Forschung interessiert sich für die Frage, in welchem Maße die Kinder schizophrener erkrankter Eltern eine erhöhte Disposition für das Risiko einer eigenen psychischen Erkrankung mit sich tragen. Sie versucht Kennzeichen zu identifizieren, die eine Vorhersage der Manifestation einer Erkrankung erlauben. Die Studien untersuchen die Häufigkeiten und Schweregrade verschiedener Störungsbilder und den Zusammenhang mit entsprechenden Störungsbildern bei den Kindern [8, 10, 11]. Analog wurde seit Mitte der achtziger Jahre begonnen, die Kinder endogen-depressiv erkrankter Eltern unter ähnlichen Aspekten zu untersuchen [11]. Eltern wie Kinder werden hier unter der Perspektive der Patienten oder potentieller Patienten betrachtet. Die Vielfalt und unterschiedlichen Ansätze wie genetische, neurophysiologische oder biochemische Studien sowie ihre speziellen Ergebnisse lassen sich an dieser Stelle nicht ausreichend darstellen. Einigkeit besteht jedoch in der Aussage, dass die Kinder psychisch erkrankter Eltern ein erhöhtes Risiko von 10 bis 15 Prozent haben, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Bei der Erkrankung beider Eltern erhöht sich die Prävalenz nach Aussage verschiedener Studien auf 35 bis 50 Prozent [9, 11]. Die Probleme der Kinder werden mit Desorientierung und Schuldgefühlen, Tabuisierung und Isolierung, mangelnder Betreuung bei zusätzlicher Belastung durch vermehrte Haushaltsführung,

Parentifizierung (die Rollenumkehr zwischen Eltern und Kindern), Abwertung durch die Umwelt und Loyalitätskonflikten innerhalb der Familie und nach außen benannt [7].

Der Frage nach dem Erleben der Kinder wird in sozialwissenschaftlichen Studien und Publikationen nachgegangen, in denen erwachsene Kinder psychisch erkrankter Eltern in Form biographischer Interviews über ihre Kindheit berichten [7,14, 15, 17]. Als relevante Lebensthemen der Kinder werden in einer qualitativen Untersuchung der Tag der Erkrankung des Elternteils, die unterschiedlichen Geschwisterrollen in einer Familie, die Unterstützung durch andere, das Schweigegebot innerhalb der Familie und nach außen (die Kinder werden angehalten, nicht über die Probleme der Familie zu sprechen), die Angst als Begleiter der Kinder und das eigene Erwachsenwerden sowohl im Hinblick auf die Autonomie als auch auf das emotionale Erbe identifiziert [14, 17]. Über die Situation der minderjährigen Kinder psychisch erkrankter Eltern als pflegende Angehörige lässt sich bislang wenig sagen, da kaum Untersuchungen zu dem Thema entstanden sind.

In den letzten zehn Jahren erforschte in Großbritannien die Young Carers Research Group die Situation minderjähriger Kinder, die in ihrem Alltag die häusliche Pflege eines chronisch erkrankten Angehörigen übernehmen. Zum Erleben der Kinder psychisch erkrankter Eltern wurden auch Kinder befragt, die sich aktuell in dieser Situation befinden. Aus den Zwischenergebnissen einer Studie ergibt sich, dass Kinder durch die Diagnose „psychische Erkrankung“ eines Elternteils, ebenso wie der Elternteil selbst, eine Stigmatisierung erfahren. Sie werden gehänselt und mit Spottnamen belegt, so dass sie es vermeiden, die gesundheitlichen Probleme ihrer Eltern aus Furcht vor Repressalien zu besprechen [1].

Die bislang durchgeführten Studien berücksichtigen nicht ausreichend die spezifisch pflegerische Perspektive, die insbesondere daran interessiert ist ob, und wenn ja, wie und in welchem Ausmaß diese Kinder auch die Rolle des pflegenden Angehörigen übernehmen. Gleichwohl deutet sich in den bislang bestehenden Erkenntnissen an, dass die Kinder psychisch kranker Eltern sowohl vermehrt Tätigkeiten im Haushalt als auch vermehrt Verantwortung für die Eltern übernehmen, etwa wenn die besondere Belastung durch Parentifizierung und durch vermehrte Haushaltstätigkeit beschrieben wird [6].

Abbildung 1: Übersicht über die Familien

<p>ELTERN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mutter erste Krise 1981 - Geschieden - Mutter erkennt Störung nicht an KINDER <ul style="list-style-type: none"> - Tochter, geb. 1990 - Sohn, geb. 1992 	<p>ELTERN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mutter erste Krise 1993 - Verheiratet - Eltern erkennen Störung an KINDER <ul style="list-style-type: none"> - Tochter, geb. 1997
<p>ELTERN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mutter erste Krise 1995 - Geschieden - Eltern erkennen Störung an KINDER <ul style="list-style-type: none"> - Sohn, geb. 1991 - Sohn, geb. 1994 	<p>ELTERN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mutter erste Krise 2002 - Alleinerziehend (bis 2004) - Erkennt Störung an KINDER <ul style="list-style-type: none"> - Tochter, geb. 1989

Aus den Interviews einer Familie wurden „Porträts der Familien“ entwickelt, welche anschließend auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede hin untersucht wurden. Die Familien wurden aus Sicht eines Elternteils wie aus der Sicht eines oder beider Kinder vorgestellt. Jedem Familienporträt wurde ein Genogramm vorangestellt. In der Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung wurden die Eltern separat und in ihrer Elternrolle beschrieben. Weiterhin wurde die Unterstützung des erkrankten Elternteils innerhalb der Familie sowie ein für jede Familie charakteristisch erscheinendes Bild bezüglich ihres Umgangs miteinander nach außen hin dargestellt.

Ergebnisse

In der Fallkontrastierung wurde auf die Sicht der Kinder fokussiert und die elterlichen Perspektiven dann herangezogen, wenn sie den Kontext der Familien verdeutlichten oder wenn die Eltern andere Einschätzungen als ihre Kinder äußerten. Analog zu den beiden Forschungsfragen sind die Ergebnisse in zwei Bereiche gegliedert.

Wie erleben die Kinder psychisch erkrankter Eltern ihren Alltag?

Im Erleben der Kinder ist in den untersuchten Familien der *Zusammenhalt* zwischen den Kindern und den Eltern eng. Die Kinder stellen das Zusammenleben mit ihren Eltern nicht in Frage und akzeptieren ihre Eltern wie deren Rollen. Sie haben ein starkes Gefühl der Bindung an ihre Eltern, wenn auch in

drei Familien die Kinder ein Elternteil dem anderen vorziehen. In zwei Familien ist jedoch der Zusammenhalt zeitweise so eng, dass er zwischen den Eltern und den Kindern häufig für *Streit* sorgt. Die davon betroffenen drei Kinder erleben verschiedenste Ausprägungen des Streits, von Anschuldigungen und lautstarken Beschimpfungen bis hin zu körperlicher Gewalt. Sie sehen keine Möglichkeit mit eigenen Mitteln den Streit zu beeinflussen. Ein elfjähriges Mädchen fühlt sich durch die Uneinschätzbarkeit und Unvorhersehbarkeit ihrer Mutter, die zu massiven körperlichen Übergriffen fähig ist, an das Haus gebunden. Sie achtet dort auf die Befindlichkeit der Mutter und gibt damit ihrem kleineren Bruder die Gelegenheit, ein altersentsprechendes Leben zu führen. Ein zwölfjähriges Mädchen hingegen, flüchtet vor dem Streit mit der Mutter und ist nach Möglichkeit „immer weg“. Sie versucht so, dem Streit, ihrer Angst davor sowie der damit einhergehenden schlechten Laune zu entkommen.

Die Kinder fühlen sich in ihrem Alltag dann unterstützt, wenn sie auf sichere und eindeutige Beziehungen zugreifen können, wobei diese *Unterstützung* nicht an das Alter oder einen familiären Bezug der unterstützenden Person gebunden ist. Die Kinder fühlen sich *alleine*, wenn niemand da ist, dem sie ihre Sorgen mitteilen und mit dem sie ihre Sorgen teilen können. Während ein Kind als Vertrauensperson auf seinen Vater und eine gleichaltrige Freundin zurückgreifen kann, sucht ein anderes Kind, welches sich in der Familie nicht ausreichend wahrgenommen fühlt, Hilfe beim Jugendamt. Eine Mutter ließ ihr Kind während ihrer Erkrankungsphasen über Jahre innerhalb der Familie versorgen. Ihr Kind jedoch erfährt, nach seinem Erleben, erst eine ausreichende Unterstützung, als die Mutter selbst diese Aufgabe für sich annehmen und ausfüllen kann. In drei der Familien können einzelne Elternteile, ausgelöst durch eine bestimmte Krise, einen *Perspektivenwechsel* vornehmen und sich fortan als *Elternteil* mit einer psychischen Erkrankung wahrnehmen, statt als eine Einheit „psychisch erkrankter Mensch mit Kind“. Dieser Wechsel in der elterlichen Sichtweise gewährt den Kindern den notwendigen Schutz und die entsprechende Fürsorge und bedeutet einen wichtigen Faktor im Erleben der Kinder. In zwei Familien fühlen die heranwachsenden Töchter Scham bezüglich der psychischen Erkrankung der Mütter oder deren Auswirkungen, wobei die „*anrühliche*“ Erkrankung in einem Fall ein über Jahre gut gehütetes Familiengeheimnis war.

In welcher Weise pflegen und unterstützen die Kinder ihre psychisch erkrankten Eltern?

Die *Pflege und Unterstützung*, die die Kinder für den erkrankten Elternteil innerhalb ihrer Familien leisten, drückt sich vor allem in der allgemein positiven Haltung der Kinder aus. Die Kinder akzeptieren ihre Mütter, wie sie sich darstellen. Eine Mutter berichtet:

„ ... die gibt mir immer das Gefühl, dass ich ne ganz tolle Mutter bin... und selbst wenn ich an mir zweifle, ist die also immer diejenige, die sagt, du bist die allertollste Mami auf der ganzen Welt ...“

Die emotionale Unterstützung ist für die Mütter bei all ihren Selbstzweifeln wichtig und bedeutsam. Die Kinder verhalten sich lieb und hilfsbereit, sie erleichtern den Müttern damit die elterliche Fürsorge. Als *praktische Unterstützung* im Alltag übernehmen die Kinder kleinere Aufträge, wie Müll oder Flaschen wegbringen, Milch holen oder in der Wohnung oder dem eigenen Zimmer aufräumen. Die Aufgaben entsprechen ihrem Alter und gleichen den Aufträgen von Kindern in den meisten Familien. Die Aufgaben werden für die Kinder erst dann zum Problem, wenn sie sich selbst schlecht versorgt oder mit den Arbeiten überfordert fühlen oder wenn ihnen die Aufgabenverteilungen innerhalb der Familien nicht mehr deutlich sind. Ein zwölfjähriges Kind kann nicht einsehen, dass sie Arbeiten im Haushalt übernehmen soll. Sie kann die Begründung für ihren Auftrag nicht akzeptieren, nämlich dass ihre Mutter ja arbeiten ginge. Sie empfindet es nicht als ihre Aufgabe als Kind, die Mutter von ihren elterlichen Pflichten zu entlasten, während die Mutter in ihrer persönlichen Überforderung als Mutter, psychisch erkrankte Frau und Arbeitnehmerin, dies fordert. Darüber hinaus übernehmen einige Kinder vermehrt *Verantwortung* innerhalb der Familien sowie die *genaue Beobachtung* des erkrankten Elternteils. Ein elfjähriges Mädchen übernimmt zunehmend sowohl die Verantwortung für ihren zwei Jahre jüngeren Bruder wie auch für ihren Vater. Sie entwickelt die Fähigkeit Entscheidungen zu treffen, die Vater und Bruder annehmen können. Ein anderes Kind beschwert sich bei der Mutter über ihren Kompetenzverlust, da diese ihre Entscheidungen nun mit dem neuen Partner bespricht. Die Kinder übernehmen ebenfalls die genaue Beobachtung ihrer erkrankten Mütter, teilweise unter dem Verzicht auf eigene, kindgerechte Aktivitäten. Eine Mutter empfindet das Monitoring durch ihr Kind als Belastung und Kontrolle. Ein anderes lenkt die Aufmerksamkeit von seiner Mutter ab und versucht sie zu schützen, immer dann, wenn es annimmt, dass diese emotional zu stark gefordert wird.

Fazit und Diskussion

Verallgemeinernd kann festgehalten werden, dass das Erleben der Kinder psychisch erkrankter Eltern davon bestimmt ist, ob die Bereiche von Eltern und Kindern klar zu unterscheiden sind. Kinder können einzelne belastende Faktoren, wie Streit oder Alleinsein, dadurch ausgleichen, dass sie ebenfalls stabilisierende Faktoren, wie ausreichende Unterstützung oder klare Beziehungen, erfahren. Die Kinder versuchen, einen individuellen Ausgleich zwischen den be- und entlastenden Bedingungen herzustellen. Diese fragile Balance droht zu kippen, wenn das Kind zu wenige oder aktuell unzureichende stützende Faktoren erfährt.

STÜTZENDE FAKTOREN

Faktoren wie

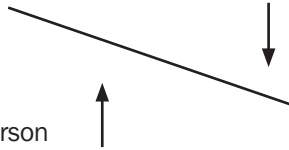
- Eindeutigkeit
- Unterstützung

- Sichere Bezugsperson
- Perspektivenwechsel

BELASTENDE FAKTOREN

- Streit
- fehlende Unterstützung

- unklare Beziehungen



Die Pflege und Unterstützung, die Kinder psychisch erkrankter Eltern innerhalb ihrer Familien leisten, ist spontan und situationsabhängig. Kinder sind zu ihrem Aufwachsen und Wohlergehen auf den Schutz der Familie existenziell angewiesen, zu deren Bestand sie durch die intergenerativen Hilfen beitragen. Die gegenseitige Hilfe zwischen Eltern und Kindern ist nicht nur durch die familiäre Sorge bedingt, sie sichert auch das Bestehen der Familie [12]. Der Prozess der gegenseitigen Unterstützung ist in der interpersonellen Dynamik einer Familie zu suchen und vor dem individuellen Hintergrund der vielfältigen Erfahrungen zu verstehen. Die Betrachtung der jeweiligen Situationen pflegender Kinder von psychisch erkrankten Eltern, kann nur im Kontext ihrer Familien und aus dem Kontext heraus wahrgenommen und gewürdigt werden. Als eine Besonderheit der vorliegenden Ergebnisse erscheint es, dass bislang kaum Kinder psychisch erkrankter Eltern untersucht wurden, welche an einem präventiven Projekt für Kinder psychisch erkrankter Eltern teilgenommen haben. Entgegen den Ergebnissen bisheriger Untersuchungen werden die hier beschriebenen Familien durch die spezielle Art der präventiven Hilfen angeregt und unterstützt, sowohl innerhalb der Familien über ihre speziellen Probleme zu sprechen als auch sich nach außen zu öffnen. Die Kinder erhalten im Beisein ihrer Eltern die notwendigen Informationen über die Erkrankung der Eltern und auch deren „Erlaubnis“, eigene Gefühle und Entwicklungen zuzulassen. Dies bedeutet einen schützenden Faktor im Erleben der Kinder. Auch der Wechsel in der elterlichen Perspektive, den einige Eltern vornehmen konnten, nämlich von dem psychisch erkrankten Menschen mit Kind, hin zu einem Elternteil, welches psychisch erkrankt ist, ist bisher nicht beschrieben. Die Eltern verstehen (und verhalten) sich fortan primär als Eltern ihrer Kinder und sekundär als Personen in belasteten Lebenszusammenhängen. Es ist anzunehmen, dass die gemeinsamen Reflexionen der Elternrolle(n) in der präventiven Arbeit mit zu diesem Perspektivenwechsel beitragen. Wenn dieser Bereich auch noch nicht gesondert und ausreichend untersucht werden konnte, so kann an dieser Stelle davon ausgegangen werden, dass die familienunterstützende Arbeit mit psychisch erkrankten Eltern innerhalb ihrer Familien wie auch die Begleitung der Kinder die gesamte Familie schützt und stützt.

Literatur

1. **Aldridge J** (2001) Children Caring for Family Members with Severe and Enduring Mental Health Problems. Young Carers Research Group Bulletin, Issue 2, Autumn 2001 (http://www.lboro.ac.uk/departments/ss/centres/oldYCRG/issue_2_autumn_2001.htm vom 2. 10. 2003)
2. **Bibby A, Becker S** (2000) Young Carers in Their Own Words. London, Calouste Gulbenkian Foundation
3. **Friedemann, ML** (1996) Familien- und umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts. Bern, Huber
4. **Glaser BG, Strauss AL** (1998) Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern, Huber
5. **Mattejat F** (2001a) Kinder psychisch kranker Eltern im Bewusstsein der Fachöffentlichkeit – eine Einführung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50:491–497
6. **Mattejat F** (2001b) Kinder mit psychisch kranken Eltern. In: Mattejat F, Lisofsky B (Hrsg) ...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn, Psychiatrie- Verlag
7. **Mattejat F, Lisofsky B** (2001) (Hrsg) ...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn, Psychiatrie- Verlag (3 Aufl)
8. **Meyer C, Mattejat F, König U, Wehmeier, PM, Renschmid, H** (2001) Psychische Erkrankung unter mehrgenerationaler Perspektive. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50:525–536
9. **Pretis M, Dimova A** (2004) Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern. München, Ernst Reinhardt
10. **Renschmidt H, Strunk P, Methner C, Tegeler, E** (1973) Kinder endogen-depressiver Eltern – Untersuchungen zur Häufigkeit von Verhaltensstörungen und zur Persönlichkeitsstruktur. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 41:326-340
11. **Renschmidt H, Mattejat F** (1994) Kinder psychotischer Eltern. Göttingen, Hogrefe
12. **Schnepp W** (2001) Familiäre Sorge in der Gruppe der russlanddeutschen Spätaussiedler. Funktion und Gestaltung. Proefschrift van de Universiteit Utrecht, Gent, Wetenschappelijke uitgeverij Academia Press
13. **Schnepp W** (2002) (Hrsg) Angehörige pflegen. Bern, Huber
14. **Schone R, Wagenblaus S** (2002) Wenn Eltern psychisch krank sind Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Münster, Votum Verlag
15. **Sollberger D** (2000) Psychotische Eltern – verletzte Kinder. Identität und Biografie von Kindern psychisch kranker Eltern. Bonn, Psychiatrie- Verlag
16. **Staets S, Hipp M** (2001) KIPKEL – ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt für Kinder mit psychisch kranken Eltern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50:569-579
17. **Wagenblaus S** 2001 Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50:513-524
18. **Wright LM, Leahey M** (2000) Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention. Philadelphia, F. A. Davis (3 Aufl)

Präventionskonzept für Kinder psychisch kranker Eltern (KIPKEL)

Susanne Staets

Einleitung

Kinder psychisch kranker Eltern haben ein erhöhtes Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln (vgl. z. B. [1]). Häufig werden die Belastung, innere Not und Überforderung der betroffenen Kinder erst dann offenbar, wenn sie selbst Verhaltensauffälligkeiten zeigen und kinder- bzw. jugendpsychiatrischer Behandlung bedürfen.

Für Deutschland werden derzeit mindestens 500.000 Kinder angenommen, die mit einem oder zwei psychisch erkrankten Elternteilen aufwachsen [2]. Vorbeugende Hilfen, die auf die Förderung von Bewältigungsmöglichkeiten und Milderung negativer Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Entwicklung der Kinder ausgerichtet sind, fehlen bisher weitgehend.

Zur Prävention psychischer Erkrankungen entwickelte Susanna Staets ein Beratungs- und Betreuungsangebot. Angesprochen werden sollen Familien mit minderjährigen Kindern (6- bis 17-jährige), in denen ein oder beide Elternteile an einer endogenen Psychose (manisch-depressive Erkrankung oder Schizophrenie) oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden. Um die betroffenen Familien zu erreichen, ist eine enge Zusammenarbeit mit der zuständigen psychiatrischen Klinik, den niedergelassenen Fach- und Kinderärzten, den allgemeinen sozialen Diensten der Jugendämter, den psychologischen Beratungsstellen, den sozialpsychiatrischen Diensten und den Betreuungsvereinen erforderlich.

Voraussetzung für die Akzeptanz des Präventionsprojektes durch die betroffenen Familien ist eine niedrige Eingangsschwelle. Hierzu müssen die Befürchtungen der Eltern vor einer Überforderung und Pathologisierung ihrer Kinder oder vor einer Infragestellung ihrer Erziehungskompetenz entkräftet werden. Dem Bedürfnis der Eltern nach Diskretion wird durch die strikte Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen Rechnung getragen. Die ausdrückliche Einwilligung beider Eltern soll Loyalitätskonflikten der Kinder vorbeugen und die Kontaktaufnahme zu den Kindern erleichtern.

Situation von Kindern psychisch kranker Eltern

Kinder psychisch kranker Eltern sind nach außen hin dennoch oft unauffällig, tüchtig im Sinne der Alltagsbewältigung. Sie entwickeln eine hohe Sensibilität für Störungen in ihrem sozialen Umfeld und aufgrund ihrer besonderen Lebensumstände häufig auch eine hohe soziale Kompetenz.

Innerhalb ihrer Familie sind sie hingegen oft überfordert. Aufgrund ihrer sozialen Stigmatisierung sind psychische Erkrankungen weitgehend tabuisiert. Sie unterliegen einem absoluten Kommunikationsverbot und geraten dadurch in den Rang eines Familiengeheimnisses mit überhöhter, nicht selten bedrohlicher Bedeutung für alle Familienmitglieder. Kinder können die von

einer psychischen Krankheit verursachten Verhaltensweisen ihrer Eltern nicht verstehen, reagieren mit Verunsicherung und Ängsten.

Besonders jüngere Kinder neigen dazu, Ereignisse in ihrer Umgebung auf sich selbst zu beziehen. Sie entwickeln Schuldgefühle, über die sie mit niemandem sprechen dürfen, weil dies gleichbedeutend wäre mit einem „Verrat“ am kranken Elternteil. Daneben tragen Schamgefühle gegenüber Gleichaltrigen zur sozialen Isolation bei, so dass die Kinder keine korrigierenden Erfahrungen außerhalb des familiären Milieus machen können.

Die Funktionsbeeinträchtigung des kranken Elternteils führt dazu, dass vor allem die älteren Geschwister einer Geschwisterreihe schon sehr früh Verantwortung für die Alltagsbewältigung in der Familie übernehmen müssen. Als „Partnerersatz“ für den gesunden Elternteil wird die Ablösung aus dem Elternhaus und damit die Entscheidung für ein eigenes selbstbestimmtes Leben erheblich erschwert.

Allgemeine Zielsetzung

Ein Projekt zur Prophylaxe psychischer Störungen muss sowohl Kontextbedingungen der Familien psychisch kranker Eltern als auch die altersspezifischen Verarbeitungsmodi der betroffenen Kinder berücksichtigen.

Das Beratungs- und Hilfsangebot orientiert sich an der Zielsetzung, die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder in ihrem schwierigen familiären Umfeld zu unterstützen. Kindgerechte Informationsvermittlung über die psychische Erkrankung der Eltern fördert das gegenseitige Verständnis in der Familie und bildet die Grundlage für den Abbau von Ängsten. Die damit einhergehende Enttabuisierung erleichtert die Kommunikation innerhalb und außerhalb der Familie. Schuld- und Schamgefühle werden besprechbar und haben weniger Einfluss auf Gefühle und Verhalten der Kinder und Jugendlichen.

In einem strukturierten Rahmen soll „Kindsein“ ermöglicht werden. Zusammen mit der Organisation von praktischen Hilfen zur Bewältigung und Stabilisierung des Lebensalltags trägt dies dazu bei, dass die Kinder von Verantwortung in der Familie entlastet werden und die überfordernde Parentifizierung teilweise rückgängig gemacht wird.

Zielsetzung in der Arbeit mit den Kindern

In der Arbeit mit den Kindern wird ihnen Raum gegeben und eine Vertrauensbasis geschaffen, sich vorurteilsfrei mit der Familiensituation auseinander zu setzen. Die Kinder werden in ihrer situativen emotionalen Wahrnehmung bestärkt und ermutigt, eigene Gefühle zu erleben und auszudrücken.

So wird ihr Selbstvertrauen aufgebaut, ihr Selbstbewusstsein und ihre Eigenständigkeit gefördert und sie entdecken ihre Fähigkeiten und Stärken.

Zunehmend werden sie so in die Lage versetzt, sich von den oft verwirrenden

und unklaren Beziehungen innerhalb der Familie abzugrenzen. Sie müssen so weniger agieren, um das Gefühl der eigenen Hilflosigkeit zu vermeiden. Die Kinder können dann im Kontakt offener sein, lustvoller und unbeschwerter Freizeitaktivitäten erleben und Beziehungen zu Gleichaltrigen kreativer gestalten.

Arbeit mit den Kindern und Familien

Die Anmeldung der Kinder in der Praxis durch die Eltern erfolgt auf Empfehlung des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der Psychiatrischen Klinik, des Jugendamtes oder der Beratungsstellen.

Der Erstkontakt mit dem erkrankten Elternteil oder beiden Eltern findet noch während der stationären Behandlung in der Psychiatrischen Klinik, in der Praxis des Projektes oder bei einem Hausbesuch statt. Dieses Erstgespräch dient dazu, die unterstützende Mitarbeit der Eltern zu gewinnen, sie über die inhaltliche Arbeit mit den Kindern zu informieren und Ängste vor dem Verlust der Erziehungskompetenz zu nehmen.

Ist ein Arbeitsbündnis geknüpft, finden zunächst diagnostische Kontakte mit dem angemeldeten Kind bzw. auch schon mit den Geschwistern statt. Nach der Diagnostik wird gemeinsam mit den Eltern, den Kindern und den Therapeuten festgelegt, in welcher Form die Betreuung erfolgt. Durch diese gemeinsame Entscheidung wird ein Loyalitätskonflikt für das Kind vermieden.

Schon in der Klinik können die Eltern im Rahmen einer wöchentlich stattfindenden offenen Elterngruppe für die Patienten und Patientinnen der Klinik pädagogische Unterstützung erhalten. Die Gruppe wird von einer Mitarbeiterin des Projekts KIPKEL und einem/r behandelnden Arzt/Ärztin geleitet. Bereits hier haben die Eltern Gelegenheit, Fragen zu klären zur Erziehung ihrer Kinder, zu entwicklungsbedingten Verhaltensweisen und dazu, auf welche Weise sie mit ihren Kindern über die Erkrankung reden können. Sie werden sowohl in ihrer Erziehungskompetenz als auch in ihrer Elternrolle gestärkt, so dass sie sich nicht auf ihre Rolle als „psychisch Erkrankte/r“ reduziert fühlen.

Nach unseren bisherigen Erfahrungen muss danach zunächst die Einzelarbeit mit dem Kind im Vordergrund stehen. Für die meisten Kinder ist dies die erste Möglichkeit, über die Erkrankung des Elternteils und deren Auswirkungen auf die gesamte Familie und das Umfeld zu sprechen. Sie können sich mit ihrer Rolle auseinandersetzen und über Veränderungen in der Familie seit Erkrankung des Elternteils berichten.

In Gesprächen, durch künstlerisches Gestalten und spielerisches Tun teilt das Kind sich mit, es findet Zugang zu seinen oft verschütteten Gefühlen und kann neue schöpferische Kräfte entwickeln. Über das Spiel und Gestalten hat das Kind die Möglichkeit, eigene Konflikte, Wünsche und Bedürfnisse zu entdecken und dabei die eigenen schützenden Grenzen zu bewahren. Es tauchen dann oft neue Fragen zur Erkrankung des Elternteils auf, die sofort oder auch später im Familiengespräch beantwortet werden können.

Zur weiteren Unterstützung der Kinder wird eine erwachsene Vertrauensperson aus dem Umfeld der Familie vom Kind ausgewählt und der Familie gegenüber benannt. Diese Vertrauensperson steht dem Kind bei schwierigen Situationen, wie einer Wiedererkrankung des Elternteils, einer stationären Aufnahme oder auch einer Rückkehr aus der Klinik, zur Seite.

Je nach individuellem Bedarf und nach vorhandenen Ressourcen der Familie führt KIPKEL auch – selbstverständlich mit Erlaubnis der Eltern – Gespräche mit den behandelnden Ärzten bzw. dem Jugendamt und initiiert oder koordiniert eventuell notwendige ergänzende Hilfen zur Betreuung des Kindes bzw. zur Unterstützung der Familie. Wichtig ist hier eine größtmögliche Transparenz gegenüber den Eltern sowie eine vertrauens- und respektvolle Zusammenarbeit mit ihnen.

Nach der Einzelbetreuung besteht für die Kinder und Jugendlichen nach Bedarf die Möglichkeit, sich mit anderen betroffenen Kindern in einer Gruppe zu treffen und auszutauschen. Diese Gruppen werden in Form einer „Offenen Sprechstunde“ in Jugendzentren der beteiligten Gemeinden durchgeführt. Auf diese Weise soll auch eine Kontaktaufnahme und Anbindung an andere in diesen Jugendzentren stattfindende Gruppen erleichtert werden. So kann der Isolation der Kinder aufgrund der immer noch bestehenden Stigmatisierung psychischer Krankheiten entgegengewirkt und eine Integration aktiv gefördert werden. Parallel zu diesen Kinder- und Jugendgruppen findet jeweils eine Elterngruppe statt, in der ebenfalls die Möglichkeit zur Herstellung von Kontakten untereinander gegeben ist, wie auch Austausch und Beratung in Bezug auf auftretende Probleme und Erziehungsschwierigkeiten. Beide Gruppen werden jeweils von einer pädagogischen Fachkraft angeleitet.

Gleichzeitig wird durch den Besuch dieser „Offenen Sprechstunde“ der Kontakt zum Projekt KIPKEL aufrecht erhalten, so dass es Eltern und Kindern im Bedarfsfall leichter fällt, bei entstehenden Schwierigkeiten eine erneute Unterstützung oder Beratung nachzufragen und in Anspruch zu nehmen.

Während der Einzelbetreuung der Kinder finden Gespräche mit allen Familienmitgliedern statt. In diesen Familiengesprächen soll das Thema der psychischen Erkrankung enttabuisiert werden, indem gemeinsam mit einem Facharzt Informationen über die Krankheit, deren Verlauf und Behandlung vermittelt werden. Auf diese Weise können Schamgefühle und verdeckte Schuldzuweisungen entkräftet werden. Durch Verbesserungen der Kommunikationsstrukturen wird die Verständigung innerhalb der Familie erleichtert und die Öffnung nach außen zum Aufbau eines stützenden sozialen Netzes begünstigt. Die Eltern werden in ihrer Erziehungskompetenz gestärkt und können ihrer elterlichen Verantwortung besser gerecht werden. Die Kinder werden von der Verantwortung für das Wohlbefinden des kranken Elternteils entlastet und können sich konfliktfreier zur Gestaltung eines eigenen Lebens vom Elternhaus ablösen.

Öffentlichkeitsarbeit

Neben der Arbeit mit betroffenen Kindern und Familien besteht ein weiterer wichtiger Baustein des KIPKEL-Projekts in der Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Tabu-Thema „psychische Erkrankung“ und die Mitbetroffenheit der Kinder. Dies geschieht in Form von Benefiz-Veranstaltungen, Fortbildungen und Vorträgen.

Literatur

1. **Remschmidt H, Mattejat F** (1994) Kinder psychotischer Eltern. Hogrefe, Göttingen
2. **Schmidt T, Lisofsky B** (2000) Hilfeangebote für Kinder psychisch kranker Eltern. Psycho soziale Umschau 15(2):12-14

**“Ich finde es nur schlimm, dass es solche
Menschen gibt, die andere Leute verurteilen”
Das Stigmaerleben und Identität stationär
psychiatrisch behandelter Jugendlicher
und deren Eltern**

Manuela Grieser
Christoph Abderhalden

Einleitung

Mit Erving Goffmans Werken aus den 60er Jahren haben die Begriffe „Stigma“ und „Stigmatisierung“ Einzug in die Sozialwissenschaften gehalten [11, 12]. Das Wort „Stigma“ stammt aus dem Griechischen und heißt übersetzt „Punkt, Fleck, Brandmal“ [4]. In der Sozialwissenschaft versteht man unter einem Stigma ein sichtbares oder unsichtbares Merkmal einer Person, das gesellschaftlich negativ bewertet und mit Vorurteilen und Diskriminierung verbunden ist (z.B. Behinderung, ethnische Zugehörigkeit, Arbeitslosigkeit), und gleichzeitig auch das Identitäts- und das Selbstwertgefühl der Betroffenen beeinflusst. Es dauerte einige Zeit, bis das Konzept des Stigmas und der Stigmatisierung innerhalb der Psychiatrie Aufmerksamkeit fand. Zahlreiche Soziologen, Psychologen und Mediziner haben sich inzwischen mit dem Phänomen „Stigma“ in der Erwachsenen-Psychiatrie [1-2, 5, 10] beschäftigt. Nur wenige Studien stellen das Stigmatisierungserleben psychiatrisch behandelter Kinder und Jugendlicher in den Blickpunkt ihres Interesses.

Dass sich Eltern und Kinder durch einen Psychiatrieaufenthalt stigmatisiert fühlen, wurde in der Literatur bereits mehrfach beschrieben. Nüesch [16] befragte drei ehemalige PatientInnen einer Tagesklinik. Die Jugendlichen berichten, dass sie bereits vor dem Klinikaufenthalt durch Lehrer und Peers stigmatisiert wurden. Kocks, Lücke und Knölke weisen nach [14, 15], dass von 40 befragten Paaren, sowohl Kinder (17,5%) als auch Eltern (16%) Stigmaerfahrungen im engeren Familienkreis erleben und auch von Mitschülern und Lehrern diskreditierend behandelt werden (16% / 7,5%). Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch Biskup-Meyer [4]. Als vorrangige Reaktion der nahen Umwelt (Verwandte/Freunde) auf die Offenbarung des Psychiatrieaufenthaltes und/oder der Erkrankung werden Rückzugverhalten und die Äußerung „der Psychiatrieaufenthalt störe“ genannt. Reaktionen der fernen Umwelt werden mit Verständnislosigkeit und Kontaktvermeidung beschrieben [14, 15, 17].

Bezüglich ihrer Identität geben Jugendliche an, dass sie die Kinder- und Jugendpsychiatrie eher als „Schule“ und weniger als „psychiatrische Anstalt“ wahrnehmen. Sie deuten die Situation um, zur Bewahrung der Ich-Identität und zum Schutz vor Stigmatisierung [16]. Eltern hingegen befürchten „Gerede“ und die Benachteiligung der Kinder. Zudem berichten Eltern von Schuldgefühlen und Scham [13].

In diesem Beitrag berichten wir über Zwischenergebnisse einer laufenden Studie über das Behandlungs- und Stigmatisierungserleben und die Identität stationär psychiatrisch behandelter Jugendlicher und deren Eltern. Das Ziel unserer Studie ist es, das Phänomen „Stigma“ in den Blickwinkel des pflegerischen Erkenntnisinteresses zu rücken und damit Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie das Phänomen der Stigmatisierung in der pflegerisch-pädagogischen jugendpsychiatrischen Praxis besser berücksichtigt werden kann.

Methoden

Im Rahmen einer beschreibenden Follow-up-Studie haben wir eine unausgeselektierte Stichprobe von PatientInnen der stationären Adoleszentenpsychiatrie sowie deren Eltern kurz vor dem Klinikaustritt (Zeitpunkt T1) und sechs Wochen danach (T2) zu Stigmatisierungserfahrungen befragt.

Stichprobe

In den 6 Adoleszentenstationen der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) wurden 26 konsekutiv austretende Jugendliche und deren Eltern angefragt, an der Studie teilzunehmen. Zum Zeitpunkt T1 erklärten sich 16 Jugendliche und 15 Elternteile zur Befragung bereit. Für die Zweitbefragung T2 wurden noch 6 Jugendliche und 7 Elternteile erreicht. Das Alter der Jugendlichen betrug 14-19 Jahre, im Mittel 17 Jahre. Die Teilnehmenden haben schriftlich die informierte Zustimmung zur Teilnahme erklärt, die Durchführung der Studie wurde von der zuständigen Ethikkommission gutgeheißen.

Datenerhebung

Die Datensammlung erfolgte in zwei durch Randomisierung gebildeten Gruppen auf unterschiedliche Weise. Gruppe A (9 Jugendliche, 9 Elternteile) erhielt einen Fragebogen, zusätzlich haben wir ein teilstrukturiertes Interview durchgeführt. Bei Gruppe B (7 Jugendliche, 6 Elternteile) wurden die zwei Befragungen mittels Fragebogen durchgeführt.

Die Interviews führten wir anhand von einigen festgelegten Leitfragen, wie zum Beispiel folgenden:

- *Stelle dir vor, du triffst nächste Woche einen alten Bekannten. Und der fragt dich, wo du die ganze Zeit warst, was wirst du ihm erzählen?*
- *Seit du wieder zuhause bist: Haben die Leute dich anders behandelt, weil du mal in der Psychiatrie warst, nachdem du ausgetreten bist?*
- *Was denken Sie, wie reagieren andere Leute, wenn sie erfahren, dass Ihr Kind mal in der Psychiatrie war?*

Der Fragebogen enthielt folgende Antworten:

- *Ich habe große Angst noch einmal in die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu kommen!*
- *Ich war mit meiner Aufnahme hier einverstanden!*
- *Ich würde wieder in die Klinik kommen, wenn ich noch einmal entscheiden müsste! / Ich würde mein Kind wieder in die Klinik bringen, wenn ich noch einmal entscheiden müsste!*

Geantwortet wurde auf einer 5-stufigen Likert-Skala von „stimmt vollkommen“ bis „stimmt überhaupt nicht“.

Datenanalyse

Die quantitative Datenanalyse erfolgte deskriptiv auf Itemebene. Wir haben

Vergleiche angestellt zwischen Ergebnissen der Eltern – und der Jugendlichenbefragung und zwischen den Ergebnissen der beiden Erhebungszeitpunkte. Für die qualitative Auswertung der transkribierten Aufnahmen der Interviews haben wir Techniken der strukturierenden und zusammenfassenden Inhaltsanalyse eingesetzt.

Ergebnisse

Ergebnisse der quantitativen Befragung

Die Jugendlichen geben zu beiden Zeitpunkten an, Angst vor einer erneuten Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu haben. Bei der Frage zur Freiwilligkeit bezüglich Psychatrieeintritt tendieren sie jedoch dazu beim Zeitpunkt T1 auszusagen, sie wären mit der Aufnahme einverstanden gewesen, zum Zeitpunkt T2 geben sie an, nicht freiwillig eingetreten zu sein. Wobei die Ergebnisse der Befragung T2 wegen der sehr kleinen Stichprobe nur bedingt aussagekräftig sind. Auch bei der Frage zur Bereitschaft eines erneuten Klinikeintrittes, geben die Jugendlichen zu beiden Zeitpunkten an, sich nicht noch einmal für die Klinik entscheiden zu wollen. Die Eltern hingegen würden ihr Kind jederzeit wieder in die Klinik bringen, wenn sie noch einmal vor der Entscheidung stehen würden. Die Antworten der Eltern und Jugendlichen wiesen zu beiden Zeitpunkten signifikante Unterschiede auf.

Ergebnisse der qualitativen Befragung

Bevor auf die Veränderung der Ich – Identität näher eingegangen wird, soll dargestellt werden, inwieweit sich Jugendliche und Eltern durch den Psychatrieaufenthalt und die Erkrankung stigmatisiert fühlen.

In der Peer-Gruppe, gemeint sind die PatientInnen untereinander, machen die Jugendlichen sowohl positive als auch negative Erfahrungen. Einerseits bauen sie gute Freundschaften auf, die über den Klinikaufenthalt hinaus halten, und sie erfahren Hilfe und Verständnis durch ihre MitpatientInnen. Andererseits berichten sie von Mobbingproblemen unter den Jugendlichen, wobei sich die Jugendlichen auf die Seite dessen stellen, der mobbt, und sie berichten auch von Streitereien und Gerüchten untereinander.

In Bezug auf die BetreuerInnen auf der Station äußern sich die Jugendlichen ambivalent: Einerseits empfinden sie ihre BetreuerInnen als offen für Gespräche und genießen die individuelle Unterstützung (z.B. Lehrstellen organisieren, usw.), die ihnen zukommt; andererseits beschreiben sie die BetreuerInnen zum Teil als unecht, autoritär hierarchisch und unpersönlich. Diese Eigenschaften machen es ihnen schwer Vertrauen zum Personal aufzubauen, sie fühlen sich missverstanden und als Problemfall behandelt. In Problemsituationen werden die BetreuerInnen als hilflos erlebt, und kritisiert wurde auch die unterschiedliche Behandlung.

Bezüglich des Verhaltens der nahen Umwelt (Verwandte, enge Freunde) berichten Jugendliche über erfahrenes Mitgefühl, Freude darüber, dass den Jugendlichen geholfen wird, über das Bedürfnis zu beschützen, Ehrlichkeit, Verständnis und über angenehmes Verhalten trotz des Wissens um den Psychiatrieaufenthalt. Seltener wird unechtes Verhalten beschrieben. Einige Jugendliche berichteten, dass sich nahe Verwandte/ Freunde zurückzogen und mit Schock auf die Offenbarung der Erkrankung und des Psychiatrieaufenthaltes reagierten.

Das Verhalten der entfernten Umwelt (entferntere Bekannte, Nachbarn, Kollegen) betreffend, berichten die Jugendlichen über Schuldzuweisung, Mitleid, dass Gerüchte über sie erzählt werden und dass abgelenkt wird, wenn das Thema Psychiatrie angesprochen wird. Zwei Jugendliche erzählen davon, dass die entfernte Umwelt sie anders behandelt als früher, zwei weitere fühlen sich „fertig gemacht“. Nur in zwei Fällen berichten die Jugendlichen, dass sie durch die entfernte Umwelt Verständnis erfahren haben.

Die Eltern antworten auf die gleichen Fragen mit einem anderen Blickwinkel: Die nahe Umwelt erleben Eltern ähnlich wie Jugendliche, als verständnisvoll/ herzlich und betroffen. Sie erfahren Hilfe und Unterstützung und aufrichtiges Interesse an der Entwicklung des Kindes. Gleichzeitig müssen sich Eltern verstärkt mit Vorwürfen und mit Kritik am Betragen ihres Kindes, seitens der nahen Umwelt auseinandersetzen. Eltern berichten aber auch von Reaktionslosigkeit, Unverständnis und übertriebener Rücksicht.

Das Verhalten der entfernten Umwelt beschreiben Eltern als überfordert und unbeholfen im Umgang mit der Situation. Es kommt zu Ausgrenzung/ Kontaktvermeidung, Klatsch und Tratsch. Auch von der fernen Umwelt müssen Eltern Kritik an der Erziehung ertragen. Nur in einem Fall wird kein verändertes Verhalten im Vergleich zu früher berichtet.

Als positive Erlebnisse mit dem Klinikpersonal berichten Eltern über einladendes Verhalten, über Interesse an dem, was Eltern zu sagen haben und über Verständnis und Engagement. Negativ erleben die Eltern Schuldzuweisungen, Unterstellungen, das Kind abschieben zu wollen, Vorwürfe und Verurteilungen Fehler in der Erziehung begangen zu haben und Mobbing. Eltern finden, dass die Institution in übertriebener Weise Zukunftsängste schürt, unehrlich ist und nur im Sinne der Institutionsökonomie handelt. Weiterhin wird genannt, dass die Institution teilweise mit dem Kind überfordert ist und dass kein Interesse an den einzelnen individuellen „Fällen“ bestehe. Die Eltern fühlen sich zum Teil nicht ernst genommen in dem, was sie zu sagen haben.

Stigmatisierung und Krankheitserleben führten sowohl bei Jugendlichen und Eltern zu einer Beeinflussung der Identität, die im Folgenden dargestellt wird.

Befragung der Jugendlichen vor der Entlassung (T1)

Die Jugendlichen erleben ihre Erkrankung als „schlimm und schmerzlich“, sie stehen der Krankheitssituation „unwissend und unvorbereitet“ gegenüber und fühlen sich dementsprechend „hilflos“.

Trotz des „Leidensdrucks“ sind die Jugendlichen motiviert, zu lernen, mit ihrer Problematik fertig zu werden und „hoffen auf schnelle Besserung“.

„Ja. Ich weiß auch, wann die Gedanken wieder kommen, diese Selbstzweifel und so, kann ich sie sofort erkennen und einteilen und dann weiß ich wieder, also jetzt muss ich nicht so sehr in die Richtung gehen, sondern mehr in die andere Richtung und dann geht das wieder“ (17-J-1: 702-740).

Die Diagnosestellung und die Therapieerkenntnisse werden ambivalent empfunden. Zum einen ist es für die Jugendlichen wichtig, die Wahrheit zu erfahren, dies kann aber gleichzeitig mit schmerzlichen Erkenntnissen verbunden sein:

„Es gibt einem auch zu denken, was alles hervorkommt. Das manchmal schon, doch. Aber ich bin eigentlich froh so. Die Wahrheit tut halt manchmal weh. Das ist so, aber...“ (21-J-1: 1070-1075).

Jugendliche sind aber nicht nur mit ihrer Krankheitsproblematik beschäftigt, sondern sie reflektieren das Verhalten der Umwelt, besonders das der Eltern. Sie nehmen „Scham der Eltern“ als auch „Hilflosigkeit“ wahr.

„Vorher, habe ich das Gefühl, sind sie etwas in Panik gekommen und haben mir noch mehr Panik gemacht“ (25-J-1: 517-548).

Gleichzeitig sehen sie sich mit der Schuld- und Ursachensuche konfrontiert:

„Ja, aber meine Eltern können ja nichts dafür, was ich zum Teil in meinem Leben gemacht habe. Was ich in meinem Leben gemacht habe, war ja ich und nicht meine Eltern. Und am Schluss war ich einfach etwas überfordert. Da war einfach mal das Glas voll. Und da sind nicht meine Eltern schuld, daran bin ich schuld“ (25-J-1: 807-819).

Der Psychiatrieaufenthalt ist für die Jugendlichen anfangs meist als mit „Ängsten“ vor dem neuen Umfeld verbunden. Einige „kamen gegen ihren Willen in die Klinik“, mussten sich in der neuen Situation erst zurechtfinden:

„Also zuerst, als ich hier ankam, dachte ich, das kommt nicht gut. Also ich wollte sofort weg und so und dann gewöhnte ich mich daran. Es ist immer noch eine Klinik und keine Freizeit und so natürlich, es war auch schön zum feil“ (8-J-1: 4-12).

Eine jugendliche Person hat sich mit der Ankündigung des Psychiatrieaufenthaltes so arrangiert, indem sie sich einredete, sie „gehe in ein Heim“,

eine andere Jugendliche kam sich bei der Ankündigung vor, als müsse sie in ein Gefängnis und würde für Fehlverhalten bestraft, sie „*fühlte sich wie ein Schwerverbrecher*“.

Am Ende ihres Aufenthaltes waren die meisten Jugendlichen zu der Erkenntnis gekommen, dass der Aufenthalt „*gut*“ oder zumindest „eine Erleichterung“ für sie war:

„...und als ich mal dort war, war´s vielmehr eine Erleichterung, eine Art Erlösung und ich hab erst Wochen später realisiert, wo ich eigentlich bin und was das eigentlich bedeutet“ (17-J-1: 616-644).

Ein Jugendlicher berichtet, der Aufenthalt hätte „*nichts gebracht*“, ein anderer, er hätte „*das Beste daraus gemacht*“. Der Aufenthalt in einer Institution setzt zahlreiche Mechanismen in Bewegung, die der Anpassung dienen und die Individualität bewahren. Eine Jugendliche berichtet hierzu, „*Lügen gelernt zu haben*“ und „*Respekt gegenüber anderen Leuten erlernt zu haben*“. Fixierungen wurden für eine andere Person zum traumatischen Erlebnis:

„Ja dieses Anbinden ...hat es schlimmer gemacht..., so dass ich nicht mehr ehrlich war zu ihnen, als ich da Selbstmordgedanken hatte, dann habe ich das einfach gemacht und habe nichts mehr gesagt“ (1-J-1: 102-117).

Bei einem anderen Mädchen gewann die Überzeugung, dass nur Menschen mit ähnlichen Erfahrungen sie verstehen könnten:

„Sie haben Ähnliches durchgemacht und darum konnten sie es auch verstehen. Und die Sozis¹ haben es gelernt, aber solange man das nicht durchgemacht hat, kann man jemanden hier nicht verstehen. Finde ich jetzt“ (6-J-1: 24-29).

Im *Umgang mit dem Psychiatrieaufenthalt* berichten alle Jugendlichen, bis auf zwei, dass sie sich nicht schämen würden. Eine Jugendliche ist sogar stolz über die Erfahrungen, die sie sammeln konnte, und eine Jugendliche befürchtet, sie gehe zu offen mit diesem Teil ihrer Biografie um, was ihr vielleicht einmal zum Nachteil werden könnte:

„Bis jetzt haben die meisten Leute total gut reagiert. Deswegen geh ich wahrscheinlich auch offen, so offen um, also das ist... ja, was soll ich sagen, vielleicht bin ich auch zu offen. Also manchmal rutscht mir dann was raus, also als ich dann und dann in der Psychiatrie war... Was du warst in der Psychiatrie? Ja, das ist manchmal so“ (17-J-1: 949-971).

Die Jugendlichen beschreiben verschiedene *Strategien im Umgang mit der Stigmatisierung*, dazu gehören „*sich wehren*“, „*selbstbewusst auftreten*“ und „*andere zu akzeptieren*“.

Stigmatisierung erleben die Jugendlichen als „*schlimm*“. Eine jugendliche Person musste die bittere Erfahrung machen, dass die Psychiatrie keinen Schutz vor Stigmatisierung bieten kann:

„Also am Anfang, als ich dort hinkam, dachte ich, ich sei geschützt. Am Schluss fing ich dann an zu merken, dass ich praktisch gar nicht geschützt bin, dass ich mich plötzlich selber schützen muss“ (25-J-1: 64-77).

Nach Stigma - Angriffen empfinden sich die Jugendlichen als „*schwach*“. Sie machen sich Sorgen über die Frage, ob, wann und wie Außenstehende informiert werden sollen, zum Beispiel Lehrmeister, und es gibt eine gewisse Angst entdeckt zu werden:

„Wenn man das gleich am Anfang dem Arbeitgeber sagt, kommt es wohl nicht so gut heraus, oder. Also über dieses Thema schweigen, bis man mit der Person anvertraut ist, oder es gar nie erwähnen. Und irgendwie erfährt er es nachher ohnehin. Und man ist ja nie ganz geheilt. Wenn dann wieder etwas auf einen zukommt, auf das man nicht gefasst ist, merkt es der Arbeitgeber dann automatisch, dass etwas nicht in Ordnung ist“ (25-J-1: 988-1012).

Befragung der Jugendlichen nach der Entlassung (T2)

Bei der Zweitbefragung berichten die Jugendlichen zum Erleben der Erkrankung, dass es „*Horror sei, mit einer psychischen Erkrankung zu leben*“. Eine andere jugendliche Person erwähnt die Problematik der Medikamentennebenwirkungen:

„Am Anfang konnte ich nicht reden wegen der Tablette“ (1-J-2: 681-689).

Das Erleben der Psychiatrie/ des Psychiatrieaufenthaltes ist vergleichbar mit den Aussagen zum ersten Befragungszeitpunkt. Einige Jugendliche fanden den Aufenthalt als hilfreich, anderen hat er „*nicht geholfen*“. Eine große Hilfe stellte für eine jugendliche Person die „*Vertrauensbeziehung zu den Betreuern*“ dar, wobei betont wird, dass es ausschließlich einige wenige Betreuer waren, denen vertraut wurde. Jugendliche empfinden weiterhin „*keine Scham*“ wegen des Klinikaufenthaltes, nur eine Person gibt ein Schamgefühl an. Zwei Jugendliche haben geäußert, nie mehr einen Klinikaufenthalt erleben zu wollen. Von einem Jugendlichen werden der Kontakt zu Seinesgleichen und die Bedeutung der daraus resultierenden Unterstützung betont:

„...dass der Kontakt zu Jugendlichen wichtig ist, dass Freundschaft wichtig ist. Ohne Freundschaft kann man nicht überleben in dieser Welt“ (1-J-2: 558-566).

Bei einer Jugendlichen stellt der Psychiatrieaufenthalt einen Gewinn dar in der Beziehung zur Mutter:

„Ja. Bevor ich in die Psychiatrie kam, hatte sie gar nicht gemerkt, dass es mir im Grunde eigentlich schlecht ging. Und jetzt hat sie gemerkt, dass es mir schlecht geht“ (6-J-2: 455:472).

Eine Jugendliche beschreibt die Psychiatrie als Schockerlebnis:

„Ich machte mir gar keine Gedanken über Psychiatrien. Plötzlich einfach mal, als ich im Spital erwachte, sagten sie einfach, du musst auf die Erwachsenenpsychiatrie. Dann kam ich halt dort hin. Ich erschrak, alles war zu. Die Gitter vor dem Fenster, und diese Leute alle. Es waren alles komische Leute. Es hatte auch liebe. Danach einfach, wie sie mich behandelten: Spritze in den Arsch, den Gurt zu. Da dachte ich, ich sei wie ein Verbrecher“ (1-J-2: 636-659).

Bei der Auswertung der Interviews zum Zeitpunkt T2 konnte ein weiterer Subcode gebildet werden, die „Identitätsveränderung“.

Eine Jugendliche berichtet, sie habe früher selbst Vorurteile gegenüber der Psychiatrie gehabt, aber wenn sich jetzt jemand negativ darüber äußert, dann verteidigt sie diese.

Für eine Jugendliche stellt das veränderte Verhalten der Mutter und Schwester ein großes Problem dar:

„Auf der einen Seite finde ich es scheiße, dass ich drin war, denn jetzt haben sich alle geändert gegen mich. Jetzt zeigen sie nicht mehr die wahren Gefühle gegen mich, sondern spielen mir nur was vor. Früher, damals sagte sie mir ins Gesicht, meine eigene Mutter, am liebsten wäre ihr, wenn ich tot wäre. Und jetzt: „Ich liebe Dich!“ Alles hat sich geändert (seufzt)“ (6-J-2: 1011-1038).

Eine jugendliche Person äußert sich über ihren Zustand nach dem Klinikaufenthalt:

„Ich selbst fühle mich auch nicht wohl in mir drin. Also mir würde es nichts ausmachen zu sterben“ (6-J-2: 968-978).

Eine andere Person fühlt sich durch den Psychiatrieaufenthalt völlig verändert:

„Ich habe mich eben sehr verändert. Ich lache nicht mehr so viel wie früher. Früher lachte ich viel. Aber jetzt finde ich fast nichts mehr lustig. Und ich rede anders. Und ja, ich bin anders geworden“ (1-J-2: 826-838).

Eine Jugendliche berichtet, dass sie früher nie jemanden hatte, der sich um sie kümmerte. Während des Psychiatrieaufenthaltes fragte man sie dauernd wie es ihr geht und bat sie, sich zu melden, wenn sich eine Krise ankündigt, in schweren Krisensituationen isolierte und fixierte man sie jedoch – was für sie mit einem Vertrauensverlust einherging – und nun hat sie Probleme sich anderen anzuvertrauen und sich zu melden, wenn es ihr schlecht geht.

Eine andere jugendliche Person macht sich Gedanken um die berufliche Zukunft und stellt für sich fest:

Interviewer :“Also, du würdest lieber aus ehrlichen Gründen genommen werden, und auch mit der Option, dass sie wissen, dass du da warst, aber wenigstens ehrlich?“ Jugendliche: „Ja. Ich könnte dann mit einem

guten Gewissen schlafen. Sie wissen, dass ich in der Psychiatrie bin, punkt.“ Interviewer: „Dann würden sie dich auch um deinetwillen nehmen wollen, weil sie dich so mögen, wie du bist.“ Jugendliche: „Ja“ (6-J-2: 817-846).

Befragung der Eltern vor der Entlassung (T1)

Eltern empfinden den Schritt, sich für einen Psychiatrieaufenthalt zu entscheiden, „schwer“, zum einen weil sie ihr Kind Loslassen müssen,

„das war nicht gegen die Psychiatrie, sondern überhaupt das... das Wegzugeben, das Loslassen“ (29-E-1: 813-827),

und weil sie sich eingestehen müssen, dass sie hilflos sind, im Umgang mit dem Kind:

„Ja, ich denke, das ist einfach so. Man versucht als Mutter, sein Bestes zu geben. Und dann muss man irgendwie feststellen, dass sein Bestes eben nicht hinhaut...Ja, habe ich denn so schlecht gearbeitet?“ (29-E-1: 66-83).

Auch für Eltern kommt der Psychiatrieaufenthalt „sehr überraschend und unerwartet“. Eine Familie war mit der Situation des Psychatrieeintrittes so überfordert, dass sie mit Totschweigen reagierten und „nicht mit dem Kind über den bevorstehenden Klinikeintritt sprachen“. Die Eltern beschreiben zudem Angst:

„(Angst vor der) Vorstellung, ich muss diese Institution in Anspruch nehmen. Ja, mit einem gebrochenen Bein, da kann jedermann besser damit umgehen als mit einer gebrochenen Seele“ (21-E-1: 525-535).

Die Eltern geben an, zu Beginn des Klinikeintrittes „extrem verletztlich und empfindlich“ zu sein und sich während des gesamten Aufenthaltes erst mit der Tatsache abfinden zu müssen, „dass Therapeuten und Betreuer manchmal mehr von ihrem Kind wissen als sie selbst“.

An Ende des Psychiatrieaufenthaltes machen sich Eltern Gedanken darüber, wie sie das „Kind vor Stigmatisierung schützen“. Sie empfinden aber im Nachhinein die Psychiatrie als eine „Entlastung und Beruhigung“. Dabei beschreiben sie, dass es manchmal eine große Last sei, „ihr Kind zu ermuntern, in der Psychiatrie zu bleiben“, wenn es sich sträubt. Auch die Eltern gaben ähnlich wie die Jugendlichen an, sich nicht wegen des Psychiatrieaufenthaltes zu schämen. Sie sehen den Aufenthalt eher als Unterstützung.

Eltern empfinden die Erkrankung des Kindes als große Belastung und haben oftmals einen langen Weg der „Anspannung, Sorge und Hilflosigkeit“, hinter sich. Der Klinikaufenthalt ist meist mit einer Erwartung verbunden, dass „schnell eine Besserung“ eintritt:

„Ja. Wir haben zu große Erwartungen gehabt, also dass das Ganze einfach ein bisschen schneller vor sich gegangen wäre, ..., aber es geht einem doch alles immer zu wenig schnell“ (26-E-1: 448-478).

Aber auch mit dem Ende des Psychiatrieaufenthaltes und der Besserung der Symptomatik ist für Eltern die Zeit der Ängste nicht vorüber: Jetzt beginnen sie sich „Sorgen um Rückfälle zu machen“ und „um die Zukunft zu bangen“. Einige der Eltern werden von „Schuldgefühlen“ geplagt:

„Ich denke, unseren Teil haben wir beigetragen (an der Erkrankung). Da bin ich überzeugt. Vielleicht stimmt es ja nicht, aber...ich denke schon“ (26-E-1: 831:849).

Sie „suchen nach der Ursache“ der Erkrankung:

„Man überlegt sich einfach, was ist meine Rolle dabei? Wie fest dränge ich ihn in diese Rolle vom psychisch Kranken, der in die Klinik gehört“ (13-E-1: 769:784).

Um mit der Erkrankung ihres Kindes umgehen zu können, entwickeln sie verschiedene Strategien. Sie versuchen sich abzugrenzen, sie suchen nach Selbstbestätigung, strukturieren ihr eigenes Leben, lernen mit der Erkrankung umzugehen. Andere Eltern suchen nach Lösungen, indem sie Fachinformationen suchen:

„Ich hab selber viel gelesen, muss ich sagen. Ich bin mehr noch am Suchen. Ja.“ Interviewer: „Suchen, wonach?“ Elternteil: „Nach einer Lösung, ich meine ich weiß ja nicht, ob das je wieder gut wird. Nach Lösungen ob ´s eben eventuell bestimmte Therapien gäbe, ganz spezifisch dafür, ob es bessere gibt, schlechtere, ja. Einfach mal überall mal in die Bücher gucken und in verschiedenen Richtungen und so. Ich möchte da noch ein bisschen weiter kommen“ (17-E-1: 605:625).

Der Umgang mit den Krankheitssymptomen kann Eltern an die Grenzen ihres eigenen Energiehaushaltes bringen:

„Wenn man immer in Sorge ist und in Angst um das Kind, man muss dann wissen, das zehrt an den Kräften“ (29-E-1: 675:687).

Befragung der Eltern nach der Entlassung (T2)

Zum Zeitpunkt T2 beschreiben die Eltern ähnliche Erfahrungen bezüglich der Psychiatrie und der Erkrankung wie bei der Erstbefragung. Es bleibt weiterhin die ständige Angst und Sorge um das Kind, auch wenn es inzwischen die Institution verlassen hat:

Interviewer: „Lebt man eigentlich ständig in so einer Angst, was passiert morgen oder so, oder kann...“ Elternteil: „Ja, das kann man sagen, ja. Auch weil es rasch zuhause eskalieren könnte. Immer wenn ein Telefon klingelt, denke ich, ou was ist los, was ist geschehen. Das ist manchmal chromatisch“ (13-E-2: 1305:1329).

Ein Elternteil berichtet im Nachhinein, dass es manchmal ein Kampf war, sich in der Institution Psychiatrie durchzusetzen und dass es keine gute Erinnerung an den Aufenthalt des Kindes dort hat.

Bei der Auswertung T2 konnte eine weitere Subkategorie entwickelt werden: „Über die Identität der Jugendlichen“.

Eine Mutter berichtete, dass sie mit ihrem Kind zu einer Freundin eingeladen war, worauf das Kind sich erkundigte, ob die Freundin über den Psychiatrieaufenthalt Bescheid wisse, und auf die Bejahung der Mutter mit Angst vor dem Besuch reagierte.

Ein Elternteil vermutet, dass das Kind Probleme hat mit seiner Problematik umzugehen:

„Ja, genau. Ich wünschte mir, sie könnte einfach ein bisschen natürlicher sein. Ich glaube, es hängt viel auch damit zusammen, dass sie Mühe hat auch mit sich selber, mit (ihren Probleme) umzugehen. Das blockiert sie manchmal so, dass sie sich dann so etwas eigenartig benimmt“ (8-E-2: 1063:1071).

Von einer jugendlichen Person wird berichtet, dass sie so darum kämpft von anderen Jugendlichen akzeptiert zu werden, dass sie durch ihr Auftreten Mobbingprobleme regelrecht provoziert.

Diskussion

Jugendliche und Eltern wissen, dass sie aufgrund des Psychiatrieaufenthaltes und des Krankheitsbildes von der Umwelt diskreditierend behandelt werden können. Beide Gruppen sind sich der Problematik ihrer sozialen Identität bewusst und wissen um die Verhaltenserwartungen der Umwelt an sie. Sowohl Jugendliche als auch Eltern gehen davon aus, dass psychische Erkrankungen und Psychiatrieaufenthalte der Normerwartung nicht entsprechen und entwickeln deshalb Stigmamanagementtechniken, die zum einen darauf hinzielen, das abweichende Verhalten zu verstecken und zum anderen mit bereits erlebten Stigmaerfahrungen umzugehen. Jugendliche machen aufgrund ihrer Symptomatik häufig schon vor dem Psychiatrieaufenthalt Stigmaerfahrungen. Aber auch während des Aufenthaltes erleben sie Mobbing und Ausgrenzung durch Mitpatienten, Eltern eher durch das Klinikpersonal. Nach dem Austritt aus der Klinik schützen sie sich vor Stigmatisierung durch Verschweigen, oder sie wagen den Schritt der Offenbarung und ernten dafür Verständnis oder Ausgrenzung. Sowohl die Erkrankung, damit verbundene Interventionen wie Medikamenteneinnahme, Isolation oder Erlebnisse während des Psychiatrieaufenthaltes als auch Stigmatisierungserlebnisse wirken sich auf die Ich-Identität der Jugendlichen und auch der Eltern aus.

Viele Ergebnisse unserer Untersuchung decken sich mit Resultaten anderer Studien zu dieser Thematik. Ein bisher wenig beachtetes Resultat sind Erfahrungen von Stigmatisierung durch die BetreuerInnen.

Ein wesentlicher Beitrag der pflegerisch-pädagogischen Mitglieder multidisziplinärer Teams besteht in der Unterstützung der PatientInnen und ihrer Angehörigen im alltäglichen Umgang mit Folge- und Begleiterscheinungen von Krankheiten und Behandlungen. Stigmatisierungserfahrungen und mit Krankheit und Therapie verbundene Identitätsveränderungen sind wichtige Krankheitsfolgen, bei deren Antizipation und Bewältigung eine achtsame pflegerisch-pädagogische Begleitung und Unterstützung gefordert ist. Stigmatisierungserfahrungen haben einen wesentlichen Einfluss darauf, ob Betroffene in Krisensituationen die nötige psychiatrische Hilfe suchen und in Anspruch nehmen. Damit hat die Bearbeitung des Behandlungs- und Stigmatisierungserlebens eine große präventive Bedeutung.

Bei der Interpretation der Studienergebnisse müssen einige Limitationen unserer Untersuchung beachtet werden. Die hier vorgestellten Erfahrungen wurden durch die Befragung einer sehr kleinen Gruppe von Jugendlichen und Eltern gewonnen und beziehen sich nur auf eine Institution, die Repräsentativität der befragten Gruppe ist nicht überprüft. Es ist deshalb unsicher, inwieweit die Ergebnisse verallgemeinert werden können. Entsprechend dem vorwiegend qualitativen Untersuchungsansatz erlauben die Ergebnisse der Studie zwar Aussagen darüber, welche Erfahrungen in der untersuchten Population vorkommen; das vorliegende Material erlaubt hingegen keine Aussagen über die Häufigkeit dieser Erfahrungen.

Schlussfolgerung

Das Thema der Stigmatisierung sollte in der Pflegepraxis verstärkt Beachtung finden. Entsprechende Pflegekonzepte sollten entwickelt und angewendet werden, damit sichergestellt ist, dass die PatientInnen und ihre Angehörigen im Umgang damit adäquat begleitet und unterstützt werden.

Dank

Wir danken den beteiligten Jugendlichen und ihren Eltern für ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Untersuchung, für ihr Vertrauen und die große Offenheit, mit der sie mit uns über schwierige und belastende Erfahrungen gesprochen haben.

Literatur:

1. **Angermeyer MC** (2003) Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht der Patienten - Ein Überblick. *Psychiatrische Praxis* 30:358-366
2. **Angermeyer MC, Matschinger H** (2003) The stigma of mental illness: effects of labeling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 108: 304-309
3. **Biskup-Meyer K** (1992) Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Psychiatrie im Kindes- und Jugendalter angebunden an eine große Kinderklinik. Dissertation, Medizinische Universität zu Lübeck
4. **Bleideck U** (1999) Behinderung als pädagogische Aufgabe. Behindertenbegriff und behindertenpädagogische Theorie. Kohlhammer, Stuttgart
5. **Bock T, Naber D** (2003) Antistigmakampagne von unten - an Schulen. Erfahrungen der Initiative "Irre menschlich Hamburg". *Psychiatrische Praxis* 30:402-408
6. **Brusten M, Hohmeier J** (1975) Stigmatisierung: Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen. Luchterhand, Neuwied, Darmstadt
7. **Byrne P** (2000) Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment* 6:65-72
8. **Clausen JA** (1981) Stigma and mental disorders. *Psychiatry* 4:287-296
9. **Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ** (2000) Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry* 25 :4-7
10. **Dain N** (1994) Reflections on antipsychiatry and stigma in the history of American psychiatry. *Hospital and Community Psychiatry* 45:1010-1014
11. **Goffman E** (1981) *Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Suhrkamp, Frankfurt am Main
12. **Goffman E** (1977) *Stigma - Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Suhrkamp, Frankfurt am Main
13. **Grausgruber A, Hofmann G, Schöny W, Zapotoczky K** (Hrsg) (1989) *Einstellung zu psychisch Kranken und zur psychosozialen Versorgung*. Thieme, Stuttgart
14. **Kocks U** (1993) Zur Frage der Stigmatisierung von Kindern und Jugendlichen durch den Aufenthalt in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dissertation, Medizinische Universität zu Lübeck
15. **Lücke M, Knölker U** (1991) Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*:138-147
16. **Nüesch M** (2002) *Stigmatisierungserleben und Stigma-Management: Eine empirische Untersuchung mit ehemaligen Klienten einer Tagesklinik*. Edition SZH, Zürich
17. **Pugh R, Ackerman B, MC Colgan E, de Masquita P** (1994) Attitudes of adolescents toward adolescent psychiatric treatment. *Journal of child and family studies* 3:351-363

Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege auf einer psychiatrischen/psycho-therapeutischen Rehabilitationsstation mit Schwerpunkt Borderline-Persönlichkeitsstörung und Umgang mit dem Phänomen Spaltung

Claudia Pasiecznik
Waltraud Doppelhofer

Einleitung

Die Station Pavillon 2 erhielt vor etwa 30 Jahren den Auftrag, sich mit der speziellen Rehabilitation von psychisch kranken Menschen auseinander zu setzen. Seither gab es eine Reihe von notwendigen Entwicklungen und Veränderungen. In den vergangenen 15 Jahren hat sich die Anforderung an das multiprofessionelle Team und die Station dahingehend verändert, dass vermehrt Menschen mit unterschiedlichen Formen von Persönlichkeitsstörungen, vorwiegend Borderlinepersönlichkeitsstörungen (BDL) zur Aufnahme kommen. Daraus entstand die Notwendigkeit, sich auf multiprofessionell-konzeptueller Ebene, und daher auch auf pflegerischer Ebene, mit diesen Krankheitsbildern, und vor allem deren Auswirkungen in der täglichen Praxis, auseinander zu setzen. Gleichzeitig wurde und wird von anderen psychiatrischen Stationen, ambulanten Einrichtungen und Praxisgemeinschaften wiederholt angefragt, ob und wie es gelingt, mit diesem Klientel einen konstruktiven Prozess einzuleiten, ohne als Einzelperson und/oder als multiprofessionelles Team an unüberwindbare Grenzen zu stoßen oder gar handlungsunfähig zu werden. In diesem Zusammenhang wird in diesem Bericht ausführlich auf den Umgang mit dem Phänomen „Spaltung“ eingegangen und das pflegetherapeutische Konzept dieser speziellen psychiatrischen psychotherapeutischen Rehabilitationsstation wird vorgestellt.

Der Pavillon 2 ist eine Spezialeinrichtung, eingegliedert im größten Schwerpunktkrankenhaus von Wien, dem Sozialmedizinischem Zentrum Baumgartner Höhe, Otto-Wagner-Spital mit Pflegezentrum (1300 Betten). Die Station bietet für Männer und Frauen aus ganz Österreich, die an Persönlichkeitsstörungen, Psychosen und posttraumatischen Störungen leiden, ein stationäres Therapieprogramm mit einer Dauer von etwa vier Monaten an. Bei einer Kapazität von 20 Betten kam es im Jahr 2004 zu 80 Aufnahmen, davon 53 Frauen und 27 Männer. Das Durchschnittsalter betrug 26,84 Jahre.

37 Patienten hatten die medizinische Hauptdiagnose „Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ (BDL)“.

Das Arbeiten im multiprofessionellen Team bietet einerseits eine herausragende Ressource, andererseits aber auch eine besondere Herausforderung in Bezug auf Vernetzung und Informationsaustausch. Grundvoraussetzung, vor allem bei der Arbeit mit Menschen mit der Diagnose „Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (BDL)“ ist, dass jedes Teammitglied mit den aktuellsten relevanten Informationen zum betreffenden Patienten und seines Entwicklungsstandes arbeitet. In diesem Zusammenhang muss darauf geachtet werden, dass die Besprechungszeiten nicht überhand nehmen dürfen. Dies wurde so gelöst, dass es eine Reihe von fixen Besprechungszeiten unterschiedlicher Zusammensetzung (multiprofessionell) mit unterschiedlichem Intervall gibt: *Formelle Besprechungen*. Zusätzlich findet

eine regelmäßige Vernetzung der Haupt Bezugspersonen eines Patienten, bestehend aus dem Einzeltherapeuten und der Bezugspflegeperson statt: Informelle Besprechungen.

Dieses „neue“ Patientenkontext, sowie das Inkrafttreten des Österreichischen Bundesgesetzes für Gesundheits- und Krankenpflege (1997) und den damit in Zusammenhang stehenden allgemeinen Berufspflichten (§5 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz GuKG¹) und dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich (§14 GuKG²), erforderte eine weit reichende intensive Auseinandersetzung mit der pflegerischen Arbeit auf formaler wie auch inhaltlicher Ebene. Es mussten Antworten gefunden werden auf Fragen wie: *Welche Inhalte und Tätigkeiten im eigenverantwortlichen Bereich werden von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen auf der psychiatrischen/psycho-therapeutischen Rehabilitationsstation angeboten? Was unterscheidet uns von den anderen Berufsgruppen und wo sind die Nahtstellen? In welchen Bereichen wird das pflegetherapeutische Handeln wirksam und sichtbar?*

Das Konzept der psychiatrisch-psychotherapeutischen Rehabilitationsstation

Am Tag der Aufnahme wird mit dem Patienten das Pflegeassessment mittels standardisiertem Fragebogen erhoben und eine Pflegeplanung erstellt. Formal erhält der Patient täglich bis zur Bezugspflegeübernahme, die nach 8 Tagen erfolgt, eine Begleitung durch eine Pflegenden. In der Eingewöhnungsphase setzt sich der Patient vor allem mit zentralen Themen wie Ambivalenz, Gestaltung des Alltags, Befürchtungen und Ressourcen auseinander. Im Rahmen der täglichen Begleitung unterstützt der Pflegenden den Patienten im Umgang mit Leerläufen und achtet besonders auf Verhalten, das auf Überforderung bzw. Unterforderung, schließen lässt.

Die Pflegenden ermutigen den Patienten, ambivalente Gefühle, Bedenken und Zweifel auszusprechen. Dabei wird der Zeitfaktor als wichtige Dimension bei Entscheidungsprozessen hervorgehoben. Das bedeutet, der Patient wird aktiv unterstützt, nicht vorschnell und spontan zu entscheiden, sich Zeit zu lassen und das System der Station kennen zu lernen.

¹ **Angehörige der Gesundheits- u. Krankenpflegeberufe haben bei Ausübung ihres Berufes die von ihnen gesetzten Maßnahmen zu dokumentieren. Die Dokumentation hat insbesondere das Pflegeassessment, die Pflegediagnose und die Pflegemaßnahmen zu enthalten.**

² **Erhebung der Pflegebedürfnisse – Pflegeassessment; Feststellung der Pflegebedürfnisse – Pflegediagnose; Planung der Pflege - Pflegeziele und –maßnahmen; Durchführung der Pflegemaßnahmen; Auswertung der Resultate – Pflegeevaluation; Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen; Psychosoziale Betreuung; Dokumentation des Pflegeprozesses; Organisation der Pflege; Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals; Anleitung und Begleitung von Krankenpflegeschülern; Mitwirkung bei der Pflegeforschung**

Die Patienten werden unterstützt eigene Ressourcen zu erkennen. Bei auftretenden Spannungszuständen kommt der Patient erstmals mit Notfallskills [1] in Berührung. Der Pflegenden erhebt, welche Strategien/Ressourcen der Patient zur Verfügung hat. Auf Spannungszustände wird näher eingegangen. Notfallskills, wie zum Beispiel: Cold-pack, Chilli, Stachelball, Atemübung, werden angeboten und in der Pflegeplanung dokumentiert.

Äußert der Patient Angst (gemäß der Definition der NANDA [2]), wird er unterstützt die Angst zu konkretisieren und zu differenzieren.

Der Patient wird nachhaltig ermutigt sich an die zuständige Pflegeperson zu wenden, er lernt bereits hier mit Bedürfnissen umzugehen. Daraus entstand ein Aufnahmestandard, der einen Pflegeplanungsstandard beinhaltet. Die Pflegediagnose lautet Verlegungsstresssyndrom (NANDA [2]).

Ein wesentlicher Bestandteil des pflegerischen Konzepts auf der psychiatrischen/psycho-therapeutischen Rehabilitationsstation ist die Bezugspflege. Psychische Störungen beeinträchtigen das Alltagsleben und die Beziehungen der Patienten in einem hohen Ausmaß. Die Erfahrung der Pflegenden auf dieser Station zeigt, dass der Patient die Pflegenden als jene Berufsgruppe wahrnimmt, die für die Grundbedürfnisse zuständig sind. Im Rahmen des Angebots eines Beziehungssystems, angelehnt an das Modell „Familie“, kann der Patient unterschiedliche Personen in unterschiedlichen Rollen erleben, und mit denen wiederum unterschiedlich in Beziehung treten. Dieses Unterschiedlich-in-Beziehung-Treten ermöglicht die Erfahrung von neuen Beziehungsmustern. Die Bezugspflegeperson bietet eine gezielt geplante, reflexive Auseinandersetzung mit dem Alltagsleben an. Pflgetherapeutische Gespräche finden ein- bis zweimal pro Woche statt Darüber hinaus erfolgen auch gemeinsame Ausgänge mit individuellem Schwerpunkt (z.B.: Wohnungsausgänge, Fahrtraining, Expositionstraining...).

Der Pflegeprozess verläuft in mehreren Phasen. Im Erstgespräch erfolgt ein erstes Kennenlernen und der Rahmen (Beziehungsrahmen, Frequenz, Inhalt der Gespräche ...) wird festgelegt. Die nächsten zwei bis drei Gespräche dienen dem Beziehungsaufbau, der Patient lernt das System der Bezugspflege, eingebettet in das System der Station, und die damit verbundene Grundhaltung in Bezug auf interprofessionelle Zusammenarbeit und Transparenz kennen. Es werden erste Überlegungen angestellt, welche Themen und Ziele die gemeinsame Arbeit beinhalten könnten. Zu diesem Zeitpunkt befindet sich der Patient in einer sogenannten Probezeit, welche vier Wochen dauert (Die Probezeit wird als Teil des gesamtstationären Konzeptes definiert, Patient und Team entscheiden in dieser Phase, ob eine Therapie auf Pavillon 2 sinnvoll erscheint). Hierfür wurden zwei Pflegeplanungsstandards entwickelt, welche auf die Entscheidungssituation und die Ambivalenz des Patienten fokussieren. Gemeinsam mit dem Patienten wird die Rehabilitationspflegeplanung erarbeitet. Bei Menschen mit BDL liegt der Arbeitsschwerpunkt zunächst in der

Erarbeitung der sogenannten „Skills“. In Absprache mit dem Einzeltherapeuten erfolgt die Vorbereitung zur „Skillsgruppe“, die ein spezielles Angebot der Station darstellt. Der hierfür entwickelte Pflegestandard beinhaltet die Vermittlung des Basismoduls „Achtsamkeit“ [1]. Die Bezugspflegeperson stützt den Patienten beim Verbalisieren von Erlebnissen, er lernt das Benennen von Gefühlen, Gedanken, Handlungsimpulsen, Auslösefaktoren, Stressfaktoren. Der Patient ist angehalten im geschützten Rahmen Erfahrungen zu sammeln, Spannung auszuhalten und sich bei Bedarf aktiv Unterstützung zu holen.

Im Zuge der Arbeits- und Konfrontationsphase erlebt der Patient die Bezugspflegeperson als Vermittler, der Sicherheit gibt, begleitet, kritisiert, zuhört, fragt, herausfordert ... Der Patient lernt die Bezugspflegeperson auch in anderen Rollen und Funktionen, als Teil der Stationsgemeinschaft, in welcher sie den Alltag mitträgt, kennen. Dies ermöglicht „Lernen am Modell“. In der Entlassungsphase wird das bisher Erarbeitete gefestigt, Themen werden abgeschlossen und der Patient wird unterstützt, sich mit dem Leben außerhalb des Krankenhauses auseinander zu setzen. Gleichzeitig erfolgt eine Neuorientierung. Er erfährt, was es heißt etwas abzuschließen und sich emotional mit dem Thema Abschied auseinander zu setzen. Im pflegetherapeutischen Abschlussgespräch wird die gemeinsame Arbeit reflektiert und der Patient erhält einen Pflegeentlassungsbrief mit gesundheitsfördernden Empfehlungen.

Eine besondere Situation für den Pflegenden der Station stellt der Nachtdienst dar, da er dort als einzig anwesende Betreuungsperson auf Bedürfnisse des Einzelnen und der Gruppe reagieren muss. Bei BDL steigt häufig im Laufe des Tages die Spannung und führt zu selbstverletzendem Verhalten und/oder Krisen. Daher wird der Patient angehalten anbahnende Krisen bereits tagsüber anzusprechen. Er wird gefordert eigenverantwortlich zu handeln, für sich zu sorgen und Rücksicht zu nehmen.

Die Erfahrungen, die der Patient in und mit der Stationsgemeinschaft macht, sind wichtige Bestandteile der gesamten Therapie. Er kann im geschützten Rahmen neue sozialen Fertigkeiten erproben. Der Pflegenden ist präsent, sorgt für ein gesundheitsförderndes Klima, achtet auf den Kommunikationsstil und Gesprächsinhalte, wirkt ausgleichend, deeskalierend und setzt Grenzen.

Umgang mit dem Phänomen Spaltung

„Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung verunsichern das therapeutische Personal oft massiv: Kränkungen sind auszuhalten, Abwertungen, schnelle Wechsel von hohen Nähewünschen zu radikaler Distanz. Dazu spalten diese Patienten so manches therapeutische Team und verursachen dadurch weitere Konflikte“ [3].

Unter dem Phänomen Spaltung verstehen die Pflegenden der psychiatrischen/psycho-therapeutischen Rehabilitationsstation die Entwicklung einer malignen bzw. destruktiven Gruppendynamik, das Team und die Patientengemeinschaft

betreffend, die es ermöglicht, dass es zu Ausgrenzungen, Konkurrenzkampf, Ungleichgewicht zwischen Nähe u. Distanz, Vorurteilen, Be-/Entwertungen, kommt. Menschen mit einer BDL neigen dazu, sehr intensive, jedoch instabile Beziehungen herzustellen, die meist durch einen Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung charakterisiert sind. Der permanente Wunsch nach Nähe, Geborgenheit und versorgt zu werden, geht mit der Befürchtung einher, völlig vereinnahmt zu werden, was ein ständiges Tauziehen dieser beiden Seiten bedeutet. Werden die widersprüchlichen Bedürfnisse von der Umgebung nicht erfüllt, reagiert die betroffene Person mit Abwertung. Kleinste Zurückweisungen werden als Enttäuschung erlebt und führen in Beziehungen schnell zu Missverständnissen, meist auch zu einer massiven Abwertung des eigenen Selbst.

Anlass sich mit dem Phänomen Spaltung auseinander zu setzen, war und ist, dass die Pflegenden des Pavillon 2 die oben erwähnte Dynamik gut kennen, einerseits aus der täglichen Arbeit, aber auch aus Erfahrungsberichten von Kollegen, die in ihrer Arbeit ebenfalls mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, vorwiegend BDL, befasst sind.

In den letzten Jahren kam es zu einer deutlichen Veränderung im Umgang mit dem Phänomen Spaltung. Diese Veränderung kam zustande, da das Thema Spaltung Bestandteil der direkten Arbeit mit dem Patienten ist.

Es gibt einige Hypothesen, die in der teaminternen Auseinandersetzung mit dem Phänomen Spaltung entstanden sind. Diese betreffen einerseits die Arbeit des Gesamtteams, aber im Besonderen auch die pflegerische bzw. pflegetherapeutische Arbeit mit dem Patienten. In diesem Zusammenhang ist die Notwendigkeit der interprofessionellen Vernetzung hervorzuheben.

Als wesentliche Voraussetzung wird gemeinsames Fachwissen, gemeinsame spezifische Fortbildungen, klare berufsspezifische Rollenverteilung, gemeinsames Verständnis und davon ableitend, ein interdisziplinäres Konzept im Umgang mit Spaltung als spezifisches Symptom angenommen.

Es hat sich herausgestellt, dass Abwesenheiten von Bezugspersonen (Urlaub, Krankenstand) beim Patienten Krisen auslösen können. Daher wird der Patient, wenn möglich, in Gesprächen gezielt auf die Abwesenheit vorbereitet. Thematisiert wird, welche Gefühle durch die Abwesenheit ausgelöst werden und wie der Patient diese Erfahrung konstruktiv für sich nutzen kann.

Generell wird davon ausgegangen, dass Veränderungen auf der Beziehungsebene, die nicht dem Einfluss des Patienten unterliegen, äußerst schwierige Situationen für ihn darstellen. Daher erscheint wichtig, die Emotionen und damit verbundene Herausforderung im unmittelbaren Kontakt anzuerkennen, mit anderen Worten, konsequent zu validieren.

Der Patient wird bereits im Erstkontakt mit der Station darauf hingewiesen, dass ein Aufenthalt auf der psychiatrischen/psychotherapeutischen Rehabilitationsstation nur möglich ist, wenn er für seine Sicherheit Sorge tragen kann.

Kommt es im Rahmen des stationären Aufenthalts zu einer suizidalen Krise, ist der Patient verpflichtet, sich an eine Pflegeperson (und nicht an einen Mitpatienten) zu wenden. Sollte er nicht mehr in der Lage sein, für seine Sicherheit zu garantieren, ist er darüber informiert, dass eine Transferierung auf eine allgemeinspsychiatrische Akutstation notwendig ist. Vom Patienten wird dies manchmal als „Strafe“ aufgefasst. Es wird vermittelt, dass seine Sicherheit im Vordergrund steht, die aufgrund der besonderen Situation der Station, im Nachtdienst ist nur eine Pflegeperson anwesend, nicht gewährleistet werden kann. Grundsätzlich wird die Fortführung der Therapie nicht in Frage gestellt, trotzdem kann schon allein ein „time out“ zu einer Entlastung führen.

Bei selbstverletzendem Verhalten haben sich die Pflegenden des Pavillons 2 auf eine einheitliche Vorgehensweise geeinigt, die sich rückblickend bewährt hat. Im Vordergrund steht die Erste-Hilfe-Leistung auf somatischer Ebene, danach erfolgt ein kurzes Abfragen zur Klärung der aktuellen Situation und Befindlichkeit, mit Hauptaugenmerk auf die Unterscheidung, ob es sich um Selbstverletzung zum Spannungsabbau oder in suizidaler Absicht handelt, unabhängig vom Schweregrad der Verletzung.

Der Fokus im Gespräch mit dem Patienten ist gegenwartsbezogen und liegt in der Klärung der Paktfähigkeit und Eigenverantwortung. *„Was kann er jetzt für sich tun, was ist vereinbart und wobei braucht er Unterstützung?“*

Zur Erläuterung wird gegenübergestellt wie sich das pflegerische Handeln auf Pavillon 2 im Laufe der Zeit verändert hat. Bei selbstschädigendem Verhalten wurden in der Vergangenheit ausführliche Gespräche geführt, welche in weiterer Folge als positive Zuwendung erlebt wurden und zu Missinterpretationen führten wie: *„Derjenige, der mir zuhört, liebt mich“*. Dies verstärkte das Problemverhalten.

Im pflegetherapeutischen Gespräch wird mit dem Patienten erarbeitet, was, wo und in welchem Rahmen thematisiert werden kann z. B., dass traumatische Erlebnisse und Erfahrungen nur im Rahmen der Bezugspflege bzw. Einzeltherapie besprochen werden dürfen. Auf die Notwendigkeit der Vernetzung wird hingewiesen.

Im alltäglichem Umgang mit dem Patienten und in pflegetherapeutischen Gesprächen im Rahmen der Bezugspflege wird auf be- und entwertenden Äußerungen (*„Schwarz-Weiß-Denken“*) gegenüber Menschen und dem Therapieprogramm geachtet. Es erfolgt eine unmittelbare Rückmeldung mit dem Hinweis, dass dies als Problemverhalten angesehen wird. Der Patient wird auf die Stationsregel hingewiesen, die untersagt, im öffentlichen Raum, speziell mit Mitpatienten, selbst-/fremd- bzw. therapieschädigende Gespräche zu führen. Gleichzeitig wird dies vom Team als relevante Information, vor allem für die Hauptbezugspersonen, eingestuft, die dann gefordert sind, dieses Problemverhalten mit dem Patienten zu bearbeiten. Im Speziellen trainiert die

Bezugspflegeperson mit dem Patienten „Beschreiben ohne zu bewerten“ als Technik [1] und in weiterer Folge Kritik zu äußern, ohne zu entwerten. Anzumerken ist, dass die persönliche Auseinandersetzung, die im Erlernen der Technik gefordert war, auch positiven Einfluss auf die Kommunikation im Team genommen hat.

Die Bezugspflegeperson erarbeitet gemeinsam mit dem Patienten, im Rahmen der Erstellung der Pflegeplanung, Strategien/Skills für den Umgang mit selbstschädigenden Impulsen. Vor allem in Krisensituationen wird darauf Bezug genommen. Dies kann Beratung, Anleitung wie auch aktive Unterstützung bedeuten.

Die Pflegenden der Station informieren den Patienten, dass er beim Mitpatienten beobachtetes selbstschädigendes Verhalten melden muss. Ihm wird vermittelt, dass er Hilfe leisten kann und soll, indem er Hilfe holt. Langfristig erfährt der Patient dadurch eine Entlastung auf emotionaler Ebene und lernt sich abzugrenzen.

In der täglichen Arbeit ist der Pflegende häufig mit Kritik von Patienten über Kollegen und Mitpatienten konfrontiert. In solchen Situationen wird zunächst validiert. Der Pflegende ist herausgefordert, nicht auf Wahrheitsuche zu gehen, sondern wertfrei, entkoppelt von Zuschreibungen wie „richtig“ oder „falsch“, den Focus auf das Hier und Jetzt zu richten. Im Vordergrund stehen die unmittelbare Befindlichkeit und der Umgang damit. Im Rahmen der Bezugspflege wird die Möglichkeit angeboten Strategien zu erarbeiten, die es dem Patienten ermöglichen, ein klärendes Gespräch mit der betroffenen Person zu führen.

Im Umgang mit Ausnahmeregeln oder Sonderwünschen die Struktur betreffend, erfolgt eine klare Deklaration der Ausnahme als solche. Das Bedürfnis des Patienten wird wahrgenommen und die konkrete Vorgehensweise im Team besprochen. Dies verhindert eine Polarisierung und dass ein einzelnes Teammitglied unter Zug- und Entscheidungszwang gerät. Die Erfahrung zeigte, dass vorschnelle, unabgesprochene Entscheidungen das Phänomen Spaltung begünstigen können.

Literatur

1. **Linehan MM** (1996) Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien, München
2. **Stefan H, Allmer F** (2003) Praxis der Pflegediagnosen. Springer, Wien,
3. **Bohus M** (2002) Borderline-Störung. Hogrefe, Göttingen
4. **Rahn E** (2004) Basiswissen: Umgang mit Borderline-Patienten. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Aus dem Dialog lernen – Konsequenzen für den psychiatrischen Alltag

Thomas Bock

Was heißt Dialog, was bedeuten Psychoseseminare?

Psychoseseminare sind zu verstehen als Orte des Erfahrungsaustausches, des Dialogs von mindestens drei Gruppen, von Psychose-Erfahrenen, Angehörigen und Psychiatrie-Mitarbeitern bzw. Lernenden unabhängig von therapeutischer oder familiärer Abhängigkeit und mit dem Ziel, eine gemeinsame Sprache und neue Formen der Begegnung zu entwickeln und zu üben. Es geht dabei um:

- wechselseitige Fortbildung und gleichberechtigten Informationsaustausch zwischen Experten aus eigener Erfahrung und Experten durch Ausbildung bzw. Beruf, anstelle von einseitigen von Pöfisi dominierten Trainings,
- die Stärkung des Selbstbewusstseins aller drei Gruppen und stärkere Berücksichtigung des subjektiven Erlebens in der Psychose,
- größere Bedürfnisnähe und Qualitätssicherung der Psychiatrie- die Beseitigung von Vorurteilen zwischen den drei beteiligten Gruppen und in diesem Zusammenhang dann auch in der Öffentlichkeit. Der Stigmatisierung von Psychosen und Psychiatrie entgegenzuwirken wird als eine Aufgabe angesehen, die mit dem Dialog untereinander beginnen muss, die von unten und im Dialog wachsen muss und nur gemeinsam vielfältig und kontinuierlich lebendig und erfolgreich werden kann.

Ausgangssituation der Psychoseseminare

Die Wissenschaft Psychiatrie hat zwar viel Detailwissen, doch kein vollständiges Bild der Schizophrenie. Allgemeine Erklärungs- und Behandlungsansätze sind widersprüchlich und werden den Bedingungen des Einzelnen nicht gerecht. Professionelle Konzepte und persönliche Erklärungsmuster stehen unvermittelt nebeneinander. „Ohne stärkere Berücksichtigung der subjektiven Perspektive sind Erkenntnisfortschritte für Praxis oder Wissenschaft nicht mehr zu erwarten“, formulierte Prof. Asmus Finzen auf einer DGSP-Tagung bereits 1988 sinngemäß. Eine solche Verständigung aber setzt eine gemeinsame Sprache voraus. - Die klinische Praxis der Psychiatrie ist durch hierarchische Struktur und Arbeitsteilung geprägt. Ansätze zur Qualitätssicherung bleiben ohne die Beteiligung der „Nutzer“ immanent und formal. - Die psychiatrische Lehre stützt sich vor allem auf die sozial isolierte Wahrnehmung akuter Krankheitsbilder und bleibt so defizitorientiert. Der biographische Kontext und die retrospektive Verarbeitung/ Sinnggebung finden kaum Beachtung.

Die Auseinandersetzung mit dem Erleben der Psychose wird auf allen drei Ebenen (Forschung, Praxis, Lehre) meist vermieden und dies mit z.T. fragwürdigen Einstellungen begründet. So wird abgespaltet, was der Integration bedarf. Und die betroffenen Patienten vermissen auf dieser Ebene Interesse und Respekt. Etwa so stellt sich die Situation zum Zeitpunkt des Entstehens der Psychoseseminare vor gut zehn Jahren dar.

Die Idee des Dialogs

Psychoseerfahrene, Angehörige und Psychiatrie-Mitarbeiter/Studenten begegnen einander unabhängig von therapeutischer bzw. familiärer Abhängigkeit freiwillig und zwanglos auf gleichberechtigter Ebene - als Seminarteilnehmer - mit dem Ziel wechselseitiger Fortbildung und insgesamt vollständigerer Wahrnehmung des psychotischen Geschehens. Der besondere Charakter des Seminars bringt manchmal verblüffende Wirkungen hervor:

Der fachlich/sachliche Charakter erlaubt persönliche Äußerungen, die therapeutisch angezielt nicht möglich oder sehr belastend wären. In einer wohlwollenden Atmosphäre ohne Veränderungsdruck von sich zu erzählen, sich in einer Teilöffentlichkeit spielerisch neu zu entwerfen, wirkt integrierend und der krankheits- oder behandlungsbedingten Spaltung entgegen, eine *Therapie ohne Absicht*. - Angehörige und Patienten, die sich nicht kennen, können auf dem Umweg der Fremdheit einander leichter zuhören, die Situation des anderen besser einfühlen und indirekt eigene Anteile besser wahrnehmen, *Familientherapie ohne Familie*. - Mitarbeiter erleben Erfahrene und Angehörige unabhängig von akuten Situationen als prinzipiell sinnorientierte Menschen, erfahren eine Triangulierung des eigenen Handelns und erweitern so die eigene professionelle Sicht, eine *dreifache Supervision ohne Bezahlung*.

Die Reflexionsebene liegt irgendwo in der Mitte zwischen tiefen-psychologischen und allgemein gesellschaftspolitischen Ansprüchen. Es geht um ein relativ allgemeines Verständnis der Psychose als notwendiger Flucht, als Rückgriff auf frühere Ressourcen (Regression), als Bewahrung von Eigenheit, Kanalisation von Angst usw. Diese eher bescheidene Form der Reflexion und Sinnggebung, verbunden mit einer humorvoll wohlwollenden Atmosphäre, wie sie vielleicht nur ohne Behandlungsdruck entstehen kann, erweist sich gerade für Psychoseerfahrene als entlastend [2].

Entwicklung der Psychoseminare

Ausgehend vom Hamburger Psychoseminar gibt es inzwischen über 100 Veranstaltungen dieser Art im gesamten Bundesgebiet. Regelmäßig treffen sich in 100 Seminaren etwa 2000-3000 Menschen, um selbstverständlich über Psychosen zu sprechen. Der Weltkongress für soziale Psychiatrie 1994 in Hamburg hat der Bewegung Auftrieb gegeben. Unter dem Motto „Abschied von Babylon - Verständigung über Grenzen“, versuchten Erfahrene, Angehörige und psychiatrisch/wissenschaftlich Tätige gemeinsam, psychiatrischem Größenwahn und nachfolgender Sprachverwirrung entgegenzuwirken. Verschiedene dialogisch konzipierte Bücher dokumentieren anschaulich den Prozess und die erreichten Ergebnisse der Verständigung [3, S 94, 97]:

Berührungsgängste haben sich verringert, das Bild von Verrücktheit hat sich erweitert, zunächst einmal unter den Teilnehmern. Sicher strahlt der Zugewinn an Selbstverständlichkeit bei jedem Einzelnen in seine alltägliche Umgebung

aus. Sicher bleibt in Richtung Dialogfähigkeit auf allen Seiten noch viel zu tun. Doch ist inzwischen klar, dass die künftige Psychiatrie sich diesem neuen Qualitätskriterium stellen muss, auch um der Compliance bei ihren ureigenen Strategien willen. Dass der Dialog nicht auf die Seminarebene beschränkt bleiben darf, und wie er von dort in die alltägliche psychiatrische Praxis und in die Psychiatriepolitik hineinwirken kann, sollen zwei Beispiele verdeutlichen:

a) Das Psychoseseminar in Bielefeld hat zu diesem Zweck die Idee der Behandlungsvereinbarung entwickelt und durchgesetzt. Inzwischen haben viele psychiatrische Kliniken und Abteilungen dieses Instrument übernommen bzw. den eigenen Bedingungen angepasst. Ziel ist, Patienten in stabilen Zeiten mehr Selbstbestimmung in kritischen Zeiten einzuräumen, sich gegenseitig auf entsprechende Modalitäten zu verpflichten. Vielerorts zeigte diese vertrauensbildende Maßnahme präventive Wirkung im Hinblick auf die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen.

b) Der Landesverband Schleswig-Holstein des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (DPWW) förderte nicht nur erfolgreich die Ausbreitung von Psychoseseminaren in allen Kreisen des Landes, sondern half mit diesen zusammen auch die politische Vertretung von Angehörigen und Erfahrenen in den regionalen Planungsgremien rechtlich zu verankern.

Öffentliche Wirkung, Öffnung zur Antistigmaarbeit

Psychoseseminare fördern aber nicht nur den Abbau wechselseitiger Vorurteile. Das selbstverständliche Sprechen, die Ankündigungen in der Lokalzeitung und regelmäßige öffentliche Treffen an öffentlichen Orten (z.B. in Volkshochschulen, Bibliotheken, Kirchen ...) haben auch eine Wirkung in der Öffentlichkeit:

Die Psychoseseminare bilden eine Art Antistigmakampagne von unten und haben einiges dazu beigetragen, dass es heute langst nicht mehr so riskant ist wie vor zehn Jahren, sich als „psychoseerfahren“ zu bekennen. Das Wort „Psychoseerfahrung“ ist im Kontext der Psychoseseminare entstanden und spiegelt den dort erreichten sprachlichen Kompromiss.

Beim zweiten bundesweiten Erfahrungsaustausch der Psychoseseminare im Juli 2000 in Schwerin wurden die Erfahrungen mit öffentlichen Aktionen gegen Stigmatisierung ausgetauscht und gesammelt. Öffentlichkeitswirksame Aktionen der Psychoseseminare sind z.B.:

- Gezielte Einladung an Journalisten, z.T. gute Berichte in Lokalzeitungen
- Leserbriefaktionen bei skandalösen Berichten
- Beteiligung an Straßenfesten u.a. lokalen Feiern
- Mitarbeit in (psychiatriepolitischen) Arbeitskreisen der Kommunen

- Spezielle Psychoseseminare in Kirchen, Berichte in Kirchenzeitungen
- Eigene Initiativen zur Information in örtlichen Betrieben
- Einladung von Mediatoren (örtliche Polizei, Richter, Pastoren)

Zuletzt wurden die Psychoseseminare Ausgangspunkt einer Antistigmakampagne von unten, am deutlichsten vielleicht sichtbar am Projekt „Irre menschlich Hamburg“, das sich nach dem Abbau der wechselseitigen Vorurteile im Psychoseseminar nun gemeinsamen Anstrengungen beim Abbau öffentlicher Vorurteile zuwendet:

- Information von Journalisten „aus erster Hand“
- Durchführung von Unterrichtsprojekten an Schulen, Beratung von Lehrern
- Informationsprojekte in Betrieben, Fortbildung von Polizisten
- Kulturelle Projekte
- Tage der Offenen Tür mit speziellen Workshops für SchülerInnen.



Im Vordergrund stehen Erfahrene als Referenten bzw. in den Schulen als „Lebenslehrer“. Glaubwürdig sind die drei Gruppen – Erfahrene, Angehörige und Profis - nur gemeinsam. Die Ziele sind Abbau von Vorurteilen, Stärkung von Toleranz im Umgang mit anderen und von Sensibilität im Umgang mit sich selbst – Voraussetzungen für seelische Gesundheit für beide Seiten – Patienten und Schüler. Insofern verbinden sich psychiatrie- und bildungspolitische Argumente, präventive und rehabilitative Ziele [7].

Anthropologische Aspekte psychischer Erkrankungen

Psychisch erkranken zu können, gehört zum Wesen des Menschen. „Wir sind Wesen, die an uns zweifeln und dabei auch verzweifeln können. Wir können über uns hinaus denken und laufen dabei auch in Gefahr, uns und unsere Grenzen zu verlieren. Wenn wir das sehr ausdauernd machen, kommen wir in die Nähe der Psychose der kognitiven/schizophrenen oder der affektiven Psychose. Wer also psychotisch wird, ist kein Wesen vom anderen Stern, sondern zutiefst menschlich“ [1].

Dass ich mich auf die Psychosen im weitesten Sinne beschränke, ist kein Zufall. Wenn wir hier Angst abbauen können, wo die Vorurteile am stärksten sind, dann profitieren davon auch die Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen. Mit jeweils fünf Thesen möchte ich den menschlichen Bezug zu kognitiven (schizophrenen) Psychosen und zu affektiven (in diesem Fall bipolaren) Störungen herstellen.

Kognitive (Schizophrene) Psychosen - existentielle Lebenskrisen besonders sensibler Menschen

- *Psychotisch zu werden, ist jedem Menschen möglich.* Das Ausmaß der Überreizung oder der Isolation entscheidet. Extreme Traumata können jeden Menschen psychotisch machen. Eine totale Isolation bewirkt bei jedem von uns akustische Halluzinationen, weil wir offenbar nicht ohne Echo sein können. Je dünnhäutiger ein Mensch ist, desto eher kann beides passieren, wobei Sensibilität in meinen Augen eine kulturell wichtige Stärke ist. Wer sehr dünnhäutig ist kann schon in normalen Lebenskrisen in die Nähe einer Psychose kommen. Wir alle durchlaufen im Leben Krisen und versuchen daran zu reifen. (Pubertät, Loslösung, Bindung, Geburt, Abschluss von Ausbildung, Trennung, Verlust von Arbeit usw.). Die meisten Psychosen treten in diesen Zeiten auf. Das zeigt, dass sie nicht um jeden Preis zu vermeiden sind. Umfeld und Therapie müssen krisenfreundlicher werden und auch mal einen Rückfall riskieren, sonst vermeiden wir nicht nur die Psychose, sondern das Leben selbst und tragen bei zu postschizophrener Depression und so genannter Negativsymptomatik.
- In Psychosen gehen unsere Grenzen verloren, die Haut wird durchlässig. Inneres kann zutage treten und Gestalt annehmen (Halluzinationen) oder äußere Ereignisse ungehindert und ungefiltert ins Innere treffen (Paranoia). Wir beziehen alles auf uns und greifen damit zurück auf eine *Wahrnehmungsform, die bei kleinen Kindern völlig normal ist* und als notwendige Durchgangsstufe der Entwicklung bezeichnet ist. Das Kind bezieht z.B. den Streit der Eltern auf sich, weil es noch nicht von sich selbst abstrahieren kann. Ähnliches geschieht offenbar vorübergehend in der Psychose.
- *Psychologisch und physiologisch gibt es zwischen Psychose und Traum viele Parallelen.* Die Psychose ähnelt dem Traum - allerdings ohne den Schutz des Schlafes. Wie es in Träumen Wunsch- und Angstanteile gibt, so gilt Ähnliches auch für Psychosen. Paranoide Vorstellungen transportieren Ängste, aber auf einer zweiten Ebene auch Wünsche, z.B. den Wunsch, bedeutsam zu sein. Die Suche nach der (doppelten) Bedeutung von Symptomen als Belastung und Entlastung lohnt ebenso wie bei Träumen als Zugang zur anderen Person und Basis einer therapeutischen Beziehung.
- *Psychosen erscheinen auch als eine extreme Form des Eigensinns* - im wörtlichen und übertragenen Sinn: Die Sinne gehen eigene Wege, verselbständigen sich und gehorchen mehr der inneren Dynamik als der äußeren Realität. Außerdem bedeutet die Psychose eine doppelte Suche nach Eigenem und nach Sinn, also nach eigenen existentiellen Grenzen, unbewussten Wünschen und nach der Bedeutung für andere, nach Aufgaben und Verantwortung. Die eine Suche richtet sich eher nach Innen, die anderen eher nach Außen; insofern sind Psychotherapie und Sozialpsychiatrie gefordert.

- Psychosen bedeuten fast immer eine besondere *Reizoffenheit*. Bevor wir die ausschließlich pathologisch bewerten, sei daran erinnert, dass das neurologische Potential für reizoffene Wahrnehmungen uns menscheitsgeschichtlich vom Affen unterscheidet. *So gesehen übertreiben Psychoseerfahrene die Menschwerdung*. Das birgt gerade in der heutigen Zeit das Risiko der Orientierungslosigkeit, ist aber offenbar für sich genommen nicht unbedingt ein Manko.

Die Thesen belegen, dass Menschen, die kognitiv oder affektiv psychotisch werden, keine „Wesen vom anderen Stern“ sind, insofern weder quantitativ noch qualitativ keine Randgruppe. Ihre Konflikte sind ebenso nachvollziehbar wie ihre Bedürfnisse. Und jede Therapie muss daran anknüpfen, die Besonderheit des Einzelnen achten und diese nutzen. Der Eigendynamik der Erkrankung ist auf allen Ebenen zu begegnen, psychisch, sozial und somatisch. Aus dieser Nutzer-Perspektive wird der Interessensgegensatz der verschiedenen therapeutischen Schulen überschaubar und relativierbar.

Diese anthropologische Sicht, die hier nur in Ansätzen darstellbar ist und die sich auch auf andere, z.B. bipolare Störungen übertragen lässt [12], habe ich im Psychoseseminar gelernt. Sie verhilft mir im psychiatrischen Alltag zu mehr Gelassenheit, ist für mich Basis des Bemühens um Dialog und Verantwortungsteilung. Außerdem wirkt sie der Stigmatisierung mehr entgegen als die üblichen Hochglanzbroschüren von Pharmafirmen.

Noncompliance oder Eigensinn – Herausforderung zum Dialog

Lange Zeit wurde Noncompliance entweder als Krankheitsmerkmal verstanden oder mit den Nebenwirkungen inzwischen veralteter Medikamente erklärt. Nun sind die Medikamente zwar in mancher Hinsicht besser, doch die Compliance lässt trotzdem zu wünschen übrig. Woran kann das liegen? Die Bedingungen der Kooperation, die therapeutische Beziehung rücken wieder in den Vordergrund: Einseitige Krankheitskonzepte und autoritäre Beziehungsangebote werden vielen Patienten nicht gerecht. Nicht nur die Chemie der Substanz, sondern die Chemie der Beziehung entscheidet. Eine reduktionistische Psychiatrie, die „Krankheitseinsicht“ und „Compliance“ wie Unterwerfungsrituale handhabt, wird für sich selbst zum Problem. Das Ringen um Dialog und eine kooperative Beziehung muss wieder als gemeinsame Aufgabe bzw. als Ergebnis gemeinsamer Anstrengung anerkannt werden. Der Eigensinn des Patienten ist in diesem Zusammenhang kein Makel und keine Störgröße, sondern eine Fähigkeit, die der Lebensqualität dient.

Nicht nur bei langfristig Psychoseerfahrenen, sondern auch bei Ersterkrankten gilt es, die Besonderheit des Einzelnen einschließlich seines Eigensinn zu

achten. Früherkennung und Frühbehandlung nützen wenig, wenn sie stereotyp erfolgen. Je früher wir behandeln wollen, desto vorsichtiger müssen wir es tun. Denn Stigmatisierung und Etikettierung stellen jeden Behandlungserfolg infrage. Nicht die Dauer der unbehandelten Psychose macht eine schlechtere Prognose wahrscheinlich, sondern die einfaltslose wenig kreative Therapie. Eigensinnige Patienten lehren uns genau hinzusehen, vollständig wahrzunehmen und im Dialog zu handeln.

Eigensinn und Psychose

- In Psychosen gehen die Sinne eigene Wege. Die Wahrnehmungen werden eigensinnig. Die Haut wird durchlässig. Innen und Außen sind kaum noch zu trennen. Innere Vorgänge können zu Stimmen oder Bildern werden, äußere reale Vorgänge ohne Filter im Innersten treffen. Die Moderne Hirnforschung zeigt, wie wenig erstaunlich das ist: Die Nerven im Hör- oder Sehzentrum werden nur zu 20-30 % vom Ohr bzw. Auge gespeist, ansonsten von vielen anderen Regionen, die mit Erwartungen und Erinnerungen, allgemeiner Emotionalität oder Aktivität zu tun haben, beeinflusst.
- In Psychosen ringen Menschen um das Eigene und um Sinn. Das Ringen um die eigenen Grenzen geht notwendig nach Innen: Wer bin ich, wo höre ich auf, wo fängt der andere an, was ist mein Wesen, meine Eigenheit? Das Ringen um Sinn richtet sich notwendigerweise auch nach Außen: Warum bin ich so (anders als sonst)? Was ist meine Aufgabe, meine Bestimmung, wer bin ich für andere? Wie kann ich balancieren zwischen Bindung und Autonomie, Abgrenzung und Verschmelzung (und den entsprechenden Wünschen und Ängsten)?

Wer eigensinnig ist, wird bewundert für seine innere Freiheit, und ist oft einsam, weil genau das als anstrengend empfunden wird. Psychoseerfahrene Menschen sind im doppelten Wort-Sinn eigensinnig, ohne wirklich unabhängig zu sein: Ihre Sinne gehen eigene Wege. Die Wahrnehmung der Realität ist verändert. Die Gedanken sind sprunghaft. Das Verhalten wird unverständlich - vielleicht ein Versuch, sich vor dem vermeintlichen Zugriff anderer auf einen letzten Hort von Eigenheit zu retten? Ein Drama der Psychose scheint mir zu sein, dass die Suche nach dem eigenen Sinn, sich ausschließlich nach Innen richtet. Der Sinn wird ausschließlich im Eigenen gesucht, also da, wo er letztlich nicht zu finden ist. Die Suche nach Sinn weist nach Frankl [15] über den Einzelnen hinaus. Es geht um die Bedeutung des Einzelnen für andere. Eine Kategorie, die wir Psychiatrie-Profis leicht aus dem Auge verlieren.

Krankheitseinsicht und Compliance - Widersprüche in der Psychiatrie

Im Umgang mit eigensinnigen Patienten macht es sich die moderne Psychiatrie bequem, indem sie Krankheitseinsicht und Compliance, also Kooperation, mehr von den Patienten als von sich selber verlangt.

- Patient soll Einsicht zeigen, d.h. unsere Sicht der Krankheit übernehmen. Wir selbst bemühen uns kaum noch um tieferes Verständnis, begnügen uns mit Diagnosen, als könnten die erklären, was sie bestenfalls beschreiben. („Warum verhält sich jemand so auffällig?“ - „Ach ja, er hat eine Manie“.) Wir fragen nicht mehr, warum jemand Stimmen hört und welche, sondern nur ob. Wir geben es auf, Einsicht zu nehmen, verlangen sie aber umgekehrt von den Patienten. Sie sollen sich unsere Diagnostik zu Eigen machen, sollen Krankheitseinsicht zeigen. Gleichzeitig sprechen wir akut psychotischen Patienten die Einsichtsfähigkeit ab und setzen sie voraus, lehnen eine Behandlung ohne Einsicht (und ohne Selbst- oder Fremdgefährdung) ab. Was aber heißt Einsicht? Vermitteln wir Einsicht, wenn wir psychische Phänomene mit medizinischen Etiketten versehen? Welche Einsicht meinen wir? Wer muss Einsicht nehmen und in was? - Prof. Rössler [16] fand heraus, dass Patienten mit „idiosynkratischen Krankheitskonzepten“, also letztlich mit eigensinnigen Erklärungsmustern, eine höhere Lebensqualität haben. Dieses eher unerwartete Ergebnis einer großen Studie fordert uns zum Umdenken auf: Nicht Anpassung um jeden Preis, keine allgemeine Psychoedukation, sondern individuelle und kooperative Suche nach subjektiven Bedeutungen. Wir müssen Einsicht nehmen, weniger in eine abstrakte Krankheit, als in die konkreten Lebensumstände und die besondere Entwicklung eines bestimmten Menschen.
- Compliance wird oberflächlich definiert als die Bereitschaft des Patienten, das zu tun, was der Arzt für richtig hält. Noncompliance hingegen sehen wir als Krankheitsmerkmal. Der Patient kooperiert nicht, das heißt er muss besonders krank sein. Diese einseitige Sichtweise ignoriert grundlegende Merkmale der Kommunikation: Wenn die Kooperation zwischen zwei Partnern nicht funktioniert, sind beide verantwortlich. Wir Therapeuten müssen Patienten abholen - im wörtlichen und im übertragenen Sinn - müssen uns um Kooperation bemühen. Dabei spielt das Interesse für subjektive Erklärungsmuster, für den Eigensinn des Patienten und die Bedeutung der Erkrankung eine große Rolle.

50% der Patienten nehmen ihre Medikamente nicht oder nicht wie verordnet (Fenton 1997). Bei 20% wirken sie nicht wie beabsichtigt; sie sind „non responder“ (Kane 1996). Trotz besserer Medikamente ist die Compliance nicht viel besser geworden. Offenbar ist die Noncompliance nicht allein mit den

Nebenwirkungen der Medikamente zu erklären, sondern auch mit der Qualität der therapeutischen Beziehung überhaupt. Auch diese hat Nebenwirkungen. Offenbar muss nicht nur die Chemie des Wirkstoffs stimmen, sondern auch die Chemie der Beziehung. Eine autoritäre Psychiatrie mit allzu reduktionistischem Krankheitsbild treibt Patienten ins Abseits, wird so auch für die weitere wissenschaftliche Entwicklung zu einem ernstzunehmenden Hindernis.

Ringens um Kooperation – Lehren eigensinniger Patienten

Mangelnde Kooperation dem Patienten bzw. seiner Erkrankung anzulasten, gelingende Kooperation aber ausschließlich als Verdienst des Therapeuten zu rechnen, bzw. als Therapieerfolg zu bewerten, ist unlauter. Tatsächlich ist Kooperation immer ein beidseitiger Prozess, für dessen Zustandekommen wir Therapeuten in hohem Maße mitverantwortlich sind. Unsere Behandlung kann nur dann Früchte tragen, wenn sie die Bedeutungsmuster, die besondere Sprache, die ureigenen Bewältigungsstrategien, die inneren Prozesse des Patienten berücksichtigt. Das gilt auch für die Pharmakotherapie; viele Beispiele belegen, dass auch die Wirksamkeit von Medikamenten nicht zuletzt von der funktionalen oder biographischen Bedeutung bestimmter Symptome abhängt [6].

Darüber hinaus lässt sich von eigensinnigen Patienten, die im Psychosese-minar überproportional vertreten sind, einiges lernen, was für die künftige Entwicklung der Psychiatrie wichtig ist:

1. Die Dauer der unbehandelten Psychose alleine ist kein Prognosekriterium. Auch nach langer Zeit ohne Behandlung sind produktive Behandlungsbeziehungen und Therapieerfolge möglich. Das erfordert nur ungleich mehr Phantasie, Flexibilität und Kontinuität über den Behandlungsstatus hinweg.
2. Standardprogramme sind bei Psychosepatienten grundsätzlich fragwürdig. Psychoseerfahrene Menschen spüren besonders sensibel, ob Ihnen Respekt entgegengebracht wird, ob ihre Individualität gewürdigt wird, ob sie als Person oder als Symptomträger gemeint sind.
3. Medikamente können hilfreich sein, doch nur im Kontext einer hilfreichen Beziehung. Neben den medizinischen sind die psychologischen Nebenwirkungen mehr zu beachten: Welches Bild vom Menschen, vom Leben, von der Erkrankung wird vermittelt? Wird ein innerer Selbstbezug, ein Selbstverstehen erleichtert oder erschwert? Viele so genannte Noncompliance-Patienten lehnen nicht in erster Linie ein bestimmtes Medikament ab, sondern ein reduziertes Verständnis, eine patriarchale Beziehung.

4. Mit einem offenen Verständnis der Erkrankung und einer ehrlichen dialogischen Beziehung, sind auch eigensinnige PatientInnen für eine langfristige therapeutische Strategie zu gewinnen. Wichtig ist jedoch, nicht vordergründig zu taktieren, sondern wirklich kreativ und flexibel Schritte in die Welt des anderen zu wagen.
5. Rückfälle zu vermeiden ist ein wichtiges, aber kein unbedingtes Ziel. Das Leben bringt Krisen mit sich, für sehr dünnhäutige Menschen auch das Risiko, den Boden der Realität vorübergehend wieder zu verlieren. Das um jeden Preis vermeiden zu wollen, kann bedeuten, das Leben zu verpassen: Eine solche absolute Strategie kann Negativsymptome und Depressionen geradezu bedingen.
6. Die althergebrachte Struktur, nach der der niedergelassene Arzt auf den ambulanten und der Krankenhaus-Arzt auf den stationären Patienten wartet, ist überholt, kostentreibend und unsinnig. Weit mehr Kapazitäten als bisher sind ambulant vorzuhalten. Weit mehr ambulante Kapazitäten müssen flexibler abrufbar und einsetzbar sein.
7. Individuelle Ressourcen sind mehr zu achten und zu fördern, familiäre und professionelle Ressourcen stärker zu verbinden.
8. Gerade Ersterkrankte sollten primär ambulant behandelt werden - auch im Sinne von Home-treatment. Aber auch sonst kann und soll Behandlung weit mehr vor Ort stattfinden. Es macht wenig Sinn, ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote immer weiter zu spezialisieren, dafür aber immer mehr abrupte Wechsel des therapeutischen Bezugs in Kauf zu nehmen. Notwendig ist eine Spezialisierung auf den Einzelnen und seine Bezüge. Eine strukturübergreifende, also statusunabhängige Behandlungskontinuität erscheint als entscheidendes Qualitätskriterium.
9. Stigmatisierung beginnt nicht erst draußen und mit der Entlassung, sondern mit dem ersten Tag. Wir tragen die Verantwortung dafür, ob unsere Sprache anschlussfähig ist. Das hohe Risiko der Etikettierung ist ein entscheidender Nachteil der Psychiatrie in den westlichen Industrieländern gegenüber den weniger entwickelten Ländern.

Plädoyer für eine neue Kooperationskultur

Insgesamt geht es um eine neue Kooperationskultur, die auch vor der Pharmakotherapie nicht Halt macht: Krankheitseinsicht ist zunächst einmal unsere Aufgabe, und zwar nicht im Sinne einer Einsicht in eine abstrakte Krankheit, sondern in konkrete Entwicklungslinien und Lebensumstände. Compliance ist nicht als Vorleistung des Patienten anzusehen, sondern als eine gemeinsame Anstrengung. Wir bringen unser allgemeines Wissen und unsere Erfahrung ein (es ist wenig genug), der Patient seine konkreten Erfahrungen, Wünsche, Bedürfnisse und Ängste. Beide Seiten ringen um Kooperation, in den verschiedenen Phasen der Erkrankung auf jeweils unterschiedliche Weise und mit

unterschiedlicher Verantwortung. Endgültiges Wissen haben wir nicht; denn den Einzelfall vorhersagen können wir (zum Glück) nie. Wir müssen immer auch bereit sein, zu irren und durch Irrtümer zu begleiten.

Wenn Stationen Patienten, die Schutz suchen, aber keine Medikamente wollen, ablehnen, wenn Einrichtungen des Betreuten Wohnens eine bestimmte Therapie zur Voraussetzung machen, dann machen sie es sich allzu bequem: Unsere eigentliche psychiatrische, psychologische, pflegerische, psychotherapeutische Arbeit fängt doch beim Dissens erst an. Vorher könnten wir auch an eine Apotheke verweisen. Gerade im Umgang mit Psychosepatienten, die Mühe haben, die eigenen Grenzen zu spüren und zu wahren, ist der Umgang mit Grenzen, Unterschieden und Eigensinn eine spannende Herausforderung: Ich bin dieser Meinung, du dieser. Was machen wir jetzt? Wer bestimmt? Wer überzeugt wen? Was ist die Besonderheit des Einzelnen, welche Erfahrungen sind ausschlaggebend? Wo sind seine Grenzen, wo meine? Wie kann ich mich auf jemand anderes einlassen (in beiden Richtungen), wie lerne ich, jemand zu vertrauen? Die Auseinandersetzung mit diesen Fragen berührt das zentrale Thema der Psychose! Einfach nur Medikamente zu geben und Symptome so nachhaltig zum Verschwinden zu bringen, mag im Ausnahmefall ausreichen; doch diese Beispiele werden in der klinischen Psychiatrie immer seltener werden. Sich auf diese Strategien zu beschränken, ist langweilig und ignorant. Um das zu verdeutlichen, plädiere ich versuchsweise für eine Umwertung: Wir Profis sind es, die Compliance entwickeln, also kooperativer werden müssen. Die Noncompliance der Patienten ist als Beziehungsangebot, als eine therapeutische Herausforderung auf dem zentralen Feld der Psychose zu sehen: Wer bestimmt mich? Wo sind meine Grenzen? Wie finde ich eine Balance zwischen Selbst- und Fremdbestimmung, zwischen Bindung und Autonomie? Eigensinn verweist auf Lebensqualität und innere Kraft. Wenn also in Zukunft ein Patient uns nicht in jedem Fall folgt, wenn er/sie die Standardmedikation nicht begeistert annimmt, sondern Vorbehalte äußert und wenn es uns gelingt, um Kooperation zu ringen, dann dürfen wir auf eine gute Prognose schließen. Wenn ein Patient aber allzu brav alles annimmt, was wir verschreiben oder vorschreiben, dann sollten wir skeptisch sein und uns fragen, was schief läuft und was wir falsch gemacht haben.

Diese Ausführungen zur anthropologischen Sicht, zu Krankheitseinsicht und Compliance, zu Eigensinn und zur Entwicklung der Psychiatrie sind Beispiele für das, was ich im Psychoseseminar im Laufe der Jahre gelernt habe.

Literatur

1. **Arbeitsgemeinschaft der Psychoseseminare** (2003) "Es ist normal, verschieden zu sein - Verständnis und Behandlung von Psychosen" (erstellt von Psychoseerfahrenen, Angehörigen und Psychiatrie-Profis/Wissenschaftlern) gegen eine Schutzgebühr von 1 Euro - zu beziehen bei den Bundesverbänden der Erfahrenen und Angehörigen, der Deutschen. Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, dem Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen und beim Autor
2. **Alanen YO** (2000); Schizophrenie und Psychotherapie - Die Behandlung schizophrener Störungen mit einer Kombination aus systemischer und psychoanalytisch orientierter Psychotherapie, Psychotherapeut 4:
3. **Bock T, Deranders JE, Esterer I** (2000) StimmenReich - Mitteilungen über den Wahnsinn, Psychiatrieverlag, Bonn
4. **Bock T, Deranders JE, Esterer I** (2000) Im Strom der Ideen - Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn. Psychiatrieverlag, Bonn
5. **Bock T (1997)** Lichtjahre - Psychosen ohne Psychiatrie, Selbstverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit unbehandelten Psychosen. Psychiatrieverlag, Bonn
6. **Bock T, Buck D, Esterer I** (1997) "Es ist normal verschieden zu sein" Psychoseminare - Hilfen zum Dialog, Psychosoziale Arbeitshilfen 10, Psychiatrieverlag, Bonn
7. **Bock, Th., Naber, D.** (2003), Antistigmakampagne von unten - Erfahrungen der Initiative „Irre menschlich Hamburg“ an Schulen, Psychiatrische Praxis, 7/2003, Bd. 30, S. 402-408
8. **Bock T** (2003) Basiswissen: Umgang mit psychotischen Patienten (Start einer neuen Buchreihe). Psychiatrieverlag, Bonn
9. **Bock, Th., Dörner, K., Naber, D.** (2004); Anthropologische Psychiatrie - philosophische Aspekte psychischer Erkrankungen, 358 Seiten, Psychiatrieverlag, Bonn
10. **Bock T, Koesler A.** (2005) Bipolare Störungen - Manie und Depression verstehen und behandeln. Psychiatrieverlag, Bonn
11. **Bock T** (2005) Eigensinn und Psychose – Was wir von unbehandelten und unkooperativen Patienten lernen können. Psych Pflege Heute 11(2):62-67
12. **Bock T, Koesler A** (2005) Spannungsfelder bei Patienten mit bipolarer Störung – eine besondere Herausforderung in der Pflege, Psych Pflege Heute 11(5):275-227
13. **Buck D** (2002) "Laßt euch nicht entmutigen". Anne Fischer Verlag - Leipziger Universitätsverlag, Norderstedt
14. **Finzen A** (2001) Psychose und Stigma - zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisungen. Psychiatrie-Verlag, Bonn
15. **Frankl V** (2002); Was nicht in meinen Büchern steht - Lebenserinnerungen, Beltz Taschenbuch, Weinheim
16. **Roessler W** (1999); Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics? Acta psychiatrica Scandinavica 100:142-148

Die Behandlungsvereinbarung – vertrauensbildende Maßnahme in der Akutpsychiatrie

Michael Schulz
Marite Pleininger-Hoffmann
Christian Zechert

Eine Behandlungsvereinbarung wendet sich an Menschen, die wiederholt in stationäre psychiatrische Behandlung gelangen. Mit der Vereinbarung wird das Ziel verfolgt, Wiederaufnahmen zu verhindern bzw. im Falle einer Wiederaufnahme einen gemeinsamen Plan zu haben, um in der Krise beiderseitig handlungsfähig zu bleiben. Konfrontation sowie Zwang können so vermieden werden. Die Vereinbarung wird zwischen dem Patienten in der Zeit nach seiner stationären Behandlung abgeschlossen, Es können also Vorgehensweisen für eintretende Notfallsituationen entwickelt werden, in denen der Patient aufgrund seiner psychiatrischen Krise und der begleitenden Umstände nicht mehr ausreichend in der Lage ist. Der Abschluss einer Behandlungsvereinbarung bedeutet demnach, den Patienten als Experten seiner Krisen zu nutzen.

Die Entstehungsgeschichte der Bielefelder Behandlungsvereinbarung

Die Bielefelder Behandlungsvereinbarung ist gemeinsam mit dem Bielefelder Verein der Psychiatrie Erfahrenen (VPE) entwickelt worden und 1994, zunächst unter dem Namen „Behandlungsvertrag“ eingeführt worden¹. Ziel war es, im partnerschaftlichen Miteinander ein Instrument zu entwickeln, welches die Bedingungen für die Aufnahme auf einer akutpsychiatrischen Station und die daran anschließende Behandlung verbessert.

Wesentliche Triebfeder für die Entwicklung der Behandlungsvereinbarung waren die Emanzipationsbewegungen der Psychiatrieerfahrenen Anfang der 90er sowie die daraus resultierende Suche nach humaneren und partizipativeren Behandlungsmöglichkeiten [1].

In der Folge gewann das partnerschaftliche Handeln zwischen Patienten und Therapeuten zunehmend an Bedeutung und im Sinne von „Verhandeln statt Behandeln“. Es galt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu stärken. Folgt man der Präambel, die der Vereinbarung vorsteht, ist die Vereinbarung ein Instrument der „gegenseitigen Vertrauensbildung“. Damit wurde für die psychiatrische Behandlung realisiert, was für die somatische Medizin immer schon galt: Mündige Bürger bzw. Patienten lassen sich nicht in die Rolle einfacher Behandlungsempfänger hineindrängen. Sie legten immer schon Wert auf ihre Beteiligung an diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen [3].

¹Das entsprechende Formular steht auf folgender Internetseite zur Verfügung:
<http://www.psychiatrie-forschung-bethel.de/projekte.html> > „Der Patient als Partner im
Behandlungsprozess“ > Projekt „Behandlungsvereinbarungen“

In „guten Zeiten“ für „schlechte Zeiten“ vorsorgen

Die Art, wie ein Einstieg in eine Behandlung verläuft, beeinflusst wesentlich, ob eine Vertrauensbasis geschaffen werden und somit auch den Verlauf der Behandlung v.a. in den ersten Tagen. Gerade in der zu Beginn der Behandlung passiert es nicht selten, dass Patienten sich abgelehnt fühlen oder es aufgrund von Wahrnehmungsstörungen zu Kommunikationsproblemen mit dem Behandlungsteam kommt. Darüber hinaus können Eskalationen von Aggression und Gewalt, sowie damit einhergehende Erfahrungen von Zwangsmaßnahmen, wie z.B. Isolierung oder Fixierung traumatisierende Erfahrungen für den Patienten bedeuten [7]. Gerade bei chronisch erkrankten oder von Chronifizierung bedrohten Patienten mit Psychosen spielt die Angst vor Zwangsmaßnahmen im Vorfeld und während der Aufnahme eine nicht unerhebliche Rolle. Im Behandlungsvereinbarungsgespräch werden positive und negative Erfahrungen aus früheren Behandlungen reflektiert, um sie so für weitere Behandlungen nutzbar zu machen.

Was wünschen, was verlangen Patienten im Falle einer Wiederaufnahme?

Die Vereinbarung fokussiert darauf, in der Krise sowohl im Sinne des Patienten als auch im Sinne der Klinik adäquat zu handeln. Wichtig dabei ist, dass nur für die Bereiche Absprachen getroffen werden, für die der Betroffene in einer Krise nicht mehr selbst sorgen kann. Dabei zeigt sich, dass es eine überschaubare Anzahl von Themen ist, die für Patienten in einer Krisensituation im Vordergrund stehen. Die wichtigsten Inhalte und Zielsetzungen der Behandlungsvereinbarung lauten:

- Umgang mit Kontakten zu wichtigen Bezugspersonen
- Gestaltung des Aufnahmeprozedere auf die Station
- Einflussnahme auf den Behandlungsprozess
- Einflussnahme auf die medikamentöse Therapie
- Absprachen im Hinblick auf evtl. aus Sicht der Klinik unvermeidliche Zwangsbehandlungen
- Gestaltung der sozialen Situation

Im Folgenden soll auf die einzelnen Bereiche anhand von Beispielen näher eingegangen werden.

Umgang mit Kontakten

Der Patient kann angeben, wer im Falle einer stationären Aufnahme zu benachrichtigen ist oder mit welcher Person er in dieser Situation gerne viel Zeit

verbringen möchte. Ebenso wichtig ist es aber auch, dass der Patient festlegen kann, mit welchen Patienten er in der Krisensituation auf keinen Fall Kontakt haben möchte. Dies können bei jüngeren Patienten z.B. die Eltern sein.

Gestaltung der Aufnahme

Aus ihrer Erfahrung mit Aufnahmesituationen können Patienten häufig gut beschreiben, was in dieser Situation hilfreich ist und was nicht. So kann für den einen Patienten zu Beginn der Behandlung eine enge Begleitung hilfreich sein, während ein anderer Patient diese Maßnahme als Bedrohung erleben würde. Entsprechende Hinweise können in die Vereinbarung aufgenommen werden. So heißt es in einer Vereinbarung: *„Frau T. möchte bei der Aufnahme an die Gefahr erinnert werden, dass der Tierschutz ihre Katze wegnimmt. Sie möchte deshalb möglichst zeitig freiwillig Medikamente einnehmen, um die Behandlung so kurz wie möglich halten zu können“*. In einer anderen Vereinbarung heißt es: *„Gespräche sind für Herrn P. sehr wichtig. Wenn er sich sehr zurückzieht und eher abweisend wird, wünscht er sich, dass Kontakt zu ihm aufgenommen wird, dass sich jemand einfach zu ihm setzt.“*

Die Sicherheit, auf der bekannten Station behandelt und dort von vertrauten Bezugspersonen versorgt zu werden, senkt erfahrungsgemäß die Schwelle, sich in eine stationäre Behandlung zu begeben.

Für Pflegende finden sich für die kritische Phase der Aufnahmesituation wichtige Hinweise für pflegerische Interventionen in der Behandlungsvereinbarung.

Die Durchführung der Behandlung

Neben Absprachen zur Aufnahme finden sich in der Behandlungsvereinbarung auch Hinweise darauf, was für die weitere Behandlung wichtig ist. Dies kann sich auf die medikamentöse Therapie beziehen, kann aber auch nichtmedikamentöse Aspekte der Therapie berücksichtigen. Beispielhaft findet sich in einer Behandlungsvereinbarung unter der Rubrik *„Weitere Hinweise für die Behandlung“* der Eintrag: *„Auf Schlaf achten! Hilfreich sind für Herrn P. Angebote, die ihn ablenken: Schwimmen, Ergotherapie, möglichst wenig Zeit zum Grübeln. Eine klare Tagesstruktur ist für ihn als Orientierung hilfreich. Herr P. möchte auf Angebote der Klinik hingewiesen werden. Sobald es sich Herr P. wieder zutraut, möchte er möglichst Besuche zu Hause sowie Belastungsversuche machen.“* Verabredet werden können auch Vorgehensweisen in kommunikativ schwierigen Situationen, so z.B.: *„Wenn Frau H. nicht spricht, ist es sinnvoll, sie zunächst in Ruhe zu lassen und zu versuchen, sie nach einer Weile erneut anzusprechen.“*

Umgang mit Medikamenten

Im Hinblick auf den Umgang mit Medikation wird sowohl auf die aktuell einzunehmenden Medikamente sowie auf mögliche Notfallmedikationen, mit denen im Rahmen von Krisensituationen Erfahrungen gesammelt wurden bzw. die sich bewährt haben, eingegangen. Hier kann z.B. vermerkt werden, dass der Patient Depotspritzen ablehnt bzw. grundsätzlich Probleme mit Spritzen hat. So findet sich in einer Behandlungsvereinbarung der Eintrag: „Herr P. hat panische Angst vor Spritzen. Er berichtet, dass er im Rahmen von Zwangsmedikationen in der Vergangenheit Todesangst ausgestanden hat. Deshalb soll bei Aufnahme als Krisenmedikation Zyprexa, Haldol und Tavor gegeben werden.“ In vielen Behandlungsvereinbarungen spielt die Auswahl des Medikamentes, die Einnahmeform sowie die Dosierungsmenge eine zentrale Rolle. Auch daher ist bei der gemeinsamen Festlegung der Behandlungsvereinbarung die Beteiligung der Ärztin oder des Arztes unerlässlich.

Umgang bei Zwangsbehandlungen

Bei Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie handelt es sich um akute Notfallsituationen und nicht um therapeutische Interventionen [6, 9]. Gleichwohl können Zwangsmaßnahmen aus Sicht der Klinik unumgänglich sein. Ziel der Behandlungsvereinbarung ist nicht, Zwangsmaßnahmen zu regeln, sondern diese zu vermeiden. Dennoch können Behandlungsvereinbarungen auch helfen, Zwangsmaßnahmen so zu gestalten, dass sie für den Patient so akzeptabel wie möglich gestaltet werden [8]. Möglich ist z.B., Maßnahmen zu vereinbaren, die zur Verhinderung der drohenden Zwangsmaßnahme noch durchgeführt werden sollten. Mögliche Interventionen können z.B. Rückzug in eine reizarme Umgebung, Bewegungsangebote, eine Zigarette rauchen oder Musikhören sein. Darüber hinaus kann der Patient äußern, wenn Zwang aus Sicht der Klinik angewandt werden muss, welche Maßnahme er am ehesten akzeptieren kann. Zum Beispiel Isolierung statt Fixierung, ohne den Zwangsmaßnahmen grundsätzlich zustimmen zu müssen; was ja auch ein Widerspruch in sich wäre. So heißt es in einer Behandlungsvereinbarung: *„Ausgangsbeschränkungen sollten Herrn A. gut erklärt werden. Isolierungen sollen nur in Begleitung von Personal erfolgen. Herr A. möchte auf keinen Fall fixiert werden, da er dann panisch reagieren würde.. Unbedingt sollten Vertrauenspersonen hinzugezogen werden. Sollte eine Zwangsmedikation notwendig werden, sollte man ihm, kurz bevor man ihm die Spritze verabreichen möchte, noch einmal eine orale Medikation anbieten. Außerdem wurde es in der Vergangenheit hilfreich erlebt, wenn zu den Visiten die eigene Behandlungsvereinbarung mitgebracht wurde.“*

Gestaltung der sozialen Situation

Die akute stationäre Aufnahme geht häufig mit einem unvorbereiteten Verlassen des direkten Lebensumfeldes wie Wohnung und ggf. Arbeitsplatz einher. Die Betroffenen sind evtl. nicht in der Lage, wichtige Dinge zu regeln und die Klinik kann hier Hilfe zusagen, wenn sie um die konkreten Belange weiß. Im Rahmen der Behandlungsvereinbarung kann z.B. vereinbart werden, was in der Wohnung zu beachten ist, ob Lösungen für Haustiere gefunden werden müssen oder aber Krankmeldungen an den Arbeitgeber zu schicken sind. Es kann im Voraus geklärt werden, welcher Nachbar einen Schlüssel für die Wohnung hat oder ob für Kinder die Betreuung zu klären ist. Hilfreich ist auch eine Information über involvierte komplementäre Dienste im ambulanten Bereich.

Wann und wie wird eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen?

Eine Behandlungsvereinbarung wird nicht in akuten Krankheitszuständen abgeschlossen. Abgesehen von dieser Einschränkung ist grundsätzlich jeder Zeitpunkt möglich, wobei die Nähe zum letzten stationären Aufenthalt bedacht werden sollte. Die Behandlungsvereinbarung wird also in Zeiten getroffen, in denen es dem Betroffenen gut geht und er seine Interessen gegenüber der Klinik einbringen kann. Damit die Betroffenen mit ihren Behandlern auf Augenhöhe verhandeln können, benötigen sie gesundheitliche Stabilität. Darüber hinaus bringen viele noch weitere Personen mit, die sie in ihren Interessen unterstützen. Im Hinblick auf den Zeitpunkt, an dem eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen wird, haben sich unterschiedliche Vorgehensweisen durchgesetzt [3]. Demnach gibt es Kliniken, welche die Behandlungsvereinbarung zum Ende des Krankenhausaufenthaltes abschließen und einige andere Kliniken, die nach der Entlassung erst etwas Zeit (z.B. sechs Wochen) verstreichen lassen. Damit soll erreicht werden, dass der Betroffene nicht mehr als Patient, sondern als Besucher in die Klinik kommt und so von beiden Seiten eine möglichst reflektierte Betrachtung der vorangegangenen Aufenthalte erfolgen kann. Der Gesundheitszustand soll sich zudem so stabilisiert haben, dass der Eindruck des Klinikaufenthaltes nach der Rückkehr in das eigentliche Lebensumfeld in den Hintergrund getreten ist. Die Erfahrungen zeigen allerdings auch, dass es Betroffene gibt, die eine solche Vereinbarung nicht abschließen, weil sie sich in gesunden Zeiten mit Erlebnissen des Krankenhausaufenthaltes sowie ihrer Erkrankung nicht erinnern werden wollen und auseinandersetzen möchten. Kommt es zum Abschluss einer Behandlungsvereinbarung, dann gilt es, möglichst Vertreter von Sozialarbeit, Medizin und Pflege einzubeziehen. Grundsätzlich empfiehlt es sich, einen Mitarbeiter mit der Koordination und der zentralen Sammlung der Unterlagen zu beauftragen.

Ist der Einsatz der Behandlungsvereinbarung effektiv?

Seit der Entwicklung der Behandlungsvereinbarung vor über zehn Jahren ist die Anzahl der Kliniken, welche mit Vereinbarung arbeiten kontinuierlich gestiegen und es konnten zahlreiche Erfahrungen gesammelt werden. Dabei gab es zunächst nicht nur Befürworter, sondern es wurde auch mit Skepsis auf das Instrument reagiert [3]. So gab es seitens der Vertreter der Antipsychiatrie die Meinung, dass ein partnerschaftlicher Umgang mit Psychiatrie nicht möglich sei und schon der Versuch eines solchen Vorhabens die grundsätzlich unterschiedlichen Interessen verschleierte. Sie forderten das „psychiatrische Testament“. Andere psychiatrieerfahrene Menschen zeigten sich misstrauisch und vermuteten, dass mit der Behandlungsvereinbarung die Zustimmung zu Zwangsmaßnahmen erreicht werden sollte. Aber auch auf der Seite der Professionellen regte sich Widerstand: Ärzte sahen in der Vereinbarung einen unzulässigen Angriff auf ihre Behandlungskompetenz und Pflegende befürchteten, dass die Behandlungsvereinbarung die Alltagsroutine der Station bedrohe.

In Bielefeld wurden bisher über 200 Behandlungsvereinbarungen abgeschlossen und entgegen der benannten Befürchtungen wurden bisher gute Erfahrungen gesammelt. Darüber hinaus wurden viele Kliniken bei der Einführung der Behandlungsvereinbarung durch Vorträge oder Beratung begleitet. Die abgeschlossenen Vereinbarungen sind nicht starr für als Zeiten festgelegt. Sie sind vielmehr Teil eines Prozesses, in dem Veränderungen erwünscht sind und eine Anpassung an aktuelle Gegebenheiten bzw. Wünsche erfolgen muss. Die Behandlungsteams profitieren in hohem Maße davon, den Patienten als gesunden Menschen zu erleben, was spürbaren Einfluss auf das Klima der folgenden Behandlungen hat. Gleichzeitig bietet eine Behandlungsvereinbarung nicht nur dem Betroffenen, sondern auch den Mitarbeitern die Möglichkeit, die vorangegangene Behandlung zu reflektieren, was sich positiv auf die Behandlungsqualität auswirkt. Das Ziel, den Betroffenen als Partner einzubeziehen und ihm ein hohes Maß an Selbstbestimmung für die Krisensituation zu geben, wird erreicht. Es gibt Hinweise darauf, dass der Einsatz der Behandlungsvereinbarung eine Reihe von positiven Effekten bewirkt:

Die bisherigen Erfahrungen weisen auf Effekte in den folgenden Bereichen hin:

- Die Wiederaufnahmehäufigkeit sinkt
- Die Behandlungsdauer bei Wiederaufnahmen sinkt
- Es kommt zu weniger Zwangsmaßnahmen
- Die Patienten kommen früher und weniger akut zur stationären Behandlung
- Die stationäre Aufnahme ist weniger angstbesetzt. Dadurch kommen Betroffene eher zur Aufnahme und mit der akuten Behandlung kann eher begonnen werden.

Im Rahmen einer Aktenauswertung sowie einer Befragung von Studienteilnehmern (n=55), die eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen haben, wurden 1998 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel Effekte ihrer Wirksamkeit untersucht [2]. Dabei zeigte sich, dass die Frage der Medikation mit 91% der Nennungen das wichtigste Thema für die Patienten war. Das Thema Zwangsmaßnahmen wurde von 77,1% der Patienten benannt, Kontakte zu anderen Bezugspersonen mit 48,6% und Aufnahmebedingungen mit 42,9%. Auf die Frage, ob sich durch den Abschluss der Vereinbarung für die Studienteilnehmer etwas verändert hat, gaben 54,3% an, dass sie im Umgang mit Klinikmitarbeitern sicherer geworden sind. Gefragt wurde außerdem, ob im Hinblick auf die pharmakologische Behandlung eine Übereinstimmung erzielt werden konnte. Dies war bei 80% der Befragten der Fall. Auch wurde in einer kleinen Prä-Post-Untersuchung (n=49) die Anzahl der stationären Wiederaufnahmen sowie die jeweilige Verweildauer vor und nach Abschluss einer Behandlungsvereinbarung analysiert. Während sich für die Anzahl der Wiederaufnahmen keine statistisch signifikante Veränderung ergab, konnte die kumulative Verweildauer signifikant gesenkt werden ($p < 0.05$).

Analog zu den empirischen Befunden zur Behandlungsvereinbarung in Deutschland wurde in England der so genannte „joint crisis plan“ von Henderson et al. [4] im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie auf seine Effektivität hin überprüft. Die zu untersuchende Intervention bestand darin, dass zwischen Studienteilnehmer, Psychiater, Pflegekoordinator sowie einer verantwortlichen Person der Studiendurchführung eine Vereinbarung geschlossen wurde. Diese umfasste Informationen dazu, wer im Krisenfall zu informieren ist, Detailinformationen zur psychischen Erkrankung sowie wichtige Hinweise für die stationäre Versorgung im Falle einer zukünftigen Krise aus Sicht des Patienten. Die Kontrollgruppe erhielt Informationsblätter über lokale Dienste, zu ihrer Krankheit sowie zu relevanten Institutionen. Außerdem erhielt jeder Patient eine Kopie seines Behandlungsplanes. Henderson et al. [4] konnten zeigen, dass sowohl die Zwangsunterbringungen nach dem „mental health act“ als auch die davon abhängige Anzahl der im Status der Zwangsunterbringung verbrachten Tage in der Interventionsgruppe signifikant niedriger waren. Außerdem wurden für die Interventionsgruppe weniger Aufnahmen gezählt. Im Hinblick auf die Gesamtverweildauer ließ sich hingegen kein signifikanter Unterschied feststellen.

Wenngleich die Datenlage zur Effektivität der Behandlungsvereinbarung in Deutschland noch nicht groß ist, gibt es genügend empirische Hinweise, dass das Instrument sein Ziel erreicht. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass nicht alle Patienten in der Lage sind, eine Behandlungsvereinbarung abzuschließen. Gründe können sein, dass Menschen sich in gesunden Phasen nicht mit ihrer Erkrankung beschäftigen möchten oder die Vertrauensbasis zwischen Patient und Institution noch nicht groß genug ist.

Aus Sicht der involvierten Berufsgruppen ist anzumerken, dass für den Einsatz des Instrumentes entsprechend Zeit vorgehalten werden muss. Gerade für die Pflege erweist sich das Instrument aber als hilfreich, wenn es gilt Menschen in psychiatrischen Krisensituationen, in denen sie nicht mehr in der Lage sind, für sich zu sorgen, individuell und im Sinne des Patienten zu versorgen.

Noch unbeantwortet ist die Frage, was bei der Behandlungsvereinbarung „wirkt.“ Sind es die vereinbarten Inhalte der Vereinbarung? Ist es ein Rückkopplungseffekt auf die Mitarbeiter sich bei diesen Patienten besonders sensibel zu verhalten? Oder ist es der bis zu anderthalb Stunden dauernde Aushandlungsprozess des miteinanderverhandelns, das intensive Gespräch und die Empfindungen des Patienten (in seiner gesunder Phase), hier werden seine Bedürfnisse besonders respektiert? Oder ist es die Erfahrung, dass im Falle einer Wiederaufnahme die Vereinbarungen der Behandlungsvereinbarung tatsächlich eingehalten werden, dass gegenseitiges Vertrauen positiv für Patienten und Klinik bestätigt wird?

All diese Faktoren werden im Falle einer Wiederaufnahme die Gefahren für gegenseitige Missverständnisse, das Gefühl der Hilflosigkeit und Überwältigung reduzieren. Die Behandlungsvereinbarung trägt damit nicht nur zu kürzeren Wiederaufnahmen bei, sondern auch zu einer höheren Qualität der Behandlung.

Literatur

1. **Dietz A, Pörksen N, Voelzke W** (Hrsg) (1998) Behandlungsvereinbarungen – Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn:
2. **Dietz A, Pleininger-Hoffmann M, Driessen M, Burdinski R, Pörksen N, Völzke W.** (1999) Verhandeln statt Behandeln – Die Bielefelder Behandlungsvereinbarung in der Akutpsychiatrie. Bielefeld, unveröffentlicht
3. **Dietz A, Hildebrandt M, Pleininger-Hoffman M, Pörksen N, Völzke W** (2002) Behandlungsvereinbarungen in der Akutpsychiatrie. Recht und Psychiatrie, 20:27-32
4. **Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G** (2004) Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. British Medical Journal, 329(7458):136
5. **Hildebrandt B, Dietz A** (1999) Erfahrungen mit der Entwicklung und der Einführung von Behandlungsvereinbarungen. In: Dietz A, Pleininger-Hoffmann M, Driessen M, Burdinski R, Pörksen N, Völzke W (Hrsg) Verhandeln statt Behandeln – Die Bielefelder Behandlungsvereinbarung in der Akutpsychiatrie. Bielefeld, unveröffentlicht (S 29-44)
6. **Ketelsen R, Schulz M, Zechert C** (2004) Seelische Krise und Aggressivität – Der Umgang mit Deeskalation und Zwang. Psychiatrie-Verlag, Bonn
7. **Pieters V** (2003) Macht - Zwang - Sinn. Subjektives Erleben, Behandlungsbewertungen und Therapieerfolge bei gerichtlichen Unterbringungen schizophrener Menschen. Forschung für die Praxis. Psychiatrie-Verlag, Bonn
8. **Schulz M, Zechert C** (2004) Weniger Zwang durch mehr Fachlichkeit? In: Ketelsen R, Schulz M, Zechert C (Hrsg) Seelische Krise und Aggressivität – Der Umgang mit Deeskalation und Zwang. Psychiatrie-Verlag, Bonn (S 148-154)
9. **Steinert T.** Indikationen von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken. In: Ketelsen R, Schulz M, Zechert C (Hrsg) Seelische Krise und Aggressivität – Der Umgang mit Deeskalation und Zwang. Psychiatrie-Verlag, Bonn (S 44-52)

Anhang

BEHANDLUNGSVEREINBARUNG

Erklärungen und Absprachen zwischen

	((Vorname Name))
	((Straße, PLZ, Ort))
Telefon	
geb.	

und der

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel
Remterweg 69/71, 33617 Bielefeld, Tel. 0521-144-3700

für den Fall einer Behandlung

Präambel

Seit Jahren bestehen positive regelmäßige Kontakte der Klinik zu Selbsthilfegruppen Psychiatrie-Erfahrener vor Ort. Mit diesen wurde das nachfolgende Rahmenpapier ausgearbeitet. Die Klinik will mit diesen Absprachen die Erfahrung der Psychiatrie-Erfahrenen nutzen, um in Krisensituationen adäquater zu helfen. Psychiatrie-Erfahrene sehen sich zunehmend für ihre psychische Entwicklung selbst verantwortlich und möchten hiermit erreichen, dass ihre Erfahrungen mit ihren Krisen in der Klinik beachtet und im Rahmen einer zukünftigen Behandlung genutzt und umgesetzt werden.

Diese Behandlungsabsprachen dienen der **gegenseitigen Vertrauensbildung**. Sie enthalten wichtige Hinweise für eine individuell angemessenere Behandlung. Die getroffenen Absprachen bilden keinen rechtlich einklagbaren Vertrag. Bei Nichtbeachtung bzw. unbegründeter Abweichung kann jedoch ggf. von einem Behandlungsfehler ausgegangen werden.

Diese Absprachen und Erklärungen haben außerdem für Psychiatrie-Erfahrene den Vorteil, sich im Vorfeld mit ihrer sozialen Situation (soziales Umfeld, Freundeskreis, Gründe für die Entstehung von Krisen usw.) auseinander zu setzen.

Wer sich gegen eine Behandlung (generell oder gegen bestimmte psychiatrischen Behandlungsmethoden) in einer Psychiatrischen Klinik aussprechen will oder diese Absprachen für zu begrenzt hält, für den besteht die Möglichkeit, sich beim Verein Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld über das Psychiatrische Testament zu informieren.

Die Klinik verpflichtet sich:

- für die Einhaltung der Absprachen konkret Sorge zu tragen, auch bei einer Unterbringung im Rahmen des PsychKG oder des Betreuungsgesetzes.
- auf der Grundlage der Dokumentation über ihr Vorgehen Rechenschaft abzulegen - insbesondere für den Fall, in dem die Klinik sich nicht an die Absprachen halten konnte.

Von den Absprachen darf nicht abgewichen werden, wenn nicht zuvor die/der zuständige Oberarzt/Oberärztin bzw. der ärztliche Hintergrunddienst eingeschaltet wurde und zugestimmt hat. Wenn im Einzelfall von den Behandlungsabsprachen abgewichen wird, ist dies von Seiten der Klinik ausführlich zu begründen und mit der Patientin/dem Patienten zu besprechen, wenn diese/es wünscht.

Am Vereinbarungsgespräch vom **((Datum))** nahmen **((Namen))** teil.

Absprachen

Die Präambel ist Bestandteil dieser Absprachen.

1. Kontakte

In den ersten Tagen sollen folgende Personen viel Zeit mit mir verbringen:

Weitere Kontaktabsprachen (z.B. Besuch durch die Selbsthilfegruppen der Psychiatrie-Erfahrenen oder Besuch eines Vertreters einer Religionsgemeinschaft): _____

Mit folgenden Personen möchte ich keinen Kontakt haben, auch wenn diese von sich aus in die Klinik kommen: _____

2. Aufnahme und Behandlung

Bei Aufnahmen sollen unverzüglich benachrichtigt werden. _____

Zurzeit behandelnde/r Psychiater/in und ambulante Dienste sind _____

Ich wohne im Sektor _____

Für die Aufnahme und Behandlung ist die Station _____ soweit wie möglich vorgesehen. _____

Falls kein reguläres Bett auf der Sektorstation frei ist, wird ein Notbett akzeptiert. _____

Diese Absprachen gelten grundsätzlich für alle Stationen. _____

Als Bezugspersonen aus dem Stationsteam sind _____ gewünscht. _____

In der Aufnahmesituation ist für mich Folgendes hilfreich (z.B. in Ruhe gelassen werden, möglichst nicht allein sein, Gespräche): _____

Die Patientin sollte möglichst von weiblichen Mitarbeiterinnen aufgenommen und behandelt werden. _____

Weitere Hinweise für die Behandlung (z.B. Umgang mit Suizidalität, Umgang mit „Gereiztheit“, „Entweichungen“): _____

3. Medikamente

Ich nehme zum Zeitpunkt der Vereinbarung folgende Medikamente:

1. _____
2. _____
3. _____

In der Krise waren bisher folgende Medikamente hilfreich:

1. _____
2. _____
3. _____

Nicht geholfen haben _____

Ich lehne die Einnahme folgender Medikamente ab: _____

Ich wünsche regelmäßige Gespräche zur Überprüfung der Wirksamkeit der Medikamente. _____

Bei spezieller Indikationsstellung wird in der Klinik auch die Elektrokrampftherapie angewendet. _____

Ich möchte keine Elektrokrampftherapie erhalten.

Bei der Medikamenteneinnahme bevorzuge ich Folgendes:

Tabletten/Dragees _____

Tropfen _____

Spritzen _____

Depot _____

Gründe: _____

Besondere Vereinbarungen für die medikamentöse Behandlung: _____

4. Zwangsmaßnahmen

Falls während der Behandlung psychiatrische Zwangsmaßnahmen notwendig erscheinen, soll vorher unbedingt Folgendes versucht werden:

- Vertrauensperson hinzuziehen _____
- Spaziergang mit _____
- Bad _____
- Gespräch _____
- Musik hören/Musik machen _____
- Rückzug in reizarme Umgebung _____
- Einzelbetreuung durch Sitzwachen _____
- Bewegung (z.B. Laufen, Sandsack) _____
- Essen anbieten _____
- Rauchen _____

Falls Zwangsmaßnahmen aus der Sicht der Klinik unumgänglich sind, soll Folgendes aufgrund meiner Erfahrungen beachtet werden (z.B. Erklärungen zur Ausgangsbeschränkung, Zwangsmedikation, Fixierung, Isolierung, Verlegung ins Beobachtungszimmer, ggf. Festlegung der Reihenfolge): _____

Zur Abwendung einer PsychKG soll aufgrund meiner Erfahrungen berücksichtigt werden: _____

- Im Falle einer Fixierung wünsche ich eine Sitzwache. _____
- Folgende Personen bitte ich um Beteiligung an der Sitzwache: _____

- Folgende Personen sollen auch im Falle einer Fixierung Zugang zu mir haben: _____

Dies ist keine Zustimmung von mir im Voraus zu diesen Maßnahmen. Eine Zustimmung im Voraus ist auch rechtlich nicht zulässig. _____

Bei Zwangsmaßnahmen sollen benachrichtigt werden: _____

- Die vorhandene Dokumentation über die Zwangsmaßnahmen soll im Rahmen einer Nachbesprechung gemeinsam eingesehen und besprochen werden. _____

5. PsychKG

Falls ich infolge eines Beschlusses nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten in Nordrhein-Westfalen (PsychKG) in die Klinik zwangseingewiesen werde, soll mir schnellstmöglich eine Freiwilligkeitserklärung vorgelegt werden.

6. Soziale Situation

Die Klinik bemüht sich, im Rahmen der Möglichkeiten des eigenen Psychosozialen Dienstes, sich um die nachfolgenden sozialen Angelegenheiten zu kümmern (ggf. in Zusammenarbeit mit der Vertrauensperson/dem Betreuer). Sollte der Psychosoziale Dienst feststellen, dass bestimmte Angelegenheiten geregelt werden müssen und er selbst dies nicht leisten kann, hat er dafür Sorge zu tragen, dass andere Personen oder Dienste (Amt für Soziale Dienste, Sozialpsychiatrischer Dienst, Beratungs- und Betreuungsstellen der freien Träger der Wohlfahrtspflege) diese Aufgaben übernehmen. _____

Bei mir ist Folgendes zu klären:

- Wohnung -

Situation im Haus mit Vermietern/drohende Kündigung /Nachbarn/Hausfrieden _____

Ist die Wohnung abgeschlossen/aufgebrochen? _____

Hausdienste _____

Licht Gas Wasser Strom Inventar Pflanzen

Tiere

Sollte ich entgegen der Absprache unerwartet die Klinik verlassen, bitte ich keine Polizei zur Wohnung zu schicken.

Ein Wohnungsschlüssel ist bei **Name, Tel.** aufbewahrt. Die Klinik behält sich vor, im Notfall (z.B. bei Nichtöffnen der Wohnung, Suizidgefahr) die Polizei oder das Gesundheitsamt einzuschalten. _____

- Finanzen -

Anstehende Ratenzahlungen _____

Rückgängigmachen von Kaufverträgen _____

Überziehung des Bankkontos, Absprachen mit der Bank _____

- Fahrzeuge -

Absichern und zwar PKW Motorrad Mofa _____

- Arbeitgeber/Schule -

Krankmeldung ohne Kennzeichnung „Psychiatrische Klinik“ _____

Der Kontakt mit dem Arbeitgeber soll wie folgt aufgenommen werden:

- Kinder -

Ich habe folgende Kinder _____

Für die Kinder ist folgende Betreuungsmöglichkeit vorgesehen: _____

Ich habe für folgende Personen Verpflichtungen übernommen: _____

Wichtige Termine und Ereignisse, die beachtet werden müssen (z.B. Prüfungen für Ausbildung und Studium): _____

7. Sonstige Absprachen

Diese Absprachen können jederzeit auf ihre Gültigkeit überprüft werden. Sollten sich bei einem der Vereinbarungspartner grundlegende Dinge ändern, wird er sich mit dem anderen in Verbindung setzen.

Bielefeld, den _____

Psychiatrie-Erfahrene/r	Vertrauensperson	Gesetzliche/r BetreuerIn
Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Psychosozialer Dienst

Weitere Hinweise und Erläuterungen können geben:

Von Seiten der Klinik

Frau Pleininger-Hoffmann Tel. 0521-144-2476

Sekretariat Herr Dr. Burdinski Tel. 0521-144-2625

Von Seiten des Vereins Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld

Selbsthilfegruppe Psychose-Erfahrene:

Jeden Dienstag, 18.30 - 20.00 Uhr

Webereistraße 25, 33607 Bielefeld (Grille, 2. Stock)

Verein Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld:

Postfach 102 962, 33529 Bielefeld

Anlage:

Bevollmächtigung einer Vertrauensperson _____

Offene Tür und allgemeinpsychiatrische Akutstation- ein Widerspruch?

Werner Mayr

Der folgende Beitrag ist ein Erfahrungsbericht über das Offenhalten der Stationstüre auf der akutenpsychiatrischen Station 41 der psychiatrischen Klinik Heidenheim. Als diese Klinik 1994 zunächst mit der Tagesklinik und 1995 mit drei Stationen in Betrieb ging, sollte der sozialpsychiatrische Gedanke in die Praxis umgesetzt werden. Die Klinik sollte ein Baustein in der regionalen psychiatrischen Versorgungslandschaft werden, die entsprechend der gemeindepsychiatrischen Grundidee ein professionelles, wohnortnahes Arbeiten mit den Patienten gewährleistet und in diesem Sinne auch mit den sonstigen spezifischen Einrichtungen der Region kooperiert. Das Einzugsgebiet umfasst den Landkreis Heidenheim mit etwa 150.000 Einwohnern, der kleinstädtisch-ländlich, aber auch durch seine industriellen Betriebe geprägt ist. Die psychiatrische Klinik ist Teil des Klinikums Heidenheim. Dieses umfasst ca. 700 Betten und setzt sich aus 13 Haupt- und 4 Belegabteilungen zusammen. Im Sinne einer zunehmenden Konturierung des Rollenbildes muss sich jeder einzelne diesen Anforderungen stellen. Gefordert wird eine Entwicklung bzw. Ausdifferenzierung der beruflichen Identität, die sich bisher hinter der Identität und Macht der Mediziner verstecken musste. Dies wird umso deutlicher, wenn man bisher medizinische Institutionen genau beobachtet. Dazu W. Schmidbauer in seinem Buch „Helfen als Beruf“ [7]: Die ersten Einrichtungen, in denen Kranke in öffentlichem Auftrag gepflegt wurden, waren militärische Lazarette, auch die Pflege-Orden standen im Mittelalter dem militärischen Ritterorden nahe. Im Sinne einer militärischen Doktrin, in der es notwendig erscheint persönliche Gefühle und Wünsche zu verdrängen und zu verleugnen, wurde bisher auch vom Pflegepersonal in aller Regel erwartet, zu funktionieren, ohne Ansprüche zu stellen. Es erschien nicht notwendig Befehle zu verstehen oder gar in einem Dialog ein solches Verständnis zu erarbeiten. Durch die Konstitution einer dem Pflegepersonal prinzipiell überlegenen und im Einzelnen nicht erklärungsbedürftig erscheinenden medizinischen Autorität, fühlte sich die Schwester oft gerade aus dem Kern, dem eigentlich Wesentlichen der Interaktion, mit der sie befasst war, ausgeschlossen [7]. Mit dem Bestreben nach einer klareren Konturierung des Rollenbildes der Gesundheits- und Krankenpflege jedoch, verändert sich die Position der diese Rolle auskleidenden Person. Die Veränderung findet allerdings sehr schleichend statt, so dass, zumindest an der Basis, die Identifikation mit der Profession Pflege unverändert schwierig erscheint.

Setting

Unsere Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik beinhaltet eine Tagesklinik mit 14 Plätzen und drei Stationen mit je 24 Planbetten (seit 2002 je 26 Planbetten). Die Stationen werden gemischtgeschlechtlich belegt, die Patienten sind in der Regel über 18 Jahre alt, es werden aber ab und zu auch Hochbetagte aufgenommen. Eine Station (Station 43) hat den Schwerpunkt Sucht- und Psychotherapie und Psychosomatik. Auf den Stationen 41 und 42 sind Patienten mit allen gängigen psychiatrischen Diagnosen vertreten. Auf der Station 41 behandeln wir u. a. suizidale, fremdgefährdende, weglaufgefährdete, fluchtgefährdete und demente Patienten, die je nach Beschluss auch gerichtlich nach UBG oder BGB untergebracht sind. Unsere Belegung auf der Station 41 liegt jährlich im Durchschnitt zwischen 90 und 95%.

Politik der offenen Tür

Auf allen Stationen sollen die Türen zwischen 8:00 Uhr und 20:00 Uhr offen sein.

Erreichen wir das Ziel der 100%-igen Türöffnung auf unserer Station? Leider schaffen wir das nicht. Auch bei uns muss manchmal die Tür geschlossen werden, aber in der Regel kurzfristig. Unsere Öffnungszeiten lagen noch in keinem Jahr unter 98 %.

Wie schaffen wir diese doch recht verlässlichen Öffnungszeiten? Weil alle Stationsmitarbeiter wissen, dass die offene Tür ein Ziel der gesamten Klinik und nicht nur der Pflegemitarbeiter ist und jeder im Rahmen seiner Möglichkeiten daran mitarbeiten sollte. Für diesen Standard sind die pflegerische und ärztliche Klinikleitung verantwortlich. Er ist Grundlage für ein funktionierendes multiprofessionelles Zusammenarbeiten auf unserer Station.

Auch die Patienten wissen von Anfang an um die offene Tür, aber auch um unser Bestreben, die Ausgangsregelung ihrem jeweiligen Befinden entsprechend, individuell zu gestalten. Sie erfahren gleich zu Beginn, dass wir sie in den Behandlungsprozess im Rahmen der Möglichkeiten mit einbinden. Dabei verfolgen wir das Ziel, dass sich Patienten ernstgenommen und verstanden fühlen und so ihren Teil an Eigenverantwortung besser beitragen können. Ebenso erfahren die Patienten, dass die Tür im äußersten Notfall geschlossen werden kann und wir in schwierigen Situationen gegebenenfalls die Verantwortung für sie – meist zeitlich begrenzt – übernehmen.

Team und Personalsituation

Für die Bewältigung der Aufgabe sind ausreichend qualifizierte, aufgaben-, ziel- und teamorientierte, sowie engagierte Mitarbeiter notwendig. Eine patientenorientierte Grundhaltung des Einzelnen muss selbstverständlich sein.

Gegenwärtig haben wir auf unserer Station eine multiprofessionelle Teambesetzung, die in etwa den Richtwerten der Psychiatrie-Personalverordnung entspricht. Eine zeitweise multinationale und multilinguale Teambesetzung wirkt sich auf manche akutpsychotische Patienten anderer Nationalität sehr positiv aus und ist somit für die offene Tür je nach Patientenbelegung sehr bedeutend.

In den letzten Jahren hatten neben den Pflegekräften und der Sozialarbeiterin auch die ärztlichen Teamkollegen eine hohe Identifikation sowohl mit dem Gesamtteam als auch mit dem Konzept der offenen Tür. Hohe Identifikation zeigt sich für mich daran, dass jemand Interesse am Offenhalten der Stationstüre hat und gezielt, aktiv und berufsgruppenübergreifend am Erreichen dieses Zieles im praktischen Alltag mitarbeitet (z.B. indem nachgefragt wird, ob Unterstützung für eine Aufgabe nötig ist). Folglich brachten und bringen sich diese Teamkollegen oftmals selbstverständlich im Rahmen ihrer Möglichkeiten für die Aufrechterhaltung der offenen Tür ein. Pflegende zeigen hierbei eine besonders hohe Kompensationsfähigkeit, Flexibilität und Absprachefähigkeit. Mitarbeiter anderer Berufsgruppen tragen das Konzept, je nach persönlicher Grundhaltung und Bereitschaft, wenn eine gezielte ärztliche Verordnung (z.B. Einzeltherapie) oder eine pflegerische Rückfrage vorliegt, mit.

Teamarbeit und Arbeitsatmosphäre

Individuelle, zielgerichtete stationäre psychiatrische Behandlung erfordert intensive Abstimmung: Hierfür müssen alle an der klinischen Behandlung beteiligten Berufsgruppen zusammenkommen. In diesem Sinne ist Teamarbeit ein zentrales Merkmal klinisch stationärer Behandlung.

Den äußeren Rahmen für die patientenbezogene inhaltliche Auseinandersetzung bildet bei uns die wöchentliche multiprofessionelle Teambesprechung sowie regelmäßige Fallbesprechungen und intermittierend die Supervisionen. Beiträge von Pflegenden haben ebenso Gewicht wie die Aussagen anderer Berufsgruppenmitglieder.

Für teaminterne organisatorische Belange, das Diskutieren neuer Ideen oder das Beheben von Unklarheiten, nützen wir in der Regel unsere organisatorische Teambesprechung.

Für die Arbeitsatmosphäre auf der Station ist letztendlich jeder im Team mitverantwortlich. Sie ist eine wichtige Rahmenbedingung für unser kollektives Handeln bezüglich der offenen Tür. Es ist Platz für Lob, Konstruktiv-Kritisches, Neues, objektive und subjektive Wahrnehmungen, Selbstkritik und Humor. Das Erreichen einer solchen Atmosphäre ist oft mühevoll und bedarf der Überwindung vieler Höhen und Tiefen. Der Erhalt einer solchen Atmosphäre muss sorgfältig gepflegt und darf nicht als bleibendes Selbstverständnis betrachtet werden.

Nach meiner Erfahrung können immer wiederkehrende, nicht ausbleibende Konflikte und Probleme, auch in Zusammenhang mit der offenen Tür (z.B. Diskussionen über die Ausgangsregelung, Übernahme des Türdienstes, eingeschränktes berufsgruppenübergreifendes Engagement bei schwierigen Einzelbetreuungen, Entweichung eines Patienten...) in einer solchen Atmosphäre am ehesten angesprochen und konsensfindend gelöst werden, ohne dass jemand sein Gesicht verliert.

Die zielorientierte Kommunikation zwischen pflegerischen Stationsleitungen (SL/SSL) und Oberarzt dient dabei anderen Berufsgruppen als Modell. Dabei ist uns besonders wichtig, dass die Gespräche auf gleicher Augenhöhe stattfinden. Konstruktiv-kritische Betrachtungen in den jeweils eigenen Reihen sind unerlässlich, daraus resultierende Gespräche für den Gesamtteamprozess oft sehr förderlich.

Im Rahmen einer Umfrage zum Thema „Offene Tür“ im Sommer 2005 wurde an unsere Pflegemitarbeiter u.a. folgende Frage gestellt: *„Aus welchen Gründen können wir nach deiner Meinung die offene Tür trotz aller Schwierigkeiten im Alltag praktizieren?“* Es war eine offene Frage, eine freie Formulierung auf leeren Zeilen war möglich. Auf Rang 1 befand sich bei den Pflegekräften unserer Station der Aspekt „Teamarbeit“.

Präsenz- oder Türdienst

Unsere Station hat einen permanenten Präsenz- oder Türdienst installiert. Ein Stationsmitarbeiter muss den Tür- und Eingangsbereich unter Kontrolle haben, jedoch nicht im Sinne eines Türstehers oder Pförtners fungieren. Im Alltag ist der Mitarbeiter im Sinne der Ressourcenorientierung parallel zu dieser Kontrollfunktion mit seinen anderen Tätigkeiten im Stationszimmer beschäftigt oder patientennah und therapeutisch sinnvoll im Eingangsbereich tätig. Ideal ist hierbei, dass aufgrund der baulichen Gegebenheit das Stationszimmer direkt neben der Eingangstüre ist.

Was heißt dies für unseren praktischen Alltag?

Unsere Patienten können bei entsprechender Ausgangsregelung (Einzelausgang) die Station ungehindert alleine unter Sicht und/oder Wissen eines Stationsmitarbeiters verlassen. Bei Patienten mit einer Ausgangsbeschränkung ist dies in der Regel nicht möglich. Üblicherweise ist diese Ausgangseinschränkung zwischen dem Patienten und dessen behandelndem Arzt sowie der pflegerischen Bezugsperson in einem Gespräch vereinbart, oder es besteht ein Gerichtsbeschluss, der aktuell noch keine andere Regelung zulässt. Ich hebe hier gezielt die Bedeutung der differenzierten und individuellen Absprache mit dem Patienten über die Ausgangsregelung hervor [4, S. 30]. Der Patient muss im Dialog erfahren und im Idealfall verstehen und akzeptieren, weshalb er keinen Einzelausgang hat.

Es kann jedoch auch die Entscheidung eines Teammitarbeiters sein, einen Patienten aktuell nicht von Station zu lassen, wenn dieser z. B. trotz Einzelausgang plötzlich sehr erregt oder getrieben ist. In einer solchen Situation kann ein Intervenieren spätestens an der Stationstüre erfolgen – auch gegen den Willen des Patienten. Im Ernstfall können wir die Türe auch verschließen. Es ist davon auszugehen, dass auf anderen Stationen mit offener Tür in ähnlichen Situationen ebenso vorgegangen wird. Ich verweise hier auf Modestin und Lerch [3, S 40f]: *„Es hat sich gezeigt, dass auf akuten Aufnahmestationen das open-door-system ohne gelegentliche besondere Maßnahmen nicht auskommt; ein Ergreifen von Maßnahmen welche eine physische, biologische oder soziale Kontrolle zum Ziel haben, wird für nötig und legitim gehalten“*. Solche Maßnahmen sind auch bei der Offenen-Tür-Konzeption nicht zu vermeiden. Restriktionen dürfen nicht tabuisiert oder als nicht existent geleugnet werden, sie müssen beachtet, thematisiert und konstruktiv bearbeitet werden.

Manche mögen nun schmunzeln und sich denken: *„Ja, bei einem bestehenden Türdienst ist die offene Tür natürlich machbar.“* Doch möchte ich hier betonen, dass unser Präsenz- oder Türdienst nicht von Übermenschern ausgeführt wird, die zeitgleich mehrere nach draußen drängende Personen am Gehen hindern. Der Türdienst ist ein Teil unserer Strategie, auf die anderen werde ich anschließend eingehen.

Einerseits ist die offene Tür als Ziel der gesamten psychiatrischen Klinik formuliert, andererseits wird der Tür- oder Präsenzdienst hauptsächlich von den Pflegekräften durchgeführt. Die meisten Pflegekräfte wünschen sich eine stärkere Beteiligung anderer Berufsgruppen am Türdienst. Aus Erfahrung wissen wir, dass alle Berufsgruppen auch einen Teil ihrer Arbeit so organisieren können, dass sie bestimmte Tätigkeiten mit der Funktion des Türdienstes kombinieren können.

Jedoch lässt sich der Beitrag der Pflegenden zur Gewährleistung der offenen Tür nicht nur auf diese Tätigkeit reduzieren. Um die offene Tür bei der Behandlung von akutpsychiatrischen Patienten zu gewährleisten sind nach unserer Erfahrung noch weitere Aspekte zu berücksichtigen und in der praktischen Arbeit zu realisieren.

Pflegende und deren Handeln für die offene Tür

Von Beginn an war es das Bestreben der pflegerischen Leitungskräfte, die eigenständige Professionalität gleichberechtigt im psychiatrischen Alltag zu leben und zum Wohle der Patienten aktiv mit den anderen Berufsgruppen am Behandlungsprozess beteiligt zu sein.

1995 entschlossen wir uns für das Pflegemodell von Ch. Abderhalden, welcher die ATL -Liste von J. Juchli um sechs Aktivitäten erweitert hat [1, S. 75].

Anfang 1996 setzten wir uns im Pflorgeteam schriftlich folgende allgemeine Pflegeziele:

- Im Bezugspersonensystem zu arbeiten, um möglichst konstante Beziehungen zu den Patienten zu haben
- Ganzheitlich zu arbeiten
- Aktivierend und realitätsnah zu pflegen
- Bei den Patienten die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit zu fördern
- Individuell angepasst zu arbeiten
- Sozialpsychiatrisch zu arbeiten
- Individuelle Pflegeplanungen zu erstellen

Verschiedene Pflegetheorien wurden in stationsinternen Fortbildungen erläutert und diskutiert, Machbares in die Praxis übernommen. Pflegeplanungen erstellen wir, wenn möglich, gemeinsam mit den Patienten. Heute sind sie ein nicht mehr wegzudenkender Bestandteil unserer Arbeit. Anfängliche Widerstände aus den eigenen Reihen gehören heute der Vergangenheit an.

Von Anfang an waren wir uns auch der Bedeutung der professionellen pflegerischen Beziehungskontinuität bewusst und haben versucht, unsere Organisation darauf auszurichten. Als Pflegeorganisationsform wurde die Bezugspflege gewählt. So ist es bei uns selbstverständlich, dass das Aufnahmegespräch mit einem Patienten vom Arzt und einer Pflegekraft geführt wird. Die Patienten haben pflegerische Bezugspersonen, stehen mit diesen, je nach kommunikativer Fähigkeit und entsprechend erarbeitetem Vertrauen, in Kontakt.

Im Laufe der Jahre gab es immer wieder leichte organisatorische und inhaltliche Veränderungen, um eine intensivere Hinwendung zur Beziehungspflege zu ermöglichen.

Eine Folge der professionellen Beziehungsarbeit und –kontinuität durch die Pflegenden ist sicher auch das gute Gespür für kritische Situationen, für Stimmungen und Verhaltensänderungen oder das Ruhebedürfnis des Patienten. In Gesprächen kann von der Bezugsperson auch vieles erörtert werden, was somit nicht selten zu einer Entdramatisierung der Situation führt. Beides, professionelle pflegerische Beziehungsarbeit und differenziertes pflegerisches Handeln und Intervenieren lassen den Druck auf den obengenannten Tür- oder Präsenzdienst erst gar nicht entstehen, und tragen somit massiv zur Aufrechterhaltung der offenen Tür bei.

Intensiv zu pflegende Patienten benötigen und erhalten bei uns viel Einzelbetreuung. Diesbezüglich muss das professionelle Verständnis und das hohe Engagement der Mitarbeiter gesondert erwähnt werden. Die Bereitschaft des Einzelnen mit dem Patienten den schwierigen Weg auch ausdauernd in der 1:1 Betreuung zu gehen, ist bei objektiver Betrachtung sicher der anstrengendste aber auch entlastendste Beitrag um die Stationstüre offen zu halten.

Vor allem hier zeigt sich natürlich auch, wie die Mitarbeiter aufeinander eingespielt sind, ein Gespür für die Situation des Kollegen haben und sich entsprechend absprechen und ablösen. Gezielte Absprachen aller Berufsgruppen erleichtern vieles.

Die in der Psych-PV vorgegebenen Minutenwerte bieten uns Pflegenden einen legitimen Rahmen, um engagiert im Einzelfall oder gruppenbezogen an der Behandlung und Betreuung der Patienten mitzuwirken.

Wir haben auf unserer Station vielfältige, von den Pflegekräften in Eigenregie durchgeführte Gruppenangebote im Wochenplan stehen.

Interessanterweise finden die von den Pflegekräften durchgeführten Gruppen aufgrund der Dienstplanung kontinuierlich statt, während andere Gruppenangebote wegen verschiedener Faktoren (Urlaub, Krankheit, Fortbildung) eher unregelmäßig durchgeführt werden. Uns ist bewusst, dass *„therapeutische Kontinuität über verschiedene Krankheitsphasen hinweg für den Erfolg der Behandlung wichtig ist“* [2, S. 9].

Das Angebot pflegerisch-therapeutischer Gruppen wurde durch die Initiative engagierter, kreativer Pflegekräfte im Laufe der Jahre umfangreicher und fundierter. Ein Patient, der in einer Einzel- oder, so er kann, in einer Gruppenaktivität aktiv ist, hat seltener den Drang, die Station zu verlassen. Er nimmt wahr, dass mit ihm an seinem Genesungsprozess gearbeitet wird. Im Rahmen dieser Aktivitäten (Hausbesuche, Spaziergänge, Außenaktivität, Einkauf,...) bietet sich außerdem die Möglichkeit, mit dem Patienten nach draußen in das eigentliche Lebensumfeld zu gehen.

Zu unserem berufsgruppenübergreifenden Selbstverständnis gehört auch, dass wir die Patienten informieren, welche Medikamente sie in welcher Dosierung erhalten. Darüber hinaus bieten wir Pflegekräften seit 10 Jahren auch ein Medikamententraining an. Hier kann jeder Patient, so er krankheitsbedingt dazu in der Lage ist, im Beisein einer Pflegekraft, meist der Bezugspflegekraft, seine Tabletten für den Folgetag selber richten. Auch akut psychotische Patienten erhalten dieses Angebot. Oft wird es angenommen. So wissen die Patienten oft um die Wirkung und können dann auch nach entsprechender Einnahme eine positive Veränderung (Unruhe wird weniger, Ängste sind weniger, Reizbarkeit geringer, das Zeitunglesen geht wieder besser,...) bei sich wahrnehmen und sogar benennen. Für die pflegerische Beziehungs- und die daraus resultierende Vertrauensarbeit halte ich ein solches Vorgehen für sehr bedeutend.

Ein so gestaltetes pflegerisches Handeln ist auch Beitrag zur Reduzierung von Aggressionen, sind doch uninformierte Patienten häufig sehr negativ und ablehnend gegenüber Medikamenten eingestellt.

Umgang mit Zwang und Gewalt

Außenstehende werden womöglich der Annahme sein, dass wir häufig fixieren oder sonstige Zwangsmaßnahmen durchführen, weil wir nach dem Konzept der offenen Tür arbeiten.

Dies ist keineswegs der Fall, wie wir aus Diskussionen und krankenhausesübergreifenden Vergleichen wissen. Nach 10 Jahren fällt mir kein Fall ein, bei dem die offene Tür ein Grund für eine Fixierung war. Isolierungen nehmen wir nicht vor. Isolierräume haben wir nicht.

Natürlich sind auch wir mit dem Thema „Gewalt und Zwang“ konfrontiert. Jedoch sind Prävention, Deeskalation und das Gestalten einer aggressionshemmenden Atmosphäre im Milieu der Station die Ansätze in unserem täglichen Handeln. Nach meinem Empfinden gehen wir seit Jahren berufsgruppenübergreifend sehr bewusst mit dieser Thematik um. Die bisher aufgeführten Aspekte wirken sich auch auf unsere Erfahrungen mit der Thematik „Gewalt und Zwang“ positiv aus.

Eine Auseinandersetzung damit findet in Fortbildungen und Fallbesprechungen sowie bei Bedarf in spontanen Gesprächen, wöchentlichen Risikoeinschätzungen und den regelmäßigen Fixierübungen statt. Ein spezieller Pflegestandard „Fixierung“, der von Professionellen und Mitgliedern einer Selbsthilfegruppe erarbeitet wurde, dient als Grundlage, wenn doch einmal eine Fixierung notwendig wird.

Unsere klinikeigene Behandlungsvereinbarung wurde ebenfalls gemeinsam von Professionellen und Betroffenenvertretern erstellt. Auch hieraus können, so ein Patient seine Behandlungsvereinbarung unterzeichnet hat, wichtige Hinweise für den Umgang mit dem Erkrankten gewonnen und gewaltpräventive Maßnahmen eingeleitet werden.

In der oben genannten Umfrage vom Sommer 2005 antworteten die meisten Mitarbeiter auf die Frage: „*Welche Auswirkung hat die offene Tür auf die Stationsatmosphäre?*“ in freier Formulierung mit Aussagen wie: „entspannter“, „lockerer“, „besseres Klima“, „deeskalierend und freundlicher“. Offene Tür und bewusster Umgang mit Zwang und Gewalt haben nach meiner persönlichen Einschätzung und dem Empfinden vieler Pflegekollegen eine positive Wechselwirkung.

Entweichungen

Faktisch gab es in diesen 10 Jahren auf der Station 41 zwischen ein und neun Entweichungen pro Jahr. Einige Patienten entwichen hierbei über die von ihnen selbst zerstörten Fenster oder über den Gartenzaun. Sie wären also auch bei der geschlossenen Tür entwichen.

Gravierende hieraus resultierende Folgen gab es glücklicherweise nie. Dennoch ist jede Entweichung mit spezifischem Handeln (Risikoeinschätzung,

Fahndung einleiten,...), unangenehmen Gefühlen, vielen Fragen und der Hoffnung auf ein gutes Ende verbunden. Oftmals wird nach dem Entweichen eines Patienten dem Team bewusst, dass die berufsgruppenübergreifende Arbeit gut, aber nicht gut genug war. In einer professionellen Nachbesprechung ist einerseits der Türdienst- oder Präsenzdiensthabende zu entlasten, aber auch eine noch vernetztere aktive berufsgruppenübergreifendere Betreuung von intensivpflichtigen Patienten im Selbstverständnis aller zu vereinbaren und zu praktizieren.

Fazit

Abschließend möchte ich noch erwähnen, dass die offene Tür für uns Normalität im Alltag ist und sie nach Eindruck von Pflegenden auch Normalität auf die Station bringt. Die zeitweise wahrgenommene Mehrarbeit tragen sie offensichtlich gerne mit, keiner möchte auf Dauer auf einer geschlossenen Station arbeiten. Nach meinem persönlichen Eindruck schätzen es die Mitarbeiter (einschließlich meiner Person), ebenso wie die Patienten, nicht eingesperrt zu sein.

Andere Kliniken, die sich ebenfalls mit der Idee der offenen Tür tragen, möchte ich ermuntern, diese Idee auch umzusetzen. Hierfür wünsche ich ihnen, eine ebenfalls gute Konzeption, engagierte, team- und patientenorientierte Mitarbeiter und am Ende die Erfahrung, dass trotz aller Schwierigkeiten die positiven Eindrücke dauerhaft überwiegen.

Denn letzten Endes sind eine psychiatrische Akutstation und die offene Tür, bis auf wenige Ausnahmen, kein Widerspruch.

Literatur

1. **Abderhalden C** (2004) Pflgeetheorie. In: Sauter, D, Abderhalden C, Needham I, Wolff S (Hrsg) Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Huber, Bern, S. 55-88
2. **Kunze/Kaltenbach** (1994). Psychiatrie-Personalverordnung. Kohlhammer, Stuttgart
3. **Modestin J, Lerch M** (1987) Offene Tür auf einer psychiatrischen Aufnahme- station. Psychiatrische Praxis 14: 40-45
4. **Voigtländer W** (2004) Wie können wir die Türen unserer Station häufiger und länger offen halten? Sozialpsychiatrische Informationen 34(2):28-34

**Psychiatrische Pflege auf der offenen
akutpsychiatrischen Station Pavillon 21/2:
Der ganz normale Wahnsinn**

Peter Wodicka

Bei der akutpsychiatrischen Station Pavillon 21/2 handelt es sich um eine 20-Bettenstation des III. Primariats des Psychiatrischen Zentrums im Wiener Otto Wagner Spital. Weitere 20 Betten der Abteilung sind einer subakut- bzw. nachbetreuenden Station sowie 20 Betten einer gerontopsychiatrischen Station zugeordnet. Dazugehörig ist auch eine Tagesklinik, vorwiegend für gerontopsychiatrische Patienten.

Zielgruppe

Es besteht ein Versorgungsauftrag für die Wiener Bezirke 17, 18 und 19 sowie, einer Buchstabenregelung folgend, für Obdachlose und Patienten diverser Heime, mit Familiennamen beginnend mit den Anfangsbuchstaben G und H. Das Einzugsgebiet umfasst mehr als 150 000 Einwohner. Bei den Patienten handelt es sich größtenteils um Menschen mit manischen oder depressiven Zustandsbildern, psychotisch Erkrankten, Suchtgiftkranken, Alkoholikern, Patienten nach Suizid und Menschen mit geistiger Behinderung, aber auch um Menschen mit Persönlichkeitsstörungen oder sämtlichen anderen psychiatrischen Diagnosen des ICD-10 Codierungssystems. Auf der Akutpsychiatrischen Station gibt es eine Alterslimitierung; alle Patienten ab dem 65. Lebensjahr werden auf der abteilungsinternen gerontopsychiatrischen Station, Pavillon 19/2, direkt aufgenommen und versorgt.

Die Station 21/2 liegt inmitten einer weitläufigen grünen Anlage und ist Teil des Pavillonsystems des Otto Wagner Spitals (OWS), das knapp 100 Jahre alt ist (Jubiläum 2007). Zur Zeit ihrer Gründung zählte diese Klinik zu den modernsten psychiatrischen Einrichtungen Europas und wurde vom Architekten Otto Wagner mit diversen patientengerechten Ausstattungen noch außerhalb Wiens errichtet. Heute befindet sich das Areal am Rande des 14. Wiener Gemeindebezirkes und ist gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar. Außer dem Psychiatrischen Zentrum verfügt das OWS noch über eine neurologische, eine orthopädische, eine chirurgische und zwei internistische Abteilungen sowie Lungenheilabteilungen und Pflegeheimstationen.

Arbeitsgruppe rund um den Patienten

Auf der Station arbeiten, neben der großen Gruppe der Pflegenden, ärztliche Kollegen (derzeit zwei Fachärzte und zwei in Ausbildung stehende Sekundärärzte), eine Psychologin sowie eine Physiotherapeutin, eine Ergotherapeutin, eine Sozialarbeiterin, Abteilungshilfen und Hausarbeiterinnen. Zusammen sind bei Optimalbesetzung bis zu 16 Professionisten aus 7 Berufsgruppen tagtäglich am und mit dem Patienten beschäftigt. An Wochenenden schrumpft diese Arbeitsgruppe auf ein Drittel bei derselben Belegung (bis 20 Patienten) und gleich bleibendem Behandlungsauftrag.

Qualitätssicherung

Um auch in diesen personell verdünnten Behandlungszeiträumen qualitativ hochwertig weiterarbeiten zu können, bedarf es diverser Strategien. Patientendienstleistungsprozesse werden durchleuchtet, nach EFQM-Beurteilungskriterien werden die Patienten- und Mitarbeiter(MA)zufriedenheit gemessen, in ihren Schwankungen erfasst und es wird gegebenenfalls sofort darauf reagiert. Daten, z. B. für die Patientenzufriedenheit, stammen aus der Auswertung von selbst erstellten Fragebögen, die dem Patienten bei der Entlassung persönlich zur anonymen Beantwortung übergeben werden.

Die Tabelle 1 zeigt eine Gegenüberstellung von ausgewerteten Daten der Patienten- und Mitarbeiterfragebögen 2004. Sammlungen subjektiver Empfindungen seitens aller Beteiligten am Behandlungsprozess rund um den Patienten sollen sensible Themen, wie Gewalt im Krankenhaus und den Umgang damit beleuchten.

Alle Mitarbeiter werden einmal jährlich zu einer anonymen Befragung über ihr Arbeitsumfeld gebeten. Die Interpretationen dieser Ergebnisse bringen für die Stationsleitung bis hin zum Primararzt, mitunter ganz klare Hinweise für notwendige Änderungen, aber auch Bestätigungen für Abläufe im Patientendienstleistungsprozess aus der Sicht der Betreuenden.

Tabelle1: Auszüge aus den Patienten- und Mitarbeiterumfragen 2004; Station 21/2 (Erhebungszeitraum Dezember 2003 bis April 2004)

	Sichtweise der			
	Patienten	Pflege	Ärzte	Para- medizin
Höflichkeit und Hilfsbereitschaft des Aufnahmeteams	67.5 %			
Eingehen auf Fragen u. individuelle Bedürfnisse	60.0 %			
Behandlung als Gewalt erlebt	17.5 %			
Menschenwürde der Patienten gewahrt	77.5 %	71.0 %	82.0 %	81.0 %
Gute Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Therapeuten, Psychologen und Pflegenden	72.5 %	73.0 %	81.0 %	94.0 %

Stichprobe:

60 Fragebögen; von 1800 Fragen konnten 88 % ausgewertet werden

Der Patient ist nicht freiwillig hier, was nun?

Eine besondere Herausforderung ist die Behandlung von akutpsychiatrisch Erkrankten bei offener Stationsführung. Alle Türen nach außen sind offen, obwohl eine nicht unerhebliche Anzahl an Patienten gegen ihren Willen untergebracht werden muss. Nach Feststellung dieser Behandlungsnotwendigkeit durch zwei unabhängige Fachärzte muss im Rahmen des Unterbringungsgesetzes jegliche Beschränkung bzw. Behandlung gegen den Patientenwillen dem zuständigen Bezirksgericht sowie der Patientenadvokatur gemeldet werden. Das Gericht ist im Schnitt zweimal wöchentlich durch einen Richter auf der Station präsent, um die Notwendigkeit einschränkender Behandlungen zu überprüfen und gegebenenfalls zu bestätigen. Bei jenen Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung das Haus nicht verlassen dürfen, somit nach dem Unterbringungsgesetz angehalten sind, wird versucht, trotzdem soviel Freiraum wie möglich zuzulassen.

Vorgehen in Akutsituationen

Selbst bei individuellem Eingehen auf den Patienten kann es in Akutsituationen immer wieder zu Zwischenfällen kommen, die eine Assistenzleistung von anderen Stationen oder gar der Exekutive verlangen. Hierzu gibt es eine Patientenrufanlage, die auch als Alarmeinheit verwendet werden kann. Mittels telefonischen Kurzurufs kann eine Aushilfe von benachbarten Stationen quer durch alle Professionen angefordert werden. Dieser Assistenzleistungsplan kommt dann zum Tragen, wenn der Patient nicht sicher genug versorgt werden kann.

Umgang mit Beschränkungen und unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten

Wie ist es nun möglich in diesem offenen Rahmen auch selbst- und fremdgefährdende Personen gegen ihren Willen zu behandeln? Netzbetten, auch PIB (Psychiatrische Intensivbetten) genannt, helfen uns Therapeuten den Patienten sicher zu betreuen, wobei Sicherheit in mehreren Ebenen angestrebt wird.

Einerseits ist der Patient vor Selbstverletzungen, andererseits sind Mitpatienten, Angehörige und natürlich auch das auf der Station tätige Personal vor tätlichen Angriffen seitens aggressiver Patienten geschützt. Diese Form der Betreuung verlangt jedoch einen hohen Aufwand an Zuwendung und Aufmerksamkeit sowie regelmäßige Kontrollen der Vitalparameter. Man könnte jetzt meinen, dass eine eventuell durchgeführte Vierpunktfixierung der Extremitäten des Patienten einen gleichen Sicherheitseffekt bewirken würde, doch meine Kollegen und ich meinen, dass trotz seiner optisch bedenklich wirkenden Erscheinung das psychiatrische Intensivbett die humanere Lösung

einer notwendigen räumlichen Beschränkung darstellt. Der Patient kann sich bewegen und ist somit auch nicht gefährdet, Begleiterkrankungen wie z.B. lagerungs- oder aspirationsbedingte Pneumonien zu bekommen.

In Österreich gibt es in Bezug auf die Anwendung von Netzbetten ein Ost-Westgefälle. Der regelmäßige Einsatz von Netzbetten ist im Großraum Wien häufiger zu registrieren als in anderen Gegenden. Die Psychiatrischen Abteilungen (wie z.B. das AKH Wien und die angeschlossene Psychiatrische Uniklinik) in Wien, die auf diese Betten verzichten können und wollen, führen aber Fixierungen an den Extremitäten und am Rumpf durch.

Immer wieder wird in aufarbeitenden Gesprächen mit Patienten die Art von Beschränkung durch das Netzbett erörtert und sowohl von Patienten als auch Therapeuten akzeptiert. Ja, es kommt sogar häufig vor, dass Patienten dieses Bett auch als Zufluchtsort auf der Station betrachten und sich freiwillig hineinlegen.

Im Aufnahmegeschehen (bei selbst- oder fremdgefährlichem Auftreten von Aggression und Gewalt) wird der Patient mittels intravenösem Zugang und Tranquilizern entspannt und beruhigt. Bei Bedarf besteht dann die Möglichkeit, den Patienten im Netzbett unterzubringen.

Dieses Vorgehen bedarf selbstverständlich auch einer standardisierten Kontrolle und Überwachung des Patienten. Puls und Sauerstoffsättigung werden mit Pulsoximeter permanent kontrolliert. Freilich ist es aber unerlässlich, den Patienten mit engmaschiger Blickkontrolle, Ansprache, etc. zusätzlich zu überwachen. Mit selbst erarbeiteten und nur abteilungsintern verwendeten Bögen (Agitations- und Sedierungsskalen) werden diese patientennahen Abläufe in ihrer gesamten Qualität dokumentiert.

Die medizinische Versorgung mittels intravenösem Zugang im Akutgeschehen ist, meines Erachtens, eine sehr schonende Behandlungsform, mit der selbst stark belastende Aufnahmesituationen rasch entspannt werden können und eine diagnosenspezifische medikamentöse Behandlung schneller zulässt. Videoüberwachung oder Kameras werden aus Rücksicht auf die Privatsphäre der Patienten auf der Station nicht verwendet.

Überwachungsblatt

Das Überwachungsblatt dient primär als Dokumentation für die Vitalzeichenkontrolle, ist aber nun mit der Spalte der Agitations-Sedierungsskala erweitert worden. Ziel ist es, mittels der neunstufigen Einteilung jeglichen Patientenkontakt so objektiv als möglich erfassen und einschätzen zu können. Ein etwaiger Handlungsbedarf ist nun auch in beiden Richtungen (Agitation und Sedierung) rasch erkennbar und nachvollziehbar.

Eine engmaschige Überwachung der sedierten und im Netzbett untergebrach-

ten Patienten ist unerlässlich, nicht zuletzt deshalb, weil es zu Übergriffen durch Mitpatienten kommen oder der Patient sich bei Befreiungsversuchen selbst verletzen kann.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer eines Patienten auf der Akutstation beträgt derzeit acht Tage und ist tendenziell weiter sinkend. Dass das nicht unbedingt behandlungsförderlich ist, leuchtet ein und wird auch durch einen „Drehtüreffekt“ bestätigt. Mit der Freiwilligkeit einer länger andauernden Behandlung (ev. auch mittels Depotinjektionen) ist nur in wenigen Fällen zu rechnen. Dass knapp $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{3}$ der stationär behandelten Patienten gegen ihren Willen behandelt werden müssen und nicht, im Sinne einer therapeutischen Vereinbarung, zur freiwilligen Mitarbeit gewonnen werden können, liegt wahrscheinlich teilweise auch an den begleitenden Umständen ihrer Einweisung ins Krankenhaus. Soziale Verwahrlosung, das „Einmal-Psychiatrie-immer-Psychiatrie“ - Denken der Einweiser und der scheinbar verlängerte Arm der Exekutive verursachen immer wieder Situationen, die kaum „Win-win“ - Chancen für den Patienten offen lassen.

Eine parallel zur stationären Behandlung angebotene ambulante Betreuung bzw. Nachbetreuung von Patienten auf der Station wird von diesen stark genützt, und verringert teilweise auch den Effekt immer häufiger werdender stationärer Aufenthalte derselben Personen. Leider gibt es für die ambulante Betreuung keinerlei räumliche und personelle Ressourcen, was diverse Stationsabläufe stark behindert.

Station 21/2 (Erhebungszeitraum Dezember 2003 bis April 2004)

Aggressionsereignisse	
Anzahl registrierter Fälle	387
männliche Patienten	73 %
Nachtdienst	26 %
Wochenende	28 %
Aushilfe	31 %
Massnahmen	
Parenterale Medikation	36 %
Netzbett	47 %
Indikation für Netzbett	
<i>Schlagen, Boxen, Treten, Beißen, Würgen, Gegenstände werfen</i>	
Konsequenzen für die Mitarbeiter	
Fühlten sich bedroht	72 %
Schmerzen	20 %
Ablauf aus der Sicht der Mitarbeiter	
Weniger geordnet	17 %

Trotz unvollständiger Zählung und einer nicht zu verachtenden Dunkelziffer an Aggressions- und Gewaltvorkommnissen steigt die Anzahl der dokumentierten Übergriffe ständig. So ist beispielsweise bei einer der letzten Mitarbeiterumfragen diese steigende Tendenz wieder bestätigt worden.

Teilweise sind die aggressiven und gewalttätigen Durchbrüche der Patienten so stark, dass zusätzlich auch noch Fixierungsgurte zur Ruhigstellung Anwendung finden. Freilich alles nur unter Bedachtnahme der Verhältnismäßigkeit dieser Beschränkungsformen.

Eine auf diesen täglich stattfindenden Wahnsinn folgende Reaktion ist unter anderem eine Fluktuation unter den Fachkräften, die bei ihrem Abgang die steigenden Aggressionen als Begründung angegeben haben. Noch Jahre zuvor war es fast unmöglich, einen Arbeitsplatz auf Akutpsychiatrischen Stationen zu bekommen, da diese höchst attraktiv und prestigeträchtig erschienen. Derzeit ist allerdings der Wunsch auf diesen Stationen zu arbeiten rückläufig, dies zeigt sich durch Versetzungsansuchen auf ruhigere Stationen (z.B. Tageskliniken, Subakutstationen).

Personalrochaden als Strategie 

In Ausbildung stehende ärztliche Kollegen sind nur temporär in diesem Bereich und somit hält sich deren Belastung wohl in Grenzen und ist zeitlich absehbar. Auch haben die Fachärzte der Abteilung seit vielen Jahren ein Rotationsprinzip, das in 2- bis 2,5-jährigen Zyklen einen Wechsel innerhalb des Primariats ermöglicht. Was als Vorteil für die ärztlichen Kollegen erscheinen mag und wahrscheinlich auch öfters von diesen so erlebt wird, kann für die Stationsabläufe erschwerend sein. Die Rochaden sollen „Fachblindheit“ verhindern, erzwingen aber eine Neuorientierung aller Kollegen. Es dauert fast ein halbes Jahr, bis sich diese Kollegen auf die neue Situation derart einstellen können, dass auch persönliche Führungsstile, Behandlungsmethoden etc. optimal greifen können. Eine Verbesserung der Umstellungsschwierigkeiten könnte man zumindest durch längere Zyklen (z.B. 4 Jahre) erreichen.

Verbesserte Hotelleistungen oder bessere medizinische Versorgung?

Trotz des Substandards mancher Zimmer der Station (keine Nasseinheiten wie Toilette, Dusche oder Waschtisch), der kargen, spartanisch anmutenden Einrichtung, gibt es laut Patientenumfrage hohe Werte der Zufriedenheit und immer wieder positives Feedback die gesamte Station betreffend. Die Hotelleistung der Station ist jedenfalls verbesserungswürdig, ist doch die Gebäudesubstanz, wie vorhin erwähnt, schon an die 100 Jahre alt. Die Struktur der Räumlichkeiten lässt aber viel Platz für den Tagesplan der Patienten. Es gibt zwei Tagräume für die Patienten (Nichtraucher- u. Rauchertagraum), lange helle Gänge, einen großen Balkon und auch immer wieder die Möglichkeit allein oder in Begleitung das Areal der Anstalt in natürlicher Umgebung zu genießen.

Es würde aber der beste Rahmen nicht passen, wenn der wichtige Aspekt der medizinischen und therapeutischen Betreuung aus Kostengründen nicht verbessert oder zumindest gehalten werden kann. Einsparungen bis hin zum Personalabbau gefährden jede vernünftige Behandlung.

Von der klassischen Pflegevisite zur Pflegevisite als Qualitätsvisite in der Psychiatrie - eine Projektbeschreibung

Anne Rabeneck
Hildegard Bartmann-Friese

Entstehung des Projekts

Anlass des Praxisprojekts war der Bedarf nach einem Verfahren, das anhand definierter psychiatrischer Qualitätskriterien die Wirkung psychiatrischer Pflege aus unterschiedlichen Perspektiven misst. Hierzu wurde in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und der Westfälischen Kinder- und Jugendklinik Marsberg im Auftrag der Pflegedirektorin ein Projekt initiiert, mit dem Ziel, ein Verfahren entlang der Praxisanforderungen sowohl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch in der Erwachsenenpsychiatrie zu entwickeln. In einer Erstellungsphase wurde neben Literaturarbeit Praxisforschung betrieben. Bei der Entwicklung wurden verschiedene empirische Forschungsmethoden, wie die Patientenbefragung mit Konstruktinterview und die Expertenbefragung eingesetzt.

Aus dem Literaturvergleich, den Anforderungen der Praxis psychiatrischer Pflege und einer Ist-Analyse des Unternehmens wurde das Verfahren „Pflegevisite als Qualitätsvisite psychiatrischer Pflege“ mit unterschiedlichen Dimensionen entwickelt.

Das Verfahren wurde in einem Probelauf in zwei Einrichtungen, einer Erwachsenenpsychiatrie und einer Kinder- und Jugendpsychiatrie, in insgesamt 6 Stationen und einer Tagesklinik getestet. Mit einer qualitativen und einer quantitativen Auswertung des Probelaufs wurden die Module des Verfahrens evaluiert und erneut an die Praxis adaptiert.

Das Verfahren der „Pflegevisite als Qualitätsvisite psychiatrischer Pflege“ besteht aus einem standardisierten Leitfragebogen, einer anonymisierten Patientenbefragung und einer Checkliste zur Sichtung der Pflegedokumentation und zur Gestaltung des Expertengesprächs. Alle 3 Module sind eng auf die Qualitätsanforderungen psychiatrischer Pflege ausgerichtet. Die erhobenen Daten werden systematisch statistisch ausgewertet und dienen den Stationsteams zur Kontrolle und Weiterentwicklung ihrer Pflegemethoden und der Initiierung fortlaufender Verbesserungsprojekte.

Begriffsbestimmung und Zuordnung

Die Überprüfung von Pflegezielen, die Untersuchung der Wirksamkeit von Handlungskonzepten und konkrete Ansätze für Verbesserungsmöglichkeiten, sollen letztendlich zu einer Verbesserung der pflegerischen Leistung führen (1). In diesem Zusammenhang taucht in der Literatur auch der Begriff Pflegevisite auf. Die Pflegevisite ist nach Heering ein regelmäßiger Besuch bei und ein Gespräch mit dem Klienten über seinen Pflegeprozess. Die Pflegevisite dient der gemeinsamen Benennung von Pflegeproblemen und Ressourcen bzw. der Pflegediagnose, der Vereinbarung der Pflegeintervention und der Überprüfung der Pflege. In diesem Zusammenhang zielt die Pflegevisite eng auf den Pflegeprozess ab. Als Praxiskonzept bietet sie die Möglichkeit den Prozess der Pflege zu begleiten bzw. ihn zu prüfen (vgl. Schrems 2004, S.5f).

Arbeitsdefinition

Das Verfahren Pflegevisite als Qualitätsvisite psychiatrischer Pflege hat das Ziel Patientenzufriedenheit mit der Pflegeleistung zu erheben. Im Verfahren finden sich definierte Qualitätskriterien psychiatrischer Pflege wieder. Diese Qualitätskriterien werden im Verfahren deutlich, aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet und mit dem Instrument der Pflegevisite überprüft. Insbesondere soll die Pflegevisite nicht den Pflegeprozess ersetzen, sondern als eine weitere und komplexere Art der Evaluation einen auswertbaren Gesamteindruck der in der psychiatrischen Pflege verwendeten Konzepte ermöglichen. Auch Schrems (2004) spricht in diesem Zusammenhang von einer Art Metaevaluation. Brüggemann (2002) versteht die Pflegevisite einerseits als ein klientenzentriertes Planungs- und Bewertungsinstrument, andererseits als ein mitarbeiterzentriertes Instrument.

Grundannahmen zum Konzept

- Patientenzufriedenheit ist ein Qualitätsanspruch und gleichzeitig ein Qualitätskriterium.
- Durch die Erhebung von Patientenzufriedenheit, erhalten die Pflegenden in Bezug auf ihre Pflegeleistung ein Bild von dem, was wirklich am Patienten ankommt.
- Durch die Erhebung von Patientenzufriedenheit mit der Dienstleistung Pflege wird es möglich, Pflegewirkung vom Pflegeempfänger beurteilen zu lassen.
- Es gibt Qualitätskriterien psychiatrischer Pflege, die durch die Pflegevisite messbar gemacht werden können.

Standortbestimmung und Ist - Analyse

In den vergangenen Jahren haben in vielen psychiatrischen Fachkrankenhäusern verschiedenste Elemente psychiatrischer Pflege Einzug gehalten, die unumstritten zu einer Qualitätsverbesserung in der Pflege psychisch kranker Menschen geführt haben. In der Fachliteratur findet man hierzu u.a. Bezugspflege als Mittel der Wahl, die Arbeit nach dem Pflegeprozessmodell unter enger Beteiligung der Patienten. Verfahren, wie eine strukturierte Aufnahme und eine umfassende Entlassplanung, spielen eine weitere Rolle bei der Krankenhausbehandlung. In diesen Elementen sind Pflegende im Rahmen der Bezugspersonenarbeit und der Anwendung des Pflegeprozesses als professionelle Begleiter psychiatrischer Therapie tätig (4).

In der Ist-Analyse wurden die Gestaltungselemente der psychiatrischen Pflege im Unternehmen zusammengetragen und mit allgemeinen Entwicklungen verglichen.

Die Ist-Analyse fand in zwei psychiatrischen Krankenhäusern des Landschaftsverbandes Westfalen Lippe statt, der Westfälischen Klinik Marsberg und der Westfälischen Kinder- und Jugendklinik Marsberg. Es handelt sich um zwei verschiedene Einrichtungen, deren Pflege- und Erziehungsdienst durch eine gemeinsame Pflegedirektorin geleitet wird. Dies machte es möglich, ein Konzept für beide Einrichtungen zu erstellen und umzusetzen. In beiden Einrichtungen werden insgesamt 228 Betten bereit gehalten und ca. 2600 Patienten jährlich behandelt und gepflegt

Das Projekt

In der Projektgruppe arbeiteten Stationsleitungen beider Kliniken aus den Bereichen Akutpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Kinderpsychiatrie, Jugendpsychiatrie, Tagesklinik. Sie wurde von einer Qualitätsmanagerin Pflege geleitet, die als Stabstelle der Pflegedirektion zugeordnet ist. Das Verfahren wurde entlang der Praxisanforderungen entwickelt, in den Arbeitsbereichen der Projektmitglieder getestet und nach einem Probelauf evaluiert.

Die weitere Einführung wird durch die Projektmitarbeiter entlang einheitlicher Schulungsunterlagen begleitet. Dieses Vorgehen ermöglicht es den Teams, an bereits gemachten Erfahrungen zu partizipieren. Zudem ist die Akzeptanz der Praktiker untereinander sehr hoch.

Leitgedanken für die Arbeit in der Projektgruppe

1. Qualitätskriterien psychiatrischer Pflege werden erhoben für:
 - Das standardisierte Aufnahmeverfahren,
 - das Bezugspflegesystem,
 - die Arbeit in der Systematik des Pflegeprozesses,
 - die Pflegedokumentation und
 - die pflegerische Entlassvorbereitung.
2. Das Verfahren berücksichtigt folgende Dimensionen:
 - Die Patientendimension,
 - die Dimension der Stationsleitung als Fachaufsicht in der Station sowie als Initiatorin möglicher Verbesserungsmaßnahmen,
 - die Dimension der Pflegedirektion, ihrer Gesamtverantwortung und der Initiierung von Verbesserungsmaßnahmen.
3. Die Pflegevisite berücksichtigt folgende Gegebenheiten:
 - Die Anforderungen aus dem EFQM/KTQ und
 - die Umsetzung und Praktikabilität im Pflegealltag.
 - Die gesammelten Daten müssen auswertbar sein und
 - die Pflegevisite soll eine Qualitätsverbesserung für die Patienten bringen und nicht zum Selbstzweck werden.
 - Das Verfahren soll für alle Behandlungseinheiten, für die Erwachsenen, die Kinder- und die Jugendpsychiatrie gleich sein und damit vergleichbare Werte liefern.

Module des Verfahrens

Aus einem Literaturabgleich einerseits, aus Erfahrungen der Pflegepraxis andererseits und den etablierten Vorgehensweisen der psychiatrischen Pflege, wurden folgende Schritte für das Verfahren festgelegt:

- Patientenbesuch und Patientengespräch zur Überprüfung der Pflegewirksamkeit
- Nachbesprechung der Stationsleitung und der Bezugspflegekraft
- Anonyme Patientenbefragung
- Stationsinterne Auswertung der Pflegevisiten

Nun galt es die Vorstellungen der Praktiker und die Anforderungen an ein messbares, auswertbares und vergleichbares Verfahren mit entsprechenden praktikablen Techniken bzw. Instrumenten zu unterlegen.

Instrumente zur Durchführung der Pflegevisite

Gesprächsleitfaden

Der Gesprächsleitfaden enthält insgesamt neun Leitfragen, mit denen ein halbstrukturiertes Gespräch geführt wird. Er bildet die Grundlage für das Gespräch zwischen Patient, Bezugspflege-Person und Stationsleitung. Ergeben sich im Gespräch bedeutsame Aspekte, so können diese durch Nachfragen näher betrachtet werden. Die Fragen sind so zusammengestellt, dass sie die Aufnahmesituation durch die Pflege, die Arbeit der Bezugspflegeperson, die Zufriedenheit mit den Pflegenden im Allgemeinen und die pflegerische Entlassungsplanung betrachten.

Das Gespräch findet im Patientenzimmer statt. Die Bezugspflegekraft und die Stationsleitung suchen den Patienten in seinen ihm vertrauten Räumen auf. Die Bezugspflegekraft führt als Interviewer das Gespräch. Sie sorgt für eine gute Atmosphäre. Während des Gesprächs werden keine schriftlichen Aufzeichnungen gemacht, um Fehlinterpretationen der Patienten auszuschließen. Der Patient erhält volle Aufmerksamkeit, ist Mittelpunkt des Gesprächs und hat die höchsten Redeanteile.

Der anonyme Patientenfragebogen

Nach dem eigentlichen Pflegevisitengespräch wird der Patient gebeten einen Fragebogen auszufüllen. Die Bezugspflegekraft erklärt die Handhabung des Fragebogens, erteilt Auskunft zur Auswertung der Daten und steht bei Rückfragen zur Verfügung. Sinn und Zweck der anonymen Befragung ist es, dem Patienten über das Gespräch hinausgehend die Möglichkeit zu geben seinen Eindruck über die Pflege wiederzugeben. So erhalten auch weniger mutige Patienten die Möglichkeit sich kritisch zu äußern.

Der Fragebogen enthält vier Fragenkomplexe, die mit dem Gespräch konform gehen.

- Fragen zur Aufnahmesituation
- Fragen zur Bezugspflege
- Fragen zur Pflegeplanung
- Fragen zur Entlassvorbereitung

Für die Beantwortung einer Kategorie ist eine Bewertung in fünf Stufen möglich. Für positive Einschätzung bietet der Fragebogen „Smily`s“, so dass es auch für Kinder leichter und zugleich interessanter wird, die Fragen zu beantworten.

Checkliste

Nach dem Pflegevisitengespräch mit dem Patienten ziehen sich die Stationsleitung und die Bezugspflegekraft zurück. Mit Hilfe der Checkliste und den Eindrücken aus dem Gespräch, wird die Gesamtheit der psychiatrischen Pflege eines Patienten während des stationären Aufenthaltes evaluiert. Die Checkliste enthält operationalisierte Anforderungen der psychiatrischen Pflege, wobei die Anforderungen an die Pflegeleistung so beschrieben sind, dass sie eindeutig beobachtet und nachvollzogen werden können. Diese Beobachtungen werden in Fragen „übersetzt“ und beziehen sich auf die Arbeits- und Planungsinstrumente der psychiatrischen Pflege:

- Die Dokumentation,
- die Bezugspflege,
- den Pflegeprozess,
- die Entlassvorbereitung und
- die Durchführung und Wirkung der Pflege.

Im Gespräch zwischen Stationsleitung und Bezugspflegekraft wird der subjektive Eindruck des Patienten, der Verlauf des Pflegeprozesses und die Erfüllung der operationalisierten Qualitätskriterien betrachtet. Das Gespräch hat zum Ziel,

- die Anwendung und Verknüpfung der einzelnen Pflegeinterventionen zu betrachten,
- einen stimmigen Gesamteindruck der Pflegeinterventionen zu erhalten,
- die Wirksamkeit der Pflege einzuschätzen,
- die Qualität der erbrachten Pflegeleistung in ihrer Gesamtheit und in Bezug auf das Krankheitsbild zu sehen und diese aus Patientensicht und Profisicht zusammenzuführen,
- die Dokumentation in Art, Gestaltung, Aussagekraft und Verständlichkeit zu prüfen,
- die Unterstützungsbedarfe zu erheben und ggf. im Gespräch zu thematisieren und
- Fortbildungsangebote einzuleiten.

Die Checkliste hat den Vorteil, dass die Anforderungen an die Tätigkeiten, zum Beispiel in der Bezugspflege, konkret definiert sind. Damit ist sie eine Arbeitsanleitung, die Kriterien formuliert, die sich nachprüfen lassen.

Einsatz der Pflegevisite als Qualitätsvisite psychiatrischer Pflege

Die Pflegevisite findet einmal, zum Abschluss der Behandlung, statt. Die Art der Durchführung hebt sich somit deutlich von üblichen Vorgehensweisen von Pflegevisiten ab. Die besondere Bedeutung der hier beschriebenen Pflegevisite hat mehrere Gründe:

- Das Verfahren berücksichtigt die Gestaltung der psychiatrischen Pflege, insbesondere das Bezugspflegesystem, das an Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten geknüpft ist und welches u.a. die Arbeit nach dem Pflegeprozessmodell einschließt.
- Die Pflegeplanungen werden gemeinsam mit dem Patienten erstellt und in regelmäßigen Gesprächskontakten mit ihm evaluiert.
- Es erfolgt eine regelmäßige Vorstellung der Pflegeplanungen und deren Beratung in Teamgesprächen.
- Der Zeitaufwand für die Pflegevisite ist nicht zu unterschätzen. Dies trifft besonders für die Stationen zu, die einen hohen Patientendurchlauf aufgrund niedriger Verweildauern haben.
- Die Stationsleitungen kontrollieren regelmäßig die Dokumentation und können Mängel direkt besprechen.
- Die Pflegedirektion besucht regelmäßig die Stationen, nimmt an Pflegeteamgesprächen teil und gibt dort Rückmeldungen.

Auswertungsverfahren der Pflegevisite als Qualitätsvisite psychiatrischer Pflege

Anonymisierte Patientenfragebögen

Die Patientenfragebögen werden in eine eigens dafür geschriebene Datenmaske eingegeben. Die Datenmaske berechnet entlang der Bewertungskategorien Durchschnittswerte pro Kategorie, z.B. „Zufriedenheit mit der Aufnahmesituation“, sowie eine Gesamtzufriedenheit als Durchschnittswert. Alle Fragebögen können in ihrer Gesamtheit ebenfalls über einen bestimmten Zeitraum betrachtet werden. Entsprechende Datenauswertungen stehen zur Verfügung. Die Stationsmitarbeiter selbst können Daten zeitnah betrachten. Einmal jährlich erhalten die Stationen eine statistische Auswertung, die anhand von Zahlen und Grafiken die Patientenzufriedenheit mit der psychiatrischen Pflege veranschaulicht. Eine Gesamtauswertung der Klinik wird beigefügt, so dass für die Stationen sichtbar wird, wie der Gesamtdurchschnitt, und in Bezug dazu, die eigene Station einzuordnen ist.

Checklisten

Alle Checklisten eines Quartals werden in eine gemeinsame Checkliste durch die Stationsleitung übertragen und an die Pflegedirektion geleitet. Die Stationsleitung stellt die in Quartale strukturierten Ergebnisse der Checklisten im Team vor und bespricht mit dem Pflege team Erkenntnisse aus den Patientenbefragungen, den Pflegevisiten-Gesprächen, den Checklisten und den geführten Mitarbeiter-Gesprächen, die für die Gesamtgestaltung der Pflege in der Station von Bedeutung sind. Bei diesem Gespräch ist die Pflegedirektion nach Möglichkeit anwesend.

Praktische Erfahrungen mit der Pflegevisite als Qualitätsvisite psychiatrischer Pflege

Partizipation des Pflegekunden: Die Patienten sind interessiert und bringen sich in der Regel aktiv bei der Beurteilung von Pflegemaßnahmen ein. Es kommt selten zu Ablehnung des Verfahrens.

Klarheit zu Qualitätsanforderungen: Die beteiligten Stationsleitungen berichten, dass ihren Mitarbeitern die Qualitätskriterien psychiatrischer Pflege präsenter sind und diese verstärkt auf die Qualität der Dokumentation achten.

Fachaufsicht der Stationsleitung: Die Stationsleitung nutzt im Rahmen der Pflegevisite die Möglichkeit einen abschließenden direkten Kontakt zum Pflegekunden herzustellen und kann somit Kundenbedürfnisse unmittelbar erfassen. Des Weiteren kann sie sich ein Gesamtbild über die erreichte Pflegequalität auf der Station machen.

Qualitätsprüfung durch die Pflegedirektion: Im Erstellungsverfahren konnten interne Qualitätskriterien der psychiatrischen Pflege definiert werden. Durch die statistische Auswertung besteht die Möglichkeit, die Zufriedenheit der Kunden mit der Pflegeleistung zu werten. Es lassen sich Verbesserungen ableiten und gezielte Unterstützungsmaßnahmen, zum Beispiel in Form von Bildungsangeboten, initiieren.

Für eine gelungene Praxiseinführung der Pflegevisite als Qualitätsvisite sind Gesichtspunkte, wie die konzeptionelle Integration, eine begleitende Einführung, die Stützung des Verfahrens mit innerbetrieblichen Fortbildungen, die Vernetzung mit weiteren Instrumenten, wie zum Beispiel einem Zielplangespräch, die freiwillige Teilnahme und eine interdisziplinäre Information, zu beachten.

Literatur

1. **Bölicke C, Panka C, Wlosinski B** (2003) Qualitätsmessung in der Pflege. Eine Praxisinformation. 3. Auflage. Potsdam: DBfK
2. **Brüggemann J** (2002) Der Pflegeprozess in der Altenpflege- eine umfassende Herausforderung. In: Igl G, Schlemann D, Gerste B, Klose J (Hrsg.). Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart Schattauer., S.335-348
3. **Heering C** (Hrsg) (2004) Das Pflegevisitenbuch. Bern Huber
4. **Peplau H** (1997) Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege. Ausgewählte Werke. Bern, Huber
5. **Schrems B** (2004) Die Pflegevisite als qualitätssichernde Maßnahme in der ambulanten Pflege und Betreuung. Detailkonzept zu Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle in der Hauskrankenpflege. Wien, Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste.

„NICE“
Ein Praxisprojekt von der Pflege für die Pflege

Kathrin Wolf

Ausgangslage

Das Universitätsspital Basel bietet in seiner Funktion als Zentrumsspital neben der allgemeinmedizinischen, somatischen Grundversorgung eine steigende Anzahl an hoch spezialisierten, zum Teil äußerst invasiven Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten an. Es sind dies, um nur einige zu nennen, zum Beispiel spitzenmedizinische Angebote im Bereich der Transplantationsmedizin oder der Hämatologie.

Die zunehmende Spezialisierung der medizinischen Leistungen, der auch die Pflege in ihrer fachlichen Ausrichtung folgt, hat neben großen medizinischen Erfolgen zur Konsequenz, dass Patienten und Patientinnen zunehmend nicht nur durch ihre Primärerkrankung bedingt in große psychische Notsituationen geraten können. Auch stellen die Behandlungen an sich eine für die Einzelnen enorme, psychische Belastung dar.

Patienten, die schon vor ihrer körperlichen Erkrankung, aus welchem Grund auch immer, unter einer Einschränkung ihrer psychischen Kapazitäten litten, laufen oft Gefahr, in einen psychischen Ausnahmezustand zu geraten.

Die in der Somatik arbeitenden Pflegenden sehen sich somit einer steigenden Anzahl komplexer Pflegesituationen mit psychisch belasteten oder psychisch kranken Patienten gegenüber. Da aber ihre Spezialisierung in den letzten Jahren maßgeblich von den medizinischen Veränderungen geprägt wurde, sind sie oft in diesen äusserst komplexen Pflegesituationen überfordert.

In meiner Funktion als Pflegeleitung der psychiatrischen Kriseninterventionsstation am Universitätsspital Basel wurde ich zunehmend mit Fragen zu komplexen Pflegesituationen mit psychisch auffälligen Patienten, die in der Somatik hospitalisiert waren, konfrontiert. Allen Anfragen gemeinsam war, dass sich zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme die Situation in den behandelnden Teams dramatisch zugespitzt hatte: Die Patienten versuchten durch Ausagieren ihrer Problematik sich etwas Erleichterung zu verschaffen, was von den behandelnden Teams als unkooperatives Verhalten eingeschätzt und sanktioniert wurde. Im Sinne einer negativen Rückkoppelung kam es auf Seiten der Teams vermehrt zu sanktionierenden, einschränkenden Maßnahmen, was von Seiten der Patienten mit einer Verstärkung des unerwünschten Verhaltens beantwortet wurde.

Da unter diesen Umständen die somatische Behandlung der körperlich zum Teil Schwerkranken, nicht mehr adäquat durchgeführt werden konnte, verstärkten die Ärzte den Druck auf die Pflegenden. Diese fühlten sich in der Folge insuffizient und setzten sich ihrerseits mit Schuldzuweisungen an die Patienten zur Wehr.

Somit waren die Situationen geprägt durch gegenseitige Vorwürfe, Widerstand auf allen Seiten, Spaltungstendenzen in den behandelnden Teams und dem Wunsch nach Sanktionen sowie dem Ruf nach einer externen, möglichst invasiven Lösung.

Zu Beginn unserer Beratungen sahen wir uns meist mit dem Wunsch konfrontiert den auffälligen Patienten doch bitte möglichst rasch in die Kriseninterventionstation(!) zu übernehmen und das Problem somit für die betroffene Abteilung zu lösen. Dass eine Verlegung der Patienten bei allen Beteiligten Gefühle von Versagen und Schuld nur gefestigt statt aufgelöst hätte, wollten die Pflegenden zu Beginn unserer Arbeit nicht eingestehen.

Auf unseren Einwand hin, dass es sich nicht um eine psychische oder psychosoziale Krise im engeren Sinn handle, und der Patient auch weiterhin somatisch dringend behandlungsbedürftig sei, wurde auch uns gegenüber oft mit Unverständnis und Entwertung reagiert.

Eine Ausgangslage, die aufgrund der immensen Hilflosigkeit ringsum ohne sofortige und gezielte Intervention, nur Verlierende hätte schaffen können.

Fragestellung

Vor dem Hintergrund unserer Erfahrungen in der Einzelarbeit mit Krisenpatienten stellten wir uns die Frage, ob es möglich wäre auch mit ganzen Teams ähnlich zu arbeiten. Dies bedeutet, in krisenhaften Patienten- und damit verbunden auch Teamsituationen mittels einer gezielten Intervention zum einen die akute Situation zu entschärfen, zum andern aber auch in der Technik des „Lernen am Modell“ die Möglichkeit für praxisbezogenes Aktionslernen zu schaffen und die Teams so zu befähigen in einer nächsten, ähnlich gelagerten Situation, differenzierter und professioneller handeln zu können.

Ziel, Vorgehen, Stand des Projektes

Ausgehend von den gehäuft auftretenden, komplexen Patientensituationen wurde im Bereich „Medizin“ ein 'psychiatrisches Pflegeberatungsangebot' eingerichtet. Ziel war es, in der Praxis zu evaluieren, ob ein niederschwelliges, situationsbezogenes, psychiatriespezifisches Beratungsangebot den Pflegenden ausreichend Wissen vermitteln kann, um psychisch kranke Patienten besser zu betreuen und ob ein solches Angebot überhaupt in Anspruch genommen wird.

Während sechs Monaten konnten sich Pflegenden per Mail oder telefonisch an die Beratungsstelle wenden, wann immer sie dies als notwendig erachteten. Die Beratung erfolgte durch die Autorin selbst und Herrn Ingo Beck, einem Pflegefachmann in Psychiatrie mit zusätzlicher Ausbildung und Berufserfahrung in Krisenintervention und Suchttherapien. Die Interventionen wurden analog dem standardisierten, stufenweisen Vorgehen in der Krisenintervention (siehe Anhang) durchgeführt.

Das Angebot „**NICE**“ folgte vier Grundsätzen:

Niederschwellig: innerhalb 48 Stunden nach der Kontaktaufnahme findet der erste Termin statt

Individuell: alle Beratungen erfolgen vor Ort

Creativ: die Interventionsstrategien werden situationsbezogen erarbeitet

Effektiv: innerhalb einer Wochenfrist wird die Intervention evaluiert

Die Inanspruchnahme unseres Angebots und die Teilnahme an den Beratungsgesprächen waren freiwillig, standen allen Berufsgruppen und Hierarchieebenen der behandelnden Teams offen und die diskutierten Inhalte wurden von unserer Seite absolut vertraulich behandelt.

In der Anlage war ein erstes, einstündiges Beratungsgespräch geplant, bestehend aus:

1. Situationsanalyse
2. Klärung der Copingstrategien
3. Theoretischer Input (z.B. zu Krankheitsbildern, Kommunikationstheorien etc.)
4. Emotionale Entlastung
5. Identifikation von Ressourcen
6. Formulieren des weiteren Vorgehens (Maßnahmen, wie Absprachen, Handlungsvorgaben, Beschaffen von Informationen und anderes mehr)

In einem zweiten Termin wurde innerhalb einer Wochenfrist anhand von Rückfragen im Team und unter Beizug der Pflegedokumentation evaluiert, ob und wie die Maßnahmen umgesetzt wurden, welche Probleme bewältigt und welche eventuell neu entstanden waren.

Unser spezielles Augenmerk richtete sich dabei auf die Frage, welche Entwicklungen die Pflegenden teamintern selbst identifizierten und wie sie die Interaktion mit den Patienten und deren Angehörigen schilderten.

Das Projekt wurde nach Ablauf der Pilotphase evaluiert.

Ergebnis

Insgesamt fanden im Lauf der 6 Monate 12 Interventionen statt. Gearbeitet wurde sowohl mit einzelnen Pflegenden, wie auch mit ganzen, interdisziplinären Teams.

Wichtigste Fragestellungen waren der Umgang mit fremd anmutenden Verhaltensweisen, wie Regression, psychotischen Erscheinungsformen, schwer depressiven Zeichen und unterschiedlichsten Formen von Widerstand. Davon ausgehend thematisierten wir die Möglichkeiten, wie von Seiten des behandelnden Teams der Ausstieg aus diesen schwierigen Kollusionen initialisiert werden konnte.

In zwei Fällen, bei denen es um die Betreuung von drogenabhängigen Patienten mit massiver Persönlichkeitsstörung ging, wünschte das gesamte Team eine zweistündige Weiterbildung, die von uns organisiert und zum Teil auch selbst durchgeführt wurde.

Erfahrungen

Die Akzeptanz des Angebots war von Anfang an bei Pflegenden und anderen Berufsgruppen gegeben. Hemmschwellen, wie bei der Bestellung eines psychiatrischen Konsiliums, waren nicht zu erkennen. Vielmehr wurde das Angebot neben den offiziellen Kanälen oft durch „Mund-zu-Mund-Propaganda“ weiterempfohlen. Dies führte auch zu diversen telefonischen Anfragen, oft auch persönlicher Art, die im Projekt nicht erfasst wurden.

Bei sämtlichen Interventionen konnten wir während zwei Sitzungen die akute Situation klären. Wichtige Maßnahmen zur Veränderung der oftmals fest gefahrenen Situation wurden von den Teams mit unserer Unterstützung selbstständig formuliert und umgesetzt. Die Maßnahmen hatten ausnahmslos eine Entkrampfung der Situation zur Folge, aufgrund derer Raum für weitere therapeutische Schritte geschaffen wurde.

Die behandelnden Teams konnten sich während der ersten Intervention von Versagensphantasien und den daraus resultierenden Schuldzuweisungen distanzieren. Dadurch erst wurde es den Teams ermöglicht, nach einem meist sehr kurzen, theoretischen Input, ihre Ressourcen selbst zu formulieren und mit unserer Unterstützung das weitere Vorgehen zu formulieren.

Interessanterweise war während unserer Arbeit der Anspruch der Teams nach invasiven Lösungen, resp. nach sofortiger Übernahme der Patienten in die Kriseninterventionsstation, kein Thema mehr.

Schlussfolgerungen, Ausblick

In den großen medizinischen Versorgungszentren ist die Frage, ob für psychisch auffällige Patienten mit einer schwerwiegenden somatischen Erkrankung eine Spezialeinheit geschaffen werden soll, noch immer heftig umstritten und wird äußerst kontrovers diskutiert.

Dies geschieht mit gutem Grund. Die Betroffenen könnten in einer spezialisierten Einheit sowohl psychiatrisch als auch somatisch von kompetenten und engagierten Fachpersonen behandelt werden.

Andererseits ist die Gefahr der Ghettoisierung durch eine solche spezifische Behandlungseinheit nicht zu unterschätzen. Im Weiteren wäre es den behandelnden Teams von somatisch-psychiatrisch gemischten Einheiten auch nur in begrenztem Umfang möglich, die medizinisch zum Teil hochspezialisierten Behandlungen den Patienten zu Teil werden zu lassen. Zum andern ginge dadurch den behandelnden Teams in der Somatik die Möglichkeit verloren,

sich in einer zusätzlichen Fachdisziplin auszubilden und Fertigkeiten zu entwickeln.

Die Erfahrungen des Pilotprojekts haben uns gezeigt, dass es mit relativ wenig zeitlichem und personellem Aufwand möglich ist, Pflegenden in der Betreuung psychisch Kranker kompetenter und sicherer zu machen. Dies führt als Folge der Zunahme an Professionalität im Handeln, zu mehr Arbeitszufriedenheit bei den Pflegenden. Ob und wie sich die Interventionen auf die Behandlungsqualität auswirken, könnte Gegenstand einer nächsten Untersuchung sein.

Im Universitätsspital Basel ist das Angebot mittlerweile fest etabliert und steht seit neuestem allen Bereichen, sowohl in der Ambulanz als auch stationär zur Verfügung.

Anhang

Abbildung 1: Bausteine der Krisenintervention

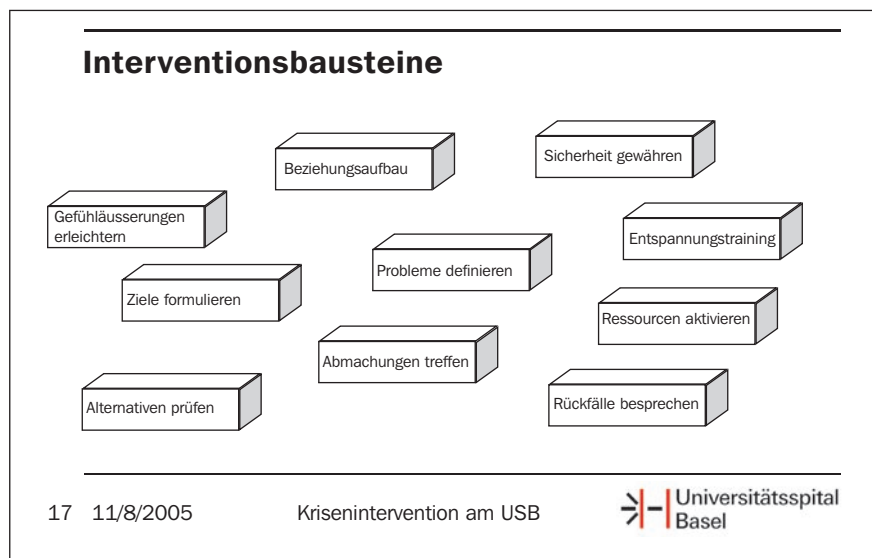


Abbildung 1: Bausteine der Krisenintervention

Interventionsbausteine

- ▶ Deskalation
- ▶ Triangulation
- ▶ Schutz- und Entlastungsmaßnahmen
- ▶ Lösungsorientierung, pragmatisch
- ▶ ggf. medikamentöse Behandlung
- ▶ Vernetzung und Entlastung des Umfeldes
- ▶ sofortige, fortlaufende Evaluation

17 11/8/2005

Krisenintervention am USB



Literatur

1. **Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz RD** (Hrsg) (2004) Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Hogrefe, Göttingen
2. **Rupp M** (2003) Notfall Seele: Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie. Thieme, Stuttgart
3. **Schnyder U, Sauvant JD** (Hrsg) (2000) Krisenintervention in der Psychiatrie. Huber, Bern

**„Wenn`s sich aber nicht vermeiden lässt...“:
Angewandte Pflegeforschung in der Psychiatrie-
Anlass und Dauer von Fixierungen sowie
Möglichkeiten der Prävention durch Pflegende**

Stefanie Schlieben
Katrin Thissen

Problemstellung

In der Psychiatrie sind neben anderen Berufsgruppen die Pflegenden Fachleute für die Beziehungsgestaltung und die Aktivitäten des täglichen Lebens. Im Klinikalltag zeigt sich, dass auf einer psychiatrischen Station das Miteinander häufig nicht ohne Konflikte und Gewaltsituationen abläuft. Wenn sich Patienten im Rahmen von wahnhafter Verknennung, Intoxikation oder in selbstgefährdender Absicht aggressiv verhalten, bleibt Pflegenden oftmals keine Alternative, als ihrerseits mit Gewaltanwendung zu reagieren, um sich, den Patienten oder andere gefährdete Personen zu schützen. *„Psychiatrisch Pflegende müssen und dürfen unter bestimmten Umständen Gewalt anwenden, sei es jemanden gegen seinen Willen auf der Station festzuhalten, wie z.B. durch eine geschlossene Türe, sei es jemanden zu fixieren oder gegen seinen ausgesprochenen Willen Medikamente zu geben“* [11,S.30].

Die Anwendung von Fixierungen in der Akutpsychiatrie, das Thema dieses Forschungsprojekts, stellt neben anderen Maßnahmen eine Möglichkeit dar, mit Selbst- und Fremdgefährdungen umzugehen. Im Bezirkskrankenhaus Haar wurde in diesem Bereich Forschungsbedarf seitens der Pflegewissenschaft erkannt und dieses Projekt in Kooperation mit der Fachhochschule Jena, Fernstudiengang Pflege/Pflegemanagement, initiiert. Wir beschränken uns in diesem Forschungsprojekt auf die Anwendung von Fünf-Punkt-Fixierungen und verstehen darunter eine Fesselung, bei der *„... mit Gurten Personen an den Armen, Beinen und am Oberkörper an das Bett ... gefesselt (werden). Die Verwendung der Gurte soll erreichen, dass die Betroffenen die angebundnen Körperteile nicht bewegen können oder dass sie gefesselt an dem ihnen zugewiesenen Ort bleiben. Die Gurte bestehen aus textilen Fasern. Das Material ist weich und zugleich reißfest. Es soll vermieden werden, dass die Betroffenen Verletzungen wie Schnitte, Hämatome oder Quetschungen erleiden, wenn sie angebunden sind“* [12, S. 26].

Forschungsfragen

- Welche Faktoren im Hinblick auf Fixierung können beschrieben werden, die von Pflegenden beeinflusst werden können und helfen, diese im Bereich der stationären allgemeinpsychiatrischen Behandlung zu vermeiden, zu verringern oder zu verkürzen?
- Welche pflegerelevanten Interventionen zur Prävention der Fixierungen können somit entworfen werden?

Literaturüberblick

Wir fanden zum Thema relevante Literatur über die Abfrage des OPAC-Katalogs des Bibliotheksverbundes und der Fachhochschule Jena, über die Abfrage bei Carelit, über Internetrecherche bei Google und über das Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Zudem erfolgten Suchen über die Seiten der Pflegestudiengänge in Deutschland; teils mittels persönlicher Anfrage bei Professoren, Forschenden und dem Netzwerk Pflegeforschung in der Psychiatrie (NPPF). Zusätzlich wurde Sekundärliteratur über Quellenangaben bereits vorliegender Studien gefunden.

Fritz [4] untersuchte im Jahr 1991 über 12 Monate die Dauer, Häufigkeit und die Gründe für Fixierungen. Vor allem waren die Montage die Tage der Woche, an denen besonders häufig fixiert wurde. Klinitz et al [5] fanden heraus, dass 81% der Fixierungen bis zu 2 Stunden dauern, und als Grund gaben sie 70% fremdgefährdendes Verhalten an.

Steinert [13] beschrieb 1993 die Gründe, die zu Fixierungen geführt hatten. Er kam zu dem Ergebnis, dass in 64 % der Anlässe eine Fremdgefährdung vorlag, jedoch in 19% ein „störendes“ Verhalten ohne Selbst- oder Fremdgefahr. Laut Steinert [14] wurde 1997 eine Arbeitsgemeinschaft in Baden-Württemberg und Bayern gegründet, die sich mit der Prävention auseinandersetzt. Zwangsmaßnahmen sind demnach bei Patienten mit den ICD-10-Diagnosegruppen F0 (Organische Störungen) und F2 (Schizophrenien und wahnhaftige Störungen) signifikant überrepräsentiert. Die Dauer der Zwangsmaßnahmen unterscheidet sich deutlich in den Kliniken. Seit Beginn 2004 wird in 12 deutschen Kliniken ein Benchmarking zur Erfassung von Zwangsmaßnahmen durchgeführt. Zwischenergebnisse weisen darauf hin, dass 9% aller psychiatrischen Patienten Zwangsmaßnahmen ausgesetzt sind und dabei die Häufigkeit in den Kliniken um den Faktor 7 differiert.

In der Schweiz forschen Abderhalden und Needham [2] zu dem Thema, sie erfassten 2001, dass jede dritte Stationsleitung Gewalt als mäßiges bis großes Problem bewertet.

2002 erfolgte eine Studie zur Frage, welche Arten von Zwangsmaßnahmen in den deutschsprachigen Einrichtungen der Schweiz genutzt werden und wie die Pflegenden die Verfahren evaluieren. Als größtes Problem sind im Zusammenhang von Zwangsmaßnahmen allgemein der Personalmangel und eine ungeplante, willkürliche Vorgehensweise kritisiert worden.

Ein Training wird als zwingend erforderlich beschrieben. Problematisch ist zudem, dass an die Stationen keine oder wenig Rückmeldungen zu Statistiken gelangen, so dass eine Evaluation durch Pflegenden nicht möglich erscheint. Auch stellt sich als entscheidender Punkt dar, wie Pflegenden die Situationen wahrnehmen und bewerten, die zu Zwangsmaßnahmen führen. Letztendlich

erfolgt die Risikoeinschätzung überwiegend intuitiv und kann schlecht begründet werden. Um dem entgegen zu wirken, entwickelte Almvik in Norwegen ein Instrument, die Brøset Violence Checklist [3,15,16]. Inzwischen liegt sie für den deutschsprachigen Raum, überarbeitet durch Abderhalden [1], vor.

Methode

Aufgrund der Fragestellung bietet sich eine Mischung aus quantitativen und qualitativen Methoden an, da sich die Situationen, in denen Fixierungen stattfinden, als komplex darstellen. Sie werden beeinflusst durch die Rahmenbedingungen der Pflege, durch den Patienten und durch die Handlungsmöglichkeiten und Einstellungen des Pflegepersonals selbst. Wir bedienen uns deshalb der sequentiellen Triangulation. *„Bei der sequentiellen Triangulation geht ein Ansatz (qualitativ oder quantitativ, Anm. der Verf.) dem anderen voran“* [6, zitiert nach Morse, S. 313).

Stichprobe

Durch das Bezirkskrankenhaus Haar wurden zwei Akutpsychiatrische Aufnahme-Stationen benannt, auf denen eine Datenerhebung stattfinden sollte. Alle relevanten Akten wurden von den Stationen zur Verfügung gestellt sowie von der Projektgruppe gesichtet und ausgewertet. Wir entwickelten ein eigenes Erhebungsinstrument zur Datenaufnahme. Es wurden die Daten von Fixierungen im Zeitraum zwischen dem 01.01.2003 bis 31.10.2003 aufgenommen. Zudem konnten je 5 Pflegekräfte von jeder Station für Interviews gewonnen werden.

Quantitativer Teil

Quantitative Forschung folgt dem Positivismus. Sie sucht nach Ursachen und Fakten oder versucht die Welt objektiv zu beschreiben. Weniger an der Interpretation der Betroffenen selbst interessiert, setzen quantitative arbeitende Forscher Variablen zueinander in Beziehung. Für diese sind Genauigkeit und Wiederholbarkeit grundlegend, um ein größtmögliches Verständnis zu erzielen. Das Ziel besteht darin, Theorien deduktiv zu überprüfen [7, S. 11]. Im ersten Teil des Forschungsprojektes bezogen wir uns auf die Ergebnisse bereits durchgeführter Studien. Im November 2003 wurden die beiden Stationsteams über unser Projekt informiert, im Zeitraum vom 29.12.2003 bis zum 23.02.2004 fand die Aufnahme der Daten statt. In der Bado-Abteilung (Basisdokumentation-Abteilung) des Bezirkskrankenhauses wurden zudem die Aufnahme- und Entlassungszahlen der Stationen und eine Aufschlüsselung der Aufnahmediagnosen für den gleichen Zeitraum erfragt.

Folgende Hypothesen sind für diesen Teil des Forschungsprojektes relevant:

- Es besteht eine Abhängigkeit der Zahl von Fixierungen zu Diagnose und Zeitpunkt sowie zum Alter der Patienten.
- Wir vermuten einen Unterschied im Verhältnis Männer und Frauen.
- Fixierungszahlen schwanken innerhalb der Einrichtungen um einen Faktor bis 7.
- Wir erwarten den höchsten Anteil an Fixierungen wegen fremdgefährdendem Verhalten.
- Die personelle Besetzung der Station hat Auswirkungen auf die Fixierung von Patienten.

Die Auswertung der quantitativen Daten erfolgte mittels deskriptiver Statistik [9,10] unter Verwendung des Auswertungsprogramms SPSS 11.0. Wir möchten aber einschränkend darauf hinweisen, dass durch die kleine Zahl der Daten nicht von einer repräsentativen Studie gesprochen werden kann.

Qualitativer Teil

Qualitative Forschung zielt, im Gegensatz zu der quantitativen Forschung, darauf hin neue Erkenntnisse in das Gesichtsfeld zu bringen. Sinnvollerweise wird sie dann angewendet, wenn wenig oder nichts über ein Phänomen bekannt ist. Sie findet üblicherweise in dem natürlichen Kontext des Phänomens statt. Es werden zugrunde liegende Einstellungen und Annahmen untersucht.

Als Methode wählten wir das halbstrukturierte Interview. Die Interviews mit den Pflegenden wurden auf Tonband aufgezeichnet. Von beiden Parteien wurde im Vorfeld die informierte Zustimmung unterschrieben, die Teilnehmer hatten außerdem kontinuierlich während des Projektes Gelegenheit, weitere Fragen zu stellen. Insgesamt wurden 10 Interviews durchgeführt. Da nach den 10 Interviews keine neuen Ergebnisse mehr auftraten, können wir von einer Datensättigung ausgehen. Die Interviews wurden nach einheitlichen Regeln transkribiert und innerhalb der Projektgruppe mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring [8] ausgewertet. Die Kategorien wurden von Pflegekräften überprüft und als nachvollziehbar bewertet.

Ergebnisse

Quantitative Ergebnisse

Häufigkeit und Zeitpunkt der Fixierung

Insgesamt wurden die Akten von 118 PatientInnen gesichtet, davon 97 auf Station 1 und 21 auf Station 2. Bei 58 PatientInnen wurde im Auswertungszeitraum mindestens eine Fünf-Punkt-Fixierung durchgeführt, wobei 38 PatientInnen einmal, zwölf zweimal, drei weitere dreimal, einer fünf-, einer sechs-, zwei sieben-, einer acht- und einer elfmal fixiert worden sind. Von

den insgesamt 112 Fixierungen erfolgten 87 auf der Station 1 und 25 auf der Station 2.

Bei der Auswertung der Frage, in welchem Behandlungszeitraum die Fixierungen vorgenommen wurden, zeigte sich, dass 34,8 % (39) am Aufnahmetag und jeweils 9,8 % (11+11) am 2. und 3. Behandlungstag erfolgten. Das heißt, 54,4 % (61) aller Fixierungen geschahen innerhalb der ersten drei Behandlungstage.

Es stellte sich eine Häufung von Fixierungen an einzelnen Wochentagen heraus. So weichen der Mittwoch mit 18,8 % (21-mal) und der Freitag mit 17,0 % (19) am deutlichsten nach oben vom Durchschnitt ab, der 14,3 % (16) beträgt, während der Sonntag mit 9,8 % (11) und der Montag mit 10,2 % (12) stärker nach unten abweichen.

Geschlecht der fixierten Patienten

Bei 57 der 58 Patienten, die fixiert wurden, lagen uns Angaben zum Geschlecht vor. Im Erhebungszeitraum wurden mehr Männer (33) als Frauen fixiert, was einen Anteil von 56,9 % entspricht. Da ihr Anteil an den auf den beiden Stationen behandelten Patienten jedoch mit 54,67 %, 346 von 633 Patienten, ebenfalls leicht erhöht ist, stimmt das Geschlechterverhältnis annähernd überein.

Dauer der Fixierungen

Die tatsächliche Fixierungsdauer konnte bei 109 der 112 Fixierungen ermittelt werden. Sie reicht von 25 Minuten bis zu 27,5 Stunden (1650 Minuten), bei einem Mittelwert von 8 Stunden 14 Minuten (494 Minuten) und einem Median von 7 Stunden 15 Minuten (435 Minuten).

Psychiatrische Erstdiagnosen der fixierten Patienten

Von den 58 fixierten Patienten lagen uns bei allen die Daten zur Diagnosestellung und bei 57 zum Geschlecht vor. 58,6 % (34) aller Fixierungen entfielen auf PatientInnen aus der Diagnosegruppe F20 – F29. Die Patienten aus der Diagnosegruppe F10 – F19 (nur F 10), mit einem Anteil von 13,8 % (8), wurden recht häufig fixiert. Setzt man die Fixierungszahlen nun zu den Behandlungszahlen des Auswertungszeitraumes der jeweiligen Station und dem Geschlecht der Patienten in Beziehung, so verschiebt sich das Bild und es wird ersichtlich, dass die Patienten/Patientinnen der Diagnosegruppe F20 – F29 in Bezug auf ihren Anteil der behandelten Patienten am häufigsten fixiert werden. Daraus ergeben sich für die Station 1 folgende Zusammenhänge: Im Vergleichszeitraum wurden 357 Patienten auf der Station aufgenommen, hiervon wurden 47 (13,2 %) fixiert. 50,6 % aller Patientinnen hatten eine Diagnose aus der Gruppe F20 – F29, von diesen mussten 12,4 % fixiert werden. Bei den männlichen Patienten wurden 16 von 97 (16,5 %) aus dieser Diagnosegruppe fixiert. Für die Station 2 betrug der Anteil an Fixierungen 4 % (11 von 276) der im Auswertungszeitraum aufgenommenen Patienten.

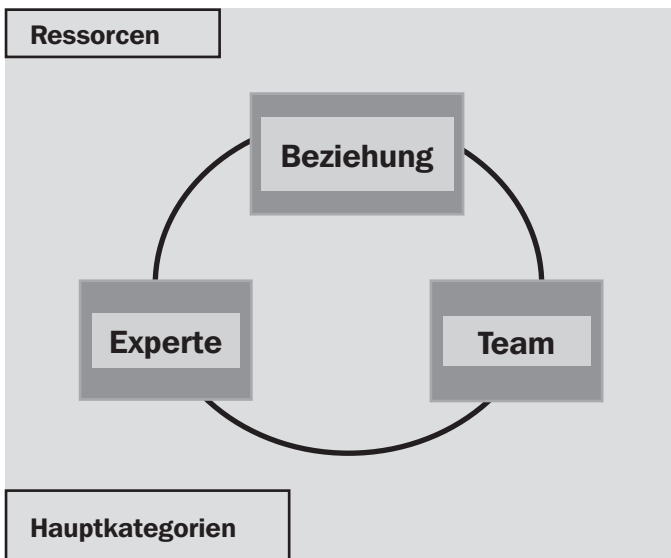
Qualitative Ergebnisse

Es wurden vier Hauptkategorien erarbeitet (vgl. Abbildung 1)

1. Experte sein
2. Ein eingespieltes Team sein
3. In Beziehung treten
4. Ressourcen nutzen

Die genaue Betrachtung der stationsbezogenen Dienstzeiten ist sehr wichtig, denn hier wird deutlich, dass stationäre und ambulante Arbeit parallel geleistet werden kann, ohne dass es zu dauerhaften Belastungen der Kollegen auf der Station kommt (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Hauptkategorien



Zu den Hauptkategorien ergaben sich folgende Unterkategorien, hier im Zusammenhang dargestellt.

Subkategorie: Experte

„Ja, man erkennt natürlich dann auch irgendwann im, im Laufe der Jahre, wo man auch arbeitet und wo man auch mit Fixierung zu tun hat, wie sich dann Patient verhält.“

„Also wenn man merkt die Leute gehen eigentlich wieder ins, ins, ins äh, gesund werden ist jetzt zu viel gesagt, aber einfach mal ich sag jetzt mal aus der ganzen Psychose raus.“

Berufserfahrung wird vor dem Hintergrund des Trainings und der Übung ebenfalls als bedeutsam erachtet.

Fixierungen wurden nach Meinung der Pflegekräfte als Mittel der Wahl nur dann angewendet, wenn keine andere Möglichkeit zur Deeskalation mehr bestand.

„Und bei uns, wie gesagt, wird aber nur fixiert wenn's wirklich nötig ist, aus, aus einem konkreten Anlass heraus und net so routinemäßig oder so.“

Subkategorie: Team

Fixierungen finden innerhalb eines Teams statt, dessen grundsätzliche Konzepte, Strategien und Haltungen spielen eine erhebliche Rolle. Entlastend erscheint ein positives Klima.

„Noch dazu kommt, dass bei uns auf Station eigentlich ein SEHR eingespieltes Team ist, das sich bei uns auch, äh, wirklich jeder auf jeden verlassen kann.“

Zu der Frage, ob Frauen oder Männer eher geeignet sind, deeskalierend einzuwirken, ergaben sich unterschiedliche Sichtweisen.

„Das einfach, einfach von der Autorität her, sind nur männliche Pflegekräfte ganz anders als weibliche Pflegekräfte.“

Frauen betonten allerdings, dass sie oftmals weniger bedrohlich auf Patienten wirkten und damit zu einer Entspannung beitragen könnten.

Sowohl der Einzelne als auch die Teams können in eskalierenden Situationen über die Art der Beziehung Einfluss nehmen.

„Aber wenn, ich denke man den Schritt, einen kleinen Schritt sich von der Masse abhebt und mit dem Patienten direkt Kontakt aufnimmt, ihn direkt anspricht.“

Gespräche im Vorfeld werden als wichtig erachtet, auch um Spannungen des Patienten zu erkennen und prophylaktische Maßnahmen einzuleiten.

„Ja, ich denk´ dass wir auf der Station schon probieren soweit wie möglich ja, Fixierungen vorzubeugen, das heißt mit den Patienten im Gespräch zu bleiben.“

Subkategorie: Ressourcen

Unter dem Begriff der Ressourcen fassen wir die Zahl der Pflegekräfte, die räumlichen Bedingungen und die Möglichkeit, auf die Gestaltung der Räume Einfluss zu nehmen, zusammen.

„Dass ich ihm versuche die Möglichkeit zu geben, ja, im Wachbereich sich aufzuhalten oder einen Raum in Anspruch zu nehmen, wo er ein bisschen zur Ruhe kommen kann.“

Beispielsweise wird, obwohl die räumliche Bedingung als erschwerend erlebt wird, versucht Möglichkeiten zur Entspannung zu geben.

Diskussion

Studien mit ähnlicher Fragestellung, vor allem im quantitativen Teil, sollten wiederholt werden, da wir nicht von einer repräsentativen Studie sprechen können. Jedoch deutet sich an, dass die Ergebnisse in Bezug auf Diagnosen und Zeitpunkt vergleichbar mit anderen Studien sind.

Uns fiel erst nach dem Aufnehmen der Daten der hohe Anteil von fixierten Patienten auf, die aus einem anderen Kulturkreis stammen. Die Frage nach dem Einfluss soziokultureller Faktoren sollte vertiefter untersucht werden.

Neben den quantitativen Ergebnissen erachten wir die Ergebnisse aus den Interviews für bedeutsam, sie ergänzen und erweitern die gewonnenen quantitativen Daten um die subjektive Wahrnehmung und Einschätzung der Pflegenden. Die bereits beschriebenen Kategorien sind dabei nicht als einzelne Aussagen zu sehen, sondern stehen in Verbindung und bedingen sich gegenseitig.

Im Zusammenhang mit Aussagen zur Situation der einzelnen Pflegekraft ergaben sich Hinweise auf eine subjektive Einschätzung der Eskalation durch die beteiligten Personen. Neben der individuellen Einschätzung scheint die Frage der Erfahrung Einfluss auf die Anwendung der Maßnahme zu haben, wobei wir nicht abschließend klären konnten, ob Pflegenden mit längerer Pflegeerfahrung häufiger oder weniger häufig fixieren. Durch unsere Ergebnisse wird bestätigt, dass neben der einzelnen Pflegekraft weitere Ansatzpunkte zu berücksichtigen sind, will man die Zahl von Fixierungen reduzieren. Fixierungen werden nicht von einer Person allein durchgeführt, sondern sind im Zusammenhang mit Teams zu sehen. Je nach Stationsvorgehen entscheiden sich diese also

für ein offeneres oder auch engeres Vorgehen, das heißt lassen sich „mehr gefallen“ oder weniger. Innerhalb der Teams wäre die Absprache und Diskussion über die Strategien und Einstellungen von Vorteil, so dass auch jüngere Kolleginnen und Kollegen sich mit den Konzepten auseinandersetzen können. Schriftliche Stationskonzepte eignen sich hier zur verbindlichen Darstellung. Gut eingespielte Teams, die sich untereinander absprechen, sorgen zudem für eine bessere Koordination der Fixierungen. Sie bieten damit auch Orientierung für Patienten, indem Verhaltensweisen klar zum Ausdruck gebracht werden und Pflegende nicht gegeneinander ausgespielt werden können.

Entscheidende Momente zur Prävention sind die Art und Weise der Gestaltung und der Zeitpunkt der Beziehungsaufnahme. Von Vorteil ist eine Form der Betreuung von Patienten, die es ermöglicht, Patienten langfristig zu begleiten. Bei der Aufnahme sollte deshalb möglichst auf eine Kontinuität der betreuenden Personen geachtet werden. Die Art der Beziehungsaufnahme erscheint in dreierlei Hinsicht wichtig: Zunächst kann durch den Bekanntheitsgrad im Vorfeld, schon wenn aggressive Tendenzen beim Patienten zu beobachten sind, durch ein Bezugspflegegespräch interveniert und Lösungen gesucht werden. Droht die Situation zu eskalieren und steht die Fixierung kurz bevor, können Bezugspfleger durch ihre Anwesenheit und Kontaktaufnahme die letzten Schritte verhindern. Ist eine Fixierung trotzdem unumgänglich, ist der Kontakt zum Patienten weiterhin wesentlich, da einmal durch die gezielte Beobachtung die Zeit der Fixierung verringert werden kann, auf der anderen Seite der Patient aber auch nicht völlig verlassen wird. Im Anschluss an die Fixierung kann somit die Einsicht des Patienten erfolgen, das Vertrauensverhältnis wird nicht oder wenig angetastet. Als Pflegeorganisationsform erachten wir deshalb die Bezugspflege als zwingende Voraussetzung zur Prävention.

Auch Rahmenbedingungen, wie die räumliche Gestaltung der Station, sind zu beachten. Viele Pfleger beschrieben einen Zusammenhang von Aggression und Stationen, wobei wir keine Studien über diese Aussagen finden konnten. Wichtig ist die Nutzung der Möglichkeiten, die die Räume bieten, was sicherlich die Kreativität der Pflegenden erfordert.

Dieses Projekt konnte Antworten auf einige der Fragen geben, jedoch wären weitere Untersuchungen notwendig. Weitere offene Forschungsfragen wären beispielsweise:

- Verändern sich Fixierungszahlen innerhalb von Einrichtungen, wenn ein valides Messinstrument eingesetzt wird, bzw. verringert sich die Zahl von Fixierungen?
- Unterscheiden sich Patienten in den verschiedenen Sektoren hinsichtlich der Aggressivität?

- Hat der kulturelle Hintergrund der PatientInnen Einfluss auf die Zahl der Fixierungen? Werden Patienten mit Migrationshintergrund häufiger fixiert als deutsche?
- Lassen sich Ansätze des Primary Nursing in der Psychiatrie umsetzen und welche Folgen sind hinsichtlich Zwangsmaßnahmen zu beobachten?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen der Zahl der Arbeitsunfälle und der Zahl der Fixierungen?

Nutzen und Ergebnisse

Das Projekt zeigt im Bezirkskrankenhaus Haar bereits erste Auswirkungen. Dazu gehören die Anpassung der Dokumentation von Fixierungen im Hinblick auf eine bessere Auswertbarkeit, Auswertungen in Form von Jahresberichten und in der BADO, die Differenzierung des Fortbildungsangebotes. Die Ergebnisse fließen in die Pflegesatzverhandlungen mit ein, und die Einführung eines Einschätzungsbogens steht bevor.

Literatur

1. **Aberhalden C** (2004) Systematische Einschätzung des kurzfristigen Gewaltrisikos auf Akutstationen. In: Krause P, Schulz M, Bauer R (Hrsg) Interventionen Psychiatrischer Pflege. ibicura, Unterostendorf, S 70-82
2. **Aberhalden C, Needham I** (2001) Management und Aggression von Gewalt in Akutstationen der stationären Psychiatrie in der deutschsprachigen Schweiz. Unveröffentlichtes Manuskript
3. **Almvik R** (2000) The Brøset Violence Checklist. Journal of interpersonal violence 15: 1284-1290
4. **Fritz U, Mack B, Rave-Schwank M** (1991) Gewalt in der Psychiatrie. Evaluation der Fixierungsdokumentation in einem psychiatrischen Krankenhaus. Psychiatrische Praxis 18:162–166
5. **Klimitz H, Uhlemann H, Fähndrich E** (1998) Fixieren wir zu häufig? Indikation, Häufigkeit und Randbedingungen von Fixierungen in einer allgemeinpsychiatrischen Abteilung. Psychiatrische Praxis 25:235-239
6. **LoBiondo-Wood G, Haber J** (1996) Pflegeforschung. Methoden, kritische Einschätzung und Anwendung. Ullstein Medical, Wiesbaden
7. **Morse JM, Field PA** (1998) Qualitative Pflegeforschung. Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege.: Ullstein-Medical, Wiesbaden
8. **Mayring P** (2002) Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Beltz, Weinheim
9. **Planer D** (2001) Datenaufbereitung mit SPSS. Studienbrief der Fernstudienagentur des FVL, FHTW, Berlin (2 Aufl)
10. **Planer D** (2001) Deskriptive Statistik. Studienbrief der Fernstudienagentur des FVL, FHTW, Berlin (2 Aufl)
11. **Schädle-Deininger H** (2004) Besondere Probleme der Psychiatrie. Studienbrief der Fernstudienagentur des FVL, FHTW, Berlin
12. **Schumacher C** (1997) Freiheitsentziehende Maßnahmen mit mechanischen Mitteln bei der Betreuung gebrechlicher Menschen: Recht und Praxis der Fixierung.: Bundesanzeiger Verlagsges mbH, Köln
13. **Steinert T, Hackenbruch N, Faust V** (1993) Anlässe von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Krankenhaus. Psychiatrische Praxis 20(Sonderheft): 8–11
14. **Steinert T, Fischer-Erlewein E, Kuster W, Pape C, Schwink A, Stuhlinger M, Arbeitsgemeinschaft Prävention von Gewalt in der Psychiatrie** (2003) Prävention von Gewalt im psychiatrischen Krankenhaus. Krankenhauspsychiatrie 13:132–137
15. **Almvik A** (2004) Brøset Violence Checklist. URL: <http://home.no.net/bvc2/>, 11.11.2004
16. **Violence Institute of New Jersey at UMDNJ** (2002) Brøset Violence Checklist. Searchable Inventory of Instruments Assessing Violent Behavior and Related Constructs in Children and Adolescents. URL: <http://vinst.umdj.edu/VAID/TestReport.asp?Code=BVC> (11.11.2004)

**Was empfehlen
Psychiatrie-Erfahrene zur Prävention von
Gewalt und Zwangsmaßnahmen während
stationärer psychiatrischer Behandlungen?**

Christoph Abderhalden
Gerda Malojer
Gianfranco Zaboni
Ian Needham

Hintergrund

Auf psychiatrischen Stationen kommt es relativ häufig zu Aggressions- und Gewaltereignissen und Zwangsmaßnahmen. Sie führen bei allen Beteiligten zu erheblichen Belastungen und können die therapeutische Arbeit und die Genesung der PatientInnen beeinträchtigen. Aggressionsereignisse und vom Personal wahrgenommene Fremdgefährlichkeit sind oft Anlass zu Zwangsmaßnahmen wie Zwangsmedikation und/oder Isolierungen. Diese Maßnahmen werden von den PatientInnen in den meisten Fällen als Demütigung, Kränkung oder Strafe erlebt, das Vorgehen wird von den Betroffenen oft als „brutal“ beschrieben, und viele PatientInnen meinen rückblickend, dass die Zwangsmaßnahmen vermeidbar gewesen wären [1]. Belastend ist für PatientInnen auch, wenn sie im Verlauf ihrer Klinikbehandlung selbst Ziel aggressiven Verhaltens von MitpatientInnen werden, oder wenn sie Zeugen von Aggressionsereignissen oder Zwangsmaßnahmen wurden [2, 3]. Gewaltvermeidung ist deshalb ein zentrales Ziel der modernen Psychiatrie. Entsprechend sind Aggressionsereignisse und ihre Prävention und Bewältigung auf psychiatrischen Abteilungen ein wichtiges Forschungsthema geworden, und es werden Anstrengungen unternommen, Gewalt zu vermeiden und das Aggressionsmanagement zu verbessern. Aufgrund der hohen Interaktionsdichte mit den PatientInnen spielt die Pflege dabei eine Schlüsselrolle.

Nur eine kleine Minderheit der inzwischen fast unübersehbar gewordenen Anzahl von Studien und Projekten zum Thema berücksichtigt explizit die Sichtweise der beteiligten und betroffenen PatientInnen. Bei den Studien handelt es sich in der Regel um Befragungen, in denen erhoben wird, wie PatientInnen Zwang (passiv) erleben [z.B. 4, 5, 6], oder in denen die Wahrnehmung von PatientInnen und Personal verglichen werden [7, 8]. Es gibt erst wenige Untersuchungen oder Projekte, in denen psychiatrieerfahrene Menschen explizit nach ihren Empfehlungen zur Aggressions- und Zwangsprävention befragt wurden, und in denen die Erfahrungen und das Wissen von PatientInnen zur Formulierung von präventiven Maßnahmen genutzt werden und den Psychiatrie-NutzerInnen damit eine aktivere Rolle zugebilligt wird [z.B. 9]. Aus der Schweiz sind uns bisher keine solchen Projekte bekannt.

In diesem Beitrag berichten wir über einige ausgewählte erste Teilergebnisse einer Studie, mit der Empfehlungen zur Gewaltprävention von Psychiatrie-NutzerInnen erfasst und den psychiatrischen Kliniken zur Verfügung gestellt werden sollen.

Methode und Material

Wir haben themenzentrierte Gruppen- und Einzelinterviews mit 17 Psychiatrieerfahrenen durchgeführt und die Gesprächsprotokolle und eine zusätzliche schriftliche Stellungnahme qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet.

TeilnehmerInnen

Die Anfragen zur Teilnahme wurden durch Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen an Personen weitergegeben, von denen bekannt ist oder mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, dass sie im Laufe von stationären psychiatrischen Behandlungen entweder selbst in tätliche Auseinandersetzungen verwickelt waren und/oder selbst Zwangsmaßnahmen erlebt haben und/oder Gewalt und Zwang als unbeteiligte Drittpersonen miterlebt haben, und von denen die Selbsthilfegruppenverantwortlichen oder MitarbeiterInnen der Beratungsstellen annehmen, dass ein Gespräch über Gewalt und Zwang keine zu große Belastung für die angefragten Personen darstellt.

Auf diese Weise fanden wir 17 Psychiatrieerfahrene, die sich mit einer Erklärung über die informierte Zustimmung zur Teilnahme an der Studie bereit erklärten. Unter den Befragten waren 5 Männer und 12 Frauen im Alter von 29 – 59 Jahren (MW 43 Jahre), die zwischen 1 und 29 Klinikaufenthalte erlebt haben (MW 8 Hospitalisationen). Als ihre psychiatrische Diagnosen nannten 5 TeilnehmerInnen eine Schizophrenie, 4 eine Manisch-Depressive Krankheit, 3 eine Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ und 1 Teilnehmer eine nicht näher bezeichnete Psychose. 10 der Befragten haben schon an Psychoseseminaren teilgenommen und 6 sind oder waren Mitglied einer Selbsthilfegruppe. Die TeilnehmerInnen wohnen in verschiedenen Regionen der deutschsprachigen Schweiz (Bern, Zürich, St.Gallen) und ihre Erfahrungen beziehen sich insgesamt auf mindestens 10 psychiatrische Kliniken.

Interviews


Wir führten drei Gruppeninterviews mit 7, 7 und 2 Personen durch, ein Teilnehmer wurde einzeln befragt. Die Interviews dauerten 90 Minuten. Wir führten sie nach einem Gesprächsleitfaden. In einem ersten Teil stellten wir eine Reihe offener Fragen, gegen Ende des Gesprächs sprachen wir einige vorher festgelegte Themen direkt an, falls diese nicht bereits spontan zur Sprache gekommen waren. Die Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet und anschließend unter Weglassung aller Orts- und Namensnennungen transkribiert. Eine Teilnehmerin hat uns eine zweiseitige schriftliche Stellungnahme zum Thema zugestellt, die wir den Transkripten hinzufügten. Für die Auswertung wurde das gesamte Material zusammengelegt.

Auswertung

In einem ersten Materialdurchgang haben wir inhaltstragende Textstellen markiert und inhaltliche Wiederholungen gestrichen. Die so extrahierten Text-

stellen haben wir mittels strukturierender und anschließend mittels zusammenfassender qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Bei der strukturierenden Inhaltsanalyse haben wir die Textstellen zunächst folgenden zwei Kategorien zugeteilt:

- Kategorie A: Nennung von Faktoren, welche Ärger, Abwehr, verbale oder physische Aggression provozieren können 
- Kategorie B: Nennung von Maßnahmen, welche Aggression oder Zwangsmaßnahmen verhindern helfen oder deren negative Folgen mildern können.

Im folgenden Analyseschritt haben wir die Textstellen inhaltlich zu *14 Themen* zusammengefasst.

Als einem letzten zusammenfassenden Schritt haben wir die Aussagen der Befragten in sprachlich vereinheitlichte *Empfehlungen* umformuliert. Dabei haben wir die *expliziten Empfehlungen* (Kategorie B aus der strukturierenden Analyse) direkt übernommen. Die Aussagen der Kategorien A und C haben wir als *implizite Vorschläge* aufgefasst und zu entsprechenden Empfehlungen umformuliert.

Alle Kodierungen wurden von jeweils mindestens zwei Mitgliedern des Projektteams (C.A., G.M., G.Z.) nach einem Konsensprinzip vorgenommen. Die Stimmigkeit der Kodierungen wurde außerdem durch eine weitere Person (I.N.) anhand von rund 10% des Datenmaterials kontrolliert. Die Glaubwürdigkeit (Validität) der Ergebnisse wird zur Zeit mit einer kommunikativen Validierung mit den Betroffenen („*member check*“) überprüft, in der die GesprächsteilnehmerInnen selbst zur Frage Stellung nehmen, ob ihre Erfahrungen und die Gesprächsinhalte korrekt wiedergegeben wurden.

Die Ethikkommission des Kantons St. Gallen hat den Studienplan geprüft und die Studie gutgeheißen.

Ergebnisse

Aus den Interviewdaten konnte eine große Zahl von impliziten oder expliziten Empfehlungen abgeleitet werden, die sich auf ganz verschiedene Aspekte der psychiatrischen Versorgung beziehen (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Themen

Menschenbild, Gesundheits- und Krankheitsverständnis	Information, Mitsprache, Zusammenarbeit
Psychiatrisches Versorgungssystem	Interessenvertretung
Therapieangebot in Klinik und Station	Team und Teamarbeit
Stationsumgebung	Wahrnehmung und Durchführung von Zwang
PatientInnengruppe auf der Station	Soziales Umfeld
Stationsregeln und -abläufe	Befürchtungen, Ängste
PatientInnen-Personal-Beziehung; Haltung der BetreuerInnen, Interaktions-/ Kommunikationsstil	Positive Erfahrungen

Einige der von den PatientInnen angesprochenen Themen haben mit grundsätzlichen Aspekten zu tun, etwa mit dem *Menschenbild* und dem *Gesundheits- und Krankheitsverständnis* (z.B. zu enges Störungsverständnis), mit der *Struktur des psychiatrischen Versorgungssystems* (z.B. fehlende Möglichkeit zur ambulanten Akutbehandlung) oder mit *Stigmatisierung*. Andere angesprochene Themen betreffen die Stationen: das *Therapieangebot*, die *Stationsumgebung*, *Stationsregeln und -abläufe* und die *PatientInnengruppe*. Großes Gewicht hatten Aspekte, die mit direkten *Personal-PatientInnen-Interaktionen* zu tun haben: Die Haltung der BetreuerInnen, der Interaktions- und Kommunikationsstil, Fragen von Information, Mitsprache, Zusammenarbeit und Interessenvertretung. Einige Anmerkungen betrafen das *Behandlungsteam* und ein weiteres Thema waren Aspekte der konkreten *Ausführung von Zwangsmaßnahmen*.

Im Folgenden werden wir neben allgemeinen Resultaten zur Machtthematik einige Ergebnisse zu den Themen *Menschenbild, Gesundheits- und Krankheitsverständnis, Struktur des psychiatrischen Versorgungssystems, Stationsumgebung, Stationsregeln und -abläufe* und *Personal-PatientInnen-Interaktionen* darstellen.

Macht – Ohnmacht - Aggression

Die Frage der Macht und der Machtverhältnisse wurde im Zusammenhang mit fast allen Themen angesprochen. Die Psychiatrie und die BetreuerInnen werden als übermächtig, machtausübend, auch als machtdemonstrierend und machtmisbrauchend erlebt, die eigene Position als PatientIn wird als ohnmächtig, ausgeliefert, machtlos beschrieben.

„Wenn man als Patient dann dort ist, hast du dann das Gefühl jetzt bist du weg vom Fenster. Jetzt bist du einfach dort versorgt und jetzt bist du ausgeliefert. Jetzt machen sie mit dir was sie wollen. Du kannst gar nichts machen“ (Textstelle 1256).

„Die Struktur: 'Ich bin oben und weiß was für dich gut ist, und du bist unten, und bist Kind' reicht schon aus, um permanenten Ärger auszulösen“ (5018).

„Das ist ein Problem der Hierarchie, denn der Arzt hat einfach Macht, und der Patient ist derjenige, der mit dieser Macht umgehen muss. Wenn nun der Patient an dieser Macht rüttelt, kommt es problematisch“ (4036).

„Ich bin zum Beispiel ein sehr freiheitsliebender Mensch. Ich kriege Zustände wenn ich lange eingesperrt werde oder bei Sanktionen oder auch wenn jemand Macht über mich ausüben will da habe ich Probleme“ (1092).

Diese Situation wird als dauernde Bedrohung der Integrität erlebt und scheint so etwas wie „ohnmächtige Wut“ zu bewirken, die sich dann in Aggression äußert. Aus der Perspektive der Psychiatrieerfahrenen ist es so, dass sie sich oft in Situationen wieder finden, in denen sie sich unwillkürlich wehren *müssen*. Wir hatten den Eindruck, dass aggressives Verhalten im Erleben der Betroffenen oft eine Art „Notwehr“, eine Art berechnete „Gegengewalt“ ist.

„Wenn jemand Macht über mich ausüben will da habe ich Probleme“ (1092).

„Und solange man sagt, wir sind oben, ihr seid unten, haben sie Eskalationen vorprogrammiert“ (3273).

„Da wird dir gedroht mit Ausgangssperre wenn du jetzt nicht aufstehst und an den Tisch sitzt. Das ist schon wieder Gewalt und Aggression und ein Ausüben von Macht“ (1155).

Nach Ansicht der Psychiatrieerfahrenen könnte viel Aggression, Gewalt und Zwang vermieden werden durch eine Psychiatrie mit keinem oder einem geringeren Machtgefälle zwischen PatientInnen und BetreuerInnen oder mindestens einem sensibleren und reflektierteren Umgang mit dem Machtgefälle. Therapeutische Interventionen werden manchmal als existentiell bedrohlich erlebt, können heftige Angst auslösen; die Betroffenen müssen gewissermaßen um ihr Leben kämpfen.

„Ich verstand nicht mehr, was jetzt passieren wird. Ich habe in der Verwandtschaft einen Onkel, der starb an Elektroschocks vor ungefähr dreißig, vierzig Jahren und ich habe das einfach im Kopf gehabt“ (2050).

„Dann wurde ich in ein Isolierzimmer geführt. Dann kam jemand mit einer Spritze auf mich zu. Dann rastete ich aus. Ich bin voll ausgerastet und schlug um mich. Dann kamen so sechs Pfleger auf mich um mich zu halten. Danach meinte ich effektiv, das sei eine Todesspritze“ (2052).

„Die hörten nicht auf mich und dass (mein Kind) jetzt gesund ist, grenzt an ein Wunder. Was die mir in der Schwangerschaft reinlassen wollten, darum habe ich mich so gewehrt. Dem Patienten mal zuhören was er sagt“ (1065).

Für die Betroffenen könnte ein einfühlsamerer und achtsamerer Umgang mit solchen Situationen Angst reduzieren und dadurch verursachte panische Abwehr vermeiden.

„Ich war schwanger und so wie die mit mir umgegangen sind und mich (mit Medikamenten) voll gestopft haben: Ich hatte Angst und die hörten mir einfach nicht zu“ (1064).

Die Betroffenen finden Aggression in vielen Situationen als eine völlig normale Reaktion, sie sind überzeugt, dass die meisten Menschen in ähnlichen Situationen genau so verärgert, wütend, aggressiv wären.

„Man wird am Laufband entwertet, nicht ernst genommen, in Situationen versetzt, in denen man sich natürlicherweise wehren müsste“ (5013).

„... und dann in diese lieblose Umgebung kommt, dann finde ich das völlig normal, wenn man mit Aggressionen reagiert!“ (3003).

„Stellen Sie sich vor, Sie sind gesund, Sie arbeiten normal, und Sie müssten jeden Tag bevor Sie auf die Arbeit gehen jemanden fragen, dass er Ihnen die Türe aufmacht und Sie müssten warten, bis der Zeit hat, Ihnen die Türe aufzumachen. Da muss man nicht krank sein, um zu reagieren“ (3007).

Menschenbild, Gesundheits- und Krankheitsverständnis

Die Gesprächsteilnehmer glauben, dass ein offeneres Menschenbild und ein breiteres Gesundheits- und Krankheitsverständnis zur Reduktion von Spannungen führen könnte, die entstehen, wenn sie sich einseitig wahrgenommen fühlen, wenn sie zum Beispiel den Eindruck haben, dass jedes alltägliche Verhalten pathologisiert oder psychologisiert wird.

„Wir brauchen Leute, die den Mensch als Ganzes sehen und nicht nur mit einem Körper mit einem Gehirn, sondern den Körper mit dem Geist. Also die Psyche, man sagt ja die psychische Krankheit, dass es von der Seele ausgeht“ (1140).

„Es wird vergessen, dass man nebst den kranken Anteilen auch gesunde hat“ (5002).

„Oder es gibt Leute, die zum Beispiel den normalen Menschenverstand ausschalten, und anfangen, irgendwie alles zu psychologisieren. Also es

ist nicht mehr eine Menschensache, sondern es ist eine Fall-Therapeut-Sache. Und immer wenn so Sachen laufen, regst du dich auf (3094).

„Man wird als Fall angesehen, entpersonalisiert. Meine Symptomatik ist die und die, deshalb verhalte ich mich so und so, meint das Pflegepersonal oder die Ärztin. Dass ich mich vielleicht aus anderen Gründen so verhalte, wird dabei ausgeschlossen“ (5004).

Psychiatrisches Versorgungssystem

Ambulante Akutbehandlungen, aufsuchende Kriseninterventionsdienste, therapeutische Wohngemeinschaften wie die Soteria, niederschwellige Anlaufstellen oder ähnliche Angebote könnten nach Ansicht der GesprächsteilnehmerInnen Aggression und Gewalt wesentlich reduzieren.

„Also mal ganz ganz grundsätzlich. Um dieses Problem abzuschaffen, das Sie ansprechen, müsste die Form „Klinik“ abgeschafft werden. Das ist meine Meinung. Ich glaube, die Form [der stationären Behandlung] an sich ist ein Problem“ (3001).

„Ich habe gute Erfahrungen gemacht mit (Institution). Da geht man drei mal 1½ Stunden in die Gruppentherapie in der Woche und man geht in den Sport, man geht schwimmen, man geht in die Kunsttherapie, und man hat noch Einzelgespräche und macht eine ärztliche Abklärung ;... man geht von zu Hause aus. Da schläft man zu Hause. Man gestaltet auch den Abend selber alleine“ (3309;3311).

„Man müsste auch Anlaufstationen draußen haben dass man da gar nicht mehr in einem so 100%igen Zustand hier rauf kommt; Dass man einfach den Zustand, bevor er ganz explodiert vermeiden kann“ (1095; 1097).

„ich war ja auch selber in der Soteria. Dort werden die Medikamente anders und gezielt eingesetzt. Man spricht auch miteinander“ (2116).

Personelle Kontinuität ist nach Meinung der Teilnehmenden gewaltpräventiv. Während Akutbehandlungen sollten vorbehandelnde ambulante TherapeutInnen beigezogen werden.

Stationsumgebung

Während Klinikaufenthalten sollten mehr Rückzugsmöglichkeiten vorhanden sein, es sollte mehr Möglichkeit geben, Ruhe zu finden.

„Man hat keine Möglichkeit wenn man aggressiv ist, dass man sich dann alleine zurückziehen kann. Unter diesem Umstand leiden dort sehr viele Leute“ (1215).

„... die Assistenzärztin sagte zu mir, ich müsse in der Klinik bleiben, ich bräuchte Ruhe dabei hatte ich gar keine Ruhe wenn alle Leute immer zu mir kamen. Zuhause hatte ich mehr Ruhe“ (1221).

„Ich bräuchte Ruhe, Zeit für mich, aber das geht nicht, weil ich das Zimmer mit jemandem teile und alle gemeinsamen Räume belegt sind oder immer wieder jemand reinplatzt“ (5007).

Eine große Bedeutung messen die GesprächsteilnehmerInnen der Bewegung im Freien zu, die oft ungenügend ist. Bezüglich Zimmerzuteilung sollte mehr auf die individuellen Bedürfnisse abgestellt werden können: Mehrbettzimmer werden sowohl aggressionspräventiv als auch spannungsfördernd erlebt.

„Sie meinten es wohl gut, aber was soll ich alleine in einem Zimmer. Ich drehte fast durch. Andere Menschen hätten mir noch gut getan. Dann schmiss ich alle meine Sachen aus dem Fenster. Auch das Kissen und die Decke, einfach alles (...) Da hätte man eigentlich merken sollen, dass ich nahe dem Nervenzusammenbruch war“ (2130).

Die TeilnehmerInnen betonen die gewaltpräventive Wirkung von offenen Stationen und von Möglichkeiten, auch in Akutphasen möglichst rasch viel Kontakt zur „normalen“ Umwelt zu haben, so früh als möglich Möglichkeiten zu haben, auch einmal zuhause zu übernachten.

„Alleine die Tatsache, dass du auf der Geschlossenen bist und die Türe ist zu, und wenn du raus willst, musst du immer fragen und je nach dem wie viel Ausgang du hast, darfst du raus oder nicht, das kann auch aggressiv machen“ (3006).

Stationsregeln und -abläufe

Stationsregeln und -abläufe nahmen in den Gesprächen viel Raum ein. Einerseits sind die Psychatrieerfahrenen der Ansicht, dass berechenbare Regeln wichtig sind, und dass sie konsequent eingehalten werden sollten. Viele Regeln werden allerdings als stur oder wenig sinnvoll angesehen. Andererseits ist es von großer Bedeutung, dass Ausnahmen möglich sind. Die Pflicht zur Anwesenheit bei Mahlzeiten sollte flexibler gehandhabt werden.

„Regeln sind nötig, aber teilweise sind sie unsinnig, ja. Aber dort wird's halt schwierig“ (1194).

„Das Problem ist, wenn du eine feste Struktur hast, dann ist sie nicht flexibel. Das heißt, sie kann sich nicht auf dich anpassen, sondern du passt dich der Struktur an. Und das ist schon ein Stress. Du bist krank und du hast dich anzupassen“ (3140).

„Ich habe keinen Hunger und möchte deshalb nicht ins Esszimmer. Ich habe dazusitzen und zuzusehen, wie die anderen essen, weil Essenszeit ist. Ich habe keine Essstörung“ (5001).

„Einfach so Regeln ja, aber man muss es individuell bei den Patienten auch anschauen. So heißt es, immer am Mittag sitzen alle an einem Tisch. Aber es gibt Fälle, da ist es einfach nicht mehr möglich und die braucht Ruhe und kann jetzt einfach nicht an diesem Tisch sitzen“ (1154).

„Hier aber in der Klinik darfst du nicht sagen, ‚Ich esse jetzt kein Frühstück‘. ‚Wieso isst du jetzt keinen Zmorgen‘, oder: ‚hat Sie wohl Anorexie, vielleicht ist das eine Anbahnung‘, oder... oh Gott..“ (3106).

„Ja, wenn man mehr zuhört, dann werden die Regeln auch etwas individueller. Es wäre im Grunde genommen ganz einfach“ (1197).

PatientInnen-Personal-Beziehung; Haltung der BetreuerInnen, Interaktions-/ Kommunikationsstil

Die TeilnehmerInnen sind der Ansicht, dass sehr viel Aggression und Gewalt allein schon dadurch vermieden werden könnte, wenn mehr auf die Meinung der PatientInnen gehört würde. Sie haben oft den Eindruck, dass ihre Meinung weder wichtig ist noch gehört wird, dass ihre Bedürfnisse nicht wirklich ernst genommen werden, dass auch Anzeichen einer Eskalation nicht beachtet werden.

„Man wird nicht als vollwertigen Menschen behandelt, der eine eigene Meinung und Vorstellungen hat“ (5000).

„A: Aber der Weg ist ja manchmal auch der, dass bis jemand so ausrastet, bis man ihn in das Zimmer tun muss, da gibt es eine Vorgeschichte...“

B: ..Weil er vorher nicht verstanden worden ist...“

C: ...Wie viele Male hat er gesagt ich möchte gerne das und das? Wie viele Male geflucht und gegen die Wand geschlagen? Wie viele Male einen anderen Patient angegriffen? Und nichts ist passiert“ (1083; 1084; 1085).

„Ich wollte eigentlich nur, dass jemand einmal im Tag mit mir raus geht. Nur mal nach frischer Luft schnappen. Ich hätte sterben können dort drinnen. Es war alles so zu. Die hörten mich nicht in meiner Verzweiflung. Das war für mich ernst“ (1120).

„Ich fühlte mich oft auch so alleine und nicht verstanden. Ich dachte, ich rede an eine Wand“ (1191).

Die Art der Interaktionen wird als bevormundend erlebt, der Tonfall als nicht adäquat und provozierend, besonders dann, wenn Konflikte in der Stations-öffentlichkeit stattfinden.

„Wenn man von der Transaktionsanalyse ausgehen würde, dann geht es nicht Erwachsener-Erwachsener sonder Erwachsener-Kind. Gespräche laufen häufig so ab, dass man dich wie ein Kind behandelt. Als Erwachsener hast du einfach Mühe, auch in welchem Ton es daher kommt, egal was dann noch gesagt wird“ (3089).

„... es gibt manchmal einen richtigen Tumult, nur weil sie den falschen Ton treffen. Weil sie massiv Druck ausüben, nur weil sie nicht wissen, wie sie's sonst machen sollen. ‚Jetzt machst du! Jetzt sollst du! Nein das darfst du nicht und jetzt gehst du in dein Zimme‘. ‚ Da fühle ich mich als erwachsener Mensch nicht mehr mündig, da fühle ich mich wie ein kleines Kind. Dann werde ich hässig...“ (1134).

„I: Und es eskaliert, sagen Sie, auch viel, weil es in der Öffentlichkeit vor allen Leuten, vor allen da diskutiert wird?“; P: „Ja, und dann ganz ganz private Sachen teilst du mit der ganzen Abteilung. Dann wirst du einfach noch hässiger...“ (3049; 3251).

Information, Mitsprache, Zusammenarbeit

Eine entscheidende aggressions- und gewaltpräventive Maßnahme ist nach den Schilderungen der Betroffenen eine gute Information, echte Mitsprache bei der Planung der Pflege und Behandlung, eine partnerschaftliche Zusammenarbeit.

„Aber wenn ich einfach vor Sachen gesetzt werde, auch wenn's noch so eine gute Entscheidung ist, solange ich nicht das Gefühl habe, das ist eine gute Entscheidung, weil ich sie überhaupt nicht nachvollziehen kann, dann komme ich sofort mit Blocken“ 3278).

„Ich habe herausgefunden, wenn ich mit ihnen rede, ihnen erkläre, ich will das nicht machen, weil ich fühle mich nicht wohl, weil das und das, dann heißt es, nein, es ist so und so, weil so und so, und dann muss ich. Und ich kann noch so lange diskutieren, ich werde nicht gehört. Man hört mir nicht zu. Einfach nicht“ (3282).

„Es gibt endlos viele Beispiele, die aufzeigen können, wie Aggressionen ausgelöst werden. Wie soll man sich kooperativ zeigen, wenn keine Kooperation von der Gegenseite kommt“ (5012).

Besonders wichtig scheint die frühzeitige Information, die Möglichkeit der Mitsprache vor Entscheidungen über die Medikation und das Einbeziehen der Erfahrungen der PatientInnen bei der medikamentösen Therapie zu sein.

„Auch das über den Patienten geredet wird und nicht mit ihm, das ist auch so eine Sache. Da kommst du am Morgen ins Stationszimmer in der Aufnahme, hebst die Hand und dann hast du auf einmal eine grüne Tablette mehr“ (1189).

„Der Doktor X hat das verordnet die ganze Menge. Dann schmiss ich das Zeugs auf den Tisch und sagte, ich nähme ab sofort gar nichts mehr. Da war ich dann schon an der Decke. Wenn man mir gesagt hätte, der Doktor hat dies und jenes angeordnet, dann hätte ich darauf reagieren können und gesagt, dass ich noch einmal mit ihm darüber sprechen möchte, da ich nicht einverstanden sei“ (1191).

„Ich habe jahrelange Erfahrung mit Medikamenten und merke, dass mir ein Medikament nicht gut tut. Ich spreche es an und es gibt keine Diskussion darüber. Der Arzt weiß was er tut, ich habe so genannt keine Ahnung“ (5009).

Die TeilnehmerInnen berichteten von der provozierenden Erfahrung, dass ihnen Fachinformationen nicht zugänglich gemacht wurden (z.B. über Diagnose, über Medikamente), und dass sie mit einigen allgemeinen beschwichtigenden Worten „abgespeist“ wurden.

„Ich erfahre, dass ich die und die Diagnose habe, möchte mehr darüber wissen, da der Arzt keine Zeit hat, mir zu erklären, was ich wissen will, möchte ich es selbst nachlesen. Der Arzt und das Pflegepersonal weigert sich mir ein Buch aus dem Stationszimmer auszuleihen. Sie meinen es wäre für meine Gesundheit nicht förderlich etwas zu lesen, das mir Angst machen würde, weil ich es nicht verstehe“ (5005).

Die TeilnehmerInnen möchten die Möglichkeit zum Wechsel von TherapeutenInnen oder der Bezugsperson in Fällen, in denen kein Vertrauensverhältnis entsteht.

„Weil, es gibt Leute, mit denen kannst du es besser und mit andern kannst du es schlechter. Ich meine, wenn du einfach grundsätzlich mit jemandem zusammen sein musst, mit dem du es schlechter kannst, nur weil das jetzt einfach zugeteilt worden ist, und es keine Diskussion gibt, ich meine, dann ist das natürlich ein Grund, um mehr Eskalationen zu haben, wie wenn das nicht der Fall ist“ (3257).

„Ja, man kann ja (Bezugsperson) zuteilen, und wenn dann jemand sagt, „Ich komme mit dieser Person nicht aus“, dass man dann umteilt“ (3264).

Diskussion

Ziel dieser Untersuchung ist es, Empfehlungen von Betroffenen zur Prävention von Aggression, Gewalt und Zwang zusammenstellen. Die (hier nur zu einem kleinen Teil berichteten) bisherigen Auswertungen der Interviewdaten zeigen, dass das Befragen der Direktbetroffenen Informationen ergibt, aus denen eine große Zahl von praktischen Empfehlungen abgeleitet werden können. Die Ergebnisse bestätigen unserer Ansicht nach den großen Wert, der aus dem Dialog mit Betroffenen für die psychiatrische Arbeit gezogen werden kann.

Die TeilnehmerInnen an den Gruppeninterviews sind besonders erfahrene und kritische PatientInnen, die alle mehrere Hospitalisationen in verschiedenen Kliniken erlebt haben und sich mit ihrer Krankheit und Behandlungen intensiv auseinandergesetzt haben und die aufgefordert waren, Verbesserungsvorschläge zu machen. Diese Tatsache und der qualitative Studienansatz erlauben keine Aussagen über die Häufigkeit der von den Befragten erwähnten aggressions- und gewaltprovozierenden Faktoren, und auch keine Aussagen darüber, inwieweit die erhobenen Erfahrungen (statistisch) repräsentativ sind. Andererseits war dank der großen Erfahrung der Befragten sehr viel konkrete Psychiatrieerfahrung repräsentiert.

Die in dieser Studie erfassten Themen decken sich in vieler Hinsicht mit Ergebnissen ähnlicher Untersuchungen aus Skandinavien, Großbritannien und den USA und spiegeln Erfahrungen von PsychiatriepatientInnen weltweit zu. Die große Bedeutung interaktiver Faktoren als Auslöser von Aggression und Gewalt wird von verschiedenen empirischen Studien bestätigt. Die Vorschläge der Befragten unterstreichen auch die Wichtigkeit von Ansätzen wie einer möglichst ambulanten Behandlung auch Akutkranker, der Bestrebungen nach einer offenen Psychiatrie, den Ansätzen zur Zusammenarbeit mit PatientInnen zum Beispiel mittels Behandlungsvereinbarungen, der Anstrengungen zur Verbesserung der PatientInneninformation, zur Individualisierung von Pflege und Therapie, zur Etablierung eines konstanten Dialogs zwischen Betroffenen und Profis, zur Verwirklichung möglichst großer Klientensouveränität.

Schlussfolgerungen

Die Befragung von Psychiatrieerfahrenen ist ein viel versprechender Ansatz, um Hinweise zur Prävention von Aggression, Gewalt und Zwang zu gewinnen. Zentrale Ansatzpunkte für die Gewaltprävention scheinen in einem sensiblen und selbstkritischen Umgang mit den Machtverhältnissen in der Beziehung der psychiatrisch Tätigen zu den PatientInnen zu liegen, in flexiblerem Beachten der individuellen Situation und Bedürfnisse, in offenerer Information und in einer partnerschaftlichen Kommunikation und Zusammenarbeit.

Dank

Wir danken den InterviewteilnehmerInnen herzlich dafür, dass sie mit uns offen über ihre zum Teil schwierigen Erfahrungen gesprochen haben. Der Gesundheitsdirektion des Kantons St. Gallen danken wir für die finanzielle Unterstützung des Projekts.

Literatur

1. **Finzen A, Haug HJ, Beck A, Lüthy D** (1993) Hilfe wider Willen: Zwangsmassnahmen im psychiatrischen Alltag. Psychiatrie-Verlag, Bonn
2. **Kumar S, Guite G, Thornicroft G** (2001) Service users' experience of violence within a mental health system: A study using grounded theory approach. *Journal of Mental Health* 10(6): 597-611
3. **Pieters V** (2003) Macht - Zwang - Sinn. Psychiatrie-Verlag, Bonn
4. **Sequeira H, Halstead S** (2002) Restraint and seclusion: service user views. *The Journal of Adult Protection* 4(1): 15-24
5. **Kjellin L, Andersson K, Bartholdson E, Candefjord IL, Holmstrom H, Jacobsson L, Sandlund M, Wallsten T, Ostman M** (2004) Coercion in psychiatric care - patients' and relatives' experiences from four Swedish psychiatric services. *Nordic Journal of Psychiatry* 58(2):153-159
6. **Hoekstra T, Lendemeijer HH, Jansen MG** (2004) Seclusion: the inside story. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11(3):276-283
7. **Soliday SM** (1985) A comparison of patient and staff attitudes toward seclusion. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 173(5):282-291
8. **Petti, TA, Mohr WK, Somers JW, Sims L** (2001) Perceptions of seclusion and restraint by patients and staff in an intermediate-term care facility. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 14(3): 115-127
9. **Love CC, Hunter M** (1999) The Atascadero State Hospital experience. Engaging patients in violence prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 37(9): 32-36

**Klientensouveränität
in der psychiatrischen Pflege:
Historische Entwicklung - Vision für die Zukunft**

Francis C. Biley

Aus dem Englischen übersetzt von Arno Schedler

Einführung

Zumindest theoretisch, scheint in der gesamten entwickelten Welt die Selbstbestimmung der im Bereich der psychiatrischen Pflege involvierten Personen, Kunden bzw. Patienten, auf jeder Ebene, von strategischen Überlegungen zu Serviceangeboten bis hin zu Behandlungsmethoden, eines der Hauptziele geworden zu sein. In Großbritannien, quer durch Europa, in Skandinavien, Australien und Amerika wurde das Problem einer erfolgreichen Umsetzung von Klientensouveränität (Anm. des Übers.: Im Original der im Deutschen ungebrauchliche Begriff: Stakeholder Souveränität), eines Konzepts, welches auf vielen verschiedenen Wegen beschritten wurde, unter Verwendung verschiedenster Bezeichnungen wie Ermächtigung, Kundenzufriedenheit, Mitspracherecht, Demokratisierung, Patientenentscheidung, Selbstbestimmung u.s.w., zu einer der größten Herausforderungen für die gegenwärtige psychiatrische Pflegepraxis.

Das Thema ist außerordentlich komplex und ich kann hier lediglich einen kurzen Überblick über die Hauptströmungen geben, darüber, was ich Klientensouveränität nennen werde. Klientensouveränität bezeichnet einen Zustand, in dem Menschen, die in irgendeiner Form der Psychiatrie als Betroffene gegenüber stehen, komplette Kontrolle haben über ihre Pflege, Behandlung und Lebensplanung.

Ich werde kurz den historischen Hintergrund der Klientensouveränitätsbewegung darlegen, das Mitbestimmungs-Kontinuum und andere theoretische Konstrukte, dieses Thema betreffend untersuchen, um dann einen Blick auf die gegenwärtige Situation zu werfen und zuletzt Wege vorschlagen, wie eine Machtumverteilung erfolgreich erreicht werden könnte.

Klientensouveränität - eine historische Betrachtung

In einer genauen historischen Analyse von Klientensouveränität identifizierte Rush [14] zahlreiche Stufen in der Bewegung (siehe Abbildung1). Seit sehr langer Zeit, vielleicht schon vor dem Mittelalter, wurden Menschen, die mit psychischen Problemen zu kämpfen hatten, als moralisch degeneriert angesehen. Sie wurden isoliert, kontrolliert und bestraft (in den frühesten Einrichtungen lebten sie gefesselt und angekettet in einer Zoo ähnlichen Umgebung), was das Ergebnis einer Sichtweise war, nach der diese Menschen als moralisch instabil, zu wenig gläubig und vom Teufel besessen galten [12].

Diese Ansichten hielten sich bis zum Ende des 18. Jahrhundert, als sie, möglicherweise als eine Folge der Aufklärung, durch liberale Behandlungen und Pflegeumgebungen verdrängt wurden. Das Zeitalter der moralischen Degeneration wurde abgelöst durch das Zeitalter der moralischen Führung. Pflege und Behandlung waren charakterisiert durch einen liberaleren Zugang als vorher und wurden von Schlüsselpersonen wie Pinel und Tuke initiiert.

Der Gebrauch mechanischer Einschränkungen wurde minimiert und die Atmosphäre, in welcher Pflege stattfand, wurde heimeliger und einladender. Eine sehr interessante Komponente aus dieser Phase war die Arbeit von Jean Baptiste Pussin, Pflegedienstleiter an Pinels Krankenhaus in Bicetre in Frankreich, der, selbst an Depressionen leidend, genesende Patienten als Personal rekrutierte, im Glauben dass diese eine bessere Pflege gewährleisten würden, aufgrund der Einsichten, welche sie aus ihren eigenen Erfahrungen mit psychiatrischen Gesundheitssystemen gewonnen haben. Dies deutet auf eine erste Stufe, ja vielleicht sogar eine erste Instanz von Betroffenen in der Pflege hin. Während dem späten 19. Jahrhundert folgte eine Entwicklung der Psychiatrie, eine Professionalisierung und Medizinisierung von Problemen mit der Psyche, die in der Mitte des 20. Jahrhunderts gipfelte. Krankheiten wurden mehr und mehr klassifiziert, gleichzeitig entwickelten sich professionelle Experten, welche sich um eine totale Kontrolle ihres Fachgebietes bemühten. Die Pflege verinnerlichte ein medizinisches Pflegemodell und Pflegen konzentrierte sich auf Versorgung und Compliance und minimierte die Miteinbeziehung der zu Pflegenden.

Abb. 1: Stufen der Entwicklung von Klientensouveränität
(nach Rush 2004)

Entwicklungsstufe	Zeit	Charakteristik
Zeitalter moralischer Degeneration	Vor 1800	Isolation, Kontrolle, Bestrafung
Zeitalter moralischer Führung	ab der Mitte des 17. Jh	Respekt und Fürsorge, angenehme Umgebung/Umwelt
Zeit der psychischen Krankheit	spätes 18. Jh.	Verwendung des biomedizinischen Modells; Krankheitsklassifizierung; Diagnose und physikalische/ pharmakologische Behandlung; Betonung auf Compliance
Zeitalter des Modells der Integration von Behinderung	Ab den 60-er Jahren des 20. Jh.; sich beschleunigend	Bekämpfung von Diskriminierung Und Stigmatisierung; Ziel ist das Führen eines erfüllten Lebens

Patienten wurden zu passiven Empfängern von Pflege. Zu guter Letzt, und damit bringen wir den Verlauf auf den aktuellsten Stand, sei gesagt [14], dass wir nun in eine Zeit der Integration von Behinderung hineintreten [16]. Diese ist charakterisiert durch die Konzentration auf die Bekämpfung diskriminierender Praktiken und einer Beendigung der Stigmatisierung von Menschen, die mit psychischen Gesundheitsproblemen zu tun haben.

Ideologisch gesehen bekräftigt diese Zeit wieder die Idee, dass diese Menschen Rechte und Verantwortung haben und sie konzentriert sich auf die Notwendigkeit, dass Individuen die Möglichkeit haben sollen, Lebensmuster zu leben, welche für sie erfüllend und bedeutungsvoll sind. In dieser Ära sollen Menschen die Möglichkeit haben Souveränität zu erreichen, vollständige Autonomie, mit dem Recht Entscheidungen zu treffen über die Versorgung mit Diensten im weitesten Sinn und auch über die persönliche Behandlung, Rehabilitation und Lebensmöglichkeiten. Basierend auf diesem Ansatz behaupten Bertram und Stickley [2] dass es *„das Wesen der den sozialen Aspekt einschließenden psychiatrischen Gesundheitspraxis ist, die Person zu befähigen wieder ein Leben aufzubauen, welches ihm oder ihr wertvoll und bedeutungsvoll ist“* (Seite 394).

Das Mitbestimmungs-Kontinuum

Wie man aus der geschichtlichen Entwicklung von Klientensouveränität ersehen kann, wurden verschiedene Positionen im Mitbestimmungs-Kontinuum definiert. Diese Positionen reichen von kompletter Passivität – das eine Ende, bis hin zu kompletter Teilnahme und Kontrolle - das andere Ende des Kontinuums. Modelle einer Miteinbeziehung von Klienten wurden entworfen [1], sie beschreiben die derzeitige Entwicklung. Die klientenorientierte Bewegung war charakteristisch für den Ansatz in den frühen 90-er Jahren, als Klienten aufmerksam gemacht wurden auf die Wahlmöglichkeiten, die ihnen möglicherweise offen standen, und als sie auch tatsächlich die Möglichkeit bekamen aus diesen möglichen Optionen ihre Entscheidung zu treffen. Im Anschluss daran, Mitte der 90-iger, konzentrierte sich das Empowerment oder demokratische Modell darauf, Unausgewogenheiten in der Machtverteilung zu überwinden, indem man die Klienten in jede Phase des Planungsprozesses mit einbezog. Zu guter Letzt schlägt das Modell der Klientensouveränität vor, dass Unausgewogenheiten in der Machtverteilung anerkannt und akzeptiert werden (anstatt sie zu bekämpfen), dass aber zugleich Ansichten und Meinungen von Klienten gehört und wertgeschätzt werden sollen.

Ähnlich haben Hickey und Kipping [9] ein ideales Vier-Punkte-Klienten/Demokratisierungs-Kontinuum beschrieben, welches folgende Positionen umfasst:

- 1) Klienten erhalten Informationen und Erklärungen für die der Behandlung zu Grunde liegenden Entscheidungen, werden aber nicht in die Entscheidungsfindung eingebunden.
- 2) Ansichten und Meinungen des Klienten werden überdacht und können in Betracht gezogen werden, wenn Behandlungen entschieden werden.

3) In der „Partnerschaftsposition“ werden Behandlungen erst vorgenommen, nachdem zwischen allen Parteien Übereinstimmung darüber erzielt wurde, welche der möglichen Behandlungen die beste sei.

4) Der Klient trifft alle Entscheidungen selbst, inklusive derer, ob er überhaupt jemanden in den Entscheidungsfindungsprozess miteinbeziehen will. In Abhängigkeit vom Ausmaß der Entscheidungsfindungsaktivität werden manche dieser Entscheidungen individuelle oder kollektive Auswirkungen haben.

Abb. 2: Das Mitbestimmungs-Kontinuum

(Hickey und Kipping, 1998)

Information		Anhörung	Partnerschaft	Klienten Kontrolle
Konsument				Demokratisierung

Die Realität der gegenwärtigen Situation

Die Betonung auf und der Weg zu einer Klientensouveränität während der letzten etwa 30 Jahre sollte eigentlich zu einer Situation geführt haben, in welcher Klienten weitestgehende Kontrolle über ihr eigenes Schicksal haben, Mitspracherecht haben bei der Planung von Versorgungsdiensten und aus möglichen Behandlungen ihre eigenen auswählen können. Trotzdem, obwohl es einige theoretische Grundlagen gibt, der Gesetzgeber eine gemeinsame Bewegung verlangt und es auch eine breite Palette von Klientensouveränitätsorganisationen gibt, um die Rechte derer zu schützen, die mit Psychiatrie zu tun haben, weist eine kurze Untersuchung der Literatur darauf hin, dass wir noch weit von einer Klientensouveränität entfernt sind (vgl. z.B. [8]). Hickey und Kipping [9] haben eine Anzahl von Faktoren identifiziert, welche einen negativen Einfluss auf den erreichbaren Grad von Klientensouveränität oder Demokratisierung haben können (Abb. 3).

Abb. 3: Einschränkungen, welche einen negativen Einfluss auf Klientensouveränität haben

Einschränkung	Beispiel
Probleme des Klienten	Will sich nicht an der Behandlung oder anderen Problemstellungen beteiligen
Organisations- Kultur	hierarchisch, eingeschränkte Ressourcen, zu wenig Bekenntnis zur Demokratisierung

Professionelle Kultur	Nur professionelle Experten verstehen psychische Probleme; kulturell geprägtes Arztbild; psychiatrischer Imperialismus, Kontrolle, Glaube, dass Patienten keine gültigen Ansichten haben können; gesellschaftliches Umfeld: negative Stereotypen, Furcht, zu wenig Verständnis und Engagement
gesellschaftliches Umfeld	negative Stereotypen, Furcht, zu wenig Verständnis und Engagement

Forschungsergebnisse deuten auf störende Faktoren hin, mit denen sich Klientensouveränität in der heutigen Wirklichkeit auseinandersetzen muss. Beispielsweise in Finnland, wo, obwohl Zwangspraktiken wie der verstärkte Einsatz von Medikation, Einschränkungen und Absonderung von Patienten von einigen als ethisch problematisch betrachtet wurden, die Mehrheit der in solche Praktiken involvierten Pflegepersonen (es ist schwer, das „Pflege“ zu nennen) nicht von den ethischen Aspekten ihrer Tätigkeiten betroffen zu sein schien [11]. In Anbetracht dessen, dass beinahe die Hälfte (44%) aller stationär psychiatrischen Patienten in Finnland Opfer von Zwangsmaßnahmen sind [11, S. 380], scheint dies doch ein erhebliches Problem zu sein. Ebenso trat es im benachbarten Norwegen in Augenschein [10]. Im Vereinigten Königreich haben Bertram und Stickley [2] herausgefunden, dass „*in die Kultur der psychiatrischen Gesundheitsversorgung eingebettete defensive Praktiken, patriarchalische Haltungen...und abgestandene Ansichten*“ (S. 387) als mildernd gegenüber Zwangspraktiken gesehen wurden und eine Spannung aufgezeigt haben zwischen der Notwendigkeit Pflege zu bieten auf der einen Seite und sozialer Kontrolle, Überwachung und Risiko Management auf der anderen. In einer Studie über die Wahrnehmung von Rollen psychiatrischer Pflegepersonen[13], hat man herausgefunden, dass diese als Verwalter gesehen werden, welche in die Ausübung physikalischer Maßnahmen involviert sind, oder als Beauftragte, die psychologische und andere nicht therapeutische Interventionen durchführen und schließlich als die, die Medikamente verabreichen. Letzteres wurde als „*einer der wichtigsten Aspekte in der Rolle der psychiatrischen Pflegeperson gesehen*“ (S. 718) und könnte zu einem Interessenskonflikt mit der Rolle der Pflegeperson als Fürsprecher führen. Anderswo haben Cutcliffe u.a. [5] herausgefunden, dass weniger als die Hälfte aller Klienten von psychiatrischen Gesundheitseinrichtungen in die Erarbeitung ihrer eigenen Pflegeplanung miteingebunden waren und es wurde auch deutlich, dass psychiatrische Pflegepersonen, die Patienten zuhause versorgen, „*es verabsäumt haben auf die Vorschläge der Klienten, ihre Medikation betreffend, zu hören*“ [4]. Man hat ebenso herausgefunden, dass in der Psychiatrie Tätige dazu tendierten, die Bedürfnisse ihrer Klienten zu überschätzen, wenn sie die Bedürfnisbeschreibungen der Klienten selbst

hören [8] und dass, wann immer ein Konflikt zwischen beiden Standpunkten auftritt, die Ansichten des Klienten hintangestellt werden, zugunsten der Professionellen.

Lösungen: Förderung von Klientensouveränität

Obwohl die Situation, wie sie oben beschrieben wird, weit entfernt vom Idealzustand zu sein scheint, gibt es eine Anzahl von Strategien, die angewendet werden können um Klientensouveränität voranzutreiben. Ich werde hier nur ein paar davon kurz erwähnen und verweise die Leser auf die Originalschriften mit detaillierteren Darstellungen über Strategien und Interventionen. Um Klientensouveränität voranzutreiben, sollten psychiatrische Gesundheitsberufe, genauso wie Klientengruppierungen, überlegen Folgendes durchzuführen:

- Gruppen zur Steigerung moralischer Reflexion und zur Diskussion moralischer Dilemmas [11].
- Entwicklung von Alternativen zu physischer Einschränkung und Absonderung [17] und anderen Formen der Anwendung von Gewalt und Zwangsmaßnahmen.
- Einrichtung von Gesprächsforen, die auch das Tabu „Zwangsmaßnahmen“ [15] bekämpfen sollen.
- Am wichtigsten: *„Pfleger müssen den Ansichten der Klienten über deren seelische Verzweiflung Gehör schenken...“*[14, S. 317] und ebenso deren Willen anerkennen, an einer Entscheidungsfindung teilzunehmen [3].
- Training in den Prinzipien von Empowerment und Selbstbestimmungstraining für die Klienten [8].
- Überwindung des Systems, in welchem *„Machtungleichgewichte fort-dauern und Klienten immer weiter entmachtet werden, durch ein System, das deren Sachverstand unterminiert“* [7, S. 97], beispielsweise durch Förderung effektiver Klientenbeteiligung in Ausbildungsprogrammen für Gesundheitsberufe.

Schlussfolgerungen

Es liegt auf der Hand, dass Klienten psychiatrischer Gesundheitsdienste die Experten sind, wenn es darum geht, mit dem Nachteil leben zu müssen, mit psychiatrischen Gesundheitseinrichtungen zu tun haben [6]. Wie auch immer, nach Rush [14] *„gibt es eine anhaltende Spannung zwischen der Sichtweise, dass Klienten psychiatrischer Gesundheitseinrichtungen rationale Menschen sind, die ein Recht darauf haben in ihre eigene Behandlung und Pflege miteinbezogen zu werden, und der Sichtweise, dass sie eine Gefahr für sich selber und andere sind und daher ihre Freiheit und ihre Rechte eingeschränkt werden müssen“* (S. 317).

Die Kultur psychiatrischer Pflege bleibt „eingetaucht in einen Diskurs von Behandlung und Pflege, Kontrolle und Kooperationsbereitschaft und professioneller Sachkenntnis“ [18, S. 654], während „Professionelle immer noch Unwillens sind darüber nachzudenken ihre Macht mit dem Patienten zu teilen und die Ansicht, der Profi weiß es immer noch am besten, sich immer noch durchsetzt“ [8, S. 292].

Idealerweise sollten die Worte, die Sie hier lesen, von einem Klienten des psychiatrischen Gesundheitssystems geschrieben worden sein, was sie aber nicht sind. Sie wurden von einem psychiatrischen Pflege-Profi verfasst. Ich rate Ihnen daher, diese Worte mit extremer Vorsicht zu genießen. Obwohl ich mein Bestes versucht habe, die Ansichten derer, die mit psychiatrischen Gesundheitseinrichtungen in Berührung kommen, möglichst genau zu repräsentieren, sind es am Ende doch nur diese selbst, die Erfahrungen mit psychiatrischen Gesundheitseinrichtungen haben oder hatten, die Sie über dieses Thema wirklich unterrichten könnten.

Nachdenkbox Eins

Sie sind in einem Raum zusammen mit einer großen Gruppe von Menschen, vielleicht bei einer Tagung, umgeben von Freunden, Kollegen und anderen Leuten aus Gesundheitsberufen. Der Redner vor Ihnen auf der Bühne fragt ob Leute hier sind, die eine psychische Krankheit haben oder gehabt haben und ob diese dann, die sich schon einmal sehr traurig gefühlt haben, Stimmen gehört haben, suizidal gewesen sind, zu viel Alkohol trinken, nach illegalen Drogen süchtig sind, oder ihre Hände so oft waschen bis diese rau und rot werden, sich zu erkennen geben würden indem sie aufstünden. Wie fühlen sie sich? Bedroht, verlegen, unfähig oder nicht bereit ihr wahres Ich zu zeigen, oder fühlen sie sich verlegen für die anderen, welche tatsächlich aufstehen? Psychische Krankheit ist etwas Privates, Stigmatisiertes, nicht das, was psychiatrische Pflegepersonen erfahren sollten. Und wenn doch, sollte es ihnen erlaubt sein weiter zu arbeiten? Warum sind wir, oder sie, irgendwie anders als andere? Stigma, Stigma, Stigma,...

Nachdenkbox Zwei

Ich laufe durch ein Krankenhaus auf dem Weg zu der Station, auf der ich arbeite. Ein Patient grüßt mich, „Guten Morgen“, sagt er, auf eine einladende und freundliche Art. Er ist vielleicht schon seit 20, 30 oder noch mehr Jahren ein Patient, sein schlurfender Gang und sein Gesamteindruck deuten darauf hin. Und ganz plötzlich, wie aus dem Nichts, ändert sich meine Realität. Ich habe eines dieser Aha-Erlebnisse. Ich bemerke plötzlich, dass ich nicht ein Pfleger bin, der zur Arbeit geht, sondern ein Besucher. Ich bin ein Besucher im Heim dieses Patienten, dieser Person. Das Krankenhaus ist kein Krankenhaus, es ist ein Zuhause, es ist das Zuhause eines Patienten.

Nachdenkbox Drei

Können Menschen, die mit psychischen Problemen zu tun haben, gültige Meinungen haben?

Kann physische Einschränkung jemals rechtmäßig sein?

Wie können Menschen mit psychischen Problemen ihre Interessen am besten repräsentieren?

Dürfen diese Menschen gültige Lebensentscheidungen treffen? Tun sie es?

Haben Menschen, die mit psychiatrischen Gesundheitseinrichtungen zu tun haben, die gleichen Möglichkeiten für eine gute und einträgliche Ausbildung und Erwerbstätigkeit?

Literatur

1. **Barnes D, Carpenter J, Bailey D** (2000) Partnerships with service users in interprofessional education for mental health: a case study. *Journal of Interprofessional Care* 14:189-200
2. **Bertram G, Stickley T** (2005) Mental health nurses, promoters of inclusion or perpetrators of exclusion? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12:387-395
3. **Biley FC** (1992) Some determinants that effect patient participation in decision-making about nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 17:414-421
4. **Coffey M, Higgon J, Kinnear J** (2004) 'Therapy as well as tablets': and exploratory study of service users' views of community mental health nurses' (CMHNs) responses to hearing voices. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11:435-444
5. **Cutcliffe J, Dikintis J, Carberry J, Tiley C, Turner S, Anderson-Moll D, Cooper W** (1997) User's views of their continuing care community psychiatric services. *International Journal of Psychiatric Nursing Research* 3:382-394
6. **Davies BR** (2005) Coercion or collaboration? Nurses doing research with people who have severe mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12:106-111
7. **Felton A, Stickley T** (2004) Pedagogy, power and service user involvement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11:89-98
8. **Hansen T, Hatling T, Lidal E, Ruud T** (2004) The user perspective: respected or rejected in mental health care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11:292-297
9. **Hickey G and Kipping C** (1998) Exploring the concept of user involvement in mental health through a participation continuum. *Journal of Clinical Nursing* 7, 83-88.
10. **Ivar-Iverson K, Hoyer G, Sexton H, Gronli OK** (2002) Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry* 56:433-439
11. **Lind M, Kaltiala-Heino R, Suominen T, Leino-Kili H, Valimaki M** (2004) Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11:379-385
12. **Nolan P** (1993) *A history of mental health nursing*. Chapman and Hall, London.
13. **Rungapadiachy DM, Madill A** (2004) Mental health student nurses' perception of the role of the mental health nurse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11:714-724
14. **Rush B** (2004) Mental health service user involvement in England: lessons from history. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11:313-318
15. **Sailas E** (1999) Seclusion and restraint in psychiatric care. *Psychiatrica Fennica* 30: 205-213
16. **Sayce L** (2000) *From psychiatric patient to citizen: overcoming discrimination and social exclusion*. Palgrave, Basingstoke
17. **Taxis JC** (2002) Ethics and praxis: alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing* 23:157-170.
18. **Warne T, Stark S** (2004) Service users, metaphors and teamworking in mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11:654-661

Ein Therapieordner zur Förderung der Mitverantwortung der PatientInnen für ihren Pflege- und Behandlungsprozess

Daniel Berger
Peter Rieder
Andreas Tschanz

Setting und Problemstellung

Die Psychotherapiestation (PTS) der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) verfügt über 14 Behandlungsplätze. Sie bietet ein mehrmonatiges, individualisiertes Therapieangebot für PatientInnen mit psychischen Störungen an, für die eine stationäre Psychotherapie notwendig ist. Dies können auch PatientInnen mit einer psychischen Störung und substanzgebundenem Suchtverhalten sein, für die Psychotherapie notwendig ist. Wichtige Bausteine der Behandlung sind der Aufbau von Veränderungsmotivation, die Veränderung von krankem und die Förderung von gesundem Erleben und Verhalten sowie die Rückfallverhütung. Die fallverantwortliche Assistenzärztin, die pflegerische Bezugsperson, ihre Stellvertretung, die Sozialarbeiterin und je nach Bedarf die Körpertherapeutin, arbeiten eng zusammen. Sie bilden zusammen ein patientInnenbezogenes Subteam, welches mit den PatientInnen individuelle Therapiepläne erarbeitet.

In unserer langjährigen Pflegetätigkeit erlebten wir immer wieder, dass sich PatientInnen zu wenig in ihre Pflege- und Behandlungsplanung einbezogen fühlen und den Eindruck haben, Entscheidungen rund um ihre Behandlung nicht beeinflussen zu können.

Projekt und Ziel

Jeder Patient / jede Patientin erhält einen „Therapieordner“. Dieser Ordner enthält Informationen und die persönliche Behandlungsdokumentation mit Arbeitsblättern, die von den PatientInnen ausgefüllt werden. Die Eintragungen in der Behandlungsdokumentation werden in regelmäßigen Gesprächen mit der pflegerischen Bezugsperson und / oder den anderen Mitgliedern des Subteams besprochen. Der Verlauf der Behandlung wird dabei überprüft und wenn nötig angepasst.

Mit der Einführung eines Therapieordners beabsichtigen wir, den Betroffenen eine aktive Mitbeteiligung und Einflussnahme auf den Pflege- und Behandlungsprozess zu ermöglichen und die Übernahme von Selbstverantwortung in diesem Prozess zu fördern.

Aufbau und Nutzung des Therapieordners

Nach allgemeinen Informationen über die Psychotherapiestation im ersten Teil, folgt im zweiten Teil des Ordners die persönliche Behandlungsdokumentation mit den entsprechenden Arbeitsblättern. Auf diesen Arbeitsblättern erhalten die PatientInnen die Gelegenheit, schriftlich festzuhalten, welche Probleme aus ihrer Sicht für sie behandlungsbedürftig erscheinen. Weiter können sie festhalten, welchen Beitrag sie selbst zur Bearbeitung ihrer Probleme leisten können, welche Unterstützung sie vom professionellen Team

erwarten und wie sie selbst die Wirkung der durchgeführten Pflege- und Behandlungsmaßnahmen einschätzen.

In den Gesprächen mit den PatientInnen zusammen mit ihren Bezugspersonen wird laufend auf die Eintragungen der PatientInnen im Therapieorder (siehe Abb.) eingegangen. Diese Eintragungen bilden zusammen mit den Einschätzungen des professionellen Teams, festgehalten in der Pflegedokumentation, eine der Grundlagen für die gemeinsame Pflege- und Behandlungsplanung.

Bisherige Erfahrungen

Die positiven Rückmeldungen der PatientInnen zeigen, dass diese durch dieses Instrument mehr Transparenz erfahren, eine gute Informationsqualität feststellen und eine echte Mitbeteiligung am Pflege- und Behandlungsprozess wahrnehmen. Die Teammitglieder beurteilen den Ordner als sehr praktisches und hilfreiches Instrument für die Zusammenarbeit mit den PatientInnen.

Schlussfolgerung

Der Therapieordner ist ein hilfreiches Instrument für die Zusammenarbeit mit den PatientInnen. Wir glauben, dass sich solche Therapieordner auch für andere, vergleichbare Stationen eignen könnten.

Abbildung: Inhalt des Therapieorders

Teil 1: Informationen	Teil 2: Arbeitsblätter
<i>Wegleitung für PatientInnen</i>	<i>A: Befindlichkeit / Einschränkungen</i>
<i>Stationsordnung</i>	<i>B: Problemliste und persönliche Ziele</i>
<i>Zeitvorgaben</i>	<i>C: Behandlungsplanung</i>
<i>Informationen für Angehörige</i>	<i>D: Verlauf / Entwicklung</i>
<i>Behandlungsangebot</i>	<i>E: Agenda / Therapiepass</i>
<i>Behandlungsteam</i>	<i>F: Medikamente / Untersuchungen / Ausgang</i>
<i>Wochenplan</i>	<i>G: Fragen</i>
<i>Behandlungsphasen</i>	
<i>Ausgangsregelung / Urlaubsregelung</i>	
<i>Behandlungsvertrag</i>	

Ein Projekt zur Verbesserung des Informationsflusses beim Übergaberapport ¹

Urs Ellenberger
Manuela Campaniello

¹**Übergaberapport:**
Schweizerische Bezeichnung für Pflegeübergabe, Schichtübergabe

Setting


Die Akutstation 4 der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) verfügt über 18 Behandlungsplätze für PatientInnen in akuten Krankheitsphasen. Pro Monat werden 30 – 40 PatientInnen aufgenommen, die mittlere Verweildauer beträgt rund 9 Tage, etwa 1/3 der PatientInnen sind zwangseingewiesen. Die Station wird zeitweise offen, mehrheitlich aber geschlossen geführt. Die Pflege ist nach dem Prinzip der Bezugspflege organisiert. Tagsüber arbeiten neben der Stationsleiterin täglich 4-5 Pflegende: 2-3 im Frühdienst, 2-3 im Spätdienst, 0-1 in einem Mitteldienst. Die zentrale ausführliche Übergabebe-sprechung erfolgt von 13 - 14 Uhr, sie wird ergänzt durch Kurzübergaben von der Nachtwache an den Frühdienst (6.45-7.00h) und vom Spätdienst an die Nachtwache (21.45 – 22.00h).

Abbildung 1: Prinzip Dienststellung (schwarz = Übergabezeiten)

	6	7	9	11	13	15	17	19	21	22		
Nachtwache	■	■									■	■
Frühdienst		■	■	■	■	■	■					
Frühdienst		■	■	■	■	■	■					
Spätdienst					■	■	■	■	■	■	■	
Spätdienst					■	■	■	■	■	■	■	
Mitteldienst			■	■	■	■	■					

Problemstellung

Die hohe Fluktuation der PatientInnen und die in den Akutphasen raschen und häufigen Zustands- und Therapieveränderungen, in Kombination mit der schichtdienstbedingten wechselnden Besetzung des Tagesteams, erfordert einen intensiven Austausch komplexer Informationen: Wie geht es den einzelnen PatientInnen? Welche Aufnahmen/Entlassungen gab es, sind geplant? Welche Arbeiten/Termine stehen an? Welches sind aktuell zu beachtende Risiken, Prioritäten? Wie ist die Atmosphäre in der PatientInnengruppe und im Team? Dabei ist der Informationsbedarf der an einer Übergabe anwesenden Pflegenden sehr unterschiedlich: Wer die letzten Tage schon im Dienst war weiß gut Bescheid, wer längere Zeit nicht im Dienst war kennt unter Umständen die PatientInnen nicht. Nach Freitagen ist der erste Dienst in der Regel ein Spätdienst, für den Frühdienst werden nur Pflegende eingeteilt, die am Vortag bereits Dienst hatten. Deshalb stellt sich das Problem des unterschiedlichen Informationsstandes und –bedarfs bei den Übergaben von der Nachtwache an den Frühdienst und vom Spätdienst an die Nachtwache kaum, hingegen ausgeprägt an der „großen“ Übergabe um 13 Uhr. Probleme des alten mündlichen Rappports:

- Die Übergabe benötigte viel Zeit (meist knapp 1 Stunde; 4-6 Personen à 1 Stunde = 4-6 Stunden Arbeitszeit!); deswegen musste eine Person auf der Station „Hütedienst“ machen.
- Alle beteiligten Pflegenden sind während der Übergabe „blockiert“, die hütende Kollegin verpasst wichtige Informationen.
- Dieselben Informationen werden täglich von Neuem weitergegeben, obwohl sie mehreren Anwesenden schon bekannt sind.
- Die mündlich erhaltene Informationsmenge ist zu groß für Pflegende, die einige Zeit nicht im Dienst waren.
- In die Übergabe flossen viele nicht relevante Anekdoten oder ausgeschmückte Erzählungen ein, es gab viele Unterbrechungen von Berichten durch Korrekturen, Ergänzungen etc. (Psychohygienerunde).
- Die Informationsübergabe vermischte sich stark mit der Arbeitsplanung und anderen Absprachen (wer macht was?, wer ist wofür zuständig in der folgenden Zeit?) 
- Als Ergebnis waren immer einige Pflegende über- und andere unterinformiert.

Das Veränderungsprojekt

Wir haben die Situation in einer stationsinternen Arbeitsgruppe analysiert und verschiedene Alternativen zur langen mündlichen Übergabe geprüft (z.B. Pflege-Übergabevisite etc.).

Als Ziele der Übergabe haben wir definiert: *Die Pflegenden sind über den Zustand und den Behandlungsverlauf der PatientInnen informiert; die Pflegekontinuität ist gewährleistet; die Pflegenden sind über die Arbeitsorganisation informiert; der Austausch im Rapport ist bedarfsgerecht, relevant, kurz, präzise und sachlich.*

Als wichtigste Inhalte der Übergabe haben wir festgelegt: *die allgemeine Situation auf der Station, der psychische, physische und soziale Zustand sowie Verlauf der einzelnen PatientInnen und die daraus resultierenden Pflegemaßnahmen; die Behandlungsziele, die vereinbarte therapeutische Grundhaltung; die medizinischen Diagnosen und Untersuchungen; die Arbeitsorganisation.*

Schließlich haben wir uns für ein neues System entschieden, welches die Übergabe in vier Phasen aufteilt, wobei eine Phase aus individueller Information aus der Dokumentation durch Einlesen besteht (siehe Abbildung 2).

Um eine zuverlässige Information aus der Dokumentation sicherzustellen, wurde vor der Umsetzung in einer Vorbereitungsphase gezielt an der Verbesserung der Einträge in die Pflege-Dokumentation gearbeitet. Diese Optimierung erreichten wir durch zwei detaillierte Analysen der Dokumentation, durch teaminterne Schulungen, regelmäßige Überprüfungen sowie tägliches Feedback durch den für die Pflegeentwicklung zuständigen Pflegefachmann mit HöFa-1-Fachweiterbildung (U.E.) und die Stationsleitung (M.C.).

Das neue System

Das neue System beruht auf einer klaren Trennung folgender vier Elemente der Übergabe: a) *Information über die aktuelle Situation auf der Station*, b) *Arbeits- und PatientInnenzuteilung*, c) *Individuelles Einlesen*, d) *Fragenklärung* (s. Abbildung 2). Für die Leitung ist der/die tagesverantwortliche Pflegenden aus dem Frühdienst zuständig.

Abbildung 2: Elemente der Übergabe und Zeitplan

	Zeit, Dauer, Ort	Wer ist dabei? Leitung	Inhalt und Ziel
Aktuelle Situation	13.00 h; 5 - 10 Min. Stationszimmer	alle Teammitglieder der Leitung durch Tagesverantwortung	Kurze allgemeine Information über die aktuelle Situation auf der Station (Teamsituation und PatientInnen; Überwachungen, bevorstehende oder vergangene Zwangsmaßnahmen, Austritte, Eintritte, Verlegungen, ProblempatientInnen usw.). <u>Ziel:</u> Alle erfahren rasch und als erstes, wie die Situation ist, ob die Atmosphäre zurzeit ruhig oder gespannt ist, ob die PatientInnengruppe passiv oder aktiv ist, ob es freie Betten hat, ob Aufnahmen angekündigt sind, etc
Arbeitsorganisation	spätestens 13.10 h; 5 Min. Stationszimmer	alle	Verteilung der Arbeiten durch die Tagesverantwortung welche sich nach der Bezugspflege orientiert; BezugspatientInnen werden verteilt; allgemeine Informationen werden durch die Tagesverantwortung weitergegeben. Längere Diskussionen (z.B. Haltungs-Diskussionen), Fallbesprechungen, Besprechungen mit Arzt und Pflege usw. werden zeitlich geplant. <u>Ziel:</u> Alle wissen, welche besonderen Aufgaben sie am Nachmittag haben, für welche PatientInnen sie besonders zuständig sein werden (und deshalb besonders gut informiert sein müssen!)

Einlesen	spätestens 13.15 h 10-40 Min. (Durchschnittlich 25 Min.) Konferenz- zimmer **	nur Spätdienste*	Individuelles Einlesen der Spätdienste, je nach Informationsbedarf. Der Spätdienst notiert sich allfällige Fragen zu den gelesenen Pflegedokumentationen. <u>Ziel:</u> Aus der Pflegedokumentation diejenigen Informationen entnehmen, die noch nicht bekannt sind (z.B. Pflegeberichte der dienstfreien Tage; Eintrittsberichte neuer PatientInnen), besonders gut informiert sein über PatientInnen, für die eine besondere Aufgabe/Verantwortung übernommen werden muss.
Befragung	spätestens 13.50 h; 5 Min. Stationszimmer	nur Spätdienste und Tagesverantwortliche	Der Spätdienst stellt seine vorbereiteten Fragen der Tagesverantwortung; die Tagesverantwortung beantwortet die Fragen <u>Ziel:</u> Beim Einlesen aufgetauchte Fragen können geklärt werden

* **Weiterarbeit der Pflegenden, die nicht Einlesen, u. der Spätdienste, die mit Einlesen fertig sind.**

** **damit ungestört und konzentriert gelesen werden kann**

Die Moderation im 1. und 2. Teil liegt bei der Tagesverantwortung, im 3. und 4. Teil beim Spätdienst.

Da sich der Rapport sehr stark auf die Pflegedokumentation stützt, wurden folgende Regeln für das Dokumentieren festgelegt:

- Der Frühdienst bringt bis um 13.00h die Pflegedokumentation auf den aktuellen Stand und macht einen Schichteintrag (Zustandsschilderung) im Pflegebericht.
- Der Spätdienst bringt bis um 21.30h die Pflegedokumentation auf den aktuellen Stand und macht einen Schichteintrag (Zustandsschilderung) im Pflegebericht.
- Die Nachtwache bringt bis um 06.30h die Pflegedokumentation auf den aktuellen Stand und macht einen Schichteintrag (Zustandsschilderung) im Pflegebericht.
- Die Schichteinträge beinhalten sowohl die Beschreibung des Zustandes der Pat. wie eine Zusammenfassung des Morgens/Abends oder der Nacht.

Erfahrungen und Evaluation

Eine schriftliche Befragung des Teams und Auswertungen an Teamsitzungen haben sehr positive Rückmeldungen gebracht.

- Das neue System hat eine beträchtliche Zeitersparnis mit sich gebracht, die bis zu 145 Min. Arbeitszeit pro Tag (!) ausmacht: Waren vorher z.B. 6 MitarbeiterInnen (MA) während 45 Min. an der Übergabe anwesend (total 270 Minuten), sind es neu noch 6 MA während 10 Min., 2 MA während 25 Min. und 3 MA während 5 Min.(total 125 Min.), was eine Freisetzung von Arbeitszeit von 145 Min. entspricht). Diese Zeit steht nun für PatientInnenkontakte und andere Tätigkeiten zur Verfügung.
- Die Übergaben sind weniger hektisch, es gibt keine nervigen Wiederholungen, weniger Reinreden, weniger Anekdotenerzählungen, weniger Ergänzungen oder Korrekturen.
- Der Einstieg nach dienstfreien Tagen oder Ferien ist angenehmer.
- Die „Blockierung“ des Teams beschränkt sich auf 10 Min. von 13.00-13.10 Uhr; die PatientInnen und Besucher sind wesentlich seltener mit dem „Übergabe - Bitte nicht stören“-Schild konfrontiert.
- Die Spätdienste sind durch das gezielte Einlesen besser vorbereitet auf bevorstehende Kontakte oder Arbeiten mit bestimmten PatientInnen.
- Die Qualität der Einträge in die Pflegedokumentation ist stark gestiegen, da diese nun eine entscheidende Voraussetzung für das alltägliche Arbeiten sind.
- Durch die Information über die aktuelle Situation und die Befragung nach dem Einlesen ist sichergestellt, dass auch die wichtigen atmosphärischen und emotionalen Informationsanteile weitergegeben und aufgenommen werden können.

Schlussfolgerungen

Ein strukturiertes, auf den individuellen Informationsbedarf ausgerichtetes Übergabesystem mit einem Einleseteil kann den Informationsfluss auf einer Akutstation rasch und nachhaltig verbessern und eine erhebliche Zeitersparnis bringen. Eine entscheidende Voraussetzung ist eine gute Dokumentation. Wir glauben, dass sich das sonst eher in Allgemeinkrankenhäusern übliche System des Einlesens in dieser modifizierten Form auch für andere psychiatrische Stationen eignen könnte.

Haltung von Pflegepersonen gegenüber Ursache und Management von PatientInnenaggression

Sabine Hahn

Ian Needham

Christoph Abderhalden

Ruud J.G. Halfens

Hintergrund der Studie

Pflegepersonen sind innerhalb der Gesundheitsberufe dem größten Risiko ausgesetzt PatientInnenaggressionen zu erfahren [2, 5]. In der Schweiz gaben 72% der Teilnehmenden, in der Psychiatrie arbeitenden Pflegenden an, sich während ihrer Arbeit ernsthaft bedroht zu fühlen und 70% wurden in ihrer Berufskarriere mindestens einmal angegriffen [1].

Pflegepersonen zeigen gegenüber Ursachen und Managements von PatientInnenaggression unterschiedliche innere Einstellungen auf [3; vgl. auch Abbildung 1]:

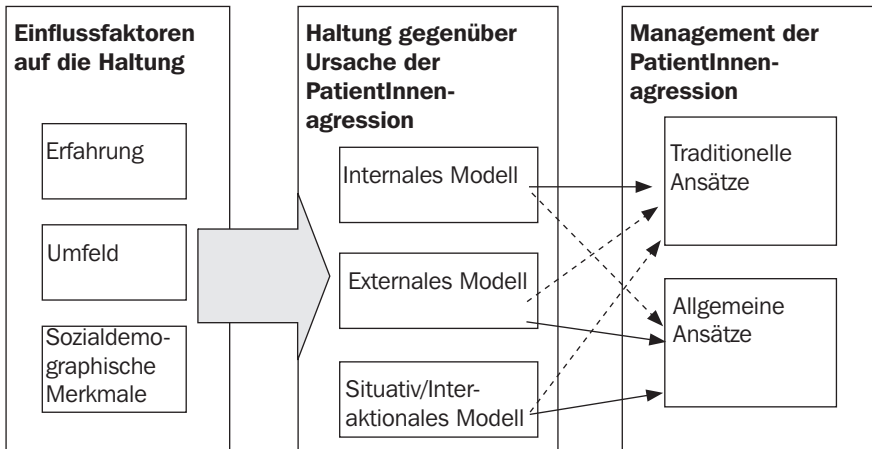
Internales Modell: Als Ursache der Aggression werden spezifische Charakteristiken der PatientInnen gesehen, z.B. junger, männlicher, psychotischer Patient.

Externales Modell: Als Ursache der PatientInnenaggression werden äussere Faktoren gesehen, z.B. die Atmosphäre auf der Station oder die Erfahrung der Pflegeperson.

Situativ/Interaktionales Modell: Bei dieser Haltung wird angenommen, dass PatientInnenaggression verschiedene Ursachen hat, die einerseits die spezifischen Charakteristiken des Patienten/der Patientin umfassen und andererseits auch äußere Faktoren berücksichtigen. Als ebenso wichtig wird die Qualität der Interaktion zwischen Pflegeperson und PatientIn bei der Entstehung von PatientInnenaggression gesehen.

Management: Studien zeigen auf, dass die Haltung der Pflegeperson ihren Umgang mit PatientInnenaggressionen beeinflusst. Pflegepersonen mit internaler Haltung verwenden im Management eher Zwangsmaßnahmen, wie Zwangsmedikation, Fixation und Isolation. Pflegepersonen mit externaler oder situativ/interaktionaler Sichtweise verwenden vermehrt den allgemeinen Ansatz mit Präventionsstrategien, Kommunikation sowie Deeskalationstechniken. Traditionelle Ansätze werden wegen ihrer physischen und psychischen Verletzungsgefahr von PatientInnen, Angehörigen, PflegeexpertInnen und in der Forschung, nur als Strategien der letzten Wahl, im Umgang mit PatientInnenaggressionen empfohlen.

Abbildung 1: Modell (Duxbury; [3])



Ziel der Studie

Durch Schulungsprogramme lassen sich Veränderungen in der Haltung der Pflegepersonen in Richtung externes und situativ/interaktionales Modell und der Verwendung allgemeiner Ansätze im Umgang mit PatientInnenaggression erzielen. Es besteht jedoch ein Mangel an kontrollierten Studien, welche die Effekte einer Schulung auf bestimmte Haltungen und deren Auswirkung auf das Verhalten der Pflegepersonen messen.

Ziel dieser Studie ist das Ermitteln des nachhaltigen Effekts einer gezielten Schulung in der psychiatrischen Pflege auf die Haltung der Pflegepersonen bezüglich der Ursachen von PatientInnenaggression und dem von ihnen verwendeten Aggressionsmanagement.

Methode

Verwendet wurde ein Quasi-Experimentelles Design mit nonäquivalenter Kontrollgruppe und Prä- sowie Posttest.

Abbildung 2: Studienplan

	Pre-Test , Basismessung <i>Vergleichbarkeit der Gruppen</i>		Post-Test <i>Effekt der Intervention</i>	
Interven- tionsgruppe	Messung 1	Intervention		Messung 2
Kontroll- gruppe	Messung 1			Messung 2

Das Sample umfasst 63 Pflegenden (Interventionsgruppen $n = 29$, Kontrollgruppen $n = 34$). Die Intervention besteht aus einer einwöchigen Schulung zum Umgang mit PatientInnenaggression und -gewalt. Die Haltung der Pflegenden wird mittels eines Fragebogens (Management of Aggression and Violence Attitude Scale, MAVAS) erfasst, eine Woche vor und drei Monate nach der Intervention.

Resultate und Diskussion

Es zeigten sich in der Postmessung keine statistisch signifikanten Effekte in Bezug auf eine Haltungsveränderung, ausgelöst durch die Intervention. Die Interventionsgruppe wies nach der Schulung eine leichte Haltungsänderung in Richtung „externales Modell“ auf.

Abbildung 3: Haltung gemäss Modell (gesamte Gruppe Post-Test)

Haltung gegenüber Ursache der PatientInnenaggression				Management der PatientInnenaggression			
	Ja	+ / -	Nein		Ja	+ / -	Nein
Internales Modell	21 %	62 %	16 %	Traditionelle Ansätze			
Externales Modell	43 %	51 %	6 %				
Situativ-interaktives Modell	4 %	60 %	36 %	Allgemeine Ansätze	51 %	36 %	13 %

Die Gründe, warum nach der Intervention keine Haltungsänderung gegenüber den Ursachen von PatientInnenaggression gemessen werden konnte, sind vielschichtig.

1) In dieser Studie wurde erstmals in der Schweiz die Haltung von Psychiatriepflegepersonal bezüglich Ursachen und Management von PatientInnenaggressionen gemessen. Im Gegensatz zu anderen Studien, welche aufzeigen, dass Pflegepersonen eher das internale Modell bevorzugen [3, 4], stützt sich die Haltung der Teilnehmenden dieser Studie auf das externale Modell und den allgemeinen Managementansatz. Die Teilnehmenden zeigten also schon eine breite Sichtweise auf das Aggressionsgeschehen und so bleibt es fraglich, in wie weit die verwendete Schulung das Potenzial zur Veränderung dieser Haltung in Richtung situativ/interaktionales Modell hat. 2) Die Schulung ist pädagogisch und didaktisch so aufgebaut, dass sie Haltungsänderungen herbei führen kann. Zudem erhielten die Teilnehmenden Unterstützung zur Umsetzung des Gelernten in ihre Praxis. Es wurden jedoch keine Standards oder Leitlinien zum Umgang mit aggressiven PatientInnen verwendet, ebenso wurden keine Skalen zur Einschätzung des Gewalttrisikos benutzt. Diese Instrumente könnten Pflegepersonen bei der Umsetzung allgemeiner Ansätze im Umgang mit PatientInnenaggression unterstützen und zur Haltungsänderung einen wichtigen Beitrag leisten. 3) Die teilnehmenden Pflegepersonen berichteten aufgrund der Schulung über positive Veränderungen im Umgang mit PatientInnenaggressionen. Die verwendete Messskalen MAVAS war nicht in der Lage, diese Haltungsveränderungen zu erfassen. Es scheint uns daher sinnvoll in weiteren Studien, ergänzend zu quantitativen Messinstrumenten, qualitative Forschungsansätze zur Beschreibung von Haltungsveränderungen zu verwenden.

Literatur

1. **Abderhalden C, Needham I, Friedli T. K, Poelmans J, & Dassen T** (2002). Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. *Acta Psychiatr Scand* 106 Suppl (412):110-117
2. **Cooper CL., Swanson N** (Hrsg) (2002) *Workplace violence in the health sector: State of the Art*. ILO, Genf
3. **Duxbury J** (2002). An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 9:325-337
4. **Outlaw FH, Lowery BJ** (1994) An attributional study of seclusion and restraint of psychiatric patients. *Arch Psychiatr Nurs* 8:69-77
5. **Whittington R, Higgins L** (2002) More than zero tolerance? Burnout and tolerance for patient aggression amongst mental health nurses in China and the UK. *Acta Psychiatr Scand* 106 Suppl (412):37-40

Angehörigenarbeit in den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD)

Walter Krähenbühl
Margherita Jäggi
Sibylle Glauser

Eine Klinik begleitet die Patientinnen und Patienten nur über kurze Zeit, die Angehörigen haben diese Rolle jedoch „lebenslänglich“. Schon vor der Klinikweisung haben sie eine enorme Arbeit geleistet, oft bis zur Erschöpfung und auf Kosten der ganzen Familie.

Die PatientInnen kehren nach immer kürzerer Behandlungszeit zu ihren Angehörigen zurück.

Die UPD-Angebote für die Angehörigen

- Drei Seminare pro Jahr, je sieben Abende
- Eine Langzeitgruppe, monatliche Treffen, ebenfalls abends
- Ein Seminar für Angehörige demenzkranker Menschen, nachmittags
- Verschiedene stationsgebundene Angebote für Angehörige

Seminar

Rahmen: 7 Abende, im 14-Tage-Zyklus, jeweils 18.30-20.30h, 3 mal jährlich

Themen: Gemeinsamkeit statt Einsamkeit, Vulnerabilitäts-/Stressmodell, und Selbstverantwortung Medikamente, Ursachen (so weit bekannt) Untersuchungen, Krankheitsbilder Literatur, Schuld, Angst und Gewalt- wohin mit allen Gefühlen, soziale und finanzielle Aspekte einer psychischen Störung bei einem Familienmitglied, Hilfe zur Selbsthilfe, Netzwerke, wir haben viel zusammen erlebt und voneinander gelernt und wie geht es Ihnen?

Langzeitgruppe

Rahmen: trifft sich monatlich am Montag 18.30-20.30h

Themen: frei nach den Wünschen/ Bedürfnissen der Angehörigen, pro Quartal vorbestimmt mit externen ReferentInnen zu voraus bestimmten Themen. Dies sind im Jahr 2005:

- Kriseninterventionszentrum (KIZ) Bern, mit dem Oberarzt des KIZ
- Neue Patientenprozesse in den UPD, mit dem stellvertretenden Pflegedirektor
- Pro Vita 24 als Möglichkeit einer Nachbetreuung zu Hause, mit dem Leiter der Organisation
- Spirituelle Dimension bei Psychischen Störungen, oder die große Theodizeefrage, mit einer Pfarrerin

Seminar für Angehörige demenzkranker Menschen

Rahmen: 5 Nachmittage, im wöchentlichen Zyklus, 14.30-17.00h, 2-3 x jährlich

Themen: Demenz: Krankheitsbilder, Verlauf, Ursachen, Abklärung, Behand-

lung, Der Alltag, Auswirkungen für die Angehörigen, Bewältigungsmöglichkeiten, Beratungs- und Unterstützungsangebote, Finanzen, Heimanmeldungen, wie weiter? Rückblick und Ausblick

Interne Weiterbildung für Pflegepersonen

Rahmen: Zwei Nachmittage jährlich, als Fortsetzung gedacht, jeweils 13.30-17.00h

Ziel: Sensibilität fördern für die Zusammenarbeit mit Angehörigen,

Themen: Erkennen der eigenen Grenzen, Inputs, Angehörigenarbeit und ihre Geschichte Austausch eigener Erfahrungen, Datenschutz / Schweigepflicht und Transfer in die eigene Praxis und den Stationsalltag, Auswertung der Fortbildung

Rückmeldungen von Angehörigen

„Ich schätze den Austausch mit anderen Angehörigen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden. Ich kann von ihnen lernen, fühle mich verstanden und bin nicht mehr alleine. Wenn andere Angehörige über positive Erlebnisse berichten, macht mir das immer wieder Mut. Psychische Probleme/Krankheiten sind auch heute ‚draußen‘ noch ein Tabuthema und es ist mit viel Scham verbunden, ein krankes Familienmitglied zu haben. Viele verstehen nicht, dass ein Zusammenleben mit einem psychisch kranken Menschen lebenswert und schön sein kann, dieses Verständnis erfahre ich nur in der Angehörigengruppe. Ich bin dankbar, dass diese gut von Fachleuten geleitet wird. Auch die empfohlenen Bücher und Informationsbroschüren helfen weiter.“

„Eines Tages merke ich, dass mein Sohn in einer anderen Welt lebt, er muss in die Klinik und ich gehe nach Hause, alleine mit meiner Unsicherheit, den Schuldgefühlen und ich merke die nahe Verbindung von Mutter zum Sohn. Mein Selbstwertgefühl wird drastisch erschüttert, alle Normen, Zukunftspläne sind ins Wanken gekommen oder bereits zerstört. Da höre ich von einer Bekannten von der Angehörigengruppe in der Waldau, melde mich an und erfahre in der offenen, respektvollen Atmosphäre Akzeptanz, Toleranz, Verständnis und Gehör. Danke.“

„Als unser Sohn plötzlich psychisch krank wurde, traf uns das wie der Schlag aus heiterem Himmel und wir fühlten uns hilflos, einsam und alleine, warum gerade unser Sohn? In Ihrem Seminar habe ich andere Betroffene kennen gelernt und gespürt, dass wir nicht alleine sind und dass wir im aufbauenden Klima vieles voneinander lernen können. Danke auch für Ihre Hilfsbereitschaft, selbst in den Pausen bei Tee und Kuchen weiter zu diskutieren und Fragen zu beantworten.“

„Mein Leben – ihr Leben, ABGRENZUNG heißt das Zauberwort. Psychische Krankheiten sind oft lang andauernd und von vielen Faktoren abhängig. Im Seminar lernte ich von verschiedenen Krankheiten und ihren zum Teil recht turbulenten Verläufen. Durch die Leitung im Angehörigenseminar fühle ich mich auch von der Seite der Klinik ernst genommen. Ich danke für die Plattform und Ihr Engagement.“

„Nach dem sechsmonatigen Klinikaufenthalt unserer Tochter fanden wir „im Gnusch“ eine Broschüre ‚Schizophrenie‘, Leitfaden für Angehörige. Schade, dass wir dies nicht direkt in die Hände bekamen und uns niemand mitteilte, wo wir Angehörigen Hilfe bekommen können. Wir hingen also Quasi ein Jahr lang in der Luft mit all unseren Gefühlen, Sorgen und Fragen, die wir nicht einordnen konnten. Wir fanden dann das Seminar super und konnten vieles klären. Danke.“

„Als mein Ehemann an einer Depression erkrankte wurde unser Leben völlig durcheinander gerüttelt. Ich fand in Ihrer Gruppe offenen Ohren und viele Menschen, die auch betroffen sind, wenn auch auf verschiedenen Ebenen und ich merkte, dass ich nicht alleine bin. Danke, auch für die Hinweise auf spezifische Angehörigengruppen, wie VASK und Equilibrium.“

„Danke für das Seminar und die Langzeitgruppe. Wir haben viel Entlastung erlebt und noch mehr Klärungen. Unsere Tochter hat zusammen mit ihrem Sohn einen guten Platz gefunden und wir alternde Eltern durften lernen abzugeben und wieder unser Leben zu gestalten.“

„In der Zeit meines Hoffens und Bangens bin ich gerne in das Seminar und dann in die Gruppe gekommen. Nun habe ich mehr als ein Jahr keinen Kontakt mehr zum Kranken, denn er hat entschieden, ob er keine Hilfe annehmen will oder nicht, ob er sein Leben wieder lebensfähiger gestalten will oder nicht, noch lebt er in seinem gemütlichen Elend und ich erlebe die ganze Problematik nicht mehr hautnah. Für mich hat diese intensive, traurige aber sehr lehrreiche Zeit ein Ende gefunden und ich habe gelernt für mich zu sorgen. Ich danke für eure Begleitung und die Hilfe, die wichtig war für mein Weiterkommen. Sie haben mein Inneres berührt.“

„Ich danke Ihnen für diese Gruppentreffen, jedes Mal wenn ich kommen kann, darf ich gestärkt nach Hause gehen, nicht nur wegen Kaffee und Kuchen, sondern wegen der großen Akzeptanz und gegenseitigem Verständnis.“

**Aggression – eine Innenansicht:
Eine qualitative Untersuchung zur Ermittlung
der Erfahrung Pflegender von Aggression mit
PatientInnen in der stationären Psychiatrie**

Anne Claude Allin
Alexia Stanzos
Ian Needham

Einleitung

Diese Untersuchung wurde auf Initiative des Psychiatriedienstes Nord des Kantons Waadt wegen der Raten von Patientenaggression in der stationären Psychiatrie durchgeführt und erfolgte in Zusammenarbeit mit den Hochschulen für Gesundheit in Lausanne und Freiburg CH. Trotz Trainings für das Personal und Protokolle bleibt Patientenaggression ein großes Problem.

Anlass für die Untersuchung

Obwohl viele Studien über die Prävention und das Management von Patienten vorliegen, ist wenig über die Auffassung und den Wissensstand von Pflegenden bekannt. Die meisten Studien wurden mit quantitativen Methoden durchgeführt und beschäftigen sich mit zum Beispiel physischen Folgen oder den Reaktionen des Personals [1-4]. Diese qualitative Studie hat zum Ziel, die Dynamik zwischen den verschiedenen Elementen (Auffassungen, Wissen, Gefühle, Ansichten, Reaktionen) des Erlebens Pflegender zu entdecken.

Forschungsfragen und Methode

Die Untersuchungsziele waren:

- Die Auffassung von Pflegenden bezüglich Patientenaggression zu erkunden
- Die bei der Bewältigung von Aggressionsereignissen auftretenden Gefühle der Pflegenden zu entdecken
- Die Haltungen von Pflegenden bezüglich Patientenaggression zu entdecken
- Die theoretischen Kenntnisse der Pflegenden zu erkunden

In sechs halbstrukturierten Interviews erzählten Pflegende von akutpsychiatrischen Stationen über ihre Erfahrungen mit Patientenaggression. Die Interviews wurden transkribiert und gemäß der Methode der „Konzeptualisierung von Kategorien« nach Paillé und Mucchielli [5] analysiert. Aus den Interviews gingen 400 Erzähleinheiten hervor, welche zu 34 Kodes und den fünf folgenden Kategorien führten.

Die Aggression erklären

Spontan erzählten die Pflegenden über die Gründe für die Entstehung von Patientenaggression. Oft versuchten sie, die Aggression zu rechtfertigen. Zu den Gründen gehören: Die Haltung der Pflegenden und deren Eindringen in die Intimsphäre von PatientInnen, die Psychopathologie (zum Beispiel Wahn und Halluzination), Frustration und gestörtes Verhalten bei den PatientInnen oder Angst und Furcht der PatientInnen.

In Spannung leben

Die Pflegenden berichten von verschiedenen Typen von Spannungen oder Widersprüchen bei der Handhabung von Aggression, zum Beispiel über Unterschiede zwischen den Erwartungen der PatientInnen und dem Therapiekonzept (Zwangseinweisung, Isolierung); Aggression selbst als paradoxes Phänomen (notwendiges aber gleichzeitig nicht akzeptables Verhalten); unterschiedliche Behandlungsauffassungen zwischen Pflegenden und ÄrztInnen; Widersprüche zwischen Wissen, Techniken und schwierig anzuwendenden Behandlungsprotokollen oder Spannung infolge der eignen Aggressionsanteile der Pflegenden.

Definition und Toleranz aggressiven Verhaltens

Die Definition von Aggression ist mit der Toleranz für solches Verhalten verknüpft. Aggression wird definiert als physisch (schlagen), verbal (Beleidigung, Bedrohung) oder als anderes Verhalten (Verachtung, Passivität). Die Pflegenden erleben Aggression sehr unterschiedlich mit Blick auf deren Schweregrad oder Tolerierbarkeit. Nicht weiße Pflegende erlebten zum Beispiel rassistische Bemerkung als schwerwiegendste Form. Dabei spielt die mutmaßliche Aggressionsursache eine zentrale Rolle bei der Bewertung der Aggression. Aggression gegenüber Objekten wird am meisten, Aggression gegenüber sich selbst oder gegenüber Familienmitgliedern hingegen, am wenigsten toleriert.

Das Erleben und die Bewältigung von Gefühlen

Überraschenderweise sprachen die Pflegenden nicht spontan von ihren Gefühlen. Als sie jedoch daraufhin angesprochen wurden, berichteten sie ausgiebig und teilweise schmerzhaft darüber. Sie berichteten von Ereignissen, die teilweise Monate oder Jahre zurücklagen.

Es ergaben sich die folgenden – teilweise widersprüchlichen – Bewältigungsstrategien:

Bagatellisierung: Die Pflegenden taten so, als ob das Aggressionsereignis nicht geschehen wäre.

Verbalisierung: Die Pflegenden hatten ein großes Bedürfnis, mit KollegInnen, ÄrztInnen, anderen oder während der Supervision darüber zu sprechen.

Reflexion: Die Pflegenden dachten über das Ereignis nach – oft in Verbindung mit den Ursachen der Aggression.

Die Nutzung von Ressourcen in der Aggressionssituation

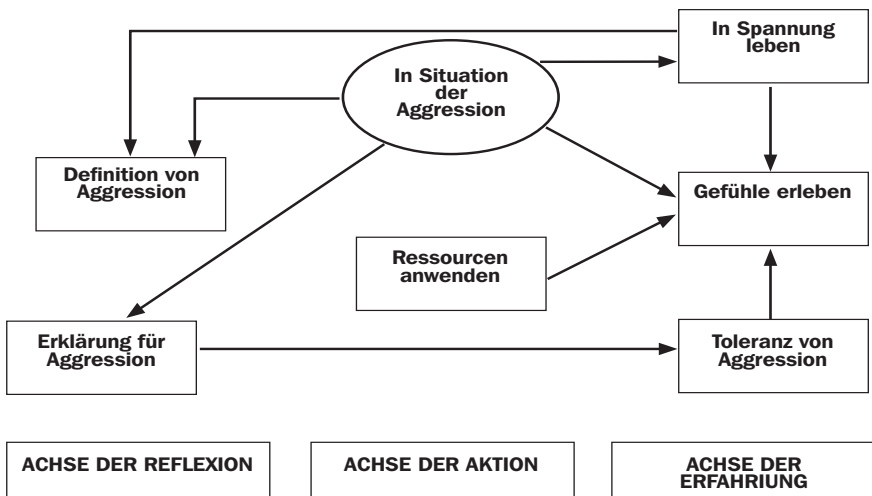
- Interne Ressourcen: Es wurden drei Typen von internen Ressourcen ermittelt: Implizites Erfahrungswissen (am häufigsten), explizites Wissen (weniger häufig) und physische Fertigkeiten (nur am Rande).
- Externe Ressourcen: Hierzu zählen das Pflfeteam, das Pflfemanagement, ÄrztInnen und die Polizei.

Mangel an Ressourcen: Einige Pflfende beklagten einen Mangel an Ressourcen, ohne dass sie näher berichten konnten, was nötig gewesen wäre. Andere hingegen erzählten über strukturelle oder personelle Mängel. Interessanterweise wurden physische Ressourcen (Handgriffe oder körperliche Techniken) fast überhaupt nicht erwähnt. Sie schienen mit Flucht oder Überleben in der Situation beschäftigt zu sein.

Ein Arbeitsmodell des Erlebens von Aggressionssituationen

Aus der Analyse geht ein dynamisches Arbeitsmodell der Erfahrungen Pflfender mit Patientenaggression hervor, das auf den Achsen der Reflexion, der Aktion und der Erfahrung beruht. Abbildung 1 zeigt einige Interaktionen auf.

Abbildung 1:
Ein Arbeitsmodell des Erlebens von Aggressionssituationen



Diskussion

Die Pflegenden in dieser Untersuchung waren sehr darauf bedacht, Erklärungen für die Aggressionsereignisse zu finden. Sie hatten aber Schwierigkeiten, ihr implizites Wissen kundzutun. Erst nach explizitem Fragen äußerten sie sich zu ihren Gefühlen während Aggressionsereignissen. Ihre diesbezüglichen Gefühle – Furcht, Wut, Traurigkeit oder Schuldgefühle – finden sich auch in anderen Studienergebnissen [zum Beispiel 4, 6]. Überraschenderweise berichteten die Pflegenden kaum von der physischen Handhabung von aggressiven Stationen. Dies mag darauf hin deuten, dass sie vornehmlich mit der gefühlsmäßigen Bewältigung oder mit dem schlichten Überleben der Situation beschäftigt waren. Das entstehende dynamische Arbeitsmodell des Erlebens von Aggressionssituationen postuliert verschiedene Interaktionen. Zur Illustration: Auf der Achse der Reflexion spielt die Definition von Aggression eine Rolle bei der Erklärung des Verhaltens. Die Erklärung wird danach eine Funktion der Toleranz der Aggression.

Schlussfolgerung

Bei der Ausbildung von Pflegenden bezüglich Patientenaggression sollte mehr Gewicht gelegt werden auf das Vermögen, das eigene implizite Wissen und Erfahrungswissen auszudrücken. Ferner sollte der gefühlsmäßige Effekt berücksichtigt werden. Schließlich sollten die physischen Aspekte der Aggressionshandhabung besser berücksichtigt werden.

Einschränkungen der Untersuchung

Wegen der kleinen Anzahl teilnehmender Pflegepersonen konnte in dieser Studie keine Sättigung erreicht werden. Bislang wurden die Studienergebnisse im Sinne einer kommunikativen Validierung den Interview-PartnerInnen vorgestellt. Da es noch unklar ist, ob diese Ergebnisse auf andere Gruppen von Psychiatriepflegenden (zum Beispiel in der Deutschschweiz oder anderswo) übertragen werden können, sollten die hier dargestellten Resultate mit Vorsicht behandelt werden. Eine Ausweitung der Studie zwecks Validierung der Resultate ist vorgesehen.

Danksagung

Wir danken den Pflegenden, die ihre Erfahrungen mit uns teilten.

Literatur

1. **Ferrero F, Kaision J** (1995) Epidemiologie de la violence en psychiatrie. Schweizer Archiv der Neurologie und Psychiatrie 146(3):121-125
2. **Needham I, Abderhalden C, Dassen T, Haug HJ, Fischer JE** (2002) Coercive procedures and facilities in Swiss psychiatry. Swiss Medical Weekly 132: 253-258
3. **Needham I, Abderhalden C, Meer R, Dassen T, Haug HJ, Halfens RJG, Fischer JE** (2004) The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: Report on a pilot study. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 11: 595-601
4. **Needham I, Abderhalden C, Halfens RJ, Fischer JE, Dassen T** (2005) Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. Journal of Advanced Nursing 49: 283-296
5. **Paillé P, Mucchielli** (2003) L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin, Paris
6. **Hauck M** (1993) Die Wut bleibt - Gewalt von Patienten gegenüber Pflegenden (The anger remains - patient violence towards nurses). Kaderschule für die Krankenpflege, Aarau CH

Autorinnen und Autoren

Christoph Abderhalden, Dipl. Pflegefachmann Psychiatrie, MNSc, leitet die Forschungsstelle Pflege und Pädagogik an den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD), Bern CH. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten gehören der interdisziplinäre Behandlungsprozess, Bezugspflege, evidenzbasierte Pflege, Risikoeinschätzung/ Aggression und Gewalt in der stationären Psychiatrie. Er ist Mitautor des "Lehrbuchs Psychiatrische Pflege" (2004, 2006, Huber, Bern).

Kontakt: abderhalden@puk.unibe.ch

Anne-Claude Allin ist diplomierte Pflegefachfrau und Leiterin der Forschungs- und Entwicklungsabteilung, der Hochschule für Gesundheit "La Source", Lausanne CH. Zu ihren Forschungsschwerpunkten gehören Aggression in der Psychiatrie und die Praxisausbildung. Sie ist Autorin eines in der französischen Schweiz verbreiteten Buches zum Thema „Diplomarbeit schreiben“ (2004).

Kontakt: ac.allin@ecolelasource.ch

Arbeitsgruppe Instrumente zur Erfassung von Pflegesystemen AG IzEP. Diese aus dem deutschen Netzwerk Primary Nursing hervorgegangene Arbeitsgruppe befasst sich mit der Evaluation von Pflegesystemen, insbesondere mit der Evaluation von Primary Nursing / Bezugspflege. Dazu wird ein Einschätzungsinstrument entwickelt, das im Frühjahr 2006 in einer ersten Fassung vorliegen soll. Mitglieder der Gruppe sind Andrea Dobrin, Dipl. Pflegewirtin, Davos CH, Rosemarie Welscher, Bielefeld D, Uta Boeckler, MNurs, Dipl.Berufspäd. Pflegewissenschaft, Bremen D, Dr. Johanna Feuchtinger, MNSc, Freiburg D, Christiane Schaepe, Dipl.-PGw., Halle D, Christoph Abderhalden, MNSc, Bern CH.

Kontakt: andreadobrin@yahoo.de

Hildegard Bartmann-Friese, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Pflegedienstleiterin, Bachelor of Business of Administration (BBA), ist Pflegedirektorin in der Westfälischen Klinik und der Westfälischen Kinder- und Jugendklinik Marsberg (Landschaftsverband Westfalen Lippe). Berufliche Interessensschwerpunkte sind: Führen mit Zielen, Verbesserung der Informations- und Kommunikationswege, Führung und Zusammenarbeit.

Kontakt: hildegard.bartmann-friese@wkp-lwl.org

Daniel Berger, Pflegefachmann Psychiatrie mit Höherer Fachausbildung in Pflege (HöFa I), ist Mitglied des Pflegeteams der Psychotherapiestation (PTS) in den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) Bern. Neben der Bezugspersonenarbeit ist sein besonderer Arbeitsschwerpunkt die Begleitung und Optimierung der Umsetzung des Pflegeprozesses auf der Station.

Kontakt: pts.upd@gef.be.ch oder daniel.berger@gef.be.ch

Francis C. Biley, PhD, RN, ist Senior Lecturer am University of Wales College of Medicine, Cardiff UK. Er ist Mitglied des Editorial Boards verschiedener wissenschaftlicher Zeitschriften und Autor zahlreicher Publikationen, unter anderem über den Einsatz komplementärer Therapien in der Pflege, über problembasiertes Lernen und über forschungsmethodologische Fragen.

Kontakt: biley@cf.ac.uk

Thomas Bock, Dr. habil., Psychologe, leitet die sozialpsychiatrische Ambulanz am Universitätskrankenhaus Eppendorf in Hamburg D. Er habilitierte zum Thema Lebensläufe psychotischer Menschen weitgehend ohne psychiatrische Behandlung und ist Autor zahlreicher Artikel, Fach- und Jugendbücher. Gemeinsam mit Dorothea Buck hat er 1989 das erste Psychoseseminar ins Leben gerufen und entscheidende Impulse auf dem Weg zu einer „Triologischen Psychiatrie“ gesetzt. Aktuell tagen über 130 Psychoseseminare oder Psychose-Foren in Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Kontakt: bock@uke.uni-hamburg.de

Manuela Campaniello, Diplomierte Pflegefachfrau Psychiatrie, ist pflegerische Leiterin der Akutstation 4 in den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) Bern CH.

Kontakt: manuela.campaniello@gef.be.ch

Waltraud Doppelhofer, Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, arbeitet in der Abteilung für spezielle psychiatrische Rehabilitation im Otto Wagner Spital in Wien. Ihr Arbeitsschwerpunkt ist die Begleitung junger Menschen im stationären Setting, welche an psychiatrischen Erkrankungen (Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, posttraumatische Erkrankungen, affektive Erkrankungen, schizophrene Erkrankungen, Angstkrankheiten, Zwänge, Phobien) leiden und die sich in akuten oder länger dauernden psychosozialen Lebenskrisen befinden, daher auch nicht in der Lage sind die vorhandenen extramuralen Ressourcen zu nutzen um ihr Leben autonom zu gestalten.

Kontakt: waltraud.doppelhofer@wienkav.at

Urs Ellenberger, Pflegefachmann Psychiatrie mit Höherer Fachausbildung in Pflege (HöFa I), arbeitet auf der Akutstation 4 in den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) Bern. Neben der Bezugspersonenarbeit ist seine Hauptaufgabe die Pflegeentwicklung auf der Station und die Beratung und Unterstützung der Teammitglieder. Er leitet außerdem eine Arbeitsgruppe, die in den UPD eine neue Pflegedokumentation erarbeitet hat und deren praktische Einführung begleitet.

Kontakt: urs.ellenberger@gef.be.ch

Sybille Glauser, Psychologin lic.phil., arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Direktion für Sozial- und Gemeindepsychiatrie der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD). Sie ist Vorstandsmitglied der Berner Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie- und Psychisch-Kranken VASK und Vizepräsidentin des nationalen Dachverbandes VASK Schweiz. Mit Cornelia Christen ist sie Initiatorin des im Sommer 2005 neu gegründeten „Netzwerks Angehörigenarbeit Psychiatrie“.

Kontakt: sibylle.glauser@gef.be.ch

Manuela Grieser, exam. Krankenschwester, Diplom-Pflegewirtin. Arbeitet zurzeit an verschiedenen Forschungsprojekten: "Systematisierung der pflegerischen Einschätzung der Suizidalität in der stationären Psychiatrie" in Herten D und Lengerich D (mit B. Kozel, C. Abderhalden, P. Rieder, E. Seifritz, J. Behrens); Weiterarbeit am Projekt "Stigmatisierung von Jugendlichen und Eltern mit stationärer Psychiatrieerfahrung" (mit C. Abderhalden); Zufriedenheitsbefragung in der Adoleszentenpsychiatrie der UPD Bern (mit C. Abderhalden)

Kontakt: mg5lingual@gmx.de

Sabine Hahn, Pflegefachfrau Psychiatrie, Pflegeexpertin HöFa II, MNSc. Zurzeit studiert sie im Doktorandenprogramm der Universität Maastricht und der Humboldtuniversität Berlin. Sie leitet die Abteilung Forschung und Entwicklung im Bereich Pflege, Geburtshilfe und Rettungssanität am Ausbildungszentrum Insel in Bern und ist Fachberaterin und Dozentin an der Höheren Fachausbildung Stufe 1 Psychiatriepflege am SBK Bildungszentrum. Ihre Schwerpunkte in der Pflege sind Ressourcenorientierter Pflegeprozess, Interaktionsprozess, leben mit chronischen psychischen Erkrankungen, Familienpflege, Pflege von alkohol- und tabletttenabhängiger Menschen, Pflegekonzepte, -theorien und -modelle sowie Evidence-based Nursing. Der Fokus ihrer Forschungstätigkeit liegt auf dem Gebiet der Aggression in der psychiatrischen und der allgemeinen Pflege bzw. Gesundheitsversorgung.

Kontakt: sabine.hahn@azi.insel.ch

Ruud J.G. Halfens, PhD, FEANS, ist Associate Professor im Bereich Health Care Studies / Section Nursing Science, Faculty of Health science, Universiteit Maastricht NL.

Kontakt: R.Halfens@zw.unimaas.nl

Katrin Herder, Fachkrankenschwester für Psychiatrie, MScN, arbeitet unter anderem seit September 05 in dem Kinder- und Familienprojekt KIPS in Solingen. Hier liegt der Arbeitsschwerpunkt in der Arbeit mit den Eltern. Gleichzeitig bereitet sie die wissenschaftliche Auswertung des Projekts vor. Publikationen: Greve N, Herder K (2001) "Alltagsgruppe" - systemische Gruppenarbeit mit Psychose- Erfahrenen. Zeitschrift für systemische Therapie 19(1):21-26; Hesse J, Friedrich T, Greve N, Hennecke C, Herder K, Schuchardt-Hain C, Wittmund B (2001) Systemische Gruppenpsychotherapie. Psychotherapie im Dialog 2(1):44-50; Greve N, Herder K, Schuchardt- Hain C (2004) "Psychose hin- Psychose her". Systemische Gruppenarbeit und Evaluationsgespräch mit Psychoseerfahrenen Klienten. Systema 18(1):70- 83; Herder K (2005) Was brauchen die

Kinder psychisch erkrankter Eltern? Psych Pflege Heute 11(3):122-124

Kontakt: katrin.herder98@arcor.de

Margherita Jäggi, Dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, mit Zusatzausbildung in Atemtherapie, arbeitet auf der Akutstation 5, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD). Sie ist seit mehreren Jahren in der Angehörigen-Arbeit und engagiert und regelmäßig an internen Fortbildungen zum Thema beteiligt. Sie arbeitet mit am Aufbau des neuen Schweizer „Netzwerks Angehörigenarbeit Psychiatrie“.

Kontakt: akut5.upd@gef.be.ch

Walter Krähenbühl, Dipl. Pflegefachmann Psychiatrie, Leiter Aktivitäten Akutstation 2, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD), Bern CH. Arbeitsschwerpunkte in seinem „Wörkshop“ auf der Station sind Figurentheater und Videoproduktionen mit PatientInnen. Er koordiniert seit rund 15 Jahren die stationsübergreifenden Angehörigenangebote der UPD.

Kontakt: akut2.upd@gef.be.ch oder über www.innerefiguren.ch

Regula Lüthi, Dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, Pflegeexpertin HöFa II, MPH, ist Pflegedirektorin der Psychiatrischen Dienste Thurgau. Fachliche Schwerpunkte: gemeindepsychiatrische Versorgung, ambulante psychiatrische Pflege, psychiatrische Pflege in nichtpsychiatrischen Institutionen, Anliegen von Betroffenen und Angehörigen. Publikationen: *Empfehlungen zum Umgang mit Gewalt zu Hause, ein Merkblatt von Angehörigen psychisch kranker Menschen für Angehörige und Fachpersonen (Abschlussarbeit zum Master of Public Health, 2005)*; *Psychiatrische Pflege in: Psychiatrische Rehabilitation (W Rössler (Hrsg) Springer Verlag 2004)*; *Häufigkeit, Art und Schweregrad psychiatrischer Probleme bei Spitex-KlientInnen in den Kantonen Zürich und St. Gallen (WE`G Aarau, 2003)*

Kontakt: regu.luethi@bluewin.ch

Gerda Malojer, Dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, Pflegeexpertin HöFa II, hat die Fachverantwortung Pflege auf der Psychotherapiestation in der Klinik St. Pirminsberg. Ihr HöFa-II-Diplomarbeits-thema war: Lebensqualität von Menschen mit Essstörungen. Momentaner Arbeitsschwerpunkt: forschungsgestützte, standardisierte Pflegediagnosen.

Kontakt: Gerda.Malojer@gd-kpds.sg.ch

Werner Mayr, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, ist Stationsleitung am Klinikum Heidenheim, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, in Heidenheim/Brenz. Seine beruflichen Interessensgebiete sind die Arbeit mit akutpsychiatrischen Patienten, die Weiterentwicklung der wohnortnahen Psychiatrie in unserem Landkreis, die Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie. Aktuelle Arbeitsschwerpunkte sind die Fortführung und weitere Optimierung der multiprofessionellen Stationsarbeit mit der offenen Tür, die Aufrechterhaltung der bisherigen pflegerischen Tätigkeiten im Behandlungsangebot unserer Station, die Stabilisierung und Weiterentwicklung der bisherigen stationsbezogenen Arbeit in der PIA und die Mutter - Kind Behandlung auf der eigenen Station. Er ist (zukünftiger) Autor in der 4. Auflage des Buchs "Psychiatrie für Pflegeberufe" von Thiel et al.

Kontakt: wernermayr@gmx.de

Martin Meyer, Supervisor (DGSv), Organisationsberater, Fachkrankenpfleger Psychiatrie. Geschäftsführer des IfEG - Institut für Entwicklung im Gesundheitswesen, Köln. Arbeitsschwerpunkte sind Personal- und Teamentwicklung, Einzel- und Teamsupervisionen, Managementcoaching, Organisationsberatung, Trainings und psychiatrische Fortbildungen. Publikationen: In "Gesundheits- und Krankenpflege in der Psychiatrie – Mental Health Care", Hrsg. Gassmann, Marschall, 2006, Springer, Berlin.

Kontakt: mmeyer-ifeg@t-online.de

Christoph Müller, Krankenpfleger, Weiterbildung zum Qualitätsberater, Weiterbildung zur Leitung einer Station, Mitarbeit in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie sowie bei Humor-CareDeutschland.

Kontakt: christophmuellerknueller@web.de

Ian Needham, Dipl. Pflegefachmann Psychiatrie, MNSc, PhD, leitet das Forschungszentrum an der Hochschule Gesundheit in Fribourg CH. Seine derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind Aggression in der Pflege, Pflegediagnostik und soziologische Fragestellungen der Psychiatriepflege. Er ist Autor zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen und Mitautor des "Lehrbuchs Psychiatriische Pflege" (2004,2006, Huber, Bern)

Kontakt: ian.needham@hefr.ch, needham@bluewin.ch

Ber Oomen, RN, Abteilungsleitung Intensivpsychiatrie, Psychiatric Hospital Institute GGz Nijmegen, Gründungsmitglied des Europäischen Arbeitsgruppe für Psychiatriepflege (Psychiatric Nursing Workgroup PNWG, neu: HORATIO, European Psychiatric Nurses), Vorstandsmitglied der Niederländischen Vereinigung für Psychiatriepflege (Nederlandse Vereniging voor Psychiatriische Verpleegkunde NVPV), Nijmegen NL.

Kontakt: ber.oomen@planet.nl

Claudia Pasiecznik, Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, arbeitet in der Abteilung für spezielle psychiatrische Rehabilitation im Otto Wagner Spital in Wien. Ihr Arbeitsschwerpunkt ist die Begleitung junger Menschen im stationären Setting, welche an psychiatrischen Erkrankungen (Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, posttraumatische Erkrankungen, affektive Erkrankungen, schizophrene Erkrankungen, Angstkrankheiten, Zwänge, Phobien) leiden und die sich in akuten oder länger dauernden psychosozialen Lebenskrisen befinden, daher auch nicht in der Lage sind die vorhandenen extramuralen Ressourcen zu nutzen um ihr Leben autonom zu gestalten.

Kontakt: claudia.pasiecznik@wienkav.at

Marite Pleininger-Hoffmann, Sozialarbeiterin, Systemische Familientherapeutin und Supervisorin, arbeitet als Abteilungsleitung der Abteilung für Psychosebehandlung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel Bielefeld. Im Rahmen ihrer Tätigkeit koordiniert sie die Behandlungsvereinbarung und unterstützt andere Kliniken bei der Implementierung durch Vorträge und Beratung zu dem Thema.

Kontakt: Marite.Pleininger-Hoffmann@evkb.de

Anne Rabeneck, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Diplompädagogin, Innerbetriebliche Fortbildungsbeauftragte, Qualitätsmanagement Pflege, Westfälische Klinik und Westfälische Kinder und Jugendklinik Marsberg, berufliche Interessensgebiete und Arbeitsschwerpunkte sind zurzeit: Weiterentwicklung pflegetherapeutischer Gruppenangebote der psychiatrischen Pflege, Pflegevisite als Qualitätsvisite psychiatrischer Pflege

Kontakt: anne.rabeneck@wkp-lwl.org

Peter Rieder, Pflegefachmann Psychiatrie, Lehrer für Pflege, Pflegeexperte HöFa II, Pflegewissenschaftler MNSc, arbeitet als Pflegeexperte und Projektleiter im Kompetenzzentrum Pflege der Direktion Pflege und Pädagogik der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern. Seine Arbeitsschwerpunkte sind die Gestaltung interdisziplinärer Patientenprozesse, die Umsetzung des Pflegeprozesses und die Bezugspflege.

Kontakt: peter.rieder@gef.be.ch

Stefanie Schlieben, Lehrerin für Pflegeberufe, leitet die Berufsfachschule für Krankenpflegehilfe des Bildungszentrums, Bezirkskrankenhaus Haar. Sie ist zudem Studentin des Fernstudiengangs Pflege/Pflegemanagement (berufsbegleitend) an der Fachhochschule Jena und arbeitet an einer Diplomarbeit zum Thema chronische Krankheit.

Kontakt: schlieben@krankenhaus-haar.de

Michael Schulz, Dr. rer. medic., promovierter Pflegewissenschaftler, leitet die Stabsstelle psychiatrische Pflegeforschung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel. Themenschwerpunkte: Adherence-Therapie, Rekonzeptionalisierung Psychiatrischer Pflege, Evidence-based Nursing. Er war Organisator des 1. Dreiländerkongresses und ist Mitherausgeber des damaligen Kongressbandes, ist Mitautor des Buches: Ketelsen R, Schulz M, Zechert C. Seelische Krise und Aggressivität – Der Umgang mit Deeskalation und Zwang. Psychiatrieverlag,

Bonn, 2004. Darüber hinaus hat er zu unterschiedlichen Projekten, sowie zur Weiterentwicklung psychiatrischer Pflege publiziert.

Kontakt: michael.schulz@evkb.de

Susanna Staets, Kinder- und Jugendlichentherapeutin, Familientherapeutin, Präventionsprojekt „KIPKEL“, Haan D

Kontakt: susanna.staets@web.de

Alexia Stantz, diplomierte Pflegefachfrau Psychiatrie, arbeitet in einer Stabstelle des Pflegedienstes für Ausbildung und Entwicklung in der Psychiatrischen Klinik Yverdon-les-Bains im Kanton Waadt CH.

Kontakt: Alexia.Stantz@hospvd.ch

Katrin Thissen, Fachkrankenschwester für psychiatrische Pflege und Studentin des Fernstudienganges Pflege/Pflegemanagement der Fachhochschule Jena. Beschäftigt in den Rheinischen Kliniken Bedburg-Hau (D), in der psychiatrischen Familienpflege, derzeit in Elternzeit.

Kontakt: katrinthissen@gmx.de

Andreas Tschanz, Pflegefachmann Psychiatrie, ist pflegerischer Leiter der Psychotherapiestation (PTS) in den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) Bern.

Kontakt: andreas.tschanz@gef.be.ch

Michael Waibel, Fachkrankenschwester Psychiatrie, ist stv. Stationsleiter einer akutenpsychiatrischen Station am Klinikum Heidenheim, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Deutschland. Mitautor bei der 4. Auflage von "Psychiatrie für Pflegeberufe" (Elsevier), hier mit Schwerpunkt "Seelische Störungen im Alter"

Kontakt: micwaibel1@aol.com

Klaus Wingefeld, Dr. PH, Soziologe und Gesundheitswissenschaftler, ist wissenschaftlicher Geschäftsführer des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Derzeitige Arbeitsschwerpunkte: Pflegerisches Entlassungsmanagement in Krankenhäusern, Pflege psychisch kranker alter Menschen, Qualitätsentwicklung in stationären Pflegeeinrichtungen. Unter seiner Leitung wird derzeit u.a. das Projekt "Selbst- und fremdgefährdendes Verhalten psychisch erkrankter Heimbewohner" (Pflegeforschungsverbund Nordrhein-Westfalen) durchgeführt.

Kontakt: klaus.wingefeld@uni-bielefeld.de

Peter Wodicka, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger, ist in leitender Position als Stationspfleger auf einer Akutenpsychiatrischen Station im Wiener Otto Wagner-Spital, Österreich tätig. Als Manager zur Deeskalation von Aggression und Gewalt unterrichtet er derzeit in verschiedenen Krankenpflegeschulen und Spitälern.

Kontakt: peter.wodicka@wienkav.at oder japa@aon.at

Kathrin Wolf, Dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, ist Leiterin Psychiatriepflege am Universitätsspital Basel und Klinikvorstand der Psychiatrischen Poliklinik am Universitätsspital Basel. Arbeitsschwerpunkt: Fachverantwortung für die psychiatrische Pflege am Universitätsspital Basel, stationär in der Somatik(Chirurgie und Medizin) sowie in der Kriseninterventionsstation, ambulant in der Psychiatrischen Poliklinik; Interdisziplinäre Leitungsaufgaben in der Psychiatrischen Poliklinik; Interessensgebiet: Einbindung der Akutenpsychiatrie ins somatische Akutspital, Etablierung evidenzbasierter Praxis in der psychiatrischen Pflege (ambulant und stationär). Sie ist Autorin von "Interdisziplinäre Behandlung in der stationären Krisenintervention" im Band Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention (A. Riecher-Rössler et al (Hrsg), Hogrefe 2004).

Kontakt: kwolf@uhbs.ch

Stephan Wolff, Fachkrankenschwester Psychiatrie, Trainer Aggressionsmanagement, Student der Pflege an der Fachhochschule Frankfurt/M., arbeitet als Pflegeexperte am Klinikum Stadt Hanau in der ambulanten psychiatrischen Pflege und in der Weiterentwicklung der psychiatrischen Pflege. Seine beruflichen Interessensgebiete sind zurzeit Bezugspflege, Pflegeklassifikationen, Aggressionsmanagement, ambulante psychiatrische Pflege. Er ist Mitautor des beim Huber-Verlag 2004 erschienen Lehrbuchs Psychiatrische Pflege.

Kontakt: mail@stephanwolff.de

Christian Zechert, Dipl.-Soziologe, Dipl.-Sozialarbeiter, arbeitet in der Abteilung Forschung, Dokumentation und Qualitätssicherung an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld (EvKB). Vorstand "Dachverband Gemeindepsychiatrie", Bonn. Er ist Vorsitzender der "Westfälischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie", Bielefeld, Sprecher FA Forschungsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) 1996*2000, Redaktionsmitglied "Soziale Psychiatrie", Köln, "Psychoziale Umschau", Bonn. Er ist Autor zahlreicher Veröffentlichungen zur psychosozialen und psychiatrischen Versorgung: Wohnungslosigkeit, Psychiatrische Heime, Deinstitutionalisierung, Zwangsmaßnahmen, Geschichte der Psychiatrie.

Kontakt: christian.zechert@evkb.de

Gianfranco Zuaboni, Dipl. Pflegefachmann Psychiatrie, Pflegeexperte HöFa II, ist als Bereichsleiter / Pflegeexperte im Sanatorium Kilchberg / Psychiatrische Privatklinik tätig. Seine beruflichen Arbeitsschwerpunkte sind zurzeit Beschwerdemanagement, Bezugspersonenarbeit, Pflegediagnostik, Beratungen.

Kontakt: gzuaboni@bluewin.ch

Veranstalter

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD), Forschungsstelle Pflege und Pädagogik, Bern, Schweiz

www.gef.be.ch/upd/

Hochschule für Gesundheit Freiburg, Forschungszentrum, Freiburg, Schweiz

www.heds-fr.ch/crp/de/pres/index.html

Kooperationspartner

- **Schweizer Netzwerk für Pflegeforschung in der Psychiatrie**,
www.pflegeforschung-psy.ch
- **Deutsches Netzwerk für wissenschaftliche Pflege in der Psychiatrie**,
www.pflege-und-psychiatrie.de
- **Institut für Pflegewissenschaft, Private Universität Witten-Herdecke**, Witten D
- **Vereinigung PflegeexpertInnen Schweiz PES**
- **Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe WE'G**, Aarau CH
- **Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe – Otto Wagner Spital**, Wien A
- **Fachhochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit**, Fulda D
- **Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld**, Bielefeld D
- **Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg** D
- **IBI Institut für Beziehungsmarketing und Individualökonomie**, Unterostendorf D
- **Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel**, Basel CH
- **Allgemeines Krankenhaus Wien - Universitätsklinik für Psychiatrie**, Pflegedienst, Wien A
- **Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld**, Bielefeld D

Wissenschaftliches Komitee

Ian Needham (Vorsteher der Jury)

Rüdiger Bauer, Michael Schulz, Susanne Schoppmann (Deutschland)

Harald Stefan, Friederike Kral (Österreich)

Christoph Abderhalden, Regula Lüthi (Schweiz)

Netzwerkadressen

HORATIO, European Psychiatric Nurses (vormals: Psychiatric Nursing WorkGroup PNWG)

<http://www.nvpv.info/PNWG/PNWG.htm>

<http://www.nvpv.info/PNWG/PNWG%20Program%20Eng.pdf>



Netzwerk für wissenschaftlich fundierte psychiatrische Pflege (Deutschland)

<http://www.nppw.de/>

Deutscher Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung" (DV Pflegewissenschaft)

Sektion Psychiatrische Pflegeforschung (in Vorbereitung)

<http://www.dv-pflegewissenschaft.de/sektionen.php>

Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege BAPP (Deutschland)

<http://www.bapp.info>

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)

Arbeitskreis Pflege

Hilde Schädle-Deininger, (p): Sinnweg 35 a, 63071 Offenbach, Tel.: (0 69) 85 14 28,

Netzwerk Pflegeforschung in der Psychiatrie (Schweiz):

www.pflegeforschung-psy.ch

Netzwerk "Gemeindepsychiatrische Pflege" (Schweiz)

<http://www.weg-edu.ch/angebot/netzwerke/>

Verein zur Förderung der Pflegewissenschaft und -forschung VFP (Schweiz)

Akademische Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege

<http://www.pflegeforschung-vfp.ch/fachgesellschaften.html>

Schweizer Berufsverband der Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen SBK

Kommission für die Pflege in der Psychiatrie

www.sbk-asi.ch