

## »Kompetenz – zwischen Qualifikation und Verantwortung«,

so der Titel des 4. Dreiländerkongresses, der im Oktober 2007 in Bethel (Bielefeld) stattgefunden hat und dessen Beiträge in diesem Buch dokumentiert sind. Im Mittelpunkt stehen dabei Fragen nach Kompetenzen psychiatrischer Pflege, aber auch Fragen des Qualifikationserwerbs, also der Bildung. Im Bereich psychiatrischer Pflege erleben wir eine enorme Dynamik mit der Folge, dass es im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis nicht immer gut gelingt, Positionen für sich selbst, sondern auch für die Profession zu finden. Gleichzeitig bieten sich in Zeiten großer Wandlungsprozesse viele Möglichkeiten der kreativen Entfaltung, wofür die vielen freien Beiträge beispielhaft sind und zeigen, welch wunderbarer Beruf die psychiatrische Pflege ist. Neben den freien Beiträgen finden sich in diesem Band auch komprimierte Versionen der Beiträge von den Hauptrednern. Diese waren in diesem Jahr:

Dirk Richter, Ruth Ahrens, Franz Wagner, Nico Oud, Harald Stefan, Phil Barker, Heike Dech, Martin Reker, Rüdiger Bauer, Cornelia Schindler, Martin Ward & Michael Schulz,

Susanne Schoppmann & Regula Lüthi; Christoph Aberhalden, Michael Schulz, Susanne Schoppmann & Ian Needham

ISBN 978-3-9810873-4-5



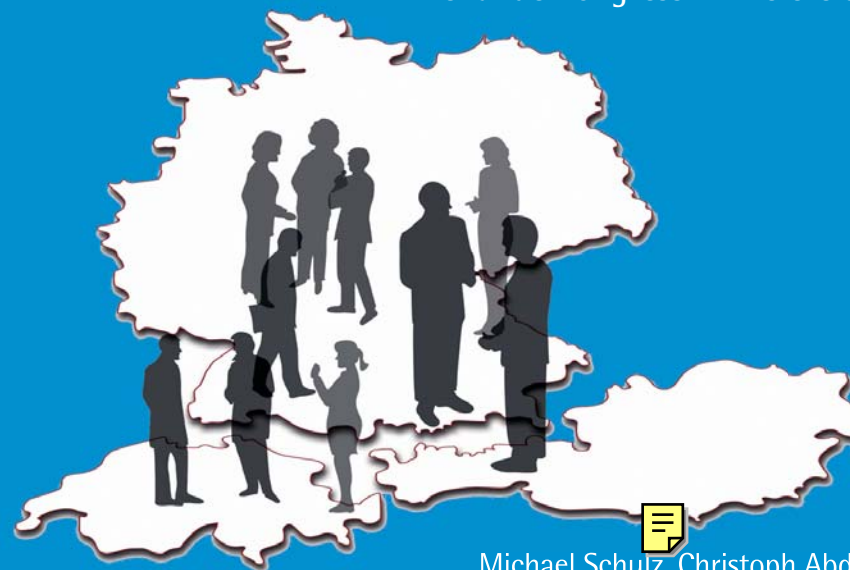
9 783981 087345

IBICURA  
Der Verlag für die Pflege  
Primelweg 6  
D-86869 Unterostendorf  
Tel.: +49 (0)8344 991597  
Fax.: +49 (0)8344 991598  
E-Mail: [info@ibi-institut.com](mailto:info@ibi-institut.com)  
[www.ibicura.de](http://www.ibicura.de)

Kompetenz - zwischen Qualifikation und Verantwortung  
Hrsg.: Michael Schulz, Christoph Aberhalden, Ian Needham, Susanne Schoppmann, Harald Stefan

# Kompetenz – zwischen Qualifikation und Verantwortung

Vorträge und Posterpräsentationen  
4. Dreiländerkongress in Bielefeld-Bethel



Hrsg.  
Michael Schulz, Christoph Aberhalden,  
Ian Needham, Susanne Schoppmann, Harald Stefan

  
Der Verlag für die Pflege

# **Kompetenz – zwischen Qualifikation und Verantwortung**

**Vorträge und Posterpräsentationen  
4. Dreiländerkongress in Bielefeld-Bethel**

Hrsg.: Michael Schulz, Christoph Abderhalden,  
Ian Needham, Susanne Schoppmann, Harald Stefan

## Vorwort der Veranstalter

### Der vierte Dreiländerkongress für psychiatrische Pflege

Michael Schulz, Ian Needham, Susanne Schoppmann, Harry Stefan,  
Rüdiger Bauer, Petra Krause

»Kompetenz – zwischen Qualifikation und Verantwortung«, so lautete das Thema des 4. Dreiländerkongresses, der im Jahr 2007 in Bielefeld stattgefunden hat und dessen Beiträge in diesem Buch dokumentiert sind.

Damit kehrt der Dreiländerkongress an seinen Entstehungsort zurück, da in Bielefeld im November 2004 der erste Kongress unter dem Titel »Interventionen psychiatrischer Pflege« (Schulz, Krause, Bauer 2004) stattfand. Von Beginn an war es ein wesentliches Ziel der Veranstaltungsreihe, Praxis, Theorie und Wissenschaft psychiatrischer Pflege inhaltlich miteinander zu verbinden. Lange war damals unklar, ob eine solche Veranstaltung von der Fachöffentlichkeit angenommen werden würde, das heißt, ob sich genügend Teilnehmer anmelden würden und der Kongress kein Minusgeschäft werden würde.

Mittlerweile ist der Dreiländerkongress eine der größten Veranstaltungen zur psychiatrischen Pflege im deutschsprachigen Raum. Gründe dafür dürften u.a. sein:

#### *Länderübergreifendes Veranstalterteam*

Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Europäisierung unserer Lebensbereiche, z.B. durch den Bologna-Prozess (Vereinheitlichung der Bildungssysteme) oder der Gründung von HORATIO (Psychiatrische Pflege in Europa) wird deutlich, wie notwendig und wertvoll ein länderübergreifender Austausch ist. Hier ist es der Beitrag von Martin Ward, der die Bedeutung europäischer Politik für die psychiatrische Pflege beleuchtet, zu erwähnen. Im Kontakt mit Pflegenden aus Österreich, Deutschland und der Schweiz wird immer wieder klar, dass uns viel mehr verbindet als trennt. Wir stellen auch fest, dass im Hinblick auf den enormen Innovationsdruck ein länderübergreifender Ansatz wesentlich mehr kreatives Potential bereithält und somit ein guter Grundstein für die Entwicklung eines zukunftsfähigen Berufsprofils gelegt werden kann.

Kompetenz – zwischen Qualifikation und Verantwortung

Hrsg.: Michael Schulz, Christoph Abderhalden, Ian Needham, Susanne Schoppmann,  
Harald Stefan

IBICURA, Unterostendorf 2007

ISBN 978-3-9810873-4-5

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, Layout und Satz: Das Projekt, Bauer, Kaufbeuren

Druck und Verarbeitung: Schnitzer Druck, Marktoberdorf

*Aufruf an alle psychiatrisch Pflegenden, sich an dem Kongress mit Beiträgen zu beteiligen*

Auf dem Weg zu einer professionellen Ausgestaltung psychiatrischer Pflege ist das Thema »Diskursfähigkeit« unumgänglich. Was immer psychiatrische Pflege will: sie braucht gute Argumente und im Hinblick auf Interventionen Wissen über Effektivität und Kosten. Hierin unterscheidet sie sich nicht von anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Als psychiatrisch Pflegenden müssen wir also lernen zu argumentieren, zu präsentieren und zu diskutieren. Auch in diesem Jahr sind 60 Pflegenden dem Aufruf der Veranstalter gefolgt und haben sich mit Beiträgen an der Veranstaltung beteiligt, welche u.a. aus Sicht der Veranstalter von unschätzbarem Wert sind, denn sie ermöglichen, gleich einem Echolot, einen Blick in die Berufsgruppe, der uns sagt, welche Themen psychiatrische Pflegenden beschäftigen. Betrachtet man die diesjährigen Beiträge unter diesem Gesichtspunkt, dann wird z.B. deutlich, dass die Vortragenden stärker als in den vergangenen Jahren Themen gewählt haben, die außerhalb des stationären Bereiches beheimatet sind. Damit trägt die Berufsgruppe den demographischen epidemiologischen Anforderungen einerseits sowie den politischen Forderungen andererseits (z.B. »ambulant vor stationär«) Rechnung. Mit Verspätung setzt sich auch somit im deutschen Sprachraum zunehmend die Erkenntnis durch, dass psychiatrische Pflege nicht nur in Krankenhäusern notwendig ist. Pflege ist vielmehr dann besonders angezeigt, wenn es um den Umgang mit chronischer Krankheit im alltäglichen Leben geht. Ein weiterer Unterschied zu den Vorjahren ist, dass zunehmend Pflegenden aus dem Management mit Beiträgen den fachlichen Diskurs bereichern – ein Grund dafür, dass es den Kongressen bisher gut gelingt, Praktikern, Wissenschaftlern und Vertretern des Managements eine gemeinsame Plattform zu bieten.

#### *Hohe Bedeutung von Interventionen*

Von Billiardtraining über Medikamententraining bis hin zu Adherence Therapie reichen die vielen Interventionen, die im vorliegenden Band vorgestellt werden. Vor dem Hintergrund, dass die Frage nach der zukünftigen Bedeutung und den möglichen Verantwortungsbereichen psychiatrischer Pflege viel mehr von der Fachlichkeit am Patienten und der Interventionspalette abhängt, als z.B. von der Frage danach, wie Pflegemanagement in die Klinikleitung eingebunden ist, freut es uns ausgesprochen, dass so

viele Beiträge zu diesem Thema eingereicht wurden. Eng verbunden mit der Frage der Intervention ist die Frage nach den Kompetenzen. In diesem Zusammenhang spielt die Differenzierung von Qualifikationsprofilen und damit die Zuteilung unterschiedlicher Verantwortungsbereiche innerhalb der Berufsgruppe eine zunehmende Rolle

#### *Austausch*

In den vergangenen Dreiländerkongressen hat sich gezeigt, dass Psychiatriepflegende unabhängig voneinander am selben Thema arbeiten. Somit haben sich im Rahmen der Veranstaltungen und im Anschluss daran manche erfreuliche Überraschungen und Möglichkeiten der Zusammenarbeit ergeben. Der Austausch zwischen Teilnehmenden mit den verschiedenartigsten Aufgaben (Pflegepraxis, Pflegewissenschaft, Management, Betroffenen usw.) ist ein erklärtes Kongressziel, das den Diskurs der Psychiatriepflege bereichern soll.

#### *Gastbeiträge zu weiteren wesentlichen Themen*

Neben freien Beiträgen enthält dieser Band auch die Beiträge von Referenten, die seitens des Veranstalterteams eingeladen wurden. Die Einladung namhafter Referenten aus verschiedenen Gebieten hat bereits gute Tradition. Der Band umfasst Beiträge von Kollegen aus anderen Ländern (Phil Barker & Martin Ward), von Menschen, die selbst nicht unter dem Berufsbild »Krankenpflege« einzuordnen sind, sondern nur mit der Pflege im Zusammenhang stehen (Ärzte, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Soziologen, Professoren aber auch Angehörige und Betroffene) und Beiträge von Pflegenden aus unterschiedlichen Settings (stationäre, ambulant). So wird ein länder-, professions- und sektorenübergreifender Diskurs ermöglicht.

Der vorliegende Band dokumentiert die aktuellen Themen der psychiatrischen Pflege in Deutschland, Österreich und der Schweiz und bildet in der Zusammenschau mit seinen Vorgängern wichtige Entwicklungstendenzen innerhalb der Berufsgruppe in den letzten Jahren ab.

Die Organisation eines solchen Kongressbandes und der dazugehörigen Großveranstaltung wäre nicht möglich, wenn nicht viele Menschen mit großem Engagement an diesem Ziel arbeiten würden. Besonderer Dank gilt

Bruni Aussendorf, die mit ihrer hohen Fachlichkeit und großem Engagement dafür gesorgt hat, dass die Organisation der Veranstaltung zu jeder Phase auf sehr hohem Niveau erfolgte.

Ruth Ahrens hat Buch und Kongress nicht nur durch eigene Beiträge bereichert, sondern auch die Übersetzungen der Texte von Phil Barker betätigt. Auch dafür möchten wir uns bedanken.

Besonderer Dank gilt auch Sandra Gruss, Mario Haase, Mario Leisle und Michelle Linder von der Medienabteilung des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld. Von dort kam nicht nur das Logo der Veranstaltung, sondern auch Unterstützung bei Internetauftritt und anderen Angelegenheiten, wie z. B. die Besorgung der Kongresstaschen, Kulis, Fahnen und Programmheften – auf die Menschen in dieser Abteilung war immer Verlass.

Großer Dank gilt auch Inge Bauer, die als Mitarbeiterin im Ibicura-Verlag die Erstellung dieses Bandes mit großer Geduld und viel persönlichem Einsatz ermöglicht hat. Der Umstand, dass dies bereits der vierte Tagungsband ist, der in diesem Verlag erscheint, spricht für die gute Zusammenarbeit mit dem IBI-Institut und dem Ibicura-Verlag.

Nach dem Kongress ist vor dem Kongress – so bleibt uns abschließend noch, Sie nächstes Jahr in das schöne Bern einzuladen. Hauptverantwortlicher Veranstalter wird dann Christoph Abderhalden sein.

Bielefeld, Oktober 2007

Michael Schulz	Ian Needham	Harald Stefan
Susanne Schoppmann	Christoph Abderhalden	

## Literatur:

Schulz M, Krause P, Bauer R (2004) Interventionen psychiatrischer Pflege. Unterostendorf: IBICURA-Verlag

## Inhaltsverzeichnis

<i>Michael Schulz, Ian Needham, Susanne Schoppmann, Harry Stefan, Rüdiger Bauer, Petra Krause</i>	
Vorwort der Veranstalter	
Der vierte Dreiländerkongress für psychiatrische Pflege .....	3
<i>Franz Wagner</i>	
Die Auswirkungen nationaler und europäischer Rahmenbedingungen auf die Ausbildung sowie die Veränderung von Tätigkeitsprofilen psychiatrischer Pflege – Eine Stellungnahme aus Sicht des Berufsverbandes.....	14
<i>Dirk Richter</i>	
Soziale Inklusion – Eine neue Aufgabe für die psychiatrische Pflege?.....	17
<i>Ruth Ahrens</i>	
Validierende Gesprächsführung bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen .....	27
<i>Ruth Ahrens</i>	
Warum ist neurobiologisches Wissen wichtig für psychiatrisch Pflegende? .....	33
<i>Nico Oud, Harald Stefan</i>	
Pflegediagnosen als Grundvoraussetzung für geplante psychiatrische Pflege .....	40
<i>Phil Barker, Poppy Buchanan-Barker</i>	
Das Gezeitenmodell: Genesung durch Wiedergewinnung der Menschlichkeit.....	45
<i>Heike Dech</i>	
Gemeindepsychiatrische Versorgungskonzepte und Anforderungen an pflegerische Qualifikationsprofile .....	55
<i>Martin Reker</i>	
Arbeitsteilige Versorgung in der Psychiatrie – Sind Professionelle für Patienten oder Patienten für Therapeuten da? .....	62
<i>Rüdiger Bauer</i>	
Wie entsteht Arbeitszufriedenheit in der psychiatrischen Pflege: Eine Grounded Theory Studie zur Individualökonomie.....	71
<i>Cornelia Schindler</i>	
Kompetenzen in der Psychiatrischen Pflege: Strategien und Interventionen zur Personalentwicklung an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik Freiburg.....	82
<i>Martin F. Ward, Michael Schulz</i>	
HORATIO und die Auswirkungen der Europäischen Union auf die psychiatrische Pflege .....	89

<i>Christoph Abderhalden, Michael Schulz, Ian Needham, Susanne Schoppmann</i> Lesen, Schreiben und Publizieren in der psychiatrischen Pflege: Die neue Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit (PpG) .....	91	<i>Ulrich von dem Berge, Thomas Hibbe</i> NANDA- Pflegediagnosen - ein Mittel zur Umsetzung des Pflegeprozesses in der psychiatrischen Praxis? .....	165
<i>Regula Lüthi, Dr. Susanne Schoppmann</i> Kompetenz - zwischen Qualifikation und Verantwortung .....	97	<i>Thomas Hibbe, Ulrich von dem Berge</i> Konzeption zur Implementation von NANDA-Pflegediagnosen im stationären psychiatrischen Bereich; .....	172
<i>Christoph Abderhalden, Caroline Gurtner</i> Wie reliabel ist die Brøset-Gewalt-Checkliste (BVC) zur Einschätzung des kurzfristigen Gewalttrisikos? .....	105	<i>Waltraud Koller, Franz Lehnhardt</i> Seminare Gewalt ADE Aggressions- und Deeskalationsmanagement.....	177
<i>Caroline Gurtner, Christoph Abderhalden</i> Welche Faktoren berücksichtigen Pflegenden auf psychiatrischen Akutstationen bei der subjektiven Einschätzung des kurzfristigen Gewalttrisikos? .....	110	<i>Romed Plattner</i> Therapie und Gesundheitszentrum Mutters Eine Alkohol- und Medikamentenentwöhnungsstation stellt sich vor .....	186
<i>Bernd Kozeil, Manuela Grieser, Peter Rieder, Erich Seifritz, Christoph Abderhalden</i> Die Interrater-Reliabilität der »Nurses' Global Assessment of Suicide Risk Scale (NGASR)« zur systematisierten Einschätzung der Suizidalität. ....	116	<i>Ingo Tschinke</i> Praktische Erfahrungen mit der Umsetzung der ambulanten psychiatrischen Pflege .....	193
<i>Rüdiger Noelle, Michael Schulz</i> Evaluation der Verteilung von Pflegeleistungen im Rahmen von stationärer gerontopsychiatrischer Krankenbehandlung .....	122	<i>Brigitte Sommerauer</i> »Future starts now« Sommerprojekt an der Tagesklinik Jugendpsychiatrie.....	199
<i>Sebastian Dorgerloh, Michael Schulz</i> Adherence Therapie - Neues Berufs- und Arbeitsfeld psychiatrisch Pflegenden? .....	129	<i>Klaus Wingenfeld</i> Herausforderungen der Versorgung Demenzkranker im Akutkrankenhaus.....	205
<i>Markus Berner</i> Die Stigmatisierung von psychisch kranken Menschen Konzept zur Sensibilisierung von Pflegefachpersonen.....	131	<i>Martin Schmid, Elisabeth Reutimann</i> Durchführung einer Zeitstudie zur Erhebung der Pflegeleistungen in der Langzeitpsychiatrie .....	211
<i>Cornelia Gianni, Matthias Hürlimann</i> »Und bist Du nicht willig, so brauch' ich Gewalt!« .....	138	<i>Petra Wüest, Andrew Bay</i> Bezugspersonensystem - die interdisziplinär vernetzte Arbeitsweise der Akutstation A32 in der Klinik St. Urban (Schweiz) .....	219
<i>Christien Loth, Yvonne Slee</i> Suchtkrankenpflege: Fachwissen durch Ausbildung in der Praxis in den Niederlanden .....	140	<i>Katrin Thissen</i> Pflegeüberleitung in der Psychiatrie - Erfahrungen, Erwartungen und Wünsche der weiterbetreuenden stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste .....	225
<i>Joergen Mattenklotz, Marianne Kirchhoff</i> Das Psychoedukationsprojekt des Kreises Soest - ein Projekt der LWL Klinik Lippstadt, des sozialpsychiatrischen Dienstes Soest sowie Phönix Soest, einem Kontaktzentrum für psychisch Kranke .....	144	<i>Manuela Brandt, Rita Thill, Olaf Stulich</i> Wirksame Vereinbarungen mit Menschen treffen, die in ihrem Inneren Gefühlschaos leben .....	234
<i>Andreas Möller</i> Einführung eines integrierten Führungsmodells.....	150	<i>Thomas Hax-Schoppenhorst</i> Rückkehr in die Strafbastion? - Professionelle Pflege in der forensischen Psychiatrie im Dilemma.....	239
<i>Patrizia Perlini, Helmut Lerzer, Urs Braun</i> Der Kennedy Behandlungsplan als interprofessionelles Instrument zur Koordination und Evaluation von Behandlungen in der Psychiatrischen Klinik Zugerssee .....	152	<i>Ina Jarchov, Kathleen Kurz, Alexander Duhm, Andreas Wille</i> Widerstände bei der Umsetzung der Bezugspflege - Ein Spiegel des pflegerischen Selbstverständnisses? .....	245
<i>Werner Mayr</i> Medikamententraining auf einer akuten psychiatrischen Station: Eine Idee wird zum festen Angebot im Wochenplan. ....	156	<i>Katharina Mühlhauser, Rainer Schirnhöfer</i> Gartentherapie an der sozialpsychiatrischen Akutstation.....	249

<i>Ingo Tschinke</i> Analyse der Richtlinie zur ambulanten psychiatrischen Pflege.....	255
<i>Heike Heß, Ute Jurtzig</i> »Bühne frei ...« – Theaterarbeit in einer unverbundenen Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik .....	266
<i>Stefan Jünger</i> Mit Pflegediagnosen zu mehr Effizienz und Patientennähe! Ein Erfahrungsbericht..	272
<i>Regina Ketelsen, Andrea Staude, Frank Godejohann</i> Das Beraterteam in der Psychiatrischen Klinik: Aufgaben und Erfahrungen im Umgang mit Aggression und Zwang.....	278
<i>Tim Konhäuser</i> Anorexia nervosa und Dekubitus – Welche Gefährdung für Patienten besteht wirklich und wie kann diese zuverlässig eingeschätzt werden.....	284
<i>Katharina Sadowski, Almuth Berg, Melanie Beyrodt, Gero Langer, Stephanie Hanns, Christiane Schaepe, Markus Zimmermann, Johann Behrens</i> Wirksame Strategien eines kommunikativen Zugangs zu demenziell erkrankten und kognitiv eingeschränkten Personen (WISDE): Entwicklung eines Instruments zur Erfassung spezifischer pflegerischer Angebote.....	289
<i>Peter Ullmann</i> Psychoedukation bei schizophren erkrankten Menschen unter der besonderen Berücksichtigung von Krankheitsbewältigung und Steigerung der Lebensqualität im interdisziplinären Kontext (PKL) .....	295
<i>Lena Bischoff, Bärbel Durmann, Ursula Hamann, Thomas Lange, Bernhard Prankel</i> Bäumchen wechsele dich – Fremdgehen als Methode .....	302
<i>Suparpit Maneesakorn, Kevin Gournay, Deborah Robson, Richard Gray</i> Übersetzung aus dem Englischen: Michael Schulz Eine explorative Studie zur Adherence Therapie für thailändische Menschen mit Schizophrenie: Ein zusammenfassender Bericht .....	307
<i>Ariadne Altenschmidt, Dirk Boltenberg, Ralf Brüggemann, Renate Igili, Anke Marks, Carolin Netzel, Birgit Panke-Kochinke, Dorothee Spürk, Kristin Wilkes, Chrisotoph Wohlkittel</i> Denken lernen in problemorientierten Lernsituationen – Reflektieren anhand von Lern- und Arbeitsaufgaben – Handeln lernen an Lerngegenständen.....	313
<i>mit Eberhard Lempelius</i> »Dreizehn Meter Flur« Eine Geschichte vom Kampf um Liebe, dem Verlust der Würde und dem Beginn eines neuen Lebens. ....	315
<i>Susanne Herzog</i> Die Rhythmische Rückeneinreibung nach Wegman/Hauschka als pflegerisches Therapieangebot bei weiblichen Patienten mit Depressionen.....	317

<i>Diana Grywa</i> Entwicklung eines Leitfadens, Nachbesprechung mit PatientInnen nach Zwangsmassnahmen: Eine Delphi-Studie.....	320
<i>Ute Hansen, Brigitta Middel, Kerstin Wiethölter</i> Pflegerische Aspekte einer multiprofessionellen, ambulanten und teilstationären Behandlung cannabisabhängiger Menschen .....	322
<i>Stephan Wolff</i> Spiritualität und psychiatrische Pflege: Fundamentaler Wahnsinn oder wahnsinnig gutes Fundament? – Aktuelles Fachwissen und Implikationen für die psychiatrische Pflege.....	334
<i>Ursula Quiblier-Gantner, Elisabeth Reutimann</i> Projektbericht: Pflegekompetenz und Interdisziplinarität – Ein gemeinsamer Weg der Qualitätsentwicklung .....	343
<i>Bernhard Fleer</i> Die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit von Menschen mit psychischen Störungen im Rahmen der Pflegeversicherung .....	350
<i>Manuela Grieser, Christoph Abderhalden</i> Qualifikationen und Kompetenzen in der psychiatrischen Pflege bei Pflegenden mit unterschiedlichem Ausbildungshintergrund.....	357
<i>Peter Müller-Schuh</i> Die Implementierung von Pflegeprozessinstrumenten – Auswirkungen auf die Abbildung des Pflegeprozesses in der Pflegedokumentation – eine quantitative Studie.....	362
<i>Marie Boden, Doris Rolke</i> Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen Das Gras wächst nicht schneller wenn man daran zieht.....	371
<i>Geneviève Frei-Rhein</i> Individuelle Lebensqualität von drogenabhängigen Patienten in einem Entzugsprogramm: Selbstbeurteilung in einer Drogenentzugs- und Übergangsstation für Erwachsene.....	373
<i>Peter Ullmann</i> Team-Technik im Zeichen der Bildkommunikation .....	375
<i>Gerda Elmerhaus</i> Hält die Pflege, was sie verspricht? – Bezugspflege in der Psychiatrie.....	377
<i>Galgon Stefan</i> Zusammenhänge zwischen Bezugspflege und Mitarbeiterzufriedenheit- eine Korrelationsstudie.....	379
<i>Michael Mayer</i> PAIR – Das Training zur Aggressionshandhabung: Präsentation eines Trainingspro- gramms zur Prävention von Aggression und Gewalt in psychiatrischen Settings .....	381

<i>Beate Mitzscherlich</i>	
Psychiatrie in der DDR– Ein Pflegeforschungsprojekt aus der Sicht von Patienten und Pflegekräften .....	391
<i>Marite Pleininger-Hoffmann</i>	
Die Bielefelder Behandlungsvereinbarung.....	392
<i>Sibylle Prins, Hermann Wand</i>	
Die Beteiligung Psychiatrieerfahrener in der Fachweiterbildung psychiatrische Pflege.....	397
<i>Uwe Rethage</i>	
Teilhabeplätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen – Arbeitswelt als Arbeitsfeld psychiatrischer Pflege.....	399
<i>Stefan Vetter</i>	
Billardtraining auf der Station FP.....	404
<i>Gisela Walter</i>	
Stigmatisierung von Alkoholkranken; Eine Untersuchung bei Schülerinnen allgemein bildender höherer Schulen.....	407
<i>Katrin Herder</i>	
»Warum nehmen Sie Ihre Abendarznei nicht später?« Perspektivenwechsel: vom Patienten/ von der Patientin mit Kind hin zum Elternteil mit einer psychiatrischen Erkrankung .....	410
Autorinnen und Autoren.....	412
Wissenschaftlicher Beirat .....	427

## Die Auswirkungen nationaler und europäischer Rahmenbedingungen auf die Ausbildung sowie die Veränderung von Tätigkeitsprofilen psychiatrischer Pflege – Eine Stellungnahme aus Sicht des Berufsverbandes

Franz Wagner

Die Pflege in Deutschland steht – wieder einmal / immer noch – vor einem fundamentalen Wandel. Die Rahmenbedingungen verändern sich rapide und nachhaltig. Mit unterschiedlichen Ausprägungen und unterschiedlichem Akutheitsgrad in den verschiedenen Leistungssektoren werden unter dem Paradigma der Marktwirtschaft Betreuungs- und Versorgungsangebote neu ausgerichtet. Das Wohl des Einzelnen wird implizit und explizit dem Diktat der Ausgabenbegrenzung unter- und nachgeordnet. Der Staat verabschiedet sich zunehmend aus der Sicherung grundlegender gesellschaftlicher Aufgaben. Früher waren einige als ‚hoheitliche Aufgaben‘ dem Staat vorbehalten, der sie als Fundament des gesellschaftlichen Zusammenlebens als unveräußerbaren Auftrag des Staates verstand. In jüngerer Zeit werden vor dem Hintergrund der Reformresistenz der bürokratischen Apparate und knapper Kassen immer mehr diese Aufgaben privatisiert, ‚outgesourct‘ und damit häufig zur Disposition gestellt. Das begann mit den Krankenhäusern und wird nicht bei der Deutschen Bahn enden. Einige Bereiche schienen lange Zeit dennoch tabu zu sein: z.B. der Strafvollzug oder die psychiatrischen Landeskrankenhäuser. Doch auch hier hat der Wandel begonnen. Wie sich das auf die Qualität Aufgaben auswirkt, ist offen. Billiger soll es auf jeden Fall werden.

Die Gesellschaft steht unbestritten vor großen Herausforderungen, die es gemeinsam zu bewältigen gilt. Wir werden uns daran messen lassen müssen, wie wir diese Herausforderungen bewältigen und welche Prioritäten wir dabei gesetzt haben. Dies beinhaltet auch große ethische Fragen.

Die wichtigsten Herausforderungen sind:

- der demographische Wandel mit zunehmender Lebenserwartung und sinkenden Geburtenzahlen
- die epidemiologischen Trends wie Zunahme chronischer Erkrankungen, psychischer Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit

- daraus möglicherweise resultierende Belastungen der Sozialsysteme
- sinkendes Angebot an Fachkräften in allen Bereichen (auch Pflege und Medizin)
- der Einfluss der EU mit zunehmender Mobilität von Patienten und Pflegenden.

Angesichts dieser Entwicklungstrends wird deutlich, wie sehr unser Gesundheitssystem, das noch immer

- auf Akuterkrankungen und deren ärztliche Behandlungen fokussiert ist,
- dominiert und kontrolliert wird von starken Lobbygruppen (Pharmaproduzenten, Ärzteverbände, etc.)
- reguliert über Selbstverwaltung mit begrenzter politischer Einflussnahme,

herausgefordert ist.

Der Pflege bieten sich in diesem Szenario Chancen und Bedrohungen. Vor dem Hintergrund der steigenden Einsicht in die Zusammenhänge sozialer Faktoren (z.B. Armut oder Bildung) und Gesundheit und Zunahme der chronischen Erkrankungen, könnten Pflegenden einen deutlichen Beitrag zu mehr Gesundheit und Lebensqualität leisten. Pflege könnte das Case-Management übernehmen. Bei vulnerablen Gruppen haben Pflegenden ein großes Potenzial Prävention zu leisten. Dem Beispiel anderer Länder folgend, könnten Pflegenden als Nurse Practitioner mehr Verantwortung im System übernehmen. Das jüngste Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat dies bestätigt.

Die psychiatrische Pflege in Deutschland hat in den letzten 30 Jahren eine enorme Entwicklung erlebt. Ausgelöst durch die Psychiatrie-Enquete haben sich die psychiatrischen Kliniken gewandelt. Die Versorgungsstrukturen haben sich verändert in Richtung Dezentralisierung der stationären Versorgungsangebote und dem Ausbau ambulanter Leistungen. Bei letzterem bleibt noch einiges zu tun. So werden z. B. Leistungen auf bestimmte Diagnosegruppen beschränkt und auf eine Leistungsdauer von vier Monaten befristet. Dies verhindert gerade für chronisch Kranke den Zugang zur Leistung. Damit werden psychiatrisch kranke Menschen wesentlich schlechter gestellt als somatisch erkrankte Versicherte.

Die Fachlichkeit der psychiatrisch Pflegenden ist anerkannt, z.B. durch die Fachweiterbildung Psychiatrie dokumentiert. Allerdings kann die psychiatrische Pflege im internationalen Vergleich ihr Potenzial nicht ausschöpfen. Die psychiatrische Pflege unterliegt denselben Herausforderungen und Trends wie die Pflege allgemein:

- höhere fachliche Anforderungen verlangen nach einer generalistischen akademischen Erstausbildung der Pflegenden, zunehmender Spezialisierung und lebenslangem Lernen;
- dem Nachweis der Wirksamkeit pflegerischen Handelns durch Forschung;
- dem Beleg der Kosteneffizienz.

Will die deutsche Pflege tatsächlich die Chancen der Veränderungen im System nutzen, müssen die Pflegenden politisch aufwachen. Diese politische Aktivierung muss auf allen Ebenen greifen: am eigenen Arbeitsplatz, in der Institution und politisch.

## Soziale Inklusion – Eine neue Aufgabe für die psychiatrische Pflege?

Dirk Richter

Die Benachteiligung psychisch kranker Menschen in vielen Bereichen des sozialen Lebens wird seit längerem unter dem Stichwort der Stigmatisierung beschrieben und diskutiert. Psychisch kranke Menschen leiden in diverser Hinsicht unter der Nicht-Anerkennung ihrer Krankheiten und als Konsequenz unter der Nicht-Anerkennung ihrer Person. Die Betroffenen fühlen sich ausgeschlossen von der sozialen Teilhabe in verschiedenen Dimensionen; dies reicht von der Missachtung in persönlichen Gesprächen bis hin zu kaum überwindbaren Problemen auf dem Arbeitsmarkt, sobald die Krankheit bekannt wird.

Die moderne psychiatrische Versorgung ist seit den 1970er Jahren darum bemüht gewesen, diese Benachteiligung psychisch Kranker abzubauen. Neuere Versorgungsformen zielten in erster Linie auf die Integration der kranken Menschen in die Gesellschaft (Forster 1997). Unter dem Label ‚Gemeindepsychiatrie‘ wurden zahlreiche Behandlungs- und Versorgungsoptionen etabliert, die von einer wohnortnahen stationären Behandlung über arbeitsrehabilitative Maßnahmen bis hin zu einer gemeindeintegrierten Lebensform für chronisch Kranke reichen. Die gemeindepsychiatrische Versorgung hat die Lebensqualität vieler Betroffener deutlich verbessert, insbesondere durch die Abschaffung längerfristiger stationärer Aufenthalte in wohnortfernen Kliniken.

Dennoch ist nach mehreren Jahren Stillstand die Thematik der sozialen Lebenssituation psychisch kranker Menschen unlängst wieder in die Diskussion gekommen. Angestoßen durch sozialpolitische Initiativen der Europäischen Union sowie durch fachpsychiatrische Ansätze werden die sozialen Lebensumstände unter den Stichworten der sozialen Inklusion bzw. sozialen Exklusion thematisiert. Mit diesen Begriffen soll das Ausmaß der sozialen Teilhabe, oder andersherum ausgedrückt, des Ausschlusses psychisch Kranker von sozialen Bereichen beschrieben werden.

Die nachfolgenden Ausführungen verfolgen in erster Linie das Ziel, die Problemlage der sozialen Exklusion psychisch Kranker zu definieren und zu beschreiben. Abschließend werden erste Überlegungen zur Übertragbarkeit des Inklusionsansatzes auf die psychiatrische Pflege vorgestellt.

### Was heißt soziale Inklusion/Exklusion?

Die Begrifflichkeit der sozialen Inklusion/Exklusion hat eine lange soziologische Begriffsgeschichte. Terminologisch ist eine Verwandtschaft mit einer weiteren soziologischen Begrifflichkeit zu erkennen, der sozialen Integration bzw. Desintegration (Friedrichs und Jagodzinski 1999). Die Terminologie der Integration beschreibt jedoch in erster Linie eine gesamtgesellschaftliche Problemstellung, nämlich die Frage »was eine Gesellschaft zusammenhält« oder eben zur Desintegration führt. Üblicherweise werden hier etwa Problembereiche wie der Umgang mit sozialen Minderheiten analysiert. Dazu zählen allerdings auch Fragestellungen, die in Richtung der Inklusion gehen, beispielsweise die Integration in soziale Netzwerke (Sozialintegration) und die Integration in gesellschaftliche Teilsysteme (Systemintegration) (Habermas 1982; Lockwood 1969).

Gegenüber der ‚Integration/Desintegration‘ setzen ‚Inklusion/Exklusion‘ stärker auf die soziale Teilhabe von Individuen. Damit wird zugleich auf die Mechanismen sozialer Marginalisierung hingewiesen, die sich offenbar in der modernen westlichen Gesellschaft nahezu überall finden lassen (Bauman 2004; Kronauer 2002). Hierbei geht es um den Zugang zu materiellen, politischen, kulturellen, rechtlichen und sonstigen sozialen Ressourcen, die für ein ‚normales‘ Leben in der heutigen Gesellschaft im Grunde unabdingbar sind. Anders als frühere Ansätze, die üblicherweise auf Armut als stärksten Indikator des sozialen Ausschlusses fokussierten, zielt die gegenwärtige Konzeption von Inklusion bzw. Exklusion auf eine umfassende Analyse der Lebenssituation potenziell vom Ausschluss betroffener Personen.

Im Einklang mit der zeitgenössischen Soziologie wird davon ausgegangen, dass der soziale Ein- bzw. Ausschluss verschiedene Ausprägungen annimmt und dass er in unterschiedlichen Bereichen unterschiedlich lange anhält (Richter 2003). Neben der kompletten Exklusion, beispielsweise von Arbeitsmarkt oder von Intimbeziehungen, können Betroffene auch prekär inkludiert sein, etwa bei gefährdeten Arbeitsplätzen oder krisenhaften

Partnerschaften. Ebenfalls können Inklusionsverhältnisse problembehaftet sein, wenn es etwa zu Gewalt in Partnerschaften kommt. Diese Differenzierungen sind empirisch allerdings nur mit großem Aufwand zu operationalisieren, daher wird in der Regel nur über einfach messbare In- oder Exklusionsparameter berichtet.

### Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen

Es versteht sich nahezu von selbst, dass psychisch kranke Menschen ein besonders großes Risiko der sozialen Exklusion haben. Aufgrund der lebensgeschichtlichen Vulnerabilität sowie den Folgen der Erkrankungen werden sie einerseits oftmals nicht von ihrer Umwelt akzeptiert, andererseits fehlt es ihnen nicht selten auch an den sozialen Fertigkeiten, um in einer zunehmend komplizierter werdenden sozialen Umgebung zurechtzukommen.

Die Datenlage zum sozialen Ausschluss psychisch Kranker ist vom Umfang her bisher relativ spärlich, allerdings sind bis dato erhobene empirische Befunde mehr als eindeutig. Großes Aufsehen hat vor einigen Jahren eine erste Basiserhebung zur sozialen Lebenssituation psychisch kranker Menschen in Großbritannien erregt (Social Exclusion Unit 2004). In dieser von der britischen Regierung in Auftrag gegebenen Untersuchung wurden unter anderem die folgenden Resultate publiziert:

- Weniger als ein Viertel der chronisch psychisch kranken Menschen arbeiten in regulären Beschäftigungsverhältnissen.
- Psychisch Kranke haben ein doppelt großes Risiko, ihren Arbeitsplatz zu verlieren.
- Psychisch Kranke sind dreimal häufiger verschuldet als gesunde Menschen.
- Ein Viertel der Betroffenen hat große Probleme, die Miete für ihre Wohnungen aufzubringen und daher besteht ein großes Risiko der Wohnungslosigkeit.
- Psychisch kranke Menschen sind dreimal häufiger geschieden als gesunde.
- Das Risiko wegen einer psychischen Störung diskriminiert zu werden, ist bei Kontakten mit Ämtern oder mit der Polizei relativ hoch.

- Menschen mit schweren chronischen psychischen Störungen, etwa Schizophrenie, haben oftmals zusätzlich körperliche Erkrankungen.
- Psychisch kranke Menschen haben häufig einen ungesunderen Lebensstil hinsichtlich gesunder Nahrung, Tabak-, Cannabis- und Alkoholkonsum und körperlicher Bewegung.
- Die Lebenserwartung von Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, ist wegen ihrer körperlichen Erkrankungen und ihres hohen Suizidrisikos durchschnittlich 10 Jahre geringer im Vergleich zu gesunden Menschen.

Eine erste deutsche Studie zu dieser Thematik verglich Personen, die wegen einer psychischen Störung berentet wurden mit einer Vergleichsgruppe von Personen, die wegen körperlicher Erkrankungen als erwerbsgemindert berentet wurden (Richter, Eikermann und Reker 2006). Hierbei stellte sich heraus, dass psychisch kranke Menschen im Vergleich zu körperlich Erkrankten:

- eine deutlich geringere Lebensarbeitszeit aufweisen,
- in erheblich niedrigeres Einkommen haben,
- häufiger unverheiratet sind.

Die Analysen zeigten aber auch, dass eine Verallgemeinerung dieser Aussage auf alle psychischen Störungen nicht zulässig ist. Die sozialen Benachteiligungen treffen vor allem Menschen mit schizophrenen Störungen sowie alkoholabhängige Menschen. Die Lebensarbeitszeit von Männern mit einer Schizophrenie beträgt etwa weniger als die Hälfte der Arbeitszeit depressiv Erkrankter. Der Hintergrund für das besondere Exklusionsrisiko schizophrener erkrankter und alkoholabhängiger Menschen ist sicherlich vielschichtig. In beiden Fällen handelt es sich um schwere, chronisch oder chronisch rezidivierend verlaufende Erkrankungen, die sowohl die berufliche Leistungsfähigkeit als auch die für eine Partnerschaft notwendigen sozialen Fertigkeiten häufiger und langfristiger negativ beeinflusst als dies etwa bei depressiven Störungen der Fall ist. Weiterhin sind beide Krankheitsbilder nach wie vor erheblich stigmatisiert. Sowohl bei potenziellen Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern als auch bei Arbeitgebern bestehen negative Stereotype, die durch Stichworte wie Unberechenbarkeit, Gefährlichkeit und Unheilbarkeit charakterisiert werden können.

Es sind jedoch nicht nur die Reaktionen auf die Erkrankung, die zum Ausschluss von der sozialen Teilhabe führen. Eine große dänische Fallregister-Studie konnte zeigen, dass später als schizophren diagnostizierte Patienten schon lange vor ihrer ersten Hospitalisierung ein hohes und mit der Zeit zunehmendes Exklusionsrisiko hinsichtlich des Arbeitsplatzes und der Einbindung in eine Intimbeziehung aufwies (Agerbo, Byrne, William und Mortensen 2004). Diese Daten machen deutlich, wie wichtig eine frühzeitige und präventiv ausgerichtete Intervention sein kann, um der Exklusionsspirale aus fehlender Ausbildung, Arbeitslosigkeit, instabilen Arbeitsverhältnissen und fehlender Berufserfahrung zu begegnen.

### Gemeindepsychiatrie und soziale Exklusion

Die Psychiatrie-Reformen seit den 70er Jahren hatten sich bekanntlich der Integration psychisch Kranker in die Gesellschaft verschrieben. Jüngste Bilanzen der Reformbemühungen haben ergeben, dass sich zweifelsohne die Lebensbedingungen, insbesondere der chronisch kranken Patienten, erheblich verbessert haben. Die Betroffenen leben heute nicht mehr in unvorteilhaften und überkommenen psychiatrischen Anstalten, sondern in betreuten Wohnverhältnissen oder Heimeinrichtungen oder aber in eigenen Wohnungen. Die angesprochenen Bilanzen der Gemeindepsychiatrie haben jedoch auch deutlich gemacht, dass die ursprünglichen Ziele der Integration in die Gesellschaft nur zu einem kleinen Teil erreicht worden sind (Eikermann, Reker und Richter 2005; Eikermann, Zacharias-Eikermann, Reker und Richter 2005).

So ist etwa die Inklusion in Arbeit nach wie vor für viele Betroffene, etwa mit chronischen Psychosen, nahezu unmöglich. Auch bei einer zunehmenden wirtschaftlichen Erholung bleibt der erste Arbeitsmarkt für die meisten Erkrankten verschlossen. Das psychiatrische Versorgungssystem versucht dieser Tendenz mit eigenen Arbeitsstätten zu begegnen. Waren die Werkstätten für Behinderte in der Vergangenheit nahezu ausschließlich für Menschen mit geistigen Behinderungen offen, werden sie in den letzten Jahren mehr und mehr von psychisch Kranken in Anspruch genommen. So stieg etwa der Anteil psychisch Behinderter in den westfälischen Werkstätten für behinderte Menschen von 1996 bis 2005 von 9,7 auf 17,3 Prozent, in absoluten Zahlen: von 23.000 auf 33.000 (BAGÜS 2006). Evaluationsstudien haben ergeben, dass die Übergangsrate aus diesen Werkstätten in den

ersten Arbeitsmarkt verschwindend gering ist (Reker, Hornung, Schonauer und Eikermann 2000).

Eine ähnliche Tendenz ergibt sich für die Frühberentungen aufgrund einer psychischen Störung. Der Anteil von Frühberentungen wegen psychischer Krankheiten hat in den vergangenen Jahren drastisch zugenommen (Rehfeld 2006) und liegt zur Zeit bei ungefähr 40 Prozent aller Erwerbsminderungsberentungen. Detaillierte Analysen haben ergeben, dass insbesondere Menschen mit schizophrenen Störungen schon mit relativ frühem Lebensalter berentet werden (Richter 2006). So sind die ersten 10 Prozent der wegen einer Schizophrenie berenteten Männer schon im Alter von 27 berentet worden.

Diese Tendenzen in der Arbeitsrehabilitation und bei der Frühberentung machen deutlich, dass die gegenwärtige psychiatrische Versorgung für viele Betroffene einen Ausweg sucht, der in aller Regel jedoch nicht zu Re-Inklusion in die Lebensbereiche führt, in welche die ‚Normalbevölkerung‘ inkludiert ist. Offenbar hat sich über die Gemeindepsychiatrie eine neue eigene Integrationsform entwickelt, die gewissermaßen aus parallelen sozialen Institutionen und Bereichen besteht. Die bekannte sozialpsychiatrische Trias aus Arbeit, Wohnen und Freizeit spielt sich für viele, insbesondere chronisch Kranke, in der Gemeindepsychiatrie ab, die damit offenbar zu einer Psychiatriegemeinde mutiert ist.

Aus Sicht vieler psychisch kranker Menschen ist diese Entwicklung durchaus subjektiv von Vorteil. Wenn man mehr oder weniger ausschließlich soziale Kontakte zu anderen Kranken und zu professionellen Helfern unterhält, minimiert man zugleich das Risiko der Diskriminierung und Stigmatisierung. Britische Untersuchungen zur Lebenswelt chronisch psychisch kranker Menschen haben gezeigt, dass viele Betroffene sich ‚sichere Häfen‘ in ihrer näheren Umwelt suchen, und zwar bei Hilfseinrichtungen (z.B. psychosoziale Zentren, Tagesstätten, Cafés psychiatrischer Kliniken) und ebenfalls erkrankten Freunden und Bekannten (Rogers und Pilgrim 2003). Ganz ohne Zweifel können solche, als sichere Häfen fungierende Orte ihren Platz in der psychiatrischen Versorgungslandschaft beanspruchen. Allerdings darf nicht übersehen werden, dass vor allem die institutionalisierten Hilfsangebote aus Sicht der nicht psychisch kranken Bevölkerung sicherlich keine

Bereiche sind, die wertgeschätzt werden (Repper und Perkins 2003). Außer psychisch kranken Menschen wird sich vermutlich selten jemand dorthin begeben. In gewisser Weise leistet die Gemeindepsychiatrie einer Gettoisierung ihrer Klientel durch solche Versorgungsangebote Vorschub – und trägt damit unfreiwillig zur weiteren sozialen Exklusion psychisch kranker Menschen bei.

### **Soziale Inklusion – Eine Aufgabe für die psychiatrische Pflege**

Die Defizite und Probleme der gegenwärtigen psychiatrischen Versorgung werden in mehreren europäischen Staaten registriert und kritisch diskutiert (Eikermann, Reker und Richter 2005; Leff und Warner 2006; Repper und Perkins 2003). Der soziale Ausschluss psychisch kranker Menschen ist nicht allein ein deutsches Problem, wie die oben beschriebene Datenlage deutlich gemacht haben sollte, sondern ein nahezu überall in der westlichen Welt anzutreffendes Faktum, dem sowohl sozialpolitisch als auch unter fachlichen Gesichtspunkten begegnet werden muss.

Als »Experten für den Alltag« (Sauter und Richter 1999) sind psychiatrische Pflegekräfte geradezu prädestiniert, eine führende Rolle bei der Inklusion psychisch Kranker in soziale Lebensbereiche zu übernehmen. Das zentrale Ziel der inkludierenden Bemühungen muss es sein, die betroffenen KlientInnen in die Lage zu versetzen, aktiv am sozialen Alltagsleben teilzunehmen, und zwar schwerpunktmäßig außerhalb der Psychiatriegemeinde. Dabei gilt es zum einen, KlientInnen, die ein Chronifizierungs- und Exklusionsrisiko haben, aber noch relativ viele soziale Ressourcen aufweisen, vor dem sozialen Ausschluss zu bewahren. Zum anderen muss für die bereits von vielen sozialen Domänen ausgeschlossenen KlientInnen versucht werden, Wege zurückzufinden und Brücken zu bauen, die zumindest teilweise eine Re-Inklusion ermöglichen.

Ein relativ erfolgreiches Vorbild für die Tätigkeit ist der sog. Job-Coach, der in nordamerikanischen Supported Employment-Programmen (SE-Programmen) beschäftigt ist. Anders als in der hiesigen Arbeitsrehabilitation, die auf ein Training in separaten Werkstätten setzt, in der Hoffnung, die erlernten Fähigkeiten könnte für den ersten Arbeitsmarkt nützlich sein, werden in SE-Programmen die KlientInnen direkt auf Jobs im ersten Ar-

beitsmarkt vermittelt, häufig mit finanziellen Anreizen für die Arbeitgeber. Unter Anleitung und Hilfestellung eines Job-Coaches wird dann versucht, die realen Probleme dieses Arbeitsplatzes zu beherrschen. Erfahrungen haben gezeigt, dass dieses Vorgehen, welches ‚Place, then train‘ genannt wird, den traditionellen Ansätzen, die – wie in Deutschland – auf ‚Train, then place‘ setzen, deutlich überlegen ist (Twamley, Jeste und Lehman 2003). Entscheidend scheint dabei der Einsatz und die Bewährung auf Arbeitsplätzen im realen Umfeld zu sein. Offenbar ist die Übertragbarkeit der in Trainingsumgebungen erlernten Fertigkeiten recht begrenzt. Erfolgreicher scheint es dagegen zu sein, die Fertigkeiten ‚vor Ort‘ zu entwickeln und an die tatsächlichen Gegebenheiten anzupassen.

Viele psychisch kranke Menschen benötigen jedoch nicht nur einen Job-Coach, sondern sind auch auf Unterstützungsprozesse in diversen anderen Sozialbereichen angewiesen. Im Grunde benötigen sie einen Life-Coach (Neenan und Dryder 2002). Dieses, im angloamerikanischen Bereich relativ verbreitete Berufsbild unterstützt Menschen in vielfältigen Lebenssituationen hinsichtlich bestimmter Defizite im Alltagsbereich oder bei psychischen Problemen. Die Herausforderung ist dabei, nicht direkt in einen therapeutischen Ansatz überzugehen, sondern vielmehr die Klienten zu unterstützen, selbstständig zu bleiben und aktiv mit den Herausforderungen des Alltags fertig zu werden. Die Gefahr eines Ansatzes, der in Richtung Therapie geht, besteht darin, bei Schwierigkeiten zu schnell die professionellen Hilfesysteme in Anspruch zu nehmen, während es sich eigentlich doch um soziale Probleme handelt. Die Leitlinie sollte darin liegen, die Klienten so lange wie möglich von der professionellen psychiatrischen Hilfe fern und im Alltagsleben inkludiert zu halten.

Zweifelsohne benötigen chronisch psychisch kranke Menschen dennoch psychiatrische Hilfestellungen und dies auch gelegentlich im stationären Bereich. Obwohl die stationäre Versorgung eben nicht in erster Linie geeignet ist, in den Alltag der Betroffenen integrierend zu wirken, ist es nicht unmöglich, auch hier eine sozial inklusive Perspektive zu entwickeln (Buckle 2005; Repper und Perkins 2004). Diese Perspektive besteht unter anderem darin, neben der Krankheits- und Symptomorientierung als mindestens genauso wichtig die sozialen Rollen, Beziehungen, Stärken und Fähigkeiten sowie die individuellen Ziele im Auge zu behalten (Repper und Perkins 2003).

Wenngleich die stationären Aufenthalte heutzutage in der Regel nur wenige Tage bis Wochen umfassen, werden sie von den Betroffenen häufig noch als Einschnitt in das Alltagsleben erlebt, welcher es häufig schwer macht, an die zuvor bestehenden sozialen Kontakte wieder anzuknüpfen. Dies gilt natürlich vor allem für soziale Kontakte außerhalb der Psychiatriegemeinde, bei denen oftmals keine Kenntnis und kein Verständnis für die psychische Störung und ihre Behandlung in der psychiatrischen Klinik herrscht.

Bei vielen Mitarbeitern des psychiatrischen Versorgungssystems steht diese sozial inklusive Perspektive nicht an erster Stelle. Wie eine entsprechende Studie bei psychiatrischen Pflegenden in Großbritannien gezeigt hat, bestehen sowohl innerhalb als auch außerhalb stationärer Einrichtungen nach Ansicht der Mitarbeiter erhebliche Barrieren gegenüber der Inklusionsstrategie (Bertram und Stickley 2005). Dies liegt teilweise an professionellen Überzeugungen, die etwa mehr defizit- als ressourcenorientiert sind, teilweise sind es aber sozialpolitische und gesellschaftspolitische Probleme (z.B. Stigmatisierung), die einer erfolgreichen Inklusionsstrategie entgegenstehen.

### **Schlussfolgerung: Soziale Exklusion – ein klar definiertes Problem ohne vorhandene Lösungen**

Die Problemlage der sozialen Exklusion sollte deutlich geworden sein. Demgegenüber stehen bisher nur unzureichend ausgearbeitete Lösungsansätze und noch weniger vorhandene Umsetzungsmöglichkeiten. Unter den gegebenen sozialrechtlichen und finanziellen Bedingungen des Versorgungssystems scheint es relativ schwierig zu sein, eine sozial inklusive Strategie nicht nur punktuell, sondern umfassend einzuführen. Die psychiatrische Pflege ist aufgefordert, diese Problemlage nicht nur aus berufspolitischer Perspektive aktiv anzugehen, sondern auch an der inhaltlichen Ausgestaltung einer sozial inklusiven Strategie und Umsetzung mitzuarbeiten.

### **Literatur**

- Agerbo E, Byrne M, William W, Mortensen P (2004) Marital and Labor Market Status in the Long Run in Schizophrenia. Archives of General Psychiatry 61:28-33
- BAGÜS (2006) Zugangszahlen und Bedarfsplanung der Werkstätten für behinderte Menschen aus der Sicht der Sozialhilfeträger – Bestandsaufnahme und Ausblick. Vorlage zur Plenartagung der Höheren Kommunalverbände in der Bundesrepublik Deutschland am 3. und 4. April 2006 in Überlingen Münster: Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

- Bauman Z** (2004) *Wasted Lives: Modernity and its Outcasts*. Cambridge, Engl.: Polity
- 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
- Buckle D** (2005) Social work in a secure environment: towards social inclusion. *Journal of Psychiatric Intensive Care* 1:37-43
- Eikelmann B, Reker T, Richter D** (2005) Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker – Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 73:664-673
- Eikelmann B, Zacharias-Eikelmann B, Reker T, Richter D** (2005) Integration psychisch Kranker: Ziel ist die Teilnahme am ‚wirklichen‘ Leben. *Deutsches Ärzteblatt* 102: A1104-A1110
- Forster R** (1997) *Psychiatriereformen zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung: Eine kritische Bilanz*. Opladen, Westdeutscher Verlag
- Friedrichs J, Jagodzinski W** (1999) Theorien sozialer Integration. In: Friedrichs J, Jagodzinski W (eds.). *Soziale Integration*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 39: 9-43. Wiesbaden, Westdeutscher Verlag
- Habermas J**. 1982. *Theorie des kommunikativen Handelns*. Frankfurt/M., Suhrkamp.
- Kronauer M** (2002) *Exklusion: Die Gefährdung des Sozialen im hoch entwickelten Kapitalismus*. Frankfurt/M./New York, Campus
- Leff J, Warner R** (2006) *Social inclusion of people with mental illness*. Cambridge, Engl., Cambridge University Press
- Lockwood D** (1969) Soziale Integration und Systemintegration. Zapf W (eds.) *Theorien des sozialen Wandels*: 124-137. Köln, Kiepenheuer und Witsch
- Neenan M, Dryder W** (2002) *Life Coaching: A cognitive-behavioural approach*. London, Routledge
- Rehfeld UG (2006) *Gesundheitsbedingte Frühberentung*. Berlin, Robert-Koch-Institut
- Reker T, Hornung PW, Schonauer K, Eikelmann B** (2000) Long-term psychiatric patients in vocational rehabilitation programmes: A naturalistic follow-up study: 101-463. *Acta Psychiatrica Scandinavica*
- Repper J, Perkins R** (2003) *Social Inclusion and Recovery: A Model for Mental Health Practice*. Edinburgh, Ballière Tindall
- Repper J, Perkins R** (2004) Social inclusion and acute care. Harrison M (eds.). *Acute mental health nursing: From acute concerns to the capable practitioner*: 51-77. London, Sage
- Richter D**. 2003. *Psychisches System und soziale Umwelt: Soziologie psychischer Störungen in der Ära der Biowissenschaften*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Richter D** (2006) Psychische Störung und Erwerbsminderungsberentung. DRV (eds.). *Erfahrungen und Perspektiven: Bericht vom Dritten Workshop des Forschungszentrums der Rentenversicherung*: 212-223. Berlin, Deutscher Rentenversicherungsbund
- Richter D, Eikelmann B, Reker T** (2006) Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch Kranker. *Das Gesundheitswesen* 68:704-707.
- Rogers A, Pilgrim D**. 2003. *Mental Health and Inequality*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Sauter D, Richter D** (eds.) (1999) *Experten für den Alltag: Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern*. Bonn, Psychiatrie-Verlag
- Social Exclusion Unit (2004) *Mental Health and social exclusion*. London, Office of the Deputy Prime Minister
- Twamley E, Jeste D, Lehman A** (2003) Vocational Rehabilitation in Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. A Literature Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Nervous and Mental Disease* 191:515-523

# Validierende Gesprächsführung bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen

Ruth Ahrens

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen leiden unter starken Gefühlsschwankungen, neigen zu Impulskontrollverlusten und gelten zwischenmenschlich als große Herausforderung für Pflegende. Verschiedene Autoren (1, 2) sehen die Gefahr, dass in Gesprächen oft die subjektive Not der Patienten unterschätzt wird.

## Was ist Validieren?

Es ist ein aktiver Vorgang! Valide bedeutet gültig. Beim Validieren bemüht sich der Gesprächspartner aktiv darum, die innere Wirklichkeit von Betroffenen wahrzunehmen und durch das so genannte »Normalisieren« für eine gültige Reaktion zu erklären. Vor diesem Schritt haben Pflegende manchmal Angst, weil sie befürchten, zu einer Teamsplaltung beizutragen, wenn sie sich derart »auf die Seite« des Patienten stellen.

## Ein Beispiel:

Eine Patientin sagt ihrer Bezugsschwester, dass sie schon längere Zeit Probleme mit einer anderen Pflegeperson hat. Diese grüße sie fast nie und wenn sie ein Anliegen habe, sei sie sehr unfreundlich. Die Patientin habe bei den Reaktionen der Kollegin oft das Gefühl, dass sie etwas Überflüssiges oder Dummes gesagt habe.

Die Bezugsschwester muss weder die Kollegin verteidigen noch sich mit der Patientin »verbrüdern« oder eine Lösung suchen. Sie validiert die Erfahrung der Patientin dahingehend, dass sie ihr sagt, sie könne verstehen, dass es ihr schwer fallen muss, auf diese Kollegin zuzugehen, wenn sie diese Gefühle habe. Sie teilt ihr im Weiteren mit, dass sie es gut findet, dass die Patientin darüber mit ihr spricht und sich nicht auch von ihr abwende (Validierung des Verhaltens). Es zeige, dass sie grundsätzlich für sich sorgen kann. Die Patientin fühlt sich daraufhin verstanden und beginnt sich selbst halblaut zu fragen, ob sie diese Kollegin mal daraufhin ansprechen solle. Die Bezugsschwester validiert weiter und lobt die Patientin, dass sie eine Klärung für

eine schwierige Situation sucht. Weiter bittet die Patientin die Schwester, ob sie ein Gespräch zu dritt machen könnten, damit sie der Kollegin nicht allein gegenüber steht. Die Schwester validiert, indem sie ihr sagt, sie könne gut verstehen, dass die Patientin sich Rückendeckung holen wolle, das sei ein normales Bedürfnis. Da sie ihre Patientin aber schon eine Zeit lang kennt und einige Male erlebt hat, dass die Patientin Schamgefühle erlebt hat, weil sie Hilfe brauchte, lenkt sie das Gespräch nun in die Zukunft hinein (und regt damit eine spätere Selbst-Validierung an) und bittet die Patientin sich vorzustellen, das Gespräch zu dritt sei erfolgreich verlaufen. Wie wird sie im Nachhinein den Erfolg bewerten? Kann sie mit sich zufrieden sein, weil sie um Hilfe gebeten und sie erhalten hat oder wird sie sich selbst und den Erfolg des Gespräches entwerten, indem sie sich sagt, sie habe es nur geschafft, weil die Bezugsschwester ihr den Rücken gestärkt habe. Die Patientin denkt darüber nach und äußert dann spontan, nein, es würde ihr schlecht gehen, weil sie die Situation negativ bewerten würde. Die Pflegende fragt sie, unter welchen Bedingungen sie dies nicht tun würde. Die Patientin sagt, wenn sie es allein geschafft hätte, es anzusprechen. Daraufhin bietet ihr die Pflegende an, das klärende Gespräch im Rollenspiel mit ihr zu üben. Einen Tag später üben beide die Klärung, die Patientin übt in ihrer eigenen Rolle, wie auch in der Rolle der Kollegin, um einen Eindruck von ihrer eigenen Wirkung auf andere zu bekommen. Weitere zwei Tage danach kommt sie zufrieden wieder zur Bezugspflegerin und berichtet von dem Gesprächsverlauf mit der Kollegin. Diese habe zwar nicht zugegeben, dass sie die Patientin unfreundlich behandelt habe, aber sich indirekt doch entschuldigt. Die Patientin ist stolz auf sich, weil sie sich allein in die Situation gewagt hat und wird von der Pflegerin dahingehend validiert, dass sie allen Grund habe, diesen Stolz zu erleben.

Validieren stammt aus der Dialektisch-behavioralen Therapie von Linehan zur Behandlung suizidaler Borderline-Patientinnen (3), ist aber mittlerweile eine auch auf andere Patientenpopulationen angewandte Form der Gesprächsführung. Sie hat ihre Wurzeln in der Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers. Es ist jedoch keine Technik, die man einfach erlernt oder anwendet, sondern Validieren setzt echte Empathie und empfundene Akzeptanz voraus. Das Validieren bietet den Vorteil, dass durch diese tiefe Empathie und Akzeptanz die Veränderungsbereitschaft von Patienten zunimmt.

## Warum ist Validieren wichtig?

Die Patienten haben in ihrem natürlichen Umfeld oft Reaktionen von Menschen erlebt, die sie verletzt, gekränkt oder behindert haben bei der Ausbildung eines positiven, stabilen Selbstwertgefühls. Diese Verhaltensweisen nennt Linehan das »Invalidieren«, also Verhaltensweisen zu zeigen, die es Patienten nicht mehr gestatten, vorhandener Fähigkeiten einzusetzen. Man macht sie gewissermaßen damit zu Invaliden. So Veränderungen zu erreichen, ist immens schwierig.

Als Invalidieren wird jedes Verhalten und jede Äußerung verstanden, die persönliche Erfahrungen und Gefühlsäußerungen der Patientin nicht als gültige Reaktionen auf Ereignisse und inneres Erleben akzeptiert.

Zu den invalidierenden Reaktionsweisen gehört:

- Nicht ernst genommen, nicht wahrgenommen, häufig sanktioniert werden
- bagatellisieren/trivialisieren
- Doppelbotschaften (wie das Leugnen der eigenen Müdigkeit im Gespräch mit der Patientin)
- allgemeine Intoleranz gegenüber negativen Gefühlsäußerungen (dazu gehört die Übersimplifizierung wie »wenn man richtig will, schafft man es!« oder Kopfkissenweisheiten wie »das Leben ist schön, es lohnt sich zu leben«, »es kann nicht immer alles nur negativ sein«, »nie die Hoffnung aufgeben«...)
- negative Gefühlsäußerungen werden umgedeutet, »gedeckelt«, bestraft etc. (dazu gehören Interpretation = verzerrte Sicht, z.B. »Sie sind überreizt« o.ä.)
- missachten von Bedürfnissen, ignorieren der Gefühle
- Wahrnehmungen werden zurückgewiesen, schlimmstenfalls ins Gegenteil verkehrt! (Bsp.: »Du bist wütend und willst es nicht zugeben« – »Du sagst nein, meinst aber ja« etc.)
- einseitige »Deutungsmacht«; Äußerungen und Verhaltensweisen, die für andere negativ oder unangenehm sind werden als feindselig oder manipulativ einseitig gedeutet. Dazu gehört auch: Misserfolge werden als Anzeichen für mangelnde Motivation, fehlende Disziplin oder Ernsthaftigkeit interpretiert. Auf diese Weise können auch positive Gefühlsäußerungen und Erfolge entwertet werden!

- **Überbewertung von individueller Leistung und Können!**
  - Das Nicht-Erkennen und/oder die falsche Bewertung von Pseudo-Kompetenz (Bsp.: »Sie sind ja schon ganz jung zu Hause ausgezogen, haben Verantwortung für sich übernommen...« Hier wird nicht erkannt, dass dies eine Flucht gewesen sein kann, obwohl die Patientin die Reife für ein eigenständiges Leben noch nicht entwickelt hatte.)
  - bei der Lösung von Problemen (Allmachtsphantasien, andere Faktoren werden unbewusst ausgeblendet).
  - Oft tritt dies in eher positiver Maske auf: »Lächeln im Unglück«, Glaube an die Fähigkeit, jedes Ziel erreichen zu können; nie die Hoffnung verlieren; mit »positiver« Einstellung lassen sich alle Schwierigkeiten überwinden (absolutistisch, verallgemeinernd). Darüber hinaus ist es eine unbewusste und unreflektierte Übertragung eigener Wünsche und Gefühle auf die Patienten!
- Unbeständigkeit / Unberechenbarkeit
- Abhängigkeits- / Vertrauensmissbrauch
- Der Patientin direkt oder indirekt die Schuld an der eigenen Befindlichkeit zuzuweisen. Zum Beispiel zu denken: »Die Patientin spaltet das Team«. Der Glaube, dass die Patienten spalten, ähnelt gefährlich einer Denkweise, die Therapeuten bei ihren Patientinnen zu ändern versuchen – die Schuld für ihre Probleme anderen oder externalen Ereignissen zu geben (3: S. 325).

Es ist nicht nützlich, auf eine scheinbar ungerechtfertigte Reaktion zu reagieren, indem man der Patientin erklärt, sie bräuchte sich nicht so zu fühlen.

Der beste Weg ist rückzumelden, dass man die emotionale Reaktion verständlich findet, auch wenn andere anders reagieren würden.

Wichtig hierbei ist es, nicht nur die primäre emotionale Erfahrung zu validieren, sondern auch die sekundäre emotionale Reaktion, die oft Schuld, Scham oder Demütigung ist. Am häufigsten entsteht eine Invalidierung der Gefühle der Patientin aus dem überbesorgten Versuch der Pflegekraft, der Patientin zu helfen, damit sie sich sofort besser fühle. Diesen Tendenzen sollte man widerstehen, weil sie eine wichtige Botschaft, die durch die Therapie vermittelt werden soll, versucht, außer Kraft setzen – sprich, dass negative und schmerzende Emotionen nicht nur verständlich, sondern auch auszuhalten sind. Reagiert die Pflegekraft auf negative Emotionen der Pati-

entin dadurch, dass sie sie entweder ignoriert, ihr sagt, dass sie sich nicht so zu fühlen bräuchte oder die Emotionen zu schnell verändern möchte, geht die Pflegekraft außerdem das Risiko ein, sich genauso zu verhalten, wie andere aus dem natürlichen Umfeld der Patientin sich verhalten haben. Der Versuch, Emotionen durch Willenskraft zu steuern oder »positiv zu denken« und negative Gedanken zu vermeiden, ist eine Schlüsseleigenschaft der invalidierenden Umwelt.

Die Pflegekraft muss sich sicher sein, nicht in diese Falle zu gehen.

### **Validierung bedeutet:**

Die Pflegekraft vermittelt der Patientin, dass ihre Reaktionen Sinn machen und in ihrer aktuellen Situation verstehbar sind. Die Antworten von der Patientin werden von der Pflegekraft ernst genommen und keinesfalls heruntergespielt oder ignoriert.

Die Validierung dient dazu, die Veränderungsstrategien der Therapie im Sinne einer Balance auszugleichen und gleichzeitig dazu, der Patientin ein Muster an die Hand zu geben, wie sie sich selbst validiert.

Validierung vermittelt Patienten eindeutig, dass ihr Verhalten sinnvoll und im aktuellen Kontext verstehbar ist. Es geht darum, dass Patienten ihre Handlungen, Gefühle und Gedanken oder unausgesprochene Regeln verstehen lernen.

### **Arten von Validierungsstrategien**

1. emotionale Validierung
2. Validierung auf der Verhaltensebene
3. kognitive Validierung
4. »Anspornen« (hierbei validiert die Pflegekraft die der Patientin innewohnenden Fähigkeiten, die sie selbst noch nicht erkennt)

Die validierende Haltung fordert von Pflegenden:

- eine stetige Flexibilität
- ständigen Methodenwechsel
- Offenheit: nie fertige Antworten zu haben und stets auf der Suche zu bleiben

Die größte Herausforderung für die Pflegekraft besteht darin, ausreichende Energie für die Zuwendung, das Trösten, Zureden, Anspornen, Loben angesichts der sehr langsamen Fortschritte der Patienten aufzubringen.

### **Konkretes Vorgehen beim Validieren**

- Aktive Beobachtung: Gewährwerden und Beschreiben von Gefühlen und Gedanken.
- Reflektion der Gefühle, indem man empathisch auf sie eingeht (das bedeutet nicht unbedingt Zustimmung, aber Akzeptanz).
- Direkte Validierung: man vermittelt der Person, dass ihre Gefühle, Gedanken und Handlungen verständlich sind und im Lebenszusammenhang der Person einen Sinn ergeben.

### **Literatur:**

- 1) **Bohus M** (2002) Borderline-Störung. Göttingen: Hogrefe
- 2) **Schopf G** (2004) Borderline – was tun? Unterostendorf: Ibicura
- 3) **Linehan M** (1996) Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien

# Warum ist neurobiologisches Wissen wichtig für psychiatrisch Pflegende?

Ruth Ahrens

## Pflege in der Psychiatrie

Als eigenständigstes Handlungsfeld der psychiatrischen Pflege kann die Beziehungsgestaltung zu Patienten betrachtet werden (1). Darum wird für die Pflege häufig postuliert, dass sie aufgrund ihres Alltagshandelns den wohl umfassendsten lebensweltlichen Bezug zu Menschen hat (2, 3, 4). Dieses Alltagshandeln ist in den Bedürfnis- und ATL-Modellen ausführlich beschrieben worden, so dass wir uns hier dem anderen Begriff zuwenden wollen.

## Was ist Lebenswelt?

Der Begriff Lebenswelt geht auf Husserl zurück (5). Lebenswelt bedeutet bei ihm einerseits die konkrete, praktische Lebenswelt, andererseits auch alles Selbstverständliche. Mit dem *Selbstverständlichen* ist die Welt mit ihren »selbstverständlichen Erscheinungen« wie Kultur, Geschichte und sozialen Gefügen gemeint, während die *konkrete Lebenswelt* die individuellen Erfahrungen der eigenen Auseinandersetzung und Ausgestaltung als Mensch, der ich bin, meint: welcher lebt, denkt, handelt und sich mit anderen verständigt. An den fließenden Übergängen der konkreten Lebenswelt innerhalb der selbstverständlichen Lebenswelt kann es sowohl zu Integration wie zur Ausgrenzung kommen. Andere Philosophen haben den Begriff aufgegriffen und weiterem Denken zugänglich gemacht.

## Wie nähert man sich der Lebenswelt?

Im Wesentlichen werden im wissenschaftlichen Kontext zwei Zugänge zur Lebenswelt von Menschen zunehmend auch von Pflegenden diskutiert: den *naturwissenschaftlichen* und den *phänomenologischen*.

Strukturen der Lebenswelt, z.B. Einflüsse auf Gesundheitsprozesse wie Epidemiologie, Risikofaktoren, Prävalenz usw. lassen sich mit *naturwissenschaftlichen* (experimentellen und theoretischen) Methoden einfacher untersuchen und darstellen (z.B. durch zählen, messen, wiegen). Ergebnisse

dürfen durchaus im Widerspruch zum Beobachteten stehen und geben Anlass zu weiterer Untersuchung.

Naturwissenschaftliche Methoden werden zur Ermittlung von quantitativen Erkenntnissen (z.B. wer, wie oft, wodurch bedingt) bevorzugt eingesetzt.

Die *Phänomenologie* untersucht das unmittelbar Gegebene durch Beobachtung und Beschreibung um zu Erkenntnis zu kommen, während die Naturwissenschaften nach den Ursachen und Strukturen (oder abstrakten Gesetzmäßigkeiten) des unmittelbar Gegebenen suchen. (Untersucht werden z.B. Erfahrungen von Menschen in Bezug auf ein bestimmtes Phänomen wie Schmerzen, im Zusammenhang mit ihrer Gesundheitssituation.) In phänomenologischen Untersuchungen müssen die Ergebnisse widerspruchsfrei zum Beobachtbaren sein.

### **Ein Problem der Naturwissenschaft: Beziehung um Interventionen durchzuführen**

Im Rahmen der Gesundheitsversorgung zeigt sich ein Problemfeld in vielen Bereichen (nicht nur der Psychiatrie), wenn ausschließlich die naturwissenschaftliche Wissensgewinnung im Vordergrund steht:

- *Die Beziehung dient dem Durchführen von Interventionen und Lösen von Problemen.*
- Menschen mit Krankheiten wurden und werden oft auf ihre Krankheit reduziert, weil naturwiss. Methoden aus vielen konkreten Erfahrungen eine allgemeine Abstraktion machen (6: S. 610).
- Viele Interventionen zur *Behandlung der Krankheit* werden aus diesen Abstraktionen abgeleitet.
- Betroffene sind nicht immer in der Lage, Behandlungsempfehlungen in ihrer Lebenswelt umzusetzen, oftmals bedeuten die Interventionen gravierende Einschränkungen bzw. Veränderungen der Lebenswelt.
- Non-Compliance bzw. Non-Adherence kann ein Problem werden, das durch Beziehungsinterventionen gelöst werden muss.
- Für die Beziehungsgestaltung von Mensch/professioneller Helfer lagen jedoch lange keine beschriebenen Gesetzmäßigkeiten vor, die hätten sicherstellen können, dass die Beziehung erfolgreich verläuft.
- Es blieb beiden Menschen selbst überlassen, wie sie in Beziehung treten, da es keine messbaren, beschreibbaren Größen gab, die man hätte überprüfen können.

- Grundlegende Beziehungsfähigkeiten müssen nachgeschult werden, um Pflegende zu befähigen, Non-Compliance, bzw. Non-Adherence-Probleme zu lösen (Gray in 7: S. 88). Wenn dies erfolgreich gelingt, können sich die Selbstpflegefähigkeiten der Betroffenen erhöhen und wie eine Untersuchung von Strömberg aus dem Bereich der somatischen Pflege zeigte, Mortalitätsraten gesenkt werden (15).

### **Ein Problem der Phänomenologie: Pflege als Teil der Lebenswelt**

Für den *Bereich der Beziehungsgestaltung* (als »Instrument« der Pflege) die Phänomenologie lange Zeit als Königsweg diskutiert worden.

Einige Autoren (1, 9) haben in wissenschaftlich orientierten Diskursen nicht nur für die psychiatrische Pflege für einen phänomenologischen Zugang plädiert. Bei diesem Zugang steht die konkrete Erfahrung des Menschen in seiner Lebenswelt und Teilhabe daran sowohl als Ziel wie auch als Handlung im Mittelpunkt. Diese Teilhabe hat zur Folge, dass einige Autoren (11) in Anlehnung an Heidegger (12) postulieren, das Pflegen als berufliches Handeln eine Form des In-der-Welt-Seins, also eine Seinsform ist.

Daraus ergibt sich ein Problemfeld der Reflektion:

- *Die Beziehung wird um ihrer selbst Willen eingegangen*, sie dient der Teilhabe an der Lebenswelt.
- Die Pflegeperson ist sowohl Mensch mit eigener Lebenswelt als auch durch ihr berufliches Handeln Teil der Lebenswelt eines anderen Menschen.
- Bauer postuliert, dass die Pflegeperson sich nicht aus der Beziehung nehmen kann, weil sie Teil der Beziehung sei (13).
- Eine Reflektion im Handlungsprozess ist zwar nicht unmöglich, aber schwierig herstellbar (das Auge kann sich selbst nicht sehen).
- Bauer stellte die These auf, dass die Pflegekraft sich nur im Gegenüber, im Patienten sehen könne. Dort erkenne sie, wer sie für den anderen ist (14).
- Wenn diese These korrekt ist, stellt die phänomenologische Annäherung allein jedoch noch kein Instrument zur Übertragbarkeit der Erfahrungen in andere Situationen bereit.
- Die Übertragbarkeit, welche durch Reflexion an das Lernen gebunden ist, ist individuell an das Reflexionsvermögen der Pflegeperson gebun-

den (und damit begrenzt). Bereits Peplau (15) wies darauf hin, dass das Ausmaß dessen, was ein Patient innerhalb der Pflegekraft-Patient-Beziehung erreichen kann, durch die persönlichen Grenzen der ihn betreuenden Pflegekraft limitiert ist.

- Barker & Buchana-Barker's Vorschlag, alle Dokumentationen in der Sprache der betroffenen Person abzufassen (9), um sich möglichst nahe an der Lebenswelt zu orientieren, erweitert den Bereich des Konkreten, limitiert aber gleichzeitig, da sie die Abstraktion nicht zulässt.

### Warum ist neurobiologisches Wissen wichtig für psychiatrisch Pflegende?

Pflegende verfügen sowohl über Wissen auf der Abstraktionsebene, sind aber durch ihre Beziehungsaufnahme und Handlungen in größerem Maße Bestandteil der Lebenswelt von Menschen als andere Professionen. Pflege ist ein Schwellenberuf, der Transferleistungen erlaubt. Mehr noch als der Transport individueller Erfahrungen zu einer Abstraktionsebene, ist es Aufgabe der Pflegenden, auch Abstraktionen in die jeweilige Lebenswelt mit ihren Bedingungen hin zu transferieren. Weil sie mit ihren Patienten gemeinsame Alltagserfahrungen erleben, haben sie mehr Anknüpfungspunkte in den lebensweltlichen Bezug *hinein* und von diesen *hinaus* in die Abstraktion als andere Berufe. Hier liegt der Bereich ihrer beruflichen Expertise in der Erzeugung von Bedingungen, die es Betroffenen ermöglicht, ihre Krankheit als Erfahrung zu erleben; mit ihnen im Alltagshandeln nach Alternativen und Handlungsspielräumen zu suchen sowie nach Hemmnissen und begünstigenden Erfahrungen.

Hier brauchen psychiatrisch Pflegende Wissen auf Abstraktionsniveau: sowohl um Menschen zu verstehen als auch um Heilung zu ermöglichen.

Die Neurobiologie ist ein biologisch-medizinischer Wissenschaftsbereich, welcher Aufbau und Funktionsweise von Nervensystemen untersucht. Untersuchungsgegenstand sind Mechanismen, mit denen Nervensysteme dazu beitragen, dass Organismen ihre Lebensvorgänge angepasst an ihre jeweiligen Umwelten vollziehen können. Dieser Bereich ist eindeutig den Naturwissenschaften zuzuordnen.

Einige Ergebnisse der letzten Jahre sollen exemplarisch herausgegriffen werden; diese und andere haben klinische Relevanz für die Beziehungsgestaltung der Pflege.

Die Entdeckung der Spiegelneurone durch Rizzolatti war eine Sensation (15). Sie sind die Grundlage jedweden Lernens. Diese Neuronen aktivieren beim Beobachten von Handlungen im Beobachter die gleichen Hirnareale wie bei den Beobachteten. Sie werden als die biologische Voraussetzung zur Empathiefähigkeit diskutiert. Pflegende, die mit Menschen mit dissozialer Persönlichkeit arbeiten, entwickeln vielleicht mehr Geduld mit ihren Patienten, weil sie wissen, dass sie selbst im Gefühlsbereich deutlicher und ausdauernder als Vorbild fungieren müssen, bevor sich bei Patienten Änderungen zeigen können.

Wer versteht, dass Serotoninmangel nicht nur eine schlechtere Merkfähigkeit zur Folge hat, sondern auch erhöhte Reizbarkeit, depressive Stimmung und eine verminderte Wahrnehmung für Körperoberflächenphänomene, wird die hohe Kränkbarkeit, Feindseligkeit und Selbstverletzungen von Patienten verstehen und sie anders anleiten mit sich und anderen umzugehen.

Wer weiß, dass bei Menschen mit inneren Anspannungszuständen das hohe Erregungspotenzial mit hoher Dopaminausschüttung korreliert und damit einen Magnesiummangel zur Folge hat, welcher zu einer veränderten Wahrnehmung von sich selbst und der Umwelt führt, wird bei der Ernährung der Betroffenen zu einer vermehrten Magnesiumaufnahme raten.

Ein erniedrigter Hormonspiegel, entgleiste Neurotransmitter, fehlende Elektrolyte und Abbauprozesse der Dendriten sind zwar im Konkreten nur an den Folgen erlebbar, aber diese werden im Konkreten oft falsch gedeutet. Sätze wie »die Patientin dissoziiert aus Trotz«, »sie schneidet sich, weil sie Zuwendung will«, »sie spaltet«, »sie agiert« usw. sind auch heute noch häufig gehörte (Fehl-) Deutungen von Verhalten. Das reflektierende Bewusstsein ist i.d.R. an Zeit gebunden, deren Mangel immer wieder kenntlich gemacht wird. Aber neurobiologische Prozesse laufen in allen Menschen nahezu identisch ab: Wer aufgrund von Zeitmangel Stress empfindet, dem gelingt Reflexion im Sinne einer phänomenologischen Annäherung an die Lebenswelt von Betroffenen weniger gut. Patienten erleben ihre Symptome, aber die Professionellen greifen zum probaten Mittel der Abstraktion mit ihren beruhigenden Gesetzmäßigkeiten, ihrer klaren Sprache und dem vermeintlichen Konsens. Wir reden über, nicht vom (konkret erlebbaren) Patienten und seinen Symptomen und distanzieren uns damit.

Ein anderes Mittel liegt in der Beziehung zum Patienten selbst: durch intensive, zugewandte Pflege wie z.B. eine atemstimulierende Einreibung,

eine Massage, gemeinsames Lachen oder ein vertrauensvolles Gespräch wird bei beiden Beziehungsteilnehmern Oxytocin ausgeschüttet. Oxytocin ist das Hormon, welches dafür sorgt, dass wir uns entspannt aber angeregt fühlen. Es hat eine Schlüsselfunktion bei der sozialen Bindungsfähigkeit und der Bildung von Vertrauen.

Habermas macht in der Theorie des kommunikativen Handelns deutlich, dass die Lebenswelt für die Verständigung als *solche* konstitutiv, also ermöglichend ist (16: S. 192). Kommunikatives Handeln versteht er als Situationsbewältigung. Es dient einerseits der Verwirklichung von Zwecken (oder Durchführung eines Handlungsplans) und verfolgt gleichzeitig den kommunikativen Aspekt, der die Auslegung der Situation und Erzielung eines Einverständnisses gestattet (16: S. 193).

Wenn wir dies in auf die beiden dargestellten Problemfelder übertragen, so kann hier eine Verbindung geschaffen werden, indem wir nun auch offiziell anerkennen, dass Pflegekraft und Patient ihre Begegnungen nicht entweder/oder innerhalb naturwissenschaftlicher oder phänomenologischer Interventionen gestalten, sondern sowohl als auch in beiden. Eine bestimmte Art der Kommunikation schafft eine Veränderung oder Stabilisierung bei biologischen Parametern. Diese Parameter können vernetzend auf Hirnstrukturen wirken und Homöostase und Wohlbefinden fördern. Sie können auch abbauend wirken, Dysregulation und Unwohlsein hervorbringen. Somit haben sie Einfluss auf die Art der möglichen Kommunikation, welche wiederum die Biologie beeinflusst und so weiter. Diese Parameter sind ausgezeichnet geeignet für den Wirknachweis, dass Beziehungsstile und Interventionen vernetzend wirken.

Die Neurobiologie kann als eine Bühne gesehen werden, auf der die Stücke der Lebenswelt aufgeführt werden. Diese Bühne ist immer da, sie wird aktiv und lebendig mit-wirken, sobald die Schauspieler zu agieren beginnen. Wer diese Bühne kennen lernt, beginnt ein Verständnis dafür zu entwickeln, welche Stücke dort nicht aufführbar sind und welche großen Erfolg haben werden.

## Literatur:

- 1) **Bauer R** (2004) Beziehungspflege. Unterostendorf: ibicura
- 2) **Gaßmann M, Marschall W Utschakowski J** (Hrsg) (2006) Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Metal Health Care. Heidelberg: Springer
- 3) **Sauter D, Abderhalden C, Neetdham I et al** (Hrsg) (2004) Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern: Hans Huber
- 4) **Schädle-Deininger H** (2005) Fachpflege Psychiatrie. München: Urban Et Fischer
- 5) **Husserl E** (1986) Phänomenologie der Lebenswelt. Dizingen: Reclam
- 6) **Heuwinkel-Otter A, Nümann-Dulke A, Matscheko N** (Hrsg) (2006) Menschen pflegen. Band 2. Heidelberg: Springer
- 7) **Krause P, Schulz M, Bauer R** (2004) Interventionen Psychiatrischer Pflege. Unterostendorf: Ibicura
- 8) **Strömberg A** (2004) Von Pflegepersonen geleitete Herzinsuffizienzambulanzen: Die zehnjährigen Erfahrungen in Schweden. Pflege 17: 237-242
- 9) **Barker P, Buchanan-Barker P** (2005) The Tidal Model: A guide for mental health professionals London: Routledge
- 10) **Benner P, Wrubel J** (1997) Pflege, Stress und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans Huber
- 11) **Heidegger M** (1993) Sein und Zeit. Tübingen: Niemeyer
- 12) **Bauer R** (2001) Grundlage pflegerischer Beziehungsarbeit. Psych. Pflege heute 7:309-314
- 13) **Bauer R** (2005) persönliche Mitteilung
- 14) **Peplau H** (1995) Interpersonelle Beziehungen in der Pflege. Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege. Recom: Basel
- 15) **Bauer J** (2005) Warum ich fühle, was Du fühlst. Hamburg: Hoffmann und Campe
- 16) **Habermas J** (1995) Theorie des kommunikativen Handelns. Band 2. Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft. Frankfurt: Suhrkamp

Die Autorin dankt Johanna Gossens für die anregende Diskussion im Vorfeld dieses Aufsatzes.

## Pflegediagnosen als Grundvoraussetzung für geplante psychiatrische Pflege

Nico Oud, Harald Stefan

Die Entwicklung in der Pflege ist heute weit vorangeschritten, dennoch gibt es teils Zweifel und Unwissenheit darüber, ob Pflege als wissenschaftliche Disziplin zu sehen ist. Diese Haltung wird von den praktizierenden Pflegenden selbst, aber auch von anderen Professionen im Gesundheitswesen eingenommen. Tatsächlich existieren weiterhin Rollenvorstellungen, wo der Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege einerseits als Vertreter einer sorgenden, liebevollen Mutterfigur und andererseits als Hilfsperson zu anderen medizinischen Berufen gesehen wird. In diesen Rollenvorstellungen wird wenig das komplexe Aufgabenprofil berücksichtigt, welches gefordert wird und derzeit den Beruf der Pflege charakterisiert. Die Pflegenden müssen geschickt, kompetent und schnell eine Reihe von hochkomplexen Aufgaben im Rahmen der Behandlungsprozesse nach vorgegebenen Qualitätskriterien ausführen. Dabei unterstützen die Pflegenden zum einen andere Disziplinen, sie sind aber als eigenständige Denker und Akteure zur Bewältigung der eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiche in hohem Maße gefordert.

Die veraltete, in der Gesellschaft häufig noch vorhandene Sichtweise von Pflege, wird zunehmend innerhalb der Berufsgruppe als unzeitgemäß empfunden. Pflegenden wollen sich in ihrem Bereich als unabhängig beurteilende und verantwortliche ExpertInnen sehen, die aktionsorientiert handeln und dabei Pflegephänomene und Pflegeziele klar benennen.

In den Jahren ab 1970 entwickelte sich im europäischen Bereich ein Pflegeverständnis, welches den Pflegenden in ihrem Handeln ein geplantes und methodisches Vorgehen zuschrieb. Im Verlauf der siebziger Jahre entstand so, innerhalb der Pflege ein zunehmendes Interesse für eine allgemeine »Hilfeleistungsmethodik«. Das prozesshafte und systematische Handeln (Pflegeprozess) wurde immer mehr Gegenstand von Aus-, Fort- und Weiterbildungen und gewann auch in der pflegerischen Praxis mehr an Einfluss. Zunächst wurde davon ausgegangen, dass Pflegenden, die zu bearbeitenden Pflegesituationen ohnehin beherrschten, verstanden und über fundierte Kenntnisse im Hinblick auf die gesetzten Pflegeinterventionen und den zu

erwartenden Ergebnissen verfügten. Es wurde also angenommen, dass Pflegenden über ein eigenes Berufsgebiet verfügten, welches sich deutlich von anderen Professionen im Gesundheitssystem unterschied. In der täglichen pflegerischen Praxis wurden dann im Hinblick auf das eigenverantwortliche Handeln, Abwägen und Entscheiden eine Reihe von Unklarheiten und Problemen deutlich. Es fehlte zu dieser Zeit ein allgemein gültiger und akzeptierter theoretischer Rahmen, um Fragen im Hinblick auf Pflegeprobleme und Pflegeinterventionen zu beantworten. Zum Beispiel »Wonach richtet sich eine Pflegeintervention?«, »Was ist ein Pflegeproblem?«, »Um welches Problem geht es in der pflegerischen Praxis?«, »Was ist das Ziel des pflegerischen Handelns?« und »Was ist Pflege«.

Ausgehend von diesem Hintergrund lässt sich verstehen, dass nach einem geänderten professionellen Pflegeverständnis Anfang der 70er Jahre und der Einführung eines prozesshaften Denkens (Pflegeprozess) eine Periode folgte, in der eine Sprache und Nomenklatur gesucht wurde, mit welcher sich pflegerische Phänomene beschreiben ließen.

Pflegebezogene Theorieentwicklung und -forschung wurden neue, allgemein akzeptierte Konzepte und Bedingungen innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden. Pflege-theoretikerInnen haben seit den 80er Jahren versucht, Antworten auf die Frage zu finden, worum es in der pflegerischen Praxis eigentlich gehen könnte. In diesem Zusammenhang wurden verschiedene Modelle, Konzepte und Theorien entwickelt.

Theorieentwicklung und -forschung wurde demnach herangezogen um zu zeigen, dass die Pflege eine wirkliche Profession ist oder zumindest eine werden sollte. Mithilfe von Theorie und Forschung wurde versucht das Erkenntnisgebiet der Pflege abzugrenzen und weitgehend neu zu definieren.

Die Entwicklung und die Anwendung der Theorien für Pflege entstanden, um Pflegenden in der täglichen Praxis zu unterstützen. Lange Zeit ist man davon ausgegangen, dass am Ende dieser Entwicklung eine letztendlich gültige Pflegetheorie steht. Tatsächlich wurden verschiedene Pflegetheorien konzipiert und es gelang auch, das Wesen der Pflege zu beschreiben und zu erklären. Damit wurde sichtbar, dass die Pflegenden unterschiedliche Aufgaben und Rollen, im Gegensatz zu anderen Professionen, im Gesundheitswesen ausüben und leben. Diese theoretischen Arbeiten beantworteten aber (noch) nicht die Frage, wie man in der täglichen Praxis tatsächlich praktische Pflegeprobleme benennen, beschreiben und lösen konnte.

Ausgehend davon stellten die theoretischen Erkenntnisse für die Praxis nur eine geringe Hilfe dar und wurden teils in der Praxis abgelehnt oder ignoriert. Die Pflegetheorien wurden zu Unterrichtszwecken eingesetzt und viele Theorien wurden von den Pflegenden nicht wirklich verstanden. Rückblickend kann gesagt werden, dass die TheoretikerInnen sehr damit beschäftigt waren, Pflege in Ihrem Wesen zu beschreiben und es ihnen nicht gelungen ist, jene Aspekte der Pflege zu berücksichtigen, um die es in der täglichen Pflegepraxis tatsächlich geht. Von daher ist es kaum verwunderlich, dass Pflegetheorien niemals wirklich eine Grundlage für die tägliche Pflegepraxis darstellten. Davon ausgehend, wurde Anfang der 90er Jahre zunehmend deutlich, dass Theorien für die Selbstreflexion und die Weiterentwicklung der Profession sinnvoll waren, für die tägliche Praxis aber kaum eine Hilfe darstellten und Implementierungsversuche oftmals scheiterten. Pflegetheorien lieferten somit eine entscheidende Grundlage und entscheidende Argumente für die voranschreitende Professionalisierung der Pflege zu dieser Zeit.

Seit den 90er Jahren stieg demnach das Interesse, die tägliche Pflegepraxis zu untersuchen und zu beschreiben. Es wurden Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen und Pflegeergebnisse im Hinblick auf die pflegerische Praxis entwickelt. Ausgehend von diesen Erkenntnissen konnte überprüft werden, ob bestimmte Pflegeinterventionen bei dieser oder jener Pflegediagnose wirksam oder nicht wirksam sind. Als Ergebnis dieser enormen Entwicklung zur Beschreibung von Pflegephänomenen sind die beispielhaft nun vorhandenen Klassifikationssysteme wie NANDA, NIC und NOC aber auch die von der WHO entwickelte »Internationale Classification of Functioning - (ICF)« (welche auch in den Niederlanden zu Anwendung kommt) zu nennen. Tatsache ist, dass seit dem Jahr 2000 unter Zuhilfenahme der elektronischen Krankenhausinformationssysteme und der EDV die klinische Argumentation und die auf Beweise gestützte Entscheidungsfindung in der täglichen Praxis deutlich zugenommen haben. Die wirkliche Beschreibung der Pflegepraxis mittels standardisierten Konzepten, Klassifikationen und Standards hat allerdings gerade erst begonnen und es gibt in dieser Richtung noch keine internationale Vereinbarung über eine einheitliche Sprache. Allseits anerkannt wird jedoch, dass die Pflegepraxis mittels Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen und Pflegezielen transparent und nachvollziehbar beschrieben werden muss.

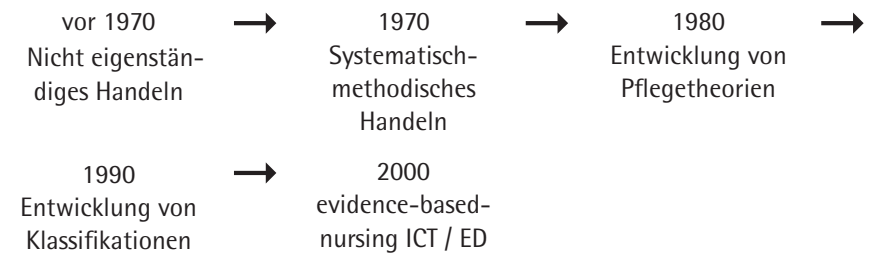


Abbildung 1

Die Gesundheits- und Krankenpflege ist weltweit großen Veränderungen ausgesetzt. Veränderungen ergeben sich aus einem Wandel der Gesundheitssysteme, epidemiologischen Veränderungen und nicht zuletzt durch neue Erkenntnisse innerhalb der Berufsgruppe selbst. Als Konsequenz aus dieser zunehmenden Kompetenzerweiterung fordert die Pflege zunehmend eine unabhängige Position, eine Ausweitung des Aufgabenbereiches und die gleichwertige Teilnahme an wichtigen Entscheidungen im Gesundheitswesen oder in der Gesundheitspolitik. Was dies für diese Entwicklung im Hinblick auf die psychiatrische Pflege bedeutet, gilt es nun zu benennen.

Der Pflegeprozess ist innerhalb der Gesundheits- und Krankenpflege schon lange Zeit mehr oder weniger selbstverständlich, jedoch nicht überall sichtbar. Ein eindeutiger Pflegerahmen und eine einheitliche Sprache sowie eine auf Beweise gegründete klinische Argumentation der Praxis und der Pflege sind für die Zukunft unabdingbar, weil:

*»If we cannot name it, we cannot control it, finance it, teach it, research it or put into public policy« (Norma Lang).*

Die Pflegenden erkennen die Notwendigkeit, pflegerische Probleme zu benennen, Interventionen zu begründen, zu erreichende Ergebnisse festzulegen und dafür notwendige Ressourcen aufzuführen. Diese Erkenntnisse versetzen Pflegepraktiker besser in die Lage, von vorhandenen Pflegeforschungsergebnissen zu profitieren und einen fachlichen Austausch mit dem wachsenden Bereich der Pflegeforschung zu beginnen.

In der Zusammenarbeit zwischen Theorie und Praxis ergibt sich die Möglichkeit auf folgende, beispielhaft aufgeführten praxisrelevanten Fragen Antworten zu finden:

- Wann tritt ein bestimmtes in der Pflegediagnostik beschriebenes Phänomen auf? (Begleitumstände)
- Warum findet solch ein Phänomen, wie es in der Pflegediagnostik beschrieben wird, statt? (Theoretische und praktische Erklärung)
- Wie gehen wir mit solch einem Phänomen, wie es in der Pflegediagnostik beschrieben wird, um und wie können wir Phänomen behandeln? (Frage nach der richtigen Intervention)
- Wie können wir einem solchen Phänomen, wie es in der Pflegediagnostik beschrieben wird, vorbeugen bzw. wie können wir es verhindern? (Kenntnisse über präventive Maßnahmen)
- Welche weiteren Faktoren spielen bei der Entstehung von einem in der Pflegediagnostik beschriebenen Phänomen eine Rolle? (Beeinflussende Faktoren)

Um den Pflegeprozess und die Pflegepraxis eindeutig beschreiben zu können, brauchen wir in der Pflege, aber auch im Gesundheitswesen, ein fundiertes Wissen über Terminologien und Klassifikationen wie z.B. NANDA, ICF, ICD-10, DSM-IV, NIC und NOC.

Im Rahmen des Kongressvortrages werden die Autoren auf die verschiedenen Terminologien und Klassifikationen in Bezug auf die psychiatrische Pflege und in Bezug auf den Pflegeprozess eingehen und diskutieren.

# Das Gezeitenmodell: Genesung durch Wiedergewinnung der Menschlichkeit

Phil Barker, Poppy Buchanan-Barker

## Einführung

Viele Entwicklungen innerhalb der psychiatrischen Praxis haben eine lange Entstehungsgeschichte. Die heute populärste »Rede-Kur«, die Verhaltenstherapie (VT) hat ihre über 50-jährigen Wurzeln in der Arbeit von Aaron Beck (1) und Albert Ellis (2).

So gesehen ist das **Gezeitenmodell der psychischen Genesung** (3,4) eine relativ junge Theorie des Wandels.

Nachdem es vor 10 Jahren in England vorgestellt wurde, wird **Tide** nun international als wichtige Theorie mittlerer Reichweite gesehen (5). Über 100 Projekte wurden im Vereinigten Königreich, Irland, Kanada, Japan, Australien und Neuseeland eingerichtet, die von ambulanter Suchtmittelbehandlung über Akutpsychiatrische Behandlung, forensische Stationen, bis hin zur Pflege älterer Demenzkranker (6) reichen.

Dieser Beitrag beschreibt kurz die Kernwerte des Gezeitenmodells und erläutert deren Effekte in der Praxis.

## Die Werte von Genesung und das Gezeitenmodell

Unter der Vielzahl von beschriebenen Genesungsmodellen ist **Tide**<sup>1</sup> das erste von praktisch tätigen Pflegenden (7) entwickelte, das sich auf die Pflegeforschung stützt (8,9). **Tide** ist eine philosophische Annäherung an die psychiatrische Pflege. Die Pflegenden sind eingeladen, sich folgende Frage zu stellen:

- »Inwieweit schneiden wir die Pflege auf die spezifischen **Bedürfnisse** der Person zu, ihre **Geschichte** und ihre einzigartige **gelebte Erfahrung**, so dass sie ihre Genesungsreise beginnen oder fortsetzen kann?« (10)

**Tide** ist fest verankert in der Tradition der Caring-Konzepte (11), also der Herangehensweisen, welche die menschliche Zuwendung in den Mittelpunkt stellt. Als Hauptantriebskraft der Genesung wird die Person selbst angesehen.

<sup>1</sup> Anm. d. Übers.: Die Autoren nennen das Modell im Folgetext abgekürzt TIDAL. Da es sich auf die Gezeiten, also die Tide (niederdeutsch tiet = Zeit) bezieht, wird auch in der Übersetzung die Abkürzung Tide verwandt.

Die Rolle der Pflegeperson zielt darauf, der Person<sup>2</sup> zu helfen ihr Potenzial zur Genesung aufzudecken. »Die Pflegeperson stellt die notwendigen Bedingungen für Wachstum und Entwicklung bereit« (12).

## Die zehn Verbindlichkeiten

Die philosophischen Werte der Tide sind in den **zehn Verbindlichkeiten** ausgedrückt (13). Diese sollen daran erinnern, dass Regeln kopfgesteuert sind und eher von Animus, also der männlichen Seite unseres Wesens kommen. Verbindlichkeit jedoch, welche für die Entwicklung menschlicher Zuwendung nötig ist, stammt wohl eher von Anima, unserer weiblichen Seite und ist mit Herz(lichkeit) assoziiert.

**1. Die Stimme wertschätzen:** Die Geschichte der Person stellt Anfang und Endpunkt einer helfenden Begegnung dar. Sie umfasst nicht nur eine Auflistung des persönlichen Leids, sondern hält auch die Hoffnung auf eine Lösung bereit. Diese Geschichte wird von einer *Stimme der Erfahrung* erzählt und sollte nicht durch eine Stimme der Autorität interpretiert werden. Traditionell wird die Geschichte eines Menschen von verschiedenen Berufsgruppen in der jeweiligen beruflichen Sprache zusammenfassend in die dritte Person »übersetzt«. Der Bericht wird weniger persönliche Geschichte (meine Geschichte), sondern mehr eine Sichtweise des professionellen Teams auf die (Kranken-)Geschichte. Tide hilft dem Menschen seine einzigartige Erzählweise (»meine Geschichte«) zu entwickeln, indem alle Assessments und Pflegeberichte »mit der Stimme« der Person geschrieben werden.

**2. Respektiere die Sprache:** Menschen entwickeln eigene, einzigartige Wege ihre Lebensgeschichten mitzuteilen, jeder einzelne Mensch erzählt auf andere Weise. Die Sprache dieser Geschichte – ergänzt mit ihren Metaphern, Analogien und Anekdoten – beleuchtet den Weg zur Genesung.

Im Gegensatz dazu sind »professionelle Geschichten« wie Fallstudien und Akteneinträge in einer eher technischen Sprache von Medizin, Psychologie oder Pflegefachsprache geschrieben. Viele Menschen (Patienten) entwerten sich zusätzlich, indem sie die »professionelle« Sprache benutzen, um ihre

<sup>2</sup> Die Erfahrung »Patient« zu werden ist oft entmenschlichend. Um zu betonen, dass wir über individuellen Menschen sprechen, werden die Ausdrücke »Mensch« und »Person« verwandt, wenn wir uns auf Patienten /Klienten/Nutzer beziehen.

Erfahrungen zu beschreiben, so als ob ihre eigene Sprache »nicht gut genug« wäre (14). Durch die Wertschätzung und Benutzung der Sprache der Person zeigt Tide die einfachste Form von Respekt für diesen Menschen.

**3. Entwickle echte Neugier:** Beim Erzählen schreibt der Mensch metaphorisch an Seiten seiner Lebensgeschichte. Das bedeutet jedoch nicht, dass er ein »offenes Buch« wäre. Die Professionellen sind hier gefordert, ein *echtes Interesse* zu entwickeln, damit sie den Erzähler besser verstehen können. Häufig sind die Professionellen nur an dem Teil der Person interessiert, der nicht mehr funktioniert oder sie verfolgen eine eigene Linie der beruflichen Befragung, z.B. bei der Suche nach »Anzeichen und Symptomen«. *Echte Neugier* zeugt von Interesse an der einzigartigen Erfahrung, im Gegensatz zur reinen Aufzeichnung von Merkmalen, die gewöhnlich auch andere »Patienten« haben.

**4. Geh in die Lehre:** Der Mensch ist der Welt-Experte in seinem Leben. Professionelle können etwas von dieser Geschichte lernen, wenn sie sich der Aufgabe stellen, fleißig und respektvoll von diesem Menschen zu lernen, was gebraucht wird und getan werden sollte. Die Haupt-Vorraussetzung ist die Vorstellung, dass der Mensch im Gesamten in der Verantwortung für sein Leben bleibt, auch in Krisen (15).

**5. Benutz' das vorhandene Werkzeug:** Die Geschichte des Menschen birgt Beispiele von dem, was bereits in der Vergangenheit funktioniert hat oder Überzeugungen über das, was in der Zukunft funktionieren könnte. Diese Beispiele und Überzeugungen sind die Hauptwerkzeuge, welche die Genesungsgeschichte *erschließen* oder *aufbauen* können. Im Gegensatz dazu, beschreibt das *professionelle* Werkzeug – gewöhnlich als evidenzbasierte Praxis bezeichnet – das, was für andere Menschen funktioniert hat. Das sollte nur benutzt werden, wenn das Werkzeug der Person sich als nicht hilfreich oder ineffektiv erwiesen hat.

**6. Stelle den nächsten Schritt her:** wir müssen mit dem Menschen arbeiten, um festzustellen, was jetzt getan werden muss, um sich vorwärts zu bewegen oder sich wegzubewegen von Leid oder Schwierigkeiten. Jeder erste Schritt zeigt uns die Richtung zum letztendlichen Ziel der Genesung. Der chinesische Denker Lao Tze sagte, eine Reise von tausend Meilen be-

ginnt mit dem ersten Schritt. Tide geht davon aus, dass jede wichtige Reise in unserer *Imagination* beginnt. Den nächsten Schritt herzustellen macht deutlich, wie wichtig es ist, einem Menschen zu helfen, sich die Zukunft vorzustellen: indem er kenntlich macht, was jetzt geschehen muss, um sich weiter zu bewegen.

**7. Schenke Zeit:** obwohl weitgehend trügerisch, ist die Zeit doch die Geburtshelferin des Wandels. Oft beklagen sich Menschen über Zeitmangel, speziell die Professionellen. Obwohl wir Zeit nicht herstellen können, finden Menschen durch schöpferische Aufmerksamkeit eben doch oft die Zeit, das zu tun, was getan werden muss. Hier geht es eher um unsere Beziehung zu dem Konzept von Zeit und unseren Umgang damit, als um die Zeit selbst (16).

**8. Enthülle die persönliche Weisheit:** Nur der Mensch selbst kennt sich. Dennoch finden die Menschen oft nicht die Worte, um die Größe oder Komplexität ihrer Erfahrung mitzuteilen. Sie brauchen persönliche Metaphern um etwas von diesen Erfahrungen zu vermitteln (17). Tide hilft den Menschen ihre persönliche Weisheit zu enthüllen und wertzuschätzen, damit diese dazu beitragen kann, sie auf der Genesungsreise zu stärken.

**9. Wisse, dass der Wandel konstant ist:** Obwohl Wandel unvermeidlich ist, folgt daraus nicht, dass Wachstum geschieht. Entscheidungen müssen getroffen werden; es muss gewählt werden. Wir sollten dem Menschen helfen, Achtsamkeit dafür zu entwickeln, wie Wandel sich vollzieht und ihn dabei zu unterstützen, Entscheidungen zu treffen, die ihn aus Gefahr und Leid herausführen und auf dem Kurs der Genesung zu bleiben.

**10. Sei nachvollziehbar:** Wenn die Pflegeperson und die andere Person ein Team werden, muss jeder seine »Waffen« niederlegen. Im Prozess des Geschichte-Schreibens, kann der Stift der Pflegeperson nur allzu oft eine Waffe werden. Das Aufschreiben einer Geschichte birgt das Risiko, Lebensentscheidungen des Menschen zu hemmen und zu beschränken. Professionelle sind in einer privilegierten Position und sollten Vertrauen als Rollenvorbild dahingehend zeigen, dass sie jederzeit nachvollziehbar sind und handeln. Indem sie die Sprache dieser Person benutzen und indem sie alle Assessments und Pflegepläne gemeinsam mit der Person anfertigen, wird die Art der Zusammenarbeit noch deutlicher nachvollziehbar.

## Die Geschichte der Genesung

Das Gezeitenmodell sieht psychisches Leid als *Drama* und betont die zentrale Bedeutung des Geschichte-Erzählens. Die Geschichte von Leid, Zusammenbruch und Genesung ist der dramatische Schlüssel der Realität zur psychiatrischen Pflege.

Husserl (18) stützte sich auf den Begriff und die Vorstellung von der *Lebenswelt*, um zu kennzeichnen, dass wir alle im Universum leben, es jedoch von jedem von uns anders erlebt wird. Wir alle haben unsere eigene, individuelle Perspektive auf die Welt, was häufig unser Ausblick oder Standpunkt genannt wird. Diese individuellen Perspektiven sind durch unsere Erfahrungen in der Vergangenheit, durch Erlerntes und andere soziokulturellen Faktoren beeinflusst. Sobald wir anfangen, Aspekte unserer Welt zu benennen, sprechen wir gleichzeitig über unsere Erfahrung, wir entfalten eine *Erzählung*. Mit der Zeit werden diese Erzählungen zu unserer *Geschichte* von Erfahrung, die beschreibt, wie wir Sinn herstellen aus und von unserer Welt und unseren Handlungen, die darin stattfinden.

Das Gezeitenmodell stellt diese Geschichte der gesamten gelebten Erfahrung eines Menschen in den Mittelpunkt des Dramas von Zusammenbruch und Genesung. Diese Geschichte wird übermittelt durch drei unterschiedliche, aber miteinander zusammenhängende Bereiche - Selbst, Welt und Andere.

Der Begriff Bereich kennzeichnet hier den Lebensraum von Menschen. Der Tidenbereich ist ein metaphorischer Platz innerhalb der Geschichte einer Person. Er fungiert als Setting die verschiedenen Aspekte der Geschichte der Person.

- Im *Bereich des Selbst* verbindet sich der Mensch mit seinem privaten innersten Selbst. Hier fühlt er – oder begegnet (auch ohne Worte) seiner Lebensgeschichte. Im Bereich des Selbst ist die praktische Arbeit des Pflorgeteams darauf ausgerichtet ein Gefühl von *Sicherheit* – physisch und psychisch – durch einen *persönlichen Sicherheitsplan* herzustellen. Dieser konzentriert sich auf praktische Dinge, die von diesem und anderen Menschen getan werden können, um ein Sicherheitsgefühl zu nähren.

- Im *Bereich der Welt* beginnt die Person ihre Geschichte zu überarbeiten und zu ergänzen, indem sie Aspekte und eigene Erfahrungen mit anderen bespricht und indem sie die vielfältigen Bedeutungen ihrer Geschichte reflektiert. Das ganzheitliche Assessment wird genutzt, um eine Zusammenfassung der Geschichte, wie sie im Augenblick verstanden wird, zu erzeugen. Dies schließt einige Probleme mit ein, die bildlich gesprochen mit der Person »an Land gespült worden« sind.

Der Bereich der Welt ist auch der Ort, an dem die notwendigen, praktischen Schritte für den Genesungsprozess unternommen werden. In Einzelsitzungen widmet die Person ihre Erzählung der Entwicklung von Wandel: sie entwickelt Bewusstheit von **jetzt** ereignendem Wandel und wie sie ihre Bewusstheit über solche Wandlungen nutzen kann, um einen Kurs Richtung Genesung anzusteuern.

- Im *Bereich der Anderen* führt die Person ihre Lebensgeschichte auf, indem sie Bindungen eingeht mit Familie, Freunden, anderen »Patienten« und Mitarbeitern. Hier lernt sie mehr über sich, lernt etwas von den Geschichten der Anderen. Der Bereich der Anderen ist der Ort, welcher der *Gruppenarbeit* gewidmet ist, wo die Person ihre Bewusstheit darüber entwickelt, in welcher Beziehung die Erfahrung anderer Menschen zur eigenen steht, und wie sie vielleicht anderen helfen kann, mit deren Lebensproblemen fertig zu werden. Das Gruppen-Setting verstärkt die persönliche Bewusstheit über persönliche Stärken und das Macht-Potenzial sozialer Verbundenheit.

## Forschung und Evaluation

Vier Untersuchungen von Akutpflege-Settings aus England, Schottland und Irland, die den Weisungen des Gezeitenmodells gefolgt sind, haben sehr ähnliche Effekte bei einer Reihe klinischer, organisatorischer und persönlicher Variablen gezeigt (19, 20, 21, 22, 23). Alle zeigten deutliche Rückgänge bei gewalttätigen und aggressiven Anzeichen sowie bei Suizidversuchen und Selbstverletzungen. Alle zeigten einen deutlichen Rückgang bei Beschränkungsmaßnahmen und Fixierungen zur Kontrolle von gestörtem Verhalten. Auf der Ebene der Mitarbeiter wurden deutlich weniger Krankheitsfälle und unentschuldigtes Fehlen registriert.

Ergänzt wurden diese Ergebnisse durch verbesserte Resultate bei Mitarbeiter- und »Patienten«-Zufriedenheit und Zunahme der Kollegialität.

An der Victoria Universität in Wellington (Neuseeland) wurde zwei Jahre nach der Einführung des Gezeitenmodells eine große phänomenologische Studie auf einer forensischen Hochsicherheits-Station durchgeführt (24). Die Ergebnisse schließen Beschreibungen von »erhöhtem Gefühl von Hoffnung und Optimismus« bei Mitarbeitern und Patienten ein. Dies war besonders signifikant, da den »Patienten« vorherbestimmt ist, viele Jahre in diesem begrenzendem Setting zu verbleiben. Nicht überraschend berichtet diese Untersuchung auch von einem Gefühl verbesserter »Zusammenarbeit« im gesamten Pflegeprozess, und zwar sowohl von der Perspektive der Patienten wie auch der Pflegenden. Die Patientengruppe beschrieb auch deutliche Veränderungen in ihrer Wahrnehmung von dem »Machtverhältnis zwischen Mitarbeitern und Patienten«, was die Forscher als ein Gefühl von »Augenhöhe« beschrieben. Die Patienten berichteten von einem verbesserten Verbundenheitsgefühl, sowohl zu sich selbst wie zu anderen Patienten. Vielleicht am ermutigendsten war die Übereinstimmung, dass die Pflege nun ein offenkundig menschliches Antlitz habe.

Quer durch diese und andere, auch noch laufende Untersuchungen haben wir folgende Kommentare gesammelt von Menschen, die Tiden-Pflege erhalten. Die folgenden Beispiele sind typisch für viele hundert Kommentare, welche die Ansicht stützen, dass Tide einen humanisierenden Einfluss auf Pflege hat.

Eine Kanadierin mit 20-jährigem Substanzmissbrauch sagte:

»Tide hat Raum für meine Stimme geschaffen. Ich bin nicht einfach nur eine weitere Patientin, die psychisch krank ist. Ich bin ein Mensch mit Zielen und Träumen und einem lebenswerten Leben. Ich entdecke und lerne und bewirke Veränderungen.«

Eine junge Bewohnerin eines schottischen Dienstes für junge Erwachsene kommentierte das Geschichte-Aufschreiben im *ganzheitlichen Assessment*:

»Es vermittelt mir das Gefühl, dass ENDLICH jemand dem zuhört, was ich zu sagen habe UND damit etwas anfängt.«

Eine andere Jugendliche beim gleichen Dienst ergänzte:

»Ich mag die Tatsache, dass die eigenen Notizen zusammen mit der Pflegerin aufgeschrieben werden. Dass meine Stimme verwandt wird, um die Aufzeichnungen zu machen, gibt mir das Gefühl gehört zu werden.«

In einer irischen Akut-Station reflektierte ein Mann über das Wesen der Zusammenarbeit des Gezeitenmodells:

»Ich konnte mehr darüber nachdenken, was ich tun musste und was wichtig war. Das hatte ich aus den Augen verloren. Die Pflegenden haben mir geholfen, andere Brennpunkte zu setzen. Bis dahin hatte ich nicht erkannt, was mich alles quält.«

Eine andere Person äußerte sich über das Wesen der Befragung innerhalb des ganzheitlichen Assessments und stellte fest:

»Die Fragen fühlten sich nicht so an, als kämen sie von außen. Sie kamen von dem was ich fühlte, was ich brauchte oder was wichtig war. Sie waren gute Fragen, über Dinge, die für mich wichtig waren...weil ich der Hauptspieler in meiner Krankheit bin, wissen Sie. Ich muss die meiste Arbeit selbst tun. Ich glaube, was ich von der Krankheit wahrgenommen habe ist sehr wichtig in diesem Rahmen.«

## Wiedergewinnung

Die ausdrückliche Wertschätzung für die individuelle Stimme der Person und ihrer erzählten Geschichte durch das Gezeitenmodell scheint der Aspekt des Modells zu sein, der bei Praktikern wie Patienten gleichermaßen gut ankommt. Den sich ereignenden therapeutischen Prozess innerhalb der Tide haben wir als Wiedergewinnung beschrieben. Die Menschen haben das Gefühl, dass sie etwas zurückfordern, wiedergewinnen, es urbar machen und wieder in Besitz nehmen können: die Geschichte ihres Lebens. Dies erhöht ein Gefühl von Person-sein und persönlicher Identität. Sie verwenden wieder ihre einzigartige menschliche Identität, statt nur ein »Patient« von vielen zu sein. Dieser Prozess von Wiedergewinnung oder Wiederaneignung hat mit *erinnern* zu tun oder wieder zusammenzufügen, ganz zu machen, ein Gefühl von sich selbst wieder herzustellen, das durch die Leiden des psychiatrischen Zusammenbruchs *zerrissen*<sup>3</sup> war.

<sup>3</sup> Anm. d. Übers.: Durch die Übersetzung geht leider ein sinnhaftes Wortspiel verloren. *Erinnern* (remembering) und *dismembered* (zerrissen, losgelöst) haben im Englischen den gleichen Wortstamm (member = Zugehöriger, Mitglied). Die Autoren benutzen diese bildhafte Sprache um einerseits auf die Stigmatisierung und Zerstörung der Person durch die Erkrankung wie auch den (niedrigen) sozialen Status als Patient aufmerksam zu machen.

Mit der Hilfe bei und an der Arbeit ihrer Geschichte, was oft in normalen Unterhaltungen (25) geschieht, lernen Menschen ihre Schwäche zu kompensieren, wenn sie nicht vollständig in der Lage sind die Lebensprobleme, die sie behindern, zu lösen. Es mag nicht möglich sein, Leiden aus der Menschheitsgeschichte auszuwaschen. Dennoch erscheinen die Möglichkeiten eines konstruktiveren Lebens unendlich zu sein.

## Literatur:

- 1) **Beck, A. T.** Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*, 1952, 15, 305-312
- 2) **Ellis, A.** Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*. 1958, 59, 35-49
- 3) **Barker P** It's time to turn the tide. *Nursing Times* 1998, 18(94) 70-72
- 4) **Barker P and Buchanan-Barker P** The Tidal Model: A guide for mental health professionals London, Brunner-Routledge, 2005
- 5) **Brookes N** »Phil Barker: The Tidal Model of Mental Health Recovery«. Ch 32 in AM Tomey and MR Alligood (Eds) *Nursing Theorists and their Work* (6<sup>th</sup> Edition) New York, Mosby, 2005
- 6) **Buchanan-Barker P** Uncommon sense: The Tidal Model of mental health recovery. *Mental Health Nursing* 2004, 23 (1) 12-15
- 7) **Brookes** *ibid*
- 8) **Barker P, Jackson S and Stevenson C** The need for psychiatric nursing: Towards a multidimensional theory of caring. *Nursing Inquiry* 1999, 6, 103-111
- 9) **Vaughn K, Webster, D Orahood S and Young B** Brief inpatient psychiatric treatment: Finding solutions. *Issues in Mental Health Nursing* 1995, 16(6) 519-31
- 10) **Barker P** The Tidal Model: The lived experience in person-centred mental health care. *Nursing Philosophy* 2000, 2(3) 213-223
- 11) **Barker P** The virtue of caring. *International Journal of Nursing Studies* 2000, 37, p 329-336
- 12) **Barker P. J.** Reflections on the philosophy of caring in mental health. *International Journal of Nursing Studies* 1989, Vol. 26 (2) pp131-141
- 13) **Buchanan-Barker P and Barker PJ** (2006) The Ten Commitments: A value base for mental health recovery. *Journal of Psychosocial Nursing* 44 (9) 29-33
- 14) **Buchanan-Barker P and Barker P** Lunatic language *Openmind* 2002, 115: p23
- 15) **Szasz T S** Curing the therapeutic state: Thomas Szasz on the medicalisation of American life. Interviewed by Jacob Sullum. *Reason* 2000, July: pp 27-34
- 16) **Jonsson B** Ten Thoughts About Time London, Constable and Robinson, 2005
- 17) **Barker P** The Tidal Model: The healing potential of metaphor within the patient's narrative *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 2002, 40 (7) 42-50
- 18) **McCann C** Four Phenomenological Philosophers: Husserl, Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty London, Routledge 1993
- 19) **Stevenson C, Barker P and Fletcher E** (2002) Judgement days: developing an evaluation for an innovative nursing model. *J Psychiatric and Mental Health Nursing* 9(3) 271-6
- 20) **Stevenson C and Fletcher E** (2002) The Tidal Model: The questions answered. *Mental Health Practice* 5(8) 29-37

- 21) **Lafferty S** and Davidson R (2006) Person-Centred Care in Practice: An account of the implementation of the Tidal Model in an adult acute admission ward in Glasgow. *Mental HealthToday (March)* pp31-34
- 22) **Gordon W, Morton T and Brooks G** (2005) Launching the Tidal Model : Evaluating the evidence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12 (6) 703-12
- 23) **Lynch J, Maxwell J and Collins R** (2003) Patients and nurses perceptions of a collaborative model of engagement in a mental health setting.(Unpublished)
- 24) **Cook NR, Phillips BN and Sadler D** (2005) The tidal model as experienced by patients and nurses in a regional forensic unit *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12 (5) 536-540
- 25) **Zeldin T** (2000) *Conversation: How talk can change our lives*. Mahwah, New Jersey; Paulist Press

Die Herausgeber dieses Buches danken Ruth Ahrens für die Übersetzung des Textes aus dem Englischen.

# Gemeindepsychiatrische Versorgungskonzepte und Anforderungen an pflegerische Qualifikationsprofile

Heike Dech

Mit der Enthospitalisierung der psychiatrischen Versorgung und dem Aufbau gemeindepsychiatrischer Angebote vollzieht sich eine Verlagerung qualifizierter Behandlungsangebote in den ambulanten Bereich, die der Pflege neue eigenständige Arbeitsfelder und Profilbildungen ermöglicht. Für die Entwicklung einer qualifizierten psychiatrischen Pflege sind weitere Professionalisierungsprozesse erforderlich.

The transformation of mainly hospital based psychiatric services into community mental health services offers new and more independent roles for psychiatric nursing. In order to provide intensive support to the complex needs of mental health patients in the community, standards of psychiatric nursing practice and training schemes have to be reconsidered.

Key words: mental health services, psychiatric nursing, needs of patients, clinical competence, curriculum development.

## 1. Wandel in psychiatrischen Versorgungskonzepten

Die Psychiatrie hat sich in den letzten Jahrzehnten von einer wohnortfernen, stigmatisierenden, psychisch Kranke ausgrenzenden, stationären Versorgung gewandelt zu einem gemeindenahen, lebensweltorientierten Netz von sozialpsychiatrischen Angeboten, in welchem Gesundheits- und Sozialberufe ein breites Betätigungsfeld finden (Schwarzer). Psychiatrische Behandlungs- und Versorgungsangebote, die auf unterschiedliche Störungsbilder, Krankheitsverläufe und psychosoziale Problemlagen differenziert einzugehen vermögen, erfordern ein gestuftes System an stationären, teilstationären, ambulanten und komplementären Komponenten (Kunze et al. 2004). Ziel dieser Angebote und Interventionen muss sein, die positiven Entwicklungspotentiale psychisch Kranker und Behinderter zu unterstützen, um ihre sozialen Kompetenzen und ihre Lebensqualität zu verbessern. In den vergangenen Jahren lässt sich nicht nur ein enormer Aufbau, sondern auch eine starke Ausdifferenzierung teilstationärer und ambulanter Angebote beobachten, um psychisch Kranke nach einer stationären Akutbehandlung

so in ihrem psychosozialen Umfeld weiter zu betreuen, dass Rückfälle und stationäre Wiederaufnahmen vermieden oder nur als kurzzeitige Kriseninterventionen erforderlich werden. Diesen Wandel der Behandlungskonzepte, der mit der Reduktion von stationären Betten, dem Schließen von Langzeitstationen und der Verlagerung dieser freigewordenen Kapazitäten in die Gemeinde einhergeht, muss von der Pflege konzeptuell mit vollzogen werden und erfordert neue Schwerpunktsetzungen in der Betreuung psychisch kranker Menschen (vgl. Schulz 2003). Denn ambulantes Arbeiten bedeutet selbständigeres Arbeiten, mehr Verantwortung und einen verbindlichen Kontakt mit dem Patienten. Gründliche Kenntnisse über psychische Erkrankungen sind daher Voraussetzung für ein verantwortungsvolles professionelles Handeln. Die Arbeit im ambulanten psychiatrischen Feld erfordert umfangreiche Kompetenzen und Verantwortungsbewusstsein im Umgang und der Verarbeitung von Krisen – so die Bundesinitiative ambulante psychiatrische Pflege in einem Positionspapier (Gutschakovski 2006).

## **2. Neue Entwicklungen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung**

In der Psychiatrie und Psychosomatik hat sich als theoretische Fundierung das von der WHO propagierte »Bio-psycho-soziale Krankheitsmodell« bewährt. Denn für psychische Störungen gilt, dass sie, wie menschliches Erleben und Verhalten generell, das Produkt des Zusammenwirkens umweltbedingter und sozialer Gegebenheiten einerseits und biologischer und intrapsychischer Wirkfaktoren andererseits sind. Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell wird jedoch nicht nur als Ursachen- und Krankheitsklärungsmodell verwendet. Von diesem Modell sind ebenso die neuen, integrativen Behandlungsansätze ableitbar, bei denen (je nach Störungsbild unterschiedlich gewichtet) psychotherapeutische, psychoedukative, pflegerische, sozialtherapeutische und pharmakotherapeutische Methoden gebündelt werden.

Die Psychiatriereform hat bereits vielfältige Veränderungen in der Versorgungslandschaft hervorgebracht. Nach der Enthospitalisierung, insbesondere schwer und chronisch psychisch Kranker und der Dezentralisierung psychiatrischer Angebote hin zu einer gemeindepsychiatrischen Versorgung, sind derzeit Bemühungen im Gange, die Behandlungs- und Hilfsangebote flexibler und stärker an den Bedürfnissen des Individuums orientiert zu gestalten, im Sinne einer Entinstitutionalisierung und einer stärkeren

Patientenorientierung (BMG 1998). Damit soll auch chronisch psychisch Kranken ermöglicht werden in ihrem gewohnten Umfeld leben zu können. Hierfür werden differenzierte Unterstützungsangebote, so genannte ambulante Komplexleistungen benötigt, die von einem multiprofessionellen Behandlungsteam, wie es bisher nur in der stationären Versorgung existierte, erbracht werden. Damit ein Patient die für seine Bedürfnisse passenden therapeutischen Angebote erhält, ist ein »needs assessment« – eine multiprofessionelle Diagnostik seines Behandlungsbedarfs – erforderlich, z.B. nach der IBRP (Integrierte Behandlungs- und Rehaplanung). In einer gemeindepsychiatrischen Versorgung sind hierfür andere Organisationsformen erforderlich, um die einzelnen Behandlungsbausteine bedürfnisgerecht und zugleich auch ressourcenschonend aufeinander abzustimmen. Als Organisationsform hat sich das Case Management bewährt, in dem jeder Patient eine feste therapeutische Bezugsperson als Hauptansprechpartner hat, die für ihn die von verschiedenen Mitarbeitern erbrachten Behandlungs- und Hilfeleistungen organisiert und koordiniert und für die therapeutische Kontinuität sorgt. Auf diese Weise soll die Überwindung der bislang noch sehr getrennten ambulanten Versorgungsbereiche zu Versorgungsnetzen gelingen. Mit der Stärkung von aufsuchenden häuslichen Angeboten soll zugleich auch die leider immer noch sehr ausgeprägte Komm-Struktur der psychiatrisch-psychotherapeutischen Angebote verringert werden.

## **3. Home treatment: Häusliche psychiatrische Pflege und Soziotherapie als neue ambulante Behandlungsangebote**

Ambulante psychiatrische Pflege ist seit 2005 in Deutschland, analog der Soziotherapie, als Kassenleistung anerkannt. Die bereits bestehenden Richtlinien zur Verordnung allgemeiner häuslicher Krankenpflege nach SGB V § 37 wurden um Behandlungspflegeleistungen für psychisch Kranke ergänzt. Die Verordnung ambulanter psychiatrischer Pflege erfolgt nach vorheriger fachärztlicher Diagnose, wobei maximal zwei Pflegeeinsätze täglich verordnet werden können. Hiermit wurde eine zweifellos bestehende Versorgungslücke verringert, wenn auch nicht geschlossen, und der Weg zum »home treatment« geebnet – welches in angelsächsischen und skandinavischen psychiatrischen Versorgungskonzepten in der letzten Dekade etabliert wurde (vgl. Burns et al. 2001) . Diese Neuregelungen sind insbesondere deshalb von Interesse, weil hiermit ein weiterer Schritt in unserem Gesundheitswesen zur Verlagerung von stationären Versorgungskapazitäten zu mehr

und differenzierteren ambulanten Angeboten gegangen wird. Denn die bisher bestehende Gemeindepsychiatrie, die hauptsächlich komplementäre und rehabilitative Angebote umfasste, wird damit um mehr Behandlungskomponenten erweitert. Neben der aufsuchenden psychiatrischen Pflege im Rahmen einer Psychiatrischen Institutsambulanz ist dies eine neue und eigenständige Möglichkeit ambulanter Pflege, die auch in berufspolitischer Hinsicht neue Wege aufzeigt.

Im Bereich der Versorgung psychischer Erkrankungen hat diese Entwicklung ja sogar früher, seit Beginn der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts begonnen und in manchen Bundesländern zu einem ganz erheblichen Umschichten von stationären Kapazitäten in den teilstationären und ambulanten Bereich geführt, um dem Ziel einer patientenorientierten, personenzentrierten, lebensweltorientierten psychiatrischen Behandlung näher zu kommen. Dieser Wandel bedingt einerseits eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, der Finanzierungsstrukturen und Behandlungskonzepte, denn ambulante Versorgung erfordert andere Informations-, Entscheidungs- und Kooperationsmodelle. Der Wandel erfordert insbesondere aber eine Weiterentwicklung des gerade in der Psychiatrie bedeutungsvollsten Behandlungsfaktors, nämlich des Faktors Mensch, also der psychiatrisch tätigen Berufsgruppen durch Weiterentwicklung der Berufsbilder, der damit verbundenen Qualifikationen und der Klärung der Verantwortlichkeiten (WHO 2005).

#### 4. Anforderungen an pflegerische Qualifikationsprofile

Die im Zuge der Psychiatrie-Enquete eingesetzte Expertenkommission der Bundesregierung konstatierte schon 1988, dass psychiatrische Pflege, in Abgrenzung von der somatischen Pflege, nicht etwa nur ärztlich verordnete Leistungen wie Medikamentenvergabe durchführt, sondern dass sie darin besteht, »dem psychisch Kranken Hilfen zu geben, dass er die Regeln der Sorge des Menschen für sich selbst und des mitmenschlichen Umgangs als Element des eigenen Handlungsrepertoires wahrnimmt«.

Der Wandel in den psychiatrischen Versorgungsstrukturen ermöglicht selbstständigeres, aber auch eigenverantwortlicheres Arbeiten, und hat damit selbstverständlich auch Auswirkungen auf pflegerische Qualifikationsanforderungen. Im Sinne des oben zitierten Pflegeverständnisses sind dazu vielfältige klinische Kompetenzen erforderlich: nämlich die Fähigkeit selbstständig diagnostische und therapeutische Entscheidungen zu treffen,

die Kompetenz zur professionellen psychotherapeutischen Beziehungsgestaltung und zur Unterstützung in Alltagsaktivitäten, zur psychischen Gesundheitsförderung, zur Psychoedukation und zur Gruppenarbeit sowie die Fähigkeit zur Krisendiagnostik und Krisenintervention. Hinzu kommen organisatorische Kompetenzen wie die Fähigkeit zum case management und zu komplexen multiprofessionellen Behandlungsplanungen.

Angesichts der Pflege als größter Berufsgruppe, sind diese Qualifikationsanforderungen überdies von besonderer Bedeutung für die psychiatrische Versorgungsqualität insgesamt. Für die Weiterentwicklung von psychiatrischen Angeboten hin zu patientenorientierten, personenzentrierten und bedürfnisorientierten Konzepten, bedarf es einer wissenschaftlich fundierten Pflege, die neue Verantwortungsbereiche und Aufgabenfelder selbstverantwortlich übernehmen kann. Im Gegensatz zu der bisherigen, mehr handwerklich-assistierenden Pflegeausbildung geht es in den anstehenden Professionalisierungsbestrebungen allgemein gesprochen um die Befähigung zu einem eigenständigen, selbstständigen Berufsprofil. Die Professionalisierung hin zu einem eigenen Fachberuf mit berufsfachlichen Kompetenzen, ähnlich etwa wie Ärzte und Psychologen, erfordert einerseits die Entwicklung einer eigenen Fachlichkeit, andererseits muss jedoch auch multiprofessionell eine gemeinsame Sprache mit den anderen in der psychiatrischen Versorgung tätigen Berufsgruppen entwickelt werden, denn gerade die neuen Behandlungsansätze sind berufsübergreifend ausgerichtet (WHO 2005).

Nicht zuletzt bedeutet eine wissenschaftliche Fundierung der Pflege auch eine Angleichung an internationale Entwicklungen, auch im Bereich der psychiatrischen Versorgung. Im europäischen Vergleich hat die Pflege in Deutschland hier in den nächsten Jahren noch einigen Nachholbedarf, betrachtet man die anspruchsvollen Tätigkeitsprofile der gemeindepsychiatrischen Pflege in Großbritannien oder Skandinavien.

Eine ambulante gemeindepsychiatrische Pflege erfordert vielfältige, umfangreiche Kompetenzen und ein hohes Verantwortungsbewusstsein. Nicht allein fundiertes Wissen um psychische Störungen, Versorgungsstrukturen und Methodenkompetenz wird benötigt, sondern ebenso die Reflexion eigener Einstellungen, Verhaltensweisen und Gegenübertragungen und die Auseinandersetzung mit einem humanistischen Menschenbild. Hinzu kommen Schlüsselqualifikationen wie Analysefähigkeiten, problemlösendes Denken und die professionelle therapeutische Beziehungsgestaltung. Arbeit in der Psychiatrie bedeutet ebenfalls, dass die Betroffenen- bzw. Nut-

zerperspektive immer miteinbezogen werden sollte, d.h. eine qualifizierte psychiatrische Pflege benötigt Erfahrung mit Psychoedukation, Psychoseminaren, Unterstützung von Selbsthilfeinitiativen und die Zusammenarbeit mit Psychiatrieerfahrenen. Sie wird zukünftig sicherlich auch mit mehr Beratungs- und Schulungsaufgaben konfrontiert sein.

Eine Weiterqualifizierung und Professionalisierung psychiatrischer Pflege für den ambulanten Bereich benötigt eine Integration von allgemeinen Pflgetheorien einerseits und psychiatrischen Konzepten andererseits. Sie macht außerdem die Entwicklung fachlicher Standards und die Differenzierung verschiedener Ausbildungslevel und Qualifizierungsebenen erforderlich. Für diese Aufgaben reichen einzelne, mehr oder weniger zufällig ausgewählte Fortbildungsangebote genauso wenig aus, wie überwiegend auf Management- oder Forschungsfragen ausgerichtete Studiengänge. Die Weiterqualifizierung und Professionalisierung psychiatrischer Pflege bedingt ein modularisiertes, gestuftes, akademisiertes Ausbildungssystem mit verbindlichen, kontinuierlichen Weiterbildungsangeboten.

## 5. Zusammenfassung und Schlussbemerkungen

Mit Enthospitalisierung und Aufbau gemeindepsychiatrischer Angebote werden in der psychiatrischen Versorgung allgemeine gesundheitspolitische Entwicklungen mit vollzogen, die unter der Devise »ambulant vor stationär« und »integrierte Versorgung« zu einer Verkürzung der stationären Behandlungsdauer um 30 – 40% (mit entsprechender Bettenreduktion) geführt haben. Eine deutlich frühere Entlassung erfordert aber auch eine Verlagerung qualifizierter Behandlungsangebote in den ambulanten Bereich, die bisher von pflegerischer Seite in diesem Umfang ambulant nicht angeboten werden konnten. Als Profession, die behandelnde, versorgende, beratende und schulende Methoden bündelt, könnte eine qualifizierte psychiatrische Pflege in ambulanten Behandlungsnetzen die Beziehungskontinuität mit dem Patienten gewährleisten und durch »home treatment« manche stationäre Aufnahme vermeiden helfen (Burns et al. 2001).

Das Zusammenführen von bislang unverbundenen ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Einzelleistungen und getrennten Behandlungs- und Rehabilitationsbereichen zu gut strukturierten Versorgungsnetzen ermöglicht der Pflege neue Arbeitsfelder und Profilbildungen, sofern sie den eingeschlagenen Weg der Professionalisierung weitergeht und eigene hochwertige psychiatrische Qualifizierungen entwickelt.

## Literatur:

- Bundesministerium für Gesundheit** (Hrsg.) (1998): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Pflege. Baden Baden: Nomos
- Burns T, Knapp M, Catty J, Healey A, J Henderson J, Watt H, Wright C** (2001): Home treatment for mental health problems – a systematic review. Health Tech Assess 5; Nr. 15
- Kunze H, Becker T, Priebe S** (2004): Reform of psychiatric services in Germany: hospital staffing directive and commissioning of community care. Psychiatric Bulletin 28-218-221
- Schulz M** (2003): Rekonzeptionalisierung als wesentliches Element einer qualitativen hochwertigen psychiatrischen Pflege. Pflege & Gesellschaft 8: 140-145
- WHO** (2005): Human Ressourcen und Ausbildung im Bereich Psychische Gesundheit. Info Papier d. Europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz. Helsinki

## **Arbeitsteilige Versorgung in der Psychiatrie – Sind Professionelle für Patienten oder Patienten für Therapeuten da?**

Martin Reker

### **Einleitung**

Wofür braucht die Welt einen »Dreiländerkongress für Psychiatrische Pflege«? Mit fachärztlichem Sachverstand könnte man sagen: Die Pflege steckt in einer chronischen depressiv anmutenden narzisstischen Krise und möchte sich nun in der Öffentlichkeit selbst inszenieren, um das eigene Ego etwas aufzupolieren. 500 Teilnehmer auf einer solchen Veranstaltung sind zwar nicht schlecht, wenn man auch drei Länder brauchte, um diese 500 zusammenzubekommen.

Die Tagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, kurz DGPPN, die jedes Jahr in Berlin stattfindet, hat aber 6000 Teilnehmer. Und dafür reicht in der Regel die Rekrutierung der Teilnehmer aus einem Land.

Trotzdem bin ich Ihrer Einladung gerne gefolgt und möchte Ihnen nun erklären, was arbeitsteilige Versorgung in der Psychiatrie bedeutet.

### **Die Rolle des Arztes in der Versorgung des Patienten**

Meine Anknüpfungspunkte möchte ich gern in unserem gemeinsamen klinischen Alltag suchen, der spätestens seit den Zeiten der Sozialpsychiatrie von einem pseudodemokratischen Verantwortungswirrwarr geprägt ist, das kommenden Generationen einmal unglaublich erscheinen wird.

Nehmen wir ein Beispiel aus meinem beruflichen Alltag. Ich bin leitender Arzt der Abteilung Abhängigkeitserkrankungen an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel. Stellen Sie sich vor, ein drogenabhängiger Patient möchte aufgenommen werden, der wenige Tage zuvor auf der Drogenstation entlassen worden ist, weil er ohne Ausgang nach negativem Drogenscreening plötzlich Opiate im Urin hatte und wegen Konsums von illegalen Drogen auf Station disziplinarisch entlassen worden ist. Auf der Station sind aktuell mehrere Betten frei, der Patient selbst schwört beim Leben seiner Mutter, dass er nichts konsumiert hat und alles könne ganz einfach sein, wenn man den Patienten einfach aufnehme und so behandelt, wie der sich das wünscht. Der Patient würde vielleicht endlich seine

Entgiftung schaffen, an der er zuletzt gescheitert war, das leere Bett wäre belegt und brächte die Einnahmen, die unsere Stellen finanzieren und die überforderten ambulanten Stellen wären froh, dass dieser schwierige Patient erst mal wieder untergebracht wäre. Kein Problem, könnte man denken. Weit gefehlt: Denn an dieser Stelle legt das Pflorgeteam sein Veto ein. Es gebe eine feste Sperre, die noch nicht abgelaufen sei. Das Team habe das so beschlossen. Und dann geht das Diskutieren los: Erst im Dienstzimmer, dann weiter vertagt in die Übergabe, damit der Spätdienst dabei sein kann, dann fehlt aber die Bezugsperson, die in der Entlasssituation vor ein paar Tagen dabei war. Inzwischen hat sich der betreffende Patient vor der Stations-tür noch eine Hand voll Tabletten eingeworfen und ist eingetrübt, sodass er als Notfall aufgenommen werden musste, dann aber gleich weiter auf die Intensivstation gegangen ist. Wäre das nicht vermeidbar gewesen? Und dann noch einmal die gleiche Diskussion, wenn die intensivmedizinische Überwachung beendet ist und die Kollegen von der Intensivstation den unruhiger werdenden Patienten zu uns verlegen wollen, weil er ja nicht direkt von der Intensivstation auf die Straße entlassen werden kann, allein schon aus forensischen Gründen. Und wer haftet am Ende dafür, wenn es mal schief geht, wer trägt die ganze Verantwortung? Der Arzt natürlich.

Es könnte so einfach sein: Der Arzt ordnet an, dass der Patient aufgenommen wird. Das Pflorgeteam tut einfach, was angeordnet wird. Der Patient braucht nicht auf die Intensivstation. Das Bett bringt 220 Euro am Tag und die ambulanten Stellen freuen sich, dass sie den schwierigen Patienten erst einmal los sind.

### **Das Gutachten des Sachverständigenrates: Eine Attacke auf den ärztlichen Berufsstand ?**

Da muss es tatsächlich wundern, wenn der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten zu »Kooperation und Verantwortung« aus diesem Jahr eine Arztzentriert-heit im Gesundheitswesen beklagt und stattdessen eine Verlagerung von Kompetenzen auf Pflegeberufe fordert. Neben der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat sich auch der Marburger Bund gegen eine Entwertung ärztlicher Tätigkeit zugunsten der Pflegeberufe ausgesprochen. Wer originäre ärztliche Tätigkeit auf die Pflegeberufe verlagern will, der gefährdet die Sicherheit der Patienten«, hat der Vorsit-

zende des Marburger Bundes, Dr. Frank Ulrich Montgomery erklärt. Wie recht er damit hat, kann man an dem angeführten Beispiel leicht ersehen. Schließlich wäre der Patient, dem die Aufnahme verweigert werden sollte, fast gestorben.

Sehen wir uns nun die Argumentation des Sachverständigenrates einmal genauer an. In den Empfehlungen zur Zusammenarbeit heißt es in der Kurzfassung des Gutachtens auf S. 22, die »Diskussion um neue Kooperationsformen und Kompetenzen von Gesundheitsberufen« sei »nicht primär aus der Perspektive der Berufsgruppen, sondern auf der Basis der zukünftigen Anforderungen an das Gesundheitswesen – d.h. aus der Patientenperspektive – zu führen«. Dieser populistische Vorschlag könnte so ja direkt von Oskar Lafontaine gekommen sein – ist er aber nicht. Was würde denn wohl aus unserem Gesundheitswesen, wenn die Patienten einfach machen würden, was sie selbst für richtig halten?! Die komplexen medizinischen Sachverhalte, für deren Verständnis Ärzte mindestens 6 Jahre studiert haben und noch eine Facharztausbildung angeschlossen haben, können die Patienten nicht verstehen. Schon jetzt werden etwa die Hälfte aller verordneten Medikamente nicht eingenommen und landen im Müll. Ergebnis ist, dass die Menschen wieder psychotisch werden, in Hochdruckkrisen und Zuckerkomata abgleiten und unnötige Unkosten entstehen, die letztlich wieder bei den Ärzten eingespart werden. So sieht die Realität der Patientenperspektive aus.

Sehen wir mal weiter: Der Sachverständigenrat schlägt drei Schritte vor: Zunächst sollen über den Weg der Delegation ärztliche Aufgaben an nicht-ärztliche Berufsgruppen abgegeben werden. Der Marburger Bund sagt dazu: Ärztinnen und Ärzte müssen in der Tat insbesondere bei den bürokratischen, patientenfernen Tätigkeiten entlastet werden. Eine Entwertung der ärztlichen Tätigkeit bei der Arbeit am Patienten ist hingegen undenkbar. »Ärztliche Heilkunst«, so Ulrich Montgomery, »ist und bleibt entscheidend für die Versorgung und Heilung von Patienten. Pflegeberufen ärztliche Tätigkeiten zu übertragen ist falsch und gefährlich«. Klare Worte.

Nicht dass Ulrich Montgomery falsch verstanden wird. Er betont ausdrücklich, dass das Zusammenwirken der Gesundheitsberufe die Grundvoraussetzung für eine hochwertige Patientenversorgung ist. Er stellt aber eine

warnende Prognose in den Raum, die tatsächlich eines kurzen Innehaltens wert ist: »Würde der Vorstoß der Bundesgesundheitsministerin, des Pfliegerates und des Sachverständigenrates umgesetzt, würde er auch das Klima unter den Berufen in den Kliniken vergiften«. Und das will ja vermutlich niemand.

Kommen wir aber zum zweiten Schritt des Gutachtens des Sachverständigenrates. Demnach sollten nun regionale Modellprojekte zur Veränderung des Professionenmix und zur größeren Eigenständigkeit nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe durchgeführt und evaluiert werden. Wenn diese Modellprojekte dann ihre Praktikabilität bewiesen haben, erfolgt im dritten Schritt eine breitere Einführung der Neuerung. Ausdrücklich wird die Empfehlung ausgesprochen, eine Modellklausel zu verankern »zur stärkeren Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in die Gesundheitsversorgung«. Womit das Ergebnis der angestrebten Modellprojekte ja schon vorgegeben ist. Sparen hat oberste Priorität, die Patientenversorgung wird schlechter und der Dumme ist mal wieder der Arzt. Ähnlich hatten wir es schon bei der Einführung des Psychotherapeutengesetzes. Nachdem die Psychologen ihre Psychotherapien über die GKV abrechnen können, gebärden sie sich so, wie sie es den Ärzten früher vorgeworfen haben. Sie schotten sich von anderen psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen wie Sozialarbeitern und Theologen ab, die sollen vom Kuchen nichts abhaben. Jetzt gehen sie auch noch soweit und wollen die vorgegebene Quote ärztliche Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung knacken, um in Kuckucksmanier die Ärzte ganz aus dem Psychotherapeutenest hinauszurufen. Die Psychologen suchen sich die Rosinen raus, überlassen die Akutversorgung den Psychiatern und reden dann von Patientenorientierung. Diesen Sprachduktus kennt man schon. Das soll uns Ärzten mit der Pflege nicht passieren.

Um noch einmal auf den Sachverständigenrat zurückzukommen bzgl. der Idee, alles mal aus der Patientenperspektive zu sehen. Sind Sie schon einmal selbst Patient gewesen? Man möchte es ja seinem schlimmsten Feind nicht wünschen. Wenn man den Arzt fragt, ob der einem mal die Urinflasche reichen kann, dreht der sich um und ruft nach Spezialkräften aus der Pflege, die dafür zuständig seien. Und wenn ich die Krankenschwester nach einer Aspirin frage, die jeder von uns zuhause skrupelloser zu sich nimmt

als ein Stückchen Sahnetorte, dann muss erst der Oberarzt gerufen werden. Und das sind nur zwei Beispiele. Welche Haftungsfragen hier bedacht werden müssen, ist mir nicht immer deutlich geworden. Wahrscheinlich haben Ärzte eine schwere Urinallergie und Krankenpfleger und –schwestern drohen mehrjährige Haftstrafen, wenn Sie ohne schriftliche Genehmigung eines Facharztes Aspirin abgeben. Gut, dass das bei uns zuhause nicht so kompliziert ist.

### **Krankenhausalltag aus der Patientenperspektive –ein Gedankenspiel**

Natürlich hat mich das auch beschäftigt, als ich wieder in meiner eigenen Krankenhausabteilung war. Für einen kurzen Moment habe ich mal darüber nachgedacht, was ich mir eigentlich von den professionellen MitarbeiterInnen wünschen würde, wenn ich bei uns Patient wäre. Denken Sie auch manchmal daran, wie das wäre, auf Ihrer Station selbst Patient zu sein?

Stellen Sie sich vor, sie stehen als stationärer Patient vor ihrem Entlassungstag und wollen einen wichtigen Termin in der Stadt wahrnehmen. Da stehen zehn erfahrene Mitarbeiter im Dienstzimmer und keiner will die Kurzmitteilung für den Hausarzt ausfüllen, weil das nur der Arzt darf; der hat aber gerade keine Zeit und dann sitze ich da und warte. Oder wir sitzen da mit mehreren Stationsmitarbeitern in der Visite und es spricht immer nur der Arzt; dabei interessiert mich als Patient viel mehr, was der Krankenpfleger dazu sagt, der mich viel besser kennt. Warum macht der eigentlich keine Visite?

Sollen wir uns mal die Station in der Psychiatrie ausdenken, auf der wir gerne behandelt werden möchten, wenn wir verrückt geworden sind oder wenn wir unseren Alkoholkonsum nicht mehr unter Kontrolle haben? Ich würde mir gerne selbst mein Behandlungsteam zusammenstellen, alles was ich brauche: Meine Pflegekraft, die speziell für mich zuständig ist, meinen Arzt des Vertrauens, meinen Sozialarbeiter und meinen Egotherapeut. Wenn ich dann einen von denen was frage, was meine Krankheit oder meine Behandlung anbetrifft, dann möchte ich, dass der mir sagt, was er darüber weiß. Ich möchte von all den Kompetenzen und Fähigkeiten profitieren, die jeder von denen hat – und nicht auf den Arzt warten müssen, weil der irgendwelche Vorrechte hat und deswegen halten sich alle anderen mit ihren Möglichkeiten und Fähigkeiten zurück. Das ist mir zu anstrengend und letztlich finde ich das albern. Zumal der Arzt ständig stöhnt, dass er keine

Zeit hat und völlig überfordert ist. Da könnten ihm die anderen bestimmt helfen, wenn sein Ego das verträgt. Die Pflegeleute könnten demgegenüber im Alltag aber auch manchmal etwas selbstbewusster auftreten. Ich frage mich manchmal: wenn jetzt jemand von den Pflegeleuten aufstehen würde und würde sagen: »Ach, Frau Doktor, Sie machen mir einen sehr erschöpften Eindruck, lassen Sie mich mal machen. Ich weiß wie das geht.« Ob der Arzt oder die Ärztin nicht doch irgendwann begreifen würde, dass es der Pflegekraft Spaß machen könnte, ihm selbst Kraft und Zeit spart und der Patient schneller das bekommt, was er braucht.

### **Interdisziplinäre Teamarbeit in der Psychiatrie zwischen Sozialromantik und rauer Wirklichkeit**

Das scheint nun alles ganz unrealistisch zu sein. Deswegen habe ich das Angebot von Michael Schulz genutzt, und mal in der zur Verfügung gestellten Literatur nachgesehen, was dort an Anregungen zu finden ist. »Interdisciplinary teamwork and leadership: issues for psychiatrists« – das ist ein Aufsatz von Alan Rosen und Tom Callaly aus Australien, der mich sofort angesprochen hat. Dort werden die brennendsten Vorbehalte diskutiert, die Psychiater gegen interdisziplinäres Arbeiten vorbringen. Die erste Frage lautet, ob das ganze Gerede vom Teamwork nicht doch reine Sozialromantik ist. Funktionieren hierarchisch klar durchgegliederte Entscheidungsbäume mit schlaun Ärzten an der Spitze nicht am besten? Nur wenn alles Wissen im Medizinischen schon vorkommt, nicht aber, wenn das Wissen anderer Berufsgruppen einen wichtigen Beitrag leisten kann. Dann müsse man einander zuhören, komplementär zueinander arbeiten, Kenntnisse und Erfahrungen des anderen würdigen und gemeinsam an einer gemeinsamen Aufgabe arbeiten. Dann stellt er die Frage, warum interdisziplinäres Arbeiten in der Psychiatrie so wichtig sein soll, wo doch alle somatischen Disziplinen scheinbar weitgehend ohne derartiges Teamwork auskommen. Sind die Psychiater nicht auch hier wieder die dümmsten, eigentlich gar keine richtigen Ärzte? Rosen und Callaly drehen das um: Die Psychiatrie sei an der Spitze der Bewegung. Anders als in weiten Bereichen der Psychiatrie gehe es auf die Dauer gar nicht. Und von der interdisziplinären Arbeit in der Psychiatrie könnten andere viel lernen. Aber ob sich das auch wissenschaftlich belegen lässt? Rosen und Callaly behaupten, dass es dazu zwar nicht viel systematische Forschung gebe, dass aber die Cochrane Library fest-

gestellt habe, dass es erheblich kosteneffektiver sei und zumindest nicht schlechter als in klassischen Rollen geleistete stationäre Behandlung.

Ich fasse den aktuellen Stand der Überlegungen zusammen: Aus Patientenperspektive wäre es erforderlich, dass die an den Wünschen des Patienten orientierte Behandlung einer bestimmten Störung und die Unterstützung im Umgang mit bleibenden Behinderungen im Vordergrund steht. Wer welchen Anteil dieser Aufgabenstellung in einem Behandlungskontext übernimmt, ist eigentlich nicht entscheidend. Jede Berufsgruppe sollte letztlich den Anteil übernehmen, den der jeweilige Ausbildungsstatus erlaubt. Aspekte der Effektivität und Effizienz dürfen dabei nicht unberücksichtigt bleiben. Höher qualifizierte Kräfte sollten deswegen primär mit Aufgabenstellungen befasst werden, bei denen ihre spezifischen Kenntnisse und Fähigkeiten im Dienste des Patienten möglichst umfassend genutzt und ausgeschöpft werden.

Aktuell gelingt das nur unzureichend. Die angeführten Beispiele zeigen, dass Ärzte und Krankenpflege sich im Alltag noch viel mehr mit der Frage befassen, wer für den Patienten wie wichtig ist und wer der Bestimmer im beruflichen Alltag ist. Ärzte sind aufgrund ihrer traditionsreichen Profession bislang diejenigen gewesen, die im Umgang mit dem kranken Menschen die Definitionsmacht hatten. Sie bestimmen Sprache und Umgangskonzepte mit dem, was man »Krankheit« nennen mag. Die zunehmende Ökonomisierung im Gesundheitswesen hat den Geschäftsführer über den Chefarzt gestellt und den Krankenkassendirektor über den niedergelassenen Arzt. Heilpraktiker profitieren von der Krise der Schulmedizin und psychologische Psychotherapeuten okkupieren zunehmend für sich ein Arbeitsfeld, für dessen Verteidigung die Anzahl ausbildungswilliger Ärzte nicht mehr ausreicht. An dieser Stelle werden politische Initiativen, das Arbeitsfeld nicht-ärztlicher Berufsgruppen auf Kosten des traditionell ärztlichen Terrains zu erweitern, mit Argwohn betrachtet.

Die Pflege versucht in den letzten 20 Jahren, sich von der Rolle eines ärztlichen Hilfsberufes zu emanzipieren. In einer gesellschaftlichen Entwicklung, in der Autonomie, Selbstwertbestätigung und säkularisierte Sinnbestimmung bestimmend geworden sind, hat diese Hilfsrolle etwas Kränkendes erhalten. Dem Arzt die Kurven hinterherzutragen, den Pausenclown zu

spielen, wenn der Arzt mal wieder zu spät zur Visite kommt, bei der Zimmervisite den Oberbutterler mimen – das möchte heute keiner mehr. Symbolbehaftete Aktionen wie die Weigerung, Blut abzunehmen, mögen hier eine gewisse seelische Entlastung geliefert haben. Der Sache dienlich war es noch nicht.

### **Wer rückt den Patienten wieder zurück in den Mittelpunkt?**

Aber um welche Sache geht es eigentlich? Eigentlich geht es weder um die verletzten Eitelkeiten der Ärzte noch um narzisstische Kränkungen der Pflege. Das mögen Ärzte und Pfleger mit ihren psychologischen Psychotherapeuten besprechen. Da geht es um die Bewältigung der Aufgabe, am Patienten gute gemeinsame Arbeit zu leisten. Patienten sind nicht dafür da, dass Selbstwertgefühl konkurrierender Berufsgruppen zu befriedigen. Patienten haben ein moralisches und privatrechtliches Recht darauf, ordentlich behandelt zu werden.

Das kann nur gelingen, wenn die am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen die Aufgabe der Patientenbehandlung von berufsgruppenbezogenen Wettbewerben trennen. Wünschenswert wäre es aus meiner Sicht, wenn die Frage, wer welchen Behandlungsanteil übernimmt, an Kompetenzerwerb und Professionalisierung entschieden werden könnte. Wer in der Behandlung wichtig sein möchte, muss erstens aufgabenspezifische Kompetenzen erwerben und zweitens bereit sein, persönliche Verantwortung für sein Handeln zu übernehmen.

In der Psychiatrie ergeben sich in diesem Prozess besondere Chancen und besondere Risiken. Selbst wenn der Psychiater in seiner Rolle als Arzt Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Suizidalität oder übermäßigen Rauschmittelkonsum medizinisiert, so ist doch jedem klar, dass es hier um Störungsbereiche geht, die sich auch in der außermedizinischen Alltagserfahrung finden lassen. Sozial kompetente Menschen, gleich welcher Berufsgruppe, sind bei diesen Aufgabenstellungen oft hilfreicher als ein selbstunsicherer oder verkopfter Arzt mit Staatsexamen und Facharztausbildung. Das bedeutet gleichzeitig, dass gerade hier jedes Mitglied eines Behandlungsteams persönliche Kompetenzen einbringen kann, die weitgehend professionsunabhängig sind. Die Chance, zu einer von Respekt und Wertschätzung geprägten Zusammenarbeit zu kommen, sind hier eigentlich größer. Gleichzeitig stellt sich die Frage, ob bei einer hohen Bedeutung primärpersönlicher Eigenschaften in der Psychiatrie Medizinstudium und

Facharztausbildung die dem Arzt zugeschriebene Leitungsrolle und seinen Mehrverdienst ausreichend legitimieren.

Zurück zum psychiatrischen Krankenpfleger: In meiner Wahrnehmung trägt das Eis der Emanzipation erst ein wenig, aber es mag ja dicker werden. Primary Nurse als Symbol dafür, persönliche Verantwortung für eigenes berufliches Handeln zu übernehmen, setzt sich nur mit viel Anstrengung und langem Atem durch.

Zum Schluss: In Anlehnung an ein viel zitiertes Wort von Immanuel Kant möchte ich folgende Maxime zur Diskussion stellen:

»Handle so, dass du auch wollen kannst, dass du als möglicher Patient in der Psychiatrie selbst so behandelt wirst, wie du es mit deinen eigenen Patienten gegenwärtig praktizierst.« Das betrifft nicht nur das persönliche professionelle Handeln am Patienten, sondern auch die Gestaltung der Rahmenbedingungen, unter denen Behandlung stattfindet. Die sachgerechte Verteilung von Arbeitsaufträgen im Sinne des Patienten ist ein wichtiger Teil davon. Schließlich sind Ärzte und Pfleger für die Patienten da und nicht die Patienten für die jeweiligen KollegInnen.

Das wünsche ich mir, wenn ich einmal in die Psychiatrie eingewiesen werde.

## Literatur:

**Marburger Bund:** Presseerklärung vom 18.7.2007.: »Marburger Bund warnt vor Entwertung ärztlicher Tätigkeit zugunsten der Pflegeberufe«,

<http://www.lifepn.de/pressemitteilungen/marburger-bund-bundesverband/boxid-7153.html>

**Rosen A, Callaly T** (2005) Interdisciplinary teamwork and leadership: issues for psychiatrists. *Australasian Psychiatry* 13 (3) S. 234-240

**Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen:** Gutachten vom 3.7.2007 zum Thema »Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)

# Wie entsteht Arbeitszufriedenheit in der psychiatrischen Pflege: Eine Grounded Theory Studie zur Individualökonomie

Rüdiger Bauer

Die zentralen Fragen der Untersuchung lauteten:

Was sind Bedarfe und Bedürfnisse für die Pflegenden?

Was sind für Pflegende Knappheiten in Arbeitsprozessen?

Was sind die Mittel, die Pflegende einsetzen um Knappheiten zu überwinden?

Wie setzen sie diese Mittel ein?

Welche Bedingungen werden von Pflegenden wie für den Mitteleinsatz geschaffen?

Die Hypothese lautet demnach: Pflegende in der stationären Psychiatrie handeln eigenwirtschaftlich, indem sie ihr Handeln und Verhalten über ihre Bedarfe und Bedürfnisse planen.

Untersuchungsverlauf und Ergebnisse:

Zur ersten Datenerhebung wurden Interviews mit sieben Pflegenden geführt, anschließend transskribiert und offen codiert. Die ersten Interviews waren so offen wie möglich gestaltet, um die Komplexität und Individualität der Informanten nicht zu beeinflussen.

Nach dem ersten offenen Kodieren wurde in denselben Daten gezielt nach Kategorien gesucht. Die Leitlinie ergab sich aus dem ersten Eindruck eines hochkomplexen Geschehens der ständigen Verhandlung von Bedarfen und Bedürfnissen innerhalb und zwischen den Hierarchiestufen. Bedarfe und Bedürfnisse konnten je nach Problemlage als Knappheiten oder Gewinne verstanden werden.

Es wurde bereits hier klar, dass hohe Identifikation und Motivation durch eine hohe wechselseitige Bedarfs- Bedürfnis-Kongruenz zwischen Unternehmen und Mitarbeiter entstehen kann.

Als Kategorien wurden Einstellungen, Entwicklungen, soziale Zurückweisung und soziale Akzeptanz generiert. Als Einstellungen konnten alle Normen, Werte, Spaß und persönliche Eigenschaften verstanden werden. Entwicklung konnte sowohl passiv als auch aktiv verstanden werden. Die Informanten versuchten zunächst, ausgehend von ihren Einstellungen, Entwicklung bei anderen, später auch bei sich in Gang zu setzen. Diese

Versuche richteten sich sowohl auf die gleiche hierarchische, wie auch auf höhere hierarchische Ebenen.

Nach dieser ersten vorläufigen Kategorienbenennung wurde von einer Expertin<sup>1</sup> ein Interview kodiert und die Ergebnisse wurden bestätigt.

Das theoretical sampling ergab dann, dass weiterführende Informationen zur Entwicklung und Einstellung nur in den verschiedenen hierarchischen Ebenen zu finden waren, da die Daten auf der Ebene der Mitarbeiter keine klaren Aussagen zu den Kategorien in den hierarchischen Ebenen machen konnten. Es wurde ein Gruppeninterview mit neun Stationsleitungen geführt. Es gab aber deutliche Hinweise auf Unterschiedlichkeiten in den Sichtweisen.

Das Gruppeninterview wurde aus zwei Gründen gewählt. Einmal stellt dieses methodische Vorgehen eine Triangulation dar, das »auf wissenschaftlich-methodischer Ebene als multimethodisches Vorgehen bezeichnet wird« (Lamnek, 1995)<sup>2</sup> und als Qualitätskriterium für wissenschaftliche Arbeiten gesehen werden kann (a.a.O.). Zum zweiten sollte die so genannte öffentliche Meinung abgefragt werden, um Vergleiche zwischen den privaten Meinungen zu den Mitarbeitern ziehen zu können.<sup>3</sup>

Während der Interviews mit den Stationsleitungen festigte sich weiterhin ein Begriff zu einer neuen Kategorie. Der Begriff Gleichheit, der schon in der Eigenwirtschaft der Mitarbeiter immer wieder gefunden werden konnte, wurde hier als Kongruenz in dem Sinne des Zusammenwachsens oder der Deckungsgleichheit beschrieben. In der Rückschau auf die bisher erhobenen Daten bestätigte sich die Kongruenz als sehr wichtige Kategorie.

Die Stationsleitungen bestätigten, dass sie mit der Theorie Voraussagen für Vorgänge und Entscheidungen treffen könnten und bisher beobachtete Phänomene erklären können. Die Ergebnisse brachten eine differenzierte Eigenwirtschaft zu Tage, die sich in ihren Dimensionen von der Eigenwirtschaft der Mitarbeiter unterscheidet.

Die bereits festgestellten Kategorien konnten bestätigt werden und ebenfalls die Subkategorien, die bei den Interviews mit Mitarbeitern gefunden

wurden. Die Dimensionen der Eigenwirtschaft von Stationsleitungen wurden so beschrieben. Eigenwirtschaft für sich selbst, Anstoß zur befürchteten Verknappung, Eigenwirtschaft für Mitarbeiter bei Druck von oben, Eigenwirtschaft in der Karriere und Eigenwirtschaft für Mitarbeiter innerhalb der eigenen Gruppe. Diese unterschiedlichen Dimensionen in der ersten Hierarchiestufe ließen weitere Unterschiede in der obersten Hierarchiestufe vermuten, zumal die Subkategorien wie Werte, Reden über Arbeit und Selbstverwirklichung bei Mitarbeitern und Stationsleitungen festzustellen waren und trotzdem unterschiedliche Dimensionen von Eigenwirtschaft gefunden werden konnten. Deshalb wurden nun Einzelinterviews mit zwei Pflegedienstleitungen geführt und zeitnah die wesentlichen Passagen transskribiert. In der Auswertung der Interviews wurden die bisher beschriebenen Subkategorien und Kategorien vollständig bestätigt, die Eigenwirtschaft von Pflegedienstleitungen konnte dimensionalisiert werden und es entwickelte sich die Schlüsselkategorie der Theorie, das Individual-Ideal. Die Beziehungen der bisher gefundenen Kategorien zum Individual-Ideal ließen sich ohne Probleme herstellen.

Schon nach der Auswertung der Interviews mit den Stationsleitungen wurde bei 120 Informanten eine schriftliche Befragung zu den Strategien der Eigenwirtschaft nach den bisherigen Ergebnissen durchgeführt. Diese Befragung bestätigte grundsätzlich die Richtigkeit der Strategien der Eigenwirtschaft, aber es gelang eine breitere Absicherung und Differenzierung. Nach Abschluss aller Interviews und einer neuen Durchsicht aller Daten wurde der Einfluss von Zeit auf die Eigenwirtschaft sehr deutlich und es entstand die Frage nach den Dimensionen von Zeit in der Eigenwirtschaft. Um hier noch genauere Informationen zu gewinnen, wurde ein weiteres Gruppeninterview mit Pflegenden zur Frage der Zeit sehr offen geführt.

Die Ergebnisse zeigten deutlich die Zeitdimensionen des individuellen Zeiterlebens, der Zeit in Interaktionen, der Zeit in Aktionen und von Eigen- und Systemzeit auf. Zeit als Eigenzeit und Systemzeit, Individual-Ideal, Bedarfs-Bedürfnis-Kongruenz und Handlungsmöglichkeit versus Handlungskompetenz sind die messbaren und bestimmaren Größen der Individualökonomie.

Die Bezeichnung Individualökonomie wurde in Anlehnung an das Individual-Ideal und an die individuelle Zeit, mit der Menschen im Unternehmen ihre Bedarfs- und Bedürfnisplanung gestalten, gewählt.

<sup>1</sup> Anneke de Jong, Universität Witten-Herdecke;

Dieses Element des peer debriefing wird häufig in der Grounded Theory verwandt.

<sup>2</sup> Die ausführliche Definition wurde von Denzin (1978, S. 291) geliefert, der Triangulation als die Kombination von Methodologien beim Studium ein und desselben Phänomens bezeichnet« (Lamnek, 1995)

<sup>3</sup> Nach Lamnek setzten Polloch und später Mangold »Gruppendiskussionsverfahren ein um Meinungen und Einstellungen unmittelbar im Kontext konkreter Gruppenbeziehungen zu studieren« (a.a.O.). Die öffentliche Meinung ist in diesem Zusammenhang der Inbegriff dieses, die gesellschaftlichen Verhältnisse und Machtenden widerspiegelnden objektiven Geistes, die Gestalt des Bewusstseins, die charakteristisch ist für die Gesamtgesellschaft« (a.a.O.)

Die Hypothese »es gibt Eigenwirtschaft« war mit diesen Ergebnissen bestätigt. Die Individualökonomie ist ein ökonomisches Handeln von Menschen in Arbeitsprozessen, in denen sie eine persönliche Bedarfs- und Bedürfnisplanung durchführen und danach handeln. Die Schlüsselkategorie ist das Individual-Ideal, das die Gesamtheit aller Werte, Normen, Einstellungen und aller Handlungskompetenzen- und Möglichkeiten eines Menschen darstellt. Mit diesem Individual-Ideal verhandeln Menschen mit Kollegen und Vorgesetzten und versuchen eine Kongruenz zwischen den Interaktionspartnern herzustellen. Gelingt dies in annehmbarem Maße, wird dies als soziale Akzeptanz und Gewinn bewertet und es entstehen Leistungsbereitschaft und effektive sowie effiziente Mitarbeit, sowie Identifikation und Motivationserhalt. Gelingt dies nicht, so wird dies als soziale Zurückweisung verstanden und die Mitarbeiter entwickeln Strategien, die wenig effektiv und effizient für das Unternehmen sind. In den Verhandlungen der Individual-Ideale wird der Versuch unternommen, Einstellungen, zunächst beim anderen und später, wenn eine minimale Chance zum Erfolg eingeschätzt wird, auch bei sich zu entwickeln, hin zur Kongruenz. Die Anpassungsleistung an die jeweils nächst höhere Hierarchiestufe ist von unten nach oben gesehen höher als umgekehrt. Menschliche Handlungen vollziehen sich in der Zeit, die dem jeweils Handelnden als Eigenzeit angemessen ist. Unternehmen, die ebenfalls zunächst von Menschen repräsentiert werden, versuchen in Systemzeiten zu handeln, die aber von den jeweiligen Eigenzeiten der jeweils Handelnden beeinflusst werden. Zeit ist nach den Ergebnissen der Untersuchung als Kategorie ein relevanter Faktor der Individualökonomie.

Im Verlauf der Theorieentwicklung wurden die bisherigen Ergebnisse verschiedenen Pflegekräften im In- und Ausland vorgestellt und diskutiert. Zur breiteren Absicherung, Zuverlässigkeit und Gültigkeit der vorliegenden, vorläufigen theoretischen Annahmen wurden mit drei ausländischen Pflegenden aus der stationären Psychiatrie (Österreich) Kurzinterviews geführt.

Diese Kurzinterviews enthielten eine kurze Einführung in die Forschungsfragen und gezielte Fragen zur vertieften Diskussion. Diese gezielten Fragen richteten sich auf die Einschätzung zum Erreichen eines minimalen Nutzens in der Bedarfs-Bedürfnisklärung zwischen Pflegenden und Vorgesetzten. Alle drei stimmten sofort zu, dass auch ein minimaler Nutzen in der Zielerreichungseinschätzung genügt, um weiter für die Befriedigung des eigenen Bedürfnisses zu argumentieren. Als Strategie wurde hier Argumen-

tieren (Reden über Arbeit) genannt. Alle drei Informanten stimmten auch sofort zu, dass bei hohem Druck von den Vorgesetzten ein neues Überdenken auch neues Einschätzen hervorruft: »Dann muss ich überlegen, wie wichtig mir die Sache wirklich ist.« In einer Neubewertung würden dann vermehrt externe Überlegungen wie Arbeitsplatzverlust mit einbezogen. Bei der Frage nach Modellieren der Realität stimmten zwei der Informanten sofort und uneingeschränkt zu, ein Informant bestätigte dies erst, dann aber auch eindeutig, nachdem er ein entsprechendes Beispiel erinnert hatte. Alle drei Informanten konnten diesen Sachverhalt auch mit Beispielen belegen. Zur Frage der verschiedenen Aspekte von Eigenwirtschaft in der Strategie nach erfolglosen Bedarfs-Bedürfnisverhandlungen erzählten alle drei Informanten über Fälle, in denen sich die Pflegenden dann sehr stark Aktivitäten außerhalb des Arbeitsplatzes zugewandt haben. Am Arbeitsplatz selbst zeigten diese Pflegenden nur mehr eine eher mechanistische Arbeitsweise und das Zustandsbild einer inneren Kündigung.

Die letzte Fassung der Theorie wurde im Rahmen einer Fortbildung vor dreizehn Stationsleitungen vorgestellt. Mündlich wurde die Theorie von allen in den Punkten Allgemeingültigkeit, Validität, Nachvollziehbarkeit und vor allem Relevanz für die Praxis bestätigt.

### **Untersuchungsmethode und Begründung:**

Die Hypothese unterstellt einen personalen Wechselwirkungsprozess zwischen dem Unternehmen, das von Menschen repräsentiert wird und dem Mitarbeiter. Weiterhin wird angenommen, dass die Handlung und das Verhalten des Mitarbeiters durch eine Planung von Bedarfen und Bedürfnissen gesteuert werden. Dies schließt emotionale Aspekte mit ein.

Ein solches Erleben und die Qualität der entstehenden Beziehungsmuster sind durch positivistische, quantitative Untersuchungsmethoden nur schwer zu erfassen.

Der Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Untersuchung sind soziale Situationen und diese bedürfen einer Untersuchungsmethodik, die den sozialen Phänomenen angepasst sind. Lamnek zitiert hierzu Girtler, der die Hauptargumente gegen eine positivistische Soziologie zusammenfasst:

- »1. Soziale Phänomene existieren nicht außerhalb des Individuums, sondern sie beruhen auf den Interpretationen der Individuen einer sozialen Gruppe (die es zu erfassen gilt).

2. Soziale Tatsachen können nicht vordergründig »objektiv« identifiziert werden, sondern sie sind als soziale Handlungen von ihrem Bedeutungsgehalt her bzw. je nach Situation anders zu interpretieren.
3. »Quantitative« Messungen und die ihnen zugrunde liegenden Erhebungstechniken können soziales Handeln nicht wirklich erfassen; sie beschönigen oder verschleiern eher die diversen Fragestellungen. Häufig führen sie dazu, dass dem Handeln eine bestimmte Bedeutung unterschoben wird, die eher die des Forschers als die des Handelnden ist.
4. Das Aufstellen von zu testenden Hypothesen vor der eigentlichen Untersuchung kann dazu führen, dem Handelnden eine von ihm nicht geteilte Meinung oder Absicht zu suggerieren oder aufzuoktroyieren« (Lamnek, 1995).

Lamnek führt weiter aus, dass »naturwissenschaftlich-positivistisches« Forschungsvorgehen kaum dazu beiträgt menschliches Handeln konsequent zu untersuchen.

Aus den genannten Gründen wurde die qualitative Methode Grounded Theory (datenbasierte Theorie) von Strauss und Glaser für die vorliegende Untersuchung gewählt.

Strauss ist »der festen Überzeugung, dass soziale Phänomene komplexe Phänomene sind« (Strauss, 1994). Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich eindeutig mit dieser Komplexität sozialer Phänomene, die nur schwer zu durchdringen ist.

Die Grounded Theory ist durch die spezielle Analyse qualitativer Daten auf die Entwicklung einer Theorie gerichtet. Sie wurde in den frühen sechziger Jahren von Barney Glaser und Anselm Strauss entwickelt.

Die Entwicklung wurde von zwei Denkrichtungen entscheidend beeinflusst. Zum einen war dies die allgemeine Richtung des amerikanischen Pragmatismus mit den Vertretern John Dewey und George H. Mead. Die andere Denkrichtung war die der Chicagoer Schule der Soziologie, die seit den zwanziger Jahren bis in die fünfziger Jahre hinein entwickelt wurde.

Eine Grundannahme, in der diese Denkrichtungen in der Grounded Theory münden, ist folgende: »Sie besagen, dass Menschen gegenüber Objekten, die als soziale Objekte verstanden werden, auf der Basis von Bedeutungen handeln, die diese Objekte für sie haben; dass diese Bedeutungen in sozialen Interaktionen entstehen; dass sie in einem Interpretationsprozess entwickelt und modifiziert werden. Soziale Sinnstrukturen sind damit Produkte menschlichen Handelns und kontinuierlichem Wandel unterworfen.

Eine weitere Wurzel der Grounded Theory ist im deutschen Idealismus von Hegel und Kant zu sehen.

Warum die Methode besonders gut zur Untersuchung der vorliegenden Frage geeignet ist, beantwortet Strauss selbst: »Überall dort wo die Annahme zugrunde liegt, dass menschliche Wirklichkeit interpretierte Wirklichkeit ist und diese Wirklichkeit in Interaktionsprozessen konstruiert wird, liefert die Grounded Theory das passende methodische Rüstzeug, das dort seinen Ansatzpunkt findet«, »wo was los ist«, »um mit Goffman zu sprechen: im Alltagsleben selbst« (a.a.O.).

»Die Grounded Theory ist ein wissenschaftstheoretisch begründeter Forschungsstil und gleichzeitig ein abgestimmtes Arsenal von Einzeltechniken, mit deren Hilfe aus Interviews, Feldbeobachtungen, Dokumenten und Statistiken schrittweise eine in den Daten begründete Theorie entwickelt werden kann« (Strauss/Corbin, 1996, Vorwort).

Nach Haller ist die Grounded Theory eine induktiv gebildete Theorie über ein soziales Phänomen. Die Grounded Theory stellt einen Forschungsprozess dar, in dem systematisch Daten erhoben, entwickelt und verifiziert werden (vgl. Haller, 2000, S. 11).

Nach Glaser und Strauss muss eine Grounded Theory vier Kriterien erfüllen: »Eignung:

Die Theorie bildet das untersuchte Phänomen, z.B. eine soziale Welt, real ab. Allgemeingültigkeit:

Die Theorie beinhaltet genügend Variationen, sodass sie in Bezug auf verschiedene, dem Gegenstand verwandte Kontexte aussagekräftig ist.

Verständnis:

Die theoretischen Aussagen sollen auch für die untersuchten Personen und Mitbetroffene verständlich sein.

Steuerung:

Unter diesem Stichwort formulieren Glaser und Strauss den Anspruch, dass eine Grounded Theory die Basis für kontrolliertes, gesteuertes, professionelles Handeln im untersuchten Feld bilden soll« (a.a.O.).

Entwicklung der vorläufigen Theorie einer Eigenwirtschaft

Nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie wird hier über die festgestellten Kategorien zunächst die Schlüsselkategorie und die Beziehung zu den Kategorien beschrieben und eine vorläufige Theorie der Eigenwirtschaft von Pflegenden in der stationären Psychiatrie entwickelt.

### *Die Schlüsselkategorie: »Individual-Ideal«*

Die Schlüsselkategorie entwickelte sich erst spät in der Untersuchung als die Interviews mit Pflegedienstleitungen codiert wurden. Für die Pflegedienstleitungen waren die eigenen Werte und Einstellungen, ihre Auswahl an Möglichkeiten zum Handeln und ihr Menschenbild das Ideal, aus dem heraus ihre Handlungen und ihr Denken zur Problemlösung und Entwicklung erklärbar waren. Das eigene Ideal wurde zum Vorbild für Mitarbeiter und nicht nur für die Pflegedienstleitung handlungsleitend, sondern die Mitarbeiter wurden an diesem Ideal gemessen, bewertet und beurteilt. Das Ideal sind die ganz persönlichen, eigenen Einstellungen, Werte und Möglichkeiten des Handelns eines Menschen. Nach dem Ideal der Pflegedienstleitung sollten sich die Mitarbeiter, gleich welcher Ebene, entwickeln.

Ausgehend vom eigenen, persönlichen Ideal wurden auch die Verhandlungen mit den Mitarbeitern hin zur Kongruenz geführt. Die Einstellungen im Ideal der einzelnen Pflegedienstleitungen bestimmten deren Weg zur Kongruenz, im Maß an sozialer Akzeptanz (Gewinn) und an sozialer Zurückweisung (Knappheit) der Mitarbeiter und sich selbst. Die Verhandlungen über die angemessene und akzeptierte Kongruenz waren als Entwicklung nicht nur in der Zeit, sondern auch in der Person der Pflegedienstleitung und des Mitarbeiters gekennzeichnet.

Die Schlüsselkategorie wurde Individual-Ideal genannt, weil sie die individuelle Gesamtheit der Einstellungen, Werte, Normen und Handlungsmöglichkeiten und -kompetenzen eines Menschen darstellen. Alle Kategorien ließen sich, wie bereits dargestellt, mühelos in Beziehung zur Schlüsselkategorie setzen.

Ein Durchsehen aller bisher erhobenen Daten bestätigte dann, dass das Individual-Ideal auf jeder Hierarchieebene für jeden Informanten handlungsleitend war.

Der Unterschied in den Hierarchieebenen war jedoch der, dass die Verhandlungbarkeit des Individual-Ideals in dem bipolaren Kontinuum von sozialer Akzeptanz (Gewinn) und sozialer Zurückweisung (Knappheit) unterschiedlich war. Andererseits war es eine Bedingung für Führung hohe Kompetenz und Möglichkeit in der Verhandlungbarkeit des Individual-Ideals zu besitzen. Je höher die hierarchische Position, um so mehr Gewicht liegt im Individual-Ideal. Die Anpassung an das Individual-Ideal von unten nach oben, hierarchisch gesehen, ist stärker als umgekehrt. Im Gegensatz dazu, hat die Verhandlungbarkeit und Anpassung auf der gleichen hierarchischen Ebene

fast kein Gewicht. Auf gleicher hierarchischer Ebene liegt zwar auch der Anspruch der Einstellungsentwicklung hin zur Kongruenz vor, es ist aber wesentlich schwerer durchzusetzen.

Die Schlüsselkategorie in der vorläufigen Theorie der Eigenwirtschaft ist also das Individual-Ideal. In Angleichung an die Schlüsselkategorie wird nun im Weiteren nicht mehr von Eigenwirtschaft, sondern von Individualökonomie gesprochen.

### **Eine vorläufige Theorie der Individualökonomie**

Der zentrale Ausgangspunkt der Individualökonomie ist das Individual-Ideal, das die Gesamtheit der Einstellungen und der Handlungskompetenzen und -möglichkeiten eines Menschen im Arbeitsprozess darstellt. Dieses Individual-Ideal versucht unter den Bedingungen von Knappheit durch Verhandeln mit den Interaktionspartnern Kongruenz herzustellen. Entscheidend zur Aktion ist dabei eine minimale Chance zur Angleichung, die in der Einschätzung zur Zielerreichung liegt. Dieses Faktum hat wiederum eine Reziprozität zum Individual-Ideal.

Das Ziel von Verhandlungen, hin zur Kongruenz, ist Gewinn, der als soziale Akzeptanz des Individual-Ideals gesehen wird.

Knappheiten sind als soziale Zurückweisungen des Individual-Ideals zu sehen und durch erwartete Knappheiten wird das Individual-Ideal aktiviert zur Anpassung, aber innerhalb der Normen des eigenen Individual-Ideals. Werden Grenzen des Individual-Ideals überschritten, kommt es zu verschiedenen Konsequenzen und Strategien, die in den Hierarchiestufen unterschiedlich sind.

Die Anpassungsleistungen an das Individual-Ideal nach oben in der Hierarchie sind höher als nach unten oder in der gleichen Ebene. Konsequenzen und Strategien nach Grenzüberschreitungen wie z.B. Nischen suchen, innere Kündigung, Rückzug, tatsächliche Kündigung, Verbünden mit anderen Berufsgruppen, Dilatation, Realität modellieren, sind auf allen Ebenen vorhanden, aber hierarchisch gesehen von unten nach oben qualitativ verändert und quantitativ abnehmend.

Individualökonomie findet in der Zeit zwischen Zeiten, im Sinne von Eigen- und Systemzeiten statt. Besteht hohe Kongruenz zwischen den Eigenzeiten von Mitarbeitern und Systemzeit des Unternehmens, entsteht beiderseitiger hoher Gewinn. Im umgekehrten Falle entstehen Knappheiten.

Dreh- und Angelpunkte der Individualökonomie sind ebenso Knappheiten und Eigen- und Systemzeiten. Knappheiten bewirken einerseits eine Anpassungsleistung an die Systemzeit und das Individual-Ideal und somit Entwicklung zum Unternehmensziel hin. Andererseits bewirken Knappheiten auch Verzögerungen und sogar entscheidende Störungen hin zum Unternehmensziel.

## Literatur zur Gesamtstudie:

- Atteslander, Peter** (1995) Methoden der empirischen Sozialforschung. De Gruyter
- Andreae, Clemens-August** (Hrsg.) (1985) Quellen des Wachstums. Hanns Martin Schleyer-Stiftung Köln. Bachem
- Bartholomeyczik, Sabine** (1998) Der Bedarf an professioneller Pflege in der Zukunft. In: Grundlagen der Bedarfsermittlung in der psychiatrischen Versorgung. Hrsg.: Balk, Leonhard; Klein, Helmfried; Schmidtke, Alexander. Bocholt, Eicanos Verlag
- Bea, Franz Xaver/Haas Jürgen** (1997) Strategisches Management., Stuttgart, Lucius&Lucius
- Bauer, Rudolph** (1992) Lexikon des Sozial- und Gesundheitswesens. R. Oldenbourg Verlag
- Bauer, Rüdiger** (2004) Beziehungspflege. Ibicura-Verlag
- Becker, S. Gary** (1993) Ökonomische Erklärung Menschlichen Verhaltens. Tübingen, J.C.B. Mohr (Paul Siebeck)
- Brockhaus Enzyklopädie** (1987) Band 3. Mannheim
- Büssing, Andre** (1992) Organisationsstruktur, Tätigkeit und Individuum. Bern, Hans Huber
- Comelli, Gerhard** / von Rosenstiel Lutz (1995) Führung durch Motivation. München, C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung
- Elias, Norbert** (1991) Was ist Soziologie. München, Juventa
- Erlanger Historikerseite:** <http://www.multi-media.point.com/wwwzister\doberlug.htm>
- Etzioni, Amitai** (1994) Jenseits des Egoismus-Prinzips. Stuttgart, Schäffer-Poeschl Verlag
- Fawcett, Jacqueline** (1998) Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick. Bern, Hans Huber
- Friedrichs, Jürgen** (1990) Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen, Westdeutscher Verlag GmbH
- Gebert, Dieter / von Rosenstiel, Lutz** (1992) Organisationspsychologie. Stuttgart, Berlin, Kohlhammer
- Glaser, G. Barney / Strauss, L. Anselm** (1998) Grounded Theory. Bern, Huber
- Haller, Dieter** (Hrsg.) (2000) Grounded Theory in der Pflegeforschung. Bern, Huber
- Hanft, Anke** (1991) Identifikation als Einstellung zur Organisation. Hrsg. Oswald Neuberger. München, Rainer Hampp
- Hollick, Jürgen** (1999) Unveröffentlichte Diplomarbeit im Pflegemanagement: Das pflegende Moment in der Führung. München, Kath. Stiftungsfachhochschule, <http://www.phil.uni-erlangen.de>
- Kersting, Karin** (1999) Coolout im Pflegealltag. In: Pflege und Gesellschaft, 4. Jahrgang Oktober: 3-99
- Kirsch, Werner** (1997) Betriebswirtschaftslehre. Wartaweil, Barbara Kirsch
- Kümmerer, Klaus** (1993) Zeiten der Natur-Zeiten des Menschen. In: Martin Held/Karlheinz A. Geißler (HG.) Ökologie der Zeit. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart
- Kneer, Georg/Nassehi, Armin** (1997) Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme. Wilhelm Fink Verlag
- Lamnek, Siegfried** (1995) Qualitative Sozialforschung. Band 1 Methodologie. Weinheim, PVU
- Lamnek, Siegfried** (1995) Qualitative Sozialforschung. Band Methoden und Techniken. Weinheim 1995, PVU
- Mäurer, Peter A.** (1997) Wenn du krank bist fehlt dir was. München, Real Verlag
- Prakke, Helen/ Wurster, Jahin** (1999) Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Pflege; die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Hans Huber 12.Jhrg.
- Reheis, Fritz** (1998) Die Kreativität der Langsamkeit. Darmstadt, Primus Verlag
- Reimann, Horst; Giesen, Bernhard; Goetze, Dieter; Schmid, Michael** (1982) Basale Soziologie: Theoretische Modelle. Opladen, Westdeutscher Verlag GmbH
- Ribhegge, Hermann** (1987) Grenzen der Theorie rationaler Erwartungen. Tübingen, J.C.B. Mohr (Paul Siebeck)
- Ripperger, Tanja** (1998) Ökonomik des Vertrauens. Tübingen, J.C.B. Mohr (Paul Siebeck)
- Rittershofer, Werner** (1975) Lexikon Wirtschaft, Arbeit, Umwelt. Bund Verlag
- Rosenstiel, Lutz von** (1992) Grundlagen der Organisationspsychologie. Stuttgart, Schäffer-Poeschl
- Schütze, Christian** (1998) Das Grundgesetz vom Niedergang. München, Carl Hanser Verlag
- Schmitt, Klaus** (1989) Silvio Gesell- »Marx« der Anarchisten?. Karin Kramer Verlag
- Scholz, Ruppert, von Maydell, Bernd** (1980) Grenzen der Eigenwirtschaft gesetzlicher Rentenversicherungsträger. Duncker & Humblot GmbH
- Strauss/Corbin** (1996) Grounded Theory, Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim, Beltz, PVU
- Strauss, L. Anselm** (1994) Grundlagen qualitativer Sozialforschung. München, Wilhelm Fink Verlag GmbH & Co. KG
- Sprenger, Reinhard K.** (1993) Mythos Motivation. Frankfurt/Main, Campus Verlag
- Statistisches Bundesamt** (1998) Fachserie 12, Reihe S2. Ausgaben für Gesundheit 1970 – 1985. Metzler/Poeschl
- Uexküll, Thure von** (1994) Integrierte psychosomatische Medizin. Stuttgart, Schattauer
- Watson, Jean** (1996) Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung. Bern, Hans Huber
- Weber, Max** (1947) Grundriß der Sozialökonomik. Tübingen, Verlag ICB Mohr
- Wöhe, Günter** (1993) Einführung in die allgemeine Betriebswirtschaftslehre. München, Verlag Franz Vahlen GmbH

# Kompetenzen in der Psychiatrischen Pflege: Strategien und Interventionen zur Personalentwicklung an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik Freiburg

Cornelia Schindler

## Einleitung/Hintergrund

Die Leistungserbringer in Pflege und Medizin sehen sich heute mit einer Reihe von teilweise komplexen Veränderungen konfrontiert, die zunehmend ihr berufliches Handeln in Organisationen beeinflussen.

Vor allem durch knapper werdende ökonomische Ressourcen entstehen Forderungen, die versuchen, die Leistungserstellung sozialer Dienstleistungserbringer zunehmend an den Kriterien der Effizienz und Effektivität auszurichten<sup>1[1]</sup>. Die Fokussierung auf den wissenschaftlichen Kenntnisstand, Qualitätsentwicklung und wirtschaftliche Leistungserbringung<sup>2[2]</sup> führen zu einer strategischen Neuausrichtung in Kliniken. Dies bedeutet unter anderem eine Verdichtung, Spezialisierung und Standardisierung von pflegerischen Leistungen sowie der Erwartung, pflegerische Interventionen anhand individuellen Fallverstehens theoriebasiert zu erbringen<sup>3[3]</sup>.

Das Strategiepapier des Pflegemanagements am Universitätsklinikum Freiburg trägt diesen Entwicklungen Rechnung und bildet die Grundlage für eine strategisch orientierte Personalentwicklung in den dazugehörigen Kliniken. Es enthält Strategien wie die Sicherung der Fachkompetenz aller Mitarbeiter durch gezielte Fort- und Weiterbildung, die Entwicklung von Spezialisten und Experten und dem Absichern der Pflegepraxis durch eine evidencebasierte Pflege.

## Ziele

Die Interventionen zur Personalentwicklung für den Pflege- und Erziehungsdienst an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik basieren auf dem Strategiepapier des Pflegemanagements. Sie sind in einen längerfristigen Prozess eingebunden, der aus zielgerichteten aufeinanderfolgenden Aktivitäten besteht. Strategisches Ziel ist die Vermittlung von Qualifikationen, welche die Bewältigung der gegenwärtigen und zukünftigen

Anforderungen durch alle Mitglieder der Organisation ermöglichen sollen<sup>4[4]</sup>.

Die Oberziele sind die Entwicklung, Förderung und Erweiterung psychiatrisch-pflegerischer Kompetenz aller Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes. Aufgrund unterschiedlicher Qualifikationen und Kompetenzen wurden analog der jeweiligen Zielgruppen mittelfristige Unterziele festgelegt.

Die Maßnahmen zur Personalentwicklung für alle Mitarbeiter beinhalten eine Entwicklung, Förderung und Erweiterung der Kompetenzen zum regelgeleiteten, situativ-beurteilenden und reflektierenden Handeln<sup>5[5]</sup> sowie die Steigerung der innerbetrieblichen Mobilität. Bei den Krankenschwestern/-pflegern für Psychiatrie stehen reflektierende und emotionale Komponenten pflegerischer Kompetenzen<sup>6[5]</sup> sowie eine Befähigung zum Theorie-Praxis-Transfer mittels Evidence-based Nursing (EBN) im Mittelpunkt.

Ein weiteres Ziel ist die Förderung der Pflegenden mit spezialisiertem Fachwissen (z.B. DBT-Pflegekraft) und eher langfristig prospektiv ausgerichtet, deren Integration gemeinsam mit den Krankenschwestern/-pflegern für Psychiatrie und den Pflegeexperten (Funktionsbezeichnung am Universitätsklinikum Freiburg) unter dem »Dach« Advanced Practice Nursing (APN).

## Fragestellungen

Die Interventionsplanung wird seit dem Jahr 2002 bis heute durch folgende Fragestellungen begleitet:

- Welche Modelle und Konzepte können die einzelnen Maßnahmen unterstützen?
- Welche Qualifikationen und Kompetenzen liegen bereits vor?
- Welche Kompetenzen müssen weiterentwickelt werden?
- Welche Strategien und Interventionen werden zur kontinuierlichen Weiterentwicklung pflegerischer Kompetenzen benötigt?

## Vorgehen

Um den komplexen Zielsetzungen und dem Einbezug aller Akteure des Pflege- und Erziehungsdienstes Rechnung zu tragen, wurde ein multidimensionales, prozessorientiertes Planen und Vorgehen in mehreren Entwicklungsschritten als sinnvoll erachtet. Diese umfassen<sup>7[4,5]</sup>:

- Auswahl und Festlegen des Bezugsrahmens für die Strategien und Interventionen.
- Planung und Monitoring des Entwicklungsprozesses.
- Bestimmen der Zielgruppe, Setzen von Interventionsschwerpunkten, Methodenwahl und Durchführen von Maßnahmen.
- Begleitung durch ein Unterstützungssystem, bestehend aus Supervision und Coaching sowie pflegerischer Fach- und Fallberatung.
- Evaluation der einzelnen Interventionen.

## Ergebnisse

Der Personalentwicklungsprozess wurde zunächst mit der systematischen Erhebung der Fortbildungsbedarfe begonnen. Mittels regelmäßig stattfindender Mitarbeitergespräche durch die Stationsleitungen, den häufigsten Themen aus der Fach- und Fallberatung der Pflegeexpertin sowie Themen aus Supervision und Coaching wurden für alle Mitarbeiter die Kompetenzbereiche ermittelt, die aus Sicht des Pflegemanagements am ehesten einer Förderung und Erweiterung bedürfen. Die Bedarfserhebung machte die Heterogenität der Zielgruppe und somit die Komplexität des Entwicklungsprozesses deutlich. Es stellte sich die Frage nach einem geeigneten Bezugsrahmen für die Strategien und Interventionen, dessen Auswahl die einzelnen Projektschritte bis heute begleitet.

### 1. Auswahl und Festlegen des Bezugsrahmens für die Strategien und Interventionen

Für die weitere Bestimmung der Zielgruppe, dem Setzen von Interventionsschwerpunkten, der Methodenwahl und der strategischen Ausrichtung der Kompetenzentwicklung, wurden Modelle und Methoden mit größerer Flexibilität als relevant erachtet. Zur Bestimmung der Zielgruppe bzw. dem Setzen von Interventionsschwerpunkten wurde das Kompetenzmodell nach Benner mit seinen fünf Entwicklungsstufen ausgewählt<sup>8[6]</sup>. In Kombination mit den vier Dimensionen pflegerischen Handelns und den dazugehörigen Kompetenzen von Olbrich<sup>5]</sup> war eine Kategorisierung der ermittelten Bedarfe, eine Systematisierung des Fortbildungsangebots und die Methodenwahl möglich. Vor dem Hintergrund der Akademisierung bot sich als Modell zur Weiterentwicklung und Systematisierung der beruflichen Felder in der Pflege das Modell des Advanced Practice Nursing<sup>9[7]</sup> an.

### 2. Planung und Monitoring des Entwicklungsprozesses

Alle Meilensteine der Personalentwicklung werden in den jährlich stattfindenden Strategie-Meetings des Pflegemanagements festgelegt. Hier werden z.B. Modelle und Methoden vorgestellt und die Rolle von Krankenschwestern/-pflegern für Psychiatrie diskutiert. Die einzelnen Maßnahmen werden im Rahmen von regelmäßig stattfindenden Leitungskonferenzen des Pflegemanagements geplant, reflektiert und gegebenenfalls neu strukturiert.

### 3. Bestimmen der Zielgruppe, Setzen von Interventionsschwerpunkten, Methodenwahl und Durchführen von Maßnahmen

Mit der Zuordnung in Kompetenzstufen und einer Analyse zu weiteren formalen Qualifikationen ließen sich die Zielgruppen bestimmen. Um die Interventionen bedarfsgerecht erbringen zu können, wurden die Mitarbeiter der Kompetenzstufe Neulinge und fortgeschrittene Anfänger, sowie die Zielgruppe der kompetenten und der erfahrenen Pflegenden<sup>6]</sup> jeweils zusammengefasst. Weitere Zielgruppen sind die Pflegenden mit spezialisiertem Fachwissen und die Krankenschwestern/-pfleger für Psychiatrie.

Für die Mitarbeiter aller Kompetenzstufen ergab die Analyse der Fortbildungsbedarfe einen Förderungsbedarf in den Bereichen regelgeleitetes, situativ-beurteilendes und reflektierendes Handeln<sup>5]</sup>. Als inhaltliche Schwerpunkte der innerbetrieblichen Fortbildung und der Trainingsgruppen wurden das Leiten von Gruppen, Gesprächsführung, Aggressionsmanagement und Prozess-Steuerung geplant. Des Weiteren wurde, als eine Methode der Bildung am Arbeitsplatz, ein Konzept zum geplanten Arbeitsplatzwechsel (Job rotation)<sup>4]</sup> entwickelt. Mitarbeiter der gleichen Kompetenzstufe wechseln für ein halbes Jahr zur Erweiterung ihrer fachlichen Kompetenz auf eine andere Station.

Bei den Krankenschwestern/-pflegern für Psychiatrie liegt seit 2004 ein zusätzlicher Interventionsschwerpunkt auf der reflektierenden und emotionalen Komponente von Kompetenz<sup>5]</sup>. Diese Zielgruppe verfügt über eine formale psychiatrisch-pflegerische Qualifikation und gehört in der Regel der fünften Kompetenzstufe nach Benner an. Ihr wird eine höhere pflegerische Kompetenz, mehr Verantwortung und somit eine andere Rolle vom Pflegemanagement zugeschrieben. Die Rollenerwartungen beziehen sich vor allem auf das Weiterentwickeln der psychiatrischen Pflege und der Bereitschaft Innovationen zu gestalten. Auf der Basis eines Tätigkeitskata-

logs, der die formalen Kompetenzen zuweist und den damit verbundenen Anforderungen an die Kompetenzen dieser Zielgruppe, wurden ab 2005 folgende Schwerpunkte geplant und befinden sich teilweise noch in der Durchführung:

- Fortbildung der Krankenschwestern/-pfleger für Psychiatrie und der in der Fachweiterbildung befindlichen Mitarbeiter zur Anwendung einzelner EBN-Schritte.
- Projektarbeit zu pflegfachlichen Themen wie Konzeption und Einführung einer teilstandardisierten Pflegeplanung oder eine Konzeptentwicklung für stationsübergreifende pflegerische Gruppenangebote.

Die Teilnahme an Projektgruppen soll die Anwendung einzelner EBN-Schritte in der Praxis und eine möglichst systematische Reflexion zu Aspekten der eigenen Person sowie der Rolle als Krankenschwester für Psychiatrie in einer Gruppe unterstützen<sup>10[4,5]</sup>.

#### 4. Evaluation der einzelnen Interventionen

Die Auswertung der innerbetrieblichen Fortbildungsveranstaltungen erfolgt systematisch mittels Rückmeldebögen. Die Resonanz der Mitarbeiter auf die Schwerpunktsetzungen sowie die Möglichkeiten zum Kompetenzerwerb werden als überwiegend positiv bewertet. Die Arbeit in den Trainingsgruppen wurde bisher nicht systematisch evaluiert. Hier werden Rückmeldungen jeweils nach Abschluss der Gruppensitzung gegeben. Der regelmäßige Besuch lässt auf eine gute Akzeptanz schließen. Das Konzept zur Job Rotation wird derzeit mittels Befragung der Mitarbeiter evaluiert. Die Anwendung einzelner EBN-Schritte und die Kompetenzentwicklung mittels Projektarbeit werden projektbezogen evaluiert. In der Projektbeschreibung wurden Evaluationskriterien auch in Bezug auf die Personalentwicklung hinterlegt. Eine komplette Auswertung liegt derzeit noch nicht vor. Es lassen sich dennoch einige Trends darstellen. Das projektbezogene Arbeiten und Reflektieren führt nach Ansicht der Krankenschwestern/-pfleger für Psychiatrie zu einem Ausbau verschiedener Kompetenzen, wie z.B. ein gestiegenes Selbstbewusstsein in ihrer Rolle, und die Auseinandersetzung mit Macht und Verantwortung. Sie fordern aufgrund veränderter Kompetenzen und Rollen den Ausbau entsprechender Strukturen. Die Unterstützungssysteme (Stabsstellen des Pflegemanagements) Supervision und Coaching sowie Fach- und Fallberatung durch die Pflegeexper-

ten werden für das reflektierende Verarbeiten der gemachten Erfahrungen und des erworbenen Wissens sowie zum Umgang mit Unsicherheiten und Ängsten genutzt. Die Interventionsschwerpunkte für die Pflegenden mit spezialisiertem Fachwissen befinden sich im Analysestadium. Deren weitere Entwicklung und perspektivische Verortung als Pflegespezialisten in APN orientiert sich an dem von Feuchtinger vorgeschlagenen Modell für die deutschen Universitätsklinika<sup>11[8]</sup>.

#### Diskussion

Personalentwicklungsprozesse fokussieren nicht ausschließlich eine Förderung und Erweiterung von Kompetenzen. Sie zielen auch auf eine Erhöhung der innerbetrieblichen Mobilität und Multifunktionalität und somit auf einen flexibleren Personaleinsatz<sup>4]</sup>. Mit dem Strategiepapier und den daraus resultierenden Maßnahmen ging in der psychiatrischen Klinik die Diskussion zu einer Ausdifferenzierung von Rollen, Aufgaben und Verantwortung einher, welche die Personalentwicklungsmaßnahmen bis heute begleitet. Damit verbunden sind Ängste und Widerstände aller am Prozess beteiligten Mitarbeiter, die eine weitere Hierarchisierung und Fragmentierung der Pflege durch Spezialisierung befürchten. Ein Aspekt, auf den auch Stratmeyer hinweist<sup>12[9]</sup>. Eine solche Entwicklung muss deshalb von allen Hierarchieebenen des Pflege- und Erziehungsdienstes mitgetragen und kontinuierlich reflektiert werden. Neben einem entsprechenden zeitlichen Rahmen benötigt eine Organisation Strukturen und Prozesse, die Entwicklungsschritte ermöglichen und begleiten<sup>5]</sup>.

Darüber hinaus wird eine Diskussion um die Entwicklung pflegerischer Kompetenzen durch Unklarheiten und Begrenzungen auf pflegewissenschaftlicher Ebene erschwert. Die Unklarheit über das, was pflegerische Kompetenz<sup>3]</sup> und psychiatrische Pflege ist, erschweren eine Beschreibung erforderlicher Kompetenzen in der psychiatrischen Pflege. Des Weiteren stellt sich die Frage nach der Messbarkeit und der Überprüfbarkeit von Kompetenzen, welche für das Pflegemanagement in Bezug auf ökonomische Herausforderungen von großem Interesse sein dürfte.

Perspektivisch sind auch die Entwicklungen in der Pflege in Bezug auf Akademisierung und Karrierewege interessant. APN könnte hier eine Möglichkeit zur Weiterentwicklung und Beschreibung von Rollen und Tätigkeitsfeldern in der Pflege bieten.

## Literatur:

- [<sup>1</sup>] **Schallermair, Christian.** 1999. Ökonomische Merkmale sozialer Dienstleistungen und deren Beschäftigungspotentiale am Beispiel der stationären Altenpflege. Bayreuth: Verlag PCO (Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd. 27) [1999, Universität der Bundeswehr München, Diss.].
- [<sup>2</sup>] **[SGB Office].** §§70, 135a Elektronischer Gesamtkommentar zum Sozialgesetzbuch. Version 9.3 2007. Freiburg i. Br.: Haufe
- [<sup>3</sup>] **Raven, U.:** Zur Entwicklung eines »professional point of view« in der Pflege – Auf dem Weg zu einer strukturalen Theorie pflegerischen Handelns. PRINTERNET, 2007. 3: p. 196–209.
- [<sup>4</sup>] **Hentze, J.; Kammel, A.** 2001. Personalwirtschaftslehre 1: Grundlagen, Personalbedarfsermittlung, -beschaffung, -entwicklung und -einsatz. Bern/Stuttgart/Wien: Haupt.
- [<sup>5</sup>] **Olbrich, C.** 1999. Pflegekompetenz. Bern/Göttingen/Toronto: Huber.
- [<sup>6</sup>] **Benner, P.** 1994. Stufen zur Pflegekompetenz: From novice to expert. Göttingen/Toronto/Seattle: Huber.
- [<sup>7</sup>] **Hamric, A.B.; Spross, J.A.; Hanson, C.M.** 2005. Advanced Practice Nursing. An Integrativ Approach. St. Louis: Elsevier Saunders.
- [<sup>8</sup>] **Feuchtinger, J.** 2005. Einsatz von Personen zur Sicherung und Entwicklung der Pflege an den Universitätsklinika Deutschlands. Vorschlag zur Systematisierung. Vortrag auf dem Kongress der European Nurse Directors Association (ENDA), Wien, 07.10.2005. URL: [http://www.oegkv.at/uploads/media/Feuchtinger\\_ENDA.pdf](http://www.oegkv.at/uploads/media/Feuchtinger_ENDA.pdf) (07.12.2005).
- [<sup>9</sup>] **Stratmeyer, P.:** PflegeexpertInnen im Krankenhaus. Bedarf, Einsatz und Qualifizierung. Mabuse, 1998. (23) 111: p. 35–40.

# HORATIO und die Auswirkungen der Europäischen Union auf die psychiatrische Pflege

Martin F. Ward, Michael Schulz

## *Skizzierung der Gesundheitspolitik in der europäischen Union*

Die europäische Union beeinflusst die Weiterentwicklung der psychiatrischen Pflege in ihrem Einflussgebiet deutlich. Gleichzeitig ist eine einheitliche Gesundheitspolitik innerhalb Europas nicht zu erkennen. Im Zuge der EU-Erweiterung wurden auch im Hinblick auf die psychiatrische Pflege Unterschiede der jeweiligen Rollen und Funktionen sowie der Aus- und Weiterbildung für psychiatrische Pflegenden immer offensichtlicher. Zwischen den Ländern gibt es kaum Vergleichbarkeiten und eine entsprechende Gesetzgebung, die eine effektivere Verbindung psychiatrischer Pflege zwischen den Ländern ermöglichen würde, ist noch nicht einmal in Vorbereitung. Dabei stellen die unterschiedlichen Sprachen eine ernsthafte Barriere für eine Zusammenarbeit dar und politische, wirtschaftliche und kulturelle Standpunkte der jeweiligen Länder erschweren Kooperationsbemühungen ebenso. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unternahm einen Versuch, psychiatrische Pflege innerhalb der europäischen Union zu vereinheitlichen, indem sie ein Positionspapier zur Psychiatrischen Pflege im 21. Jahrhundert sowie entsprechende curriculare Vorgaben entwickelte (Harrison, 2000). Dieser Schritt hatte aber bisher nur geringen Erfolg. Darüber hinaus fehlt eine europäische Vernetzung von professionellen Leistungserbringern mit dem Schwerpunkt »psychische Erkrankungen«. Allerdings bereitet der europäische Gerichtshof aktuell Gesetzesänderungen vor, welche eine Erleichterung für die Behandlung von Patienten in einem anderen der EU angehörigen Land bedeuten. Nationale Organisationen bemühen sich, sich diesem Reformdruck aus Brüssel zu widersetzen, um so die Strukturen und Institutionen im eigenen Land vor den Einflüssen des freien Wettbewerbs zu schützen.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass Fragen im Hinblick auf psychische Gesundheit eher nur am Rand diskutiert werden und häufig nicht bedacht wird, welche Auswirkungen bestimmte Regelungen für die Patienten bzw. für Beschäftigte in diesem Feld mit sich bringen. Eine Ausnahme bildet hier das sog. »Green Paper« (Europäische Union, 2005), welches explizit zu Fra-

gen der psychischen Gesundheit in Europa Stellung nimmt. Kernpunkte des Papiers sind die Forderung nach Deinstitutionalisierung, nach vermehrter Anstrengung in der Prävention sowie die Forderung nach einer stärkeren europäischen Vernetzung.

Es ist wichtig, dass sich psychiatrisch Pflegende diesen Änderungen bewusst sind, die uns durch die europäischen Richtlinien diktiert werden, oftmals ohne jegliches Verständnis für die Auswirkungen auf die Patienten bzw. den Einfluss auf das Arbeitsfeld der dort Pflegenden.

*HORATIO – die europäische Vereinigung für Pflegende im Bereich psychischer Gesundheit*

Horatio: Psychiatric Nurses in Europe (<http://www.horatio-web.eu>) hat begonnen die Lücke einer europaweiten Organisation für psychiatrisch Pflegende zu schließen. Ziel der Organisation ist es, Pflegende von psychiatrischen Patienten unter einer repräsentativen Körperschaft zusammenzubringen. Zukünftig muss es gelingen, die 350.000 psychiatrisch Pflegenden in Europa mit einer Stimme zu vertreten, da alleinige Anstrengungen wenig zielführend sein werden. Dabei geht es nicht um eine Gleichschaltung der verschiedenen Länder, sondern in den unterschiedlichen Ausgestaltungen liegt eine große Stärke der Union. Die Aufgaben für HORATIO sind gewaltig. Es gibt nicht nur sehr viel Arbeit in Bezug auf die Verbindung mit der European Federation of Nurses Associations - EFN (<http://www.efnweb.org/version1/en/about.html>) und als Vertretung für psychiatrisch Pflegende in der »European Specialist Nurses Organisations – ESNO« (<http://www.esno.org/>), einer Organisation, unter welcher verschiedene Spezialisierungen von Pflege innerhalb der europäischen Union zusammengefasst sind. Gleichzeitig müssen die jeweiligen Mitgliedsländer mit ihren Berufsverbänden HORATIO mit ihrem Beitritt unterstützen. In Deutschland ist der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege - DBFK mittlerweile HORATIO beigetreten und Michael Schulz ist als Vertreter aus Deutschland benannt (<http://www.horatio-web.eu/list-full-members.html>).

Von daher stehen die Bemühungen noch am Anfang, aber ein Anfang ist endlich gemacht!

### **Literatur:**

**Harrison M.** (2000) *Mental Health Nursing in Europe: a Framework for the 21<sup>st</sup> Century*. Manchester: WHO

**European Commission** (Ed.) (2005) *Green Paper – Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussels

## Lesen, Schreiben und Publizieren in der psychiatrischen Pflege: Die neue Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit (PpG)

Christoph Abderhalden, Michael Schulz, Ian Needham, Susanne Schoppmann

Mehr als je zuvor ist Wissen und Wissenschaft in allen Bereichen unserer Gesellschaft Grundlage und Richtschnur menschlichen Handelns. Im Gesundheitswesen erleben wir, dass immer mehr Handlungskomplexe ohne eine wissenschaftliche Legitimation nicht mehr auskommen. Im medizinischen Diskurs hat die Wissenschaft als Quelle der Legitimation von Argumenten fast ein Monopol (vgl. Stehr, 1994: 11). Auch die psychiatrische Pflege ist zu einer Praxiswissenschaft geworden (Sauter et al. 2004): Als Wissenschaft generiert und überprüft Pflege Fachwissen über pflegerelevante gesundheitliche Phänomene und über entsprechende Interventionen, als Praxis unterstützt Pflege Individuen und Gruppen im Rahmen eines Problemlösungs- und Beziehungsprozesses bei der Bewältigung des Alltags und beim Umgang mit Bedürfnissen, bei der Erhaltung, Anpassung oder Wiederherstellung von physischen, psychischen und sozialen Funktionen und beim Umgang mit existentiellen Erfahrungen.

Der Bezug zu spezifischem Fachwissen ist nach Weidner (1999: 23) eines der zentralen Merkmale professionellen Handelns. Professionelles Handeln bedeutet unter anderem, dass ein durch eine spezifische Ausbildung erworbenes systematisches Regelwissen auf Einzelfälle in der Praxis angewendet wird. Fachwissen dient dazu, Handlungen und Entscheidungen begründen zu können. Professionelles Handeln bedeutet damit, dass das allgemeine Fachwissen mit der einmaligen individuellen Situation der einzelnen PatientInnen in Bezug gesetzt wird. Professionelles Handeln schließt ein fortwährendes Erweitern und Aktualisieren der Kenntnisse und Fähigkeiten mit ein, da das wissenschaftliche Wissen in sozialen Arbeitsfeldern nie als endgültig anzusehen ist.

Wissenschaftliche Erkenntnis als Form des organisierten Wissens stellt dabei aber nur eine Säule des Wissens dar. Sie wird ergänzt durch andere Formen des Wissens, z.B. Erfahrung, Intuition oder auch tradierte Wissensinhalte (Benner: et al.: 1996). Nach Carper (1978) können in der Pflege vier Arten von Wissen unterschieden werden: Ethisches Wissen (die Komponente, die den moralischen Aspekt in der Pflege darstellt), Intuition

(die Kunst des Pflegens), persönliches Wissen in der Pflege und empirisch abgestütztes Wissen.

Jede der von Carper beschriebenen Wissensgrundlagen ist in gleichem Maße wichtig, zusammen bilden sie das Interessensgebiet der Pflegewissenschaft. Die Herausforderung besteht darin, die verschiedenen Arten des Wissens zu einer Gesamtheit von Pflegewissen zu integrieren (Chinn & Kramer 1996: 14ff).

Die wissenschaftliche Orientierung der Pflege bedingt zunächst, dass Fachwissen zum Beispiel durch Studien, durch Theoriebildung, durch Praxis- und Evaluationsprojekte systematisch entwickelt und kritisch überprüft wird. Entsprechende Erkenntnisse müssen aber auch öffentlich zugänglich gemacht werden (z.B. in Form von Buch-, Zeitschriften oder Online-Publikationen), und sie müssen gelesen werden. Für die weitere Entwicklung unseres Fachgebiets und Berufs ist es zwingend, dass wir eine starke Schreib- (Publikations-) und Lesekultur entwickeln.

Zur Entwicklung des Fachwissens gehört, dass sie im Rahmen einer Scientific Community (Wissenschaftsgemeinde) kritisch reflektiert und diskutiert werden.

Die Entwicklung der Publikations- und Lesekultur, einer kritischen Diskussion in der Fachöffentlichkeit und die wissenschaftliche Qualitätssicherung brauchen Strukturen wie Netzwerke, Kongresse und Fachtagungen, Buch und Zeitschriftenpublikationen, Internet-Diskussionsforen und Mailinglisten. Im deutschsprachigen Raum sind in den letzten Jahren einige solche Strukturen entstanden. In der Schweiz gibt es das »Netzwerk Pflegeforschung in der Psychiatrie« (NPPF)<sup>1</sup> und im Rahmen des Vereins Förderung der Pflegewissenschaft (VfP) eine »Akademische Fachgesellschaft Psychiatrie Pflege« (AfP)<sup>2</sup>, in Deutschland eine »Sektion psychiatrie Pflege« in der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP)<sup>3</sup>. Ein Meilenstein war die Etablierung des »Dreiländerkongresses Pflege in der Psychiatrie«<sup>4</sup>, der seit 2004 abwechselnd in Deutschland, in der Schweiz und in Österreich stattfindet, und der jeweils in einem Tagungsband dokumentiert wird. Am jährlichen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie DGPPN, der im deutschsprachigen Raum wichtigsten wissenschaftlichen psychiatrischen Veranstaltung, finden seit einigen Jahren immer auch Symposien zur psychiatrischen Pflege statt. Auf Europäischer Ebene wurde im Jahre 2006

<sup>1</sup> [www.pflegeforschung-psy.ch](http://www.pflegeforschung-psy.ch), <sup>2</sup> [www.pflegeforschung-vfp.ch](http://www.pflegeforschung-vfp.ch), <sup>3</sup> [http://www.dg-pflegewissenschaft.de/sektion\\_PsychPfle.php](http://www.dg-pflegewissenschaft.de/sektion_PsychPfle.php), <sup>4</sup> [www.nppw.de](http://www.nppw.de), <sup>5</sup> [www.pflege-in-der-psychiatrie.de](http://www.pflege-in-der-psychiatrie.de)

»HORATIO - European Psychiatric Nurses«<sup>6</sup> gegründet, eine Dachorganisation für die psychiatrische Pflege in den Europäischen Ländern (siehe Beitrag von Ward & Schulz in diesem Band).

Eine zentrale Bedeutung kommt Fachzeitschriften zu. Artikel in wissenschaftlichen Fachzeitschriften spielen im Wissenschaftsbetrieb eine wichtigere Rolle als Buchpublikationen, weil sie aktueller und thematisch fokussierter sind. Wissenschaftliche Fachzeitschriften unterscheiden sich von allgemeinen Fachzeitschriften, vor allem durch ein Peer Review genanntes Verfahren, mit dem die wissenschaftliche Qualität der Artikel sichergestellt wird und durch eine Aufnahme der Artikel in wissenschaftlichen Datenbanken.

Peer-Review bedeutet, dass die zur Veröffentlichung vorgesehenen Artikel durch einen oder mehrere Experten des entsprechenden Gebietes kritisch bewertet werden. Nach einer ersten Prüfung durch den Herausgeber der Zeitschrift, ob der Artikel grundsätzlich für eine Publikation in Frage kommt und ob er den Vorgaben für die Manuskripteinreichung entspricht, wird der Text – in der Regel anonymisiert – einem oder mehreren Gutachtern (Experten im Fachgebiet) zugestellt. Diese Gutachter (Reviewer, Referees) kommentieren den Artikel aufgrund wissenschaftlicher Kriterien und geben zu Händen des Herausgebers eine Stellungnahme ab, ob der Artikel veröffentlicht werden soll oder ob vor einer Veröffentlichung Änderungen vorgenommen werden müssen. Artikel mit anspruchsvollen statistischen Auswertungen werden in der Regel zusätzlich einem Statistiker unterbreitet. Die Kommentare der Reviewer werden dem Autor des Artikels zugestellt, mit der Aufforderung, den Artikel mit den von den Reviewern geforderten Änderungen erneut einzureichen. Die Autoren müssen bei einer erneuten Einreichung zu den von den Reviewern vorgebrachten Kritikpunkten Stellung nehmen und aufzeigen, wie sie diese berücksichtigt haben. In einer zweiten Runde geben die Reviewer eine Stellungnahme zur geänderten Version ab. Je nach dieser Stellungnahme wird dann der Artikel zur Publikation akzeptiert oder es werden weitere Korrekturen verlangt. Die Gutachter müssen unabhängig sein, das heißt sie dürfen nicht aus dem Umfeld des Autors stammen. Die Unabhängigkeit des Gutachters vom zu bewertenden Objekt ist das wesentliche Kriterium eines Peer-Reviews. Die Tätigkeit der Gutachter wird meistens freiwillig und unentgeltlich erbracht.

<sup>6</sup> [www.horatio-web.eu](http://www.horatio-web.eu)

Spezifische wissenschaftliche Fachzeitschriften für die psychiatrische Pflege mit Peer Review und Indexierung in den gängigen Datenbanken wie Medline oder CINAHL gibt es bisher nur in englischer Sprache<sup>7</sup>. Von den deutschsprachigen Pflegezeitschriften praktizieren die inhaltlich nicht spezialisierten Journals »Pflege« und »PrInternet« ein Peer Review Verfahren. Beide verlangen englischsprachige Zusammenfassungen der Artikel, was im Hinblick auf die Integration in die internationalen Datenbanken sehr wichtig ist.

Die Sprache der Wissenschaft ist Englisch. Allerdings reichen die Kenntnisse in dieser Sprache oftmals nicht aus, um Fachartikel in dieser Sprache zu lesen. Dies erklärt, warum diese bisher im deutschen Sprachraum relativ wenig gelesen werden und Publikationen deutschsprachiger Autoren in diesen internationalen Journals selten sind.

Im deutschen Sprachraum kennen wir als spezifische Fachzeitschrift für die psychiatrische Pflege einzig die »Psychiatrische Pflege Heute«<sup>8</sup>, welche eine ausgezeichnete Plattform zur Veröffentlichung von praxisbezogenen Artikeln darstellt und in der auch ausgewählte Forschungsberichte aus internationalen Journals in deutschen Übersetzungen publiziert werden. Da die »Psychiatrische Pflege Heute« aber nicht peer reviewed ist, keine Zusammenfassungen in englischer Sprache enthält und auch nicht in den Datenbanken Medline und CINAHL erfasst wird, erfüllt sie Anforderungen an eine wissenschaftliche Zeitschrift nicht.

Von daher fehlt im deutschsprachigen Raum eine spezifisch auf pflegerische Aspekte psychischer Gesundheit und psychiatrische Pflege ausgerichtete pflegewissenschaftliche Zeitschrift, die von internationalen Datenbanken erfasst ist und deren Beiträge ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Dieser Mangel soll mit der neuen »Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit (PpG)«<sup>9</sup> behoben werden.

PpG ist eine frei zugängliche Online-Zeitschrift mit 2 – 4 Ausgaben pro Jahr. Die Kosten der Herausgabe werden durch freiwillige Abonnementsbeiträge und Spenden gedeckt.

Die in einigen Fachgebieten stark zunehmende elektronische Publikation und Probleme vieler Bibliotheken, die stark gestiegenen Abonnementskos-

ten zu finanzieren, führten in letzter Zeit zum verstärkten Ruf nach Open Access. Open Access meint, dass wissenschaftliche Literatur kostenfrei und öffentlich im Internet zugänglich sein sollte. Im Internet veröffentlichte Texte sind für alle Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen, für Studierende und für die interessierte Öffentlichkeit *sofort erreichbar und leicht auffindbar*. Sie können weltweit von jedem beliebigen Arbeitsplatz mit Internetanschluss komfortabel genutzt werden. Das Open-access-Publizieren wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft DFG und dem Schweizerischen Nationalfonds für die wissenschaftliche Forschung SNF unterstützt und gefördert. Informationen zu Open Access finden sich auf der Webseite <<http://open-access.net/de>>.

Ein Peer-Review-Verfahren und die Begleitung und Evaluation durch einen Beirat sichert die wissenschaftliche Qualität der Beiträge. Die Aufnahme in die Datenbanken MedLine und CINAHL wird nach dem Vorliegen des ersten Jahrgangs beantragt.

In der Zeitschrift sollen primär pflegewissenschaftliche Studien, Artikel zur Forschungsmethodologie sowie theoretische pflegewissenschaftliche Texte zu psychischer Gesundheit und Krankheit und zur Pflege in der Psychiatrie und darauf bezogene Diskussionsbeiträge veröffentlicht werden.

Die Artikel sollen originell sein und auf die Pflege fokussieren. Sie sollten gut mit Literatur belegt sein oder einen ersten, praxisbasierten Anspruch auf Wissen, das in der aktuellen Literatur noch nicht beschrieben wird, darstellen. Beiträge, die bereits veröffentlichte Artikel kommentieren, sind willkommen.

Die erwünschten Beiträge beinhalten:

- Berichte über klinische Pflegeforschung (qualitative und quantitative Studien, inkl. Einzel- multiple Fallstudien)  
Forschungsberichte können auch als Kurzbeiträge (»research in brief«, 500–1500 Worte) eingereicht werden.
- Systematische Literaturübersichten
- Berichte über Forschungsanwendungsprojekte oder innovative Praxisprojekte
- Evaluationsberichte (z.B. im Rahmen der Qualitätssicherung)
- Theoretische Artikel z.B. zur Klärung von Konzepten oder zur Theorieentwicklung
- Artikel über ethische Fragestellungen

<sup>7</sup>Beispiele: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, International Journal of Psychiatric Nursing Research, Archives of Psychiatric Nursing, Issues in Mental Health Nursing, Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, Mental Health Practice (teilweise peer reviewed), International Journal of Mental Health Nursing, <sup>8</sup>[www.thieme.de/psychpflege](http://www.thieme.de/psychpflege), <sup>9</sup>[www.zppg.eu](http://www.zppg.eu)

- Übersichtsartikel, in denen der aktuelle Wissensstand zu einem Thema zusammengefasst ist
- Artikel mit Analysen zu politischen oder sozialen Dialogen
- Buchbesprechungen
- Kongressberichte

Der Titel der Zeitschrift ist bewusst offen formuliert. Die zunächst ins Auge gefassten Titel waren enger auf die Pflege in der Psychiatrie ausgerichtet (z.B. »Zeitschrift für Pflegeforschung in der Psychiatrie«). Der nun gewählte Titel soll zeigen, dass es nicht nur um Forschung zur Pflege psychisch kranker Menschen in psychiatrischen Settings geht, sondern auch um psychische Gesundheit und um psychosoziale Aspekte der Pflege im gesamten Bereich der Gesundheitsversorgung.

Die Zeitschrift wird darüber hinaus das Publikationsorgan für Mitteilungen der Schweizer Akademischen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege, des Schweizer Netzwerks Pflegeforschung in der Psychiatrie und des Deutschen Netzwerks Psychiatrische Pflegewissenschaft sein.

Wissenschaftliche Artikel werden in Deutsch oder Englisch veröffentlicht, werden aber immer ein deutsches und ein englisches Abstract umfassen.

Die Zeitschrift soll die Kommunikation innerhalb der scientific community der deutschsprachigen Länder fördern, Arbeiten aus diesem Gebiet auch international zugänglich machen und PflegewissenschaftlerInnen aus der psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Länder die Publikation zitierbarer Beiträge (reviewed papers) ermöglichen.

## Literatur:

- Benner, P.; Tanner, T.A.; Chesla, C.A.** (1996): Pflegeexperten – Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Bern: Hans Huber.
- Carper, B.** (1978) Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science* 1:13–23.
- Chinn, P.L., Kramer M.K.** (1996) *Pflegelehre: Konzepte - Kontext - Kritik*. Wiesbaden, Ullstein-Mosby.
- Krikevold, M.** (2002): *Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Sauter, D., Abderhalden C., Needham, I., Wolff, S.** (2004) *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. Bern: Hans Huber.
- Stein, N.** (1994): *Arbeit, Eigentum und Wissen – Zur Theorie von Wissensgesellschaften*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Weidner, F.** (1999): Was bedeutet Professionalität für die Pflegeberufe. In: Sauter, D., Richter, D. (Hrsg) *Experten für den Alltag. Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern*. Bonn, Psychiatrie-Verlag, S. 18-38.

# Kompetenz – zwischen Qualifikation und Verantwortung

Regula Lüthi, Dr. Susanne Schoppmann

Das ist ein ziemlich grosses Themengebiet. Alle drei Worte: Kompetenz, Qualifikation und Verantwortung sind überaus bedeutungsschwer und könnten in der Reihenfolge auch verändert werden und wir würden uns trotzdem noch im gleichen Themengebiet befinden.

So könnte es auch heißen:

›Qualifikation – zwischen Kompetenz und Verantwortung

oder vielleicht wäre auch die Formulierung:

›Verantwortung – zwischen Qualifikation und Kompetenz

gar nicht so verkehrt.

Dass die Reihenfolge so austauschbar erscheint, hat damit zu tun, dass die Begriffe so nah und nur schwer voneinander abgrenzbar sind.

Ein Blick ins Lexikon zeigt, dass der Begriff Kompetenz zwei Bedeutungen hat: Zum einen bezeichnet er das Vermögen oder die Fähigkeit und zum anderen die Befugnis oder die Zuständigkeit.

Unter dem Wort Qualifikation findet sich die Bezeichnung Befähigungsnachweis (Duden(5) 1979) und das Wort Verantwortung kommt aus dem Mittelhochdeutschen und bedeutete ursprünglich »vor Gericht antworten«, hat sich aber weiterentwickelt und meint jetzt: »die Verpflichtung für etwas einzutreten oder die Folgen zu tragen« (Duden(7) 1997).

Es geht also darum etwas zu können, dies nachzuweisen und dafür gerade zu stehen.

In diesem Sinn sind alle professionell Pflegenden qualifizierte Fachpersonen, denn vermutlich haben alle einen Ausbildungsabschluss, also einen Befähigungsnachweis, der ihnen je nach Land und Gesetzgebung verschiedene Kompetenzen bescheinigt.

Knigge -Demal und Eylmann (2006) diskutieren die Unterschiede zwischen Qualifikation und Kompetenz vor dem Hintergrund verschiedener Definitionen und kommen zu dem Ergebnis, dass Qualifikation sich an der Verwertbarkeit von Wissen und Fähigkeiten orientiert, während Kompetenzen sehr viel weiter gefasst sind und es dem Individuum ermöglichen: »*selbstorganisiert und schöpferisch-kreativ agieren zu können*« (ebd. S.10).

Das ist etwas, was vermutlich alle gerne wollen, häufig auch können, aber je nach Befähigungsnachweis nicht immer dürfen, weil dann Kompetenzen, die plötzlich die zweite Bedeutung annehmen, nämlich die Befugnis, überschritten werden.



Abbildung 1 aus: Knigge-Demal & Eylmann (2006)

Bleibt noch zu klären worauf sich Qualifikation, Kompetenz und Verantwortung in der professionellen Pflege beziehen sollen.

Die Robert Bosch Stiftung hat im Jahr 2000 den Bericht der Expertenkommission der Zukunftswerkstatt ›Pflege neu denken‹ vorgelegt. Darin ist unter anderem festgehalten:

»Im Mittelpunkt der Pflege stehen [...] der pflegebedürftige Mensch mit seinem subjektiven Erleben gesundheitlicher Einschränkungen, der objektive Anlass für den Pflegebedarf und das mitbestimmende Umfeld.« (Robert Bosch Stiftung 2000, S.3)

Als grundlegender Rahmen für eine denkbare neue Ausrichtung der Pflegeausbildung galten der Expertenkommission 5 Prinzipien, nämlich:

1. Pflegen als menschliche Begegnung begreifen
2. Pflegesituationen aktiv gestalten
3. Praxisinhalte neu ordnen

4. Geeignete Lebens - und Lernwelten schaffen
5. Theorie und Praxis überdenken und verändern

Vor dem Hintergrund dieser Prinzipien wollen wir eine Diskussion anregen. Denn: *Diskussionen anregen* ist eine wichtige Aufgabe in einer auseinandersetzungsfreudigen Berufsgruppe. Wer nicht diskutiert, der hat keine Auswahl, der lässt keine Widersprüche zu, der schärft nicht seine eigenen Argumente.

Wer diskutieren will, muss sich zuvor eine Meinung gebildet haben und *eine eigene Meinung bilden* ist das zweite Schlüsselwort für kompetente Menschen. Dazu muss die eigene Berufserfahrung mit dem aktuellen Wissen der Berufsgruppe abgeglichen werden. Dazu gehört die Reflexion über die eigene Berufswahl und das Zur-Kenntnis-Nehmen der Bedürfnisse der Betroffenen.

Wer sich eine eigene Meinung bilden will, der muss sich *bilden*. Bildung als drittes Schlüsselwort. Gebildet wird man nicht nur in der Aus- oder Weiterbildung, sondern auch beim Zeitunglesen. Dort erfährt man z.B., dass die Kantonalbank Zürich wieder Milliardengewinne erzielt hat. Die Gewinne seien auch durch gezielte Mitarbeitendenressourcennutzung entstanden – sprich, es wurden ziemlich viele Mitarbeitende entlassen. Von diesen werden etwas mehr als die Normalbevölkerung depressiv. Diese Depressionen werden zur Hälfte nicht erkannt. Wenn sie erkannt werden, werden sie nicht richtig behandelt. Und ein ganz kleiner Rest dieser depressiven Menschen findet den Weg in eine psychiatrische Institution und begegnet Ihnen dort. IHNEN, die Sie kompetent, qualifiziert und verantwortlich handeln, indem Sie den CEO der Zürcher Kantonalbank anrufen und ihm alle Schande sagen und ihn auf seine gesellschaftliche Verantwortung hinweisen....

Was ist die Verantwortung psychiatrischer Pflegefachpersonen gegenüber Menschen, die psychisch krank werden, weil gesellschaftliche Bedingungen sie krank machen? Man könnte behaupten, dass solche Menschen im geschützten Rahmen der psychiatrischen Versorgung wieder lernen können, Selbstvertrauen zu gewinnen. Dass sie die Trauer zulassen können und wieder neue Hoffnung schöpfen können. Dass sie zuversichtlich wieder an neue Vorstellungsgespräche gehen lernen, weil sie das mit den psychiatrischen Pflegefachpersonen geübt haben.

Man könnte ebenfalls sagen, dass Pflegefachpersonen in der Psychiatrie nicht dazu da sind, die Welt zu verändern, sondern um einzelnen Menschen wieder eine Perspektive zu bieten. Dieser Standpunkt reduziert die gesellschaftlichen Bedingungen auf das individuelle Schicksal eines einzelnen, kranken Menschen.

Wir fokussieren noch sehr auf eine psychiatrische Pflege, die sich an individuellen, intrapsychischen Erlebnissen einzelner Menschen orientiert. An einer psychiatrischen Pflege, die postuliert, dass Schwache wieder in den Arbeitsprozess integriert werden müssen oder die an die Möglichkeit glaubt, mit therapeutischen Methoden mindestens diese Integration wieder zu ermöglichen.

Dabei wissen wir, dass wir mehr und mehr Menschen behandeln, deren soziale Behinderungen enorm sind und deren psychiatrische Diagnosen immer unschärfer werden.

Kompetente und qualifizierte psychiatrische Pflege wird deshalb die Themen der sozialen Desintegration, der Ausgliederung aus dem Erwerbsleben, der Vereinzelung aufnehmen müssen und sich der Auseinandersetzung mit Behörden, Arbeitgebern und Familienangehörigen stellen müssen. Dafür braucht es fächerübergreifende Betrachtungsweisen und ein Verständnis für soziale und ökonomische Lebensbedingungen. Die Probleme unserer Zeit lassen sich nur noch zu einem Teil im individuell therapeutischen Kontext einer sorgfältig aufgebauten stationären Versorgung lösen.

Das Lexikon der Philosophie ergibt zu dem Begriff Verantwortung, dass deren Voraussetzung die menschliche Willensfreiheit sei. Und:

*» Wo wir auf Unrecht, Gewalt, Unfreiheit stoßen, stellt sich die Frage der Zuständigkeit nicht mehr in einem auf das einzelne Subjekt reduzierten Sinne. D.h., die Verantwortung wird dort zu einem obersten Grundsatz, wo es um die Verwirklichung einer menschenwürdigen Welt geht. Insofern bezieht sie sich nicht allein auf die vollzogene Handlung eines einzelnen, sondern auch auf die unterlassene Handlung einer Mehrheit.« (Prechtl & Burkard 1996)*

Verantwortungsvolle, qualifizierte und kompetente Pflegefachpersonen Psychiatrie sind deswegen aufgefordert, gewisse Behauptungen zu überdenken und zu revidieren. Unter Behauptungen verstehen wir eingefleischte Annahmen zum Berufsalltag, die einer Überprüfung in der Praxis

nicht standhalten, aber sich hartnäckig in unserem Bewusstsein halten. Wir zählen folgende drei Behauptungen auf:

Behauptung 1:

Psychiatrische Pflegefachpersonen machen eine ganz andere Arbeit als die »normalen« Pflegefachpersonen.

Behauptung 2:

Betroffene werden bei uns selbstverständlich in die Behandlung miteingebunden.

Behauptung 3:

Wir befürworten die Aussage »ambulant vor stationär« sehr und würden gerne auch im ambulanten Setting arbeiten.

Zu Behauptung 1: Psychiatrische Pflegefachpersonen machen eine ganz andere Arbeit als die »normalen« Pflegefachpersonen.

Pflegefachpersonen in Akutspitälern, Altersheimen, der Spitex etc. beschäftigen sich vermehrt mit chronisch kranken Menschen. Diese leiden an Krebserkrankungen, an Diabetes, an Herz- und Kreislauferkrankungen. Im Rahmen dieser Erkrankungen sind sie verängstigt, verunsichert, haben Schmerzen, nehmen die Medikamente nicht regelmässig ein, sind wütend, müssen sterben, verstehen den Sinn der schweren Erkrankung nicht oder suchen den Sinn ganz verzweifelt. Auf diese Ängste, diese Schmerzen, diese Unsicherheiten, diese Fragen, diese Zweifel müssen Pflegefachpersonen reagieren und sie tun es auch. Und natürlich reagieren sie ebenfalls auf die psychischen Erkrankungen, die diese Zuckerkranken, HIV positiven, kreberkrankten Menschen im Rahmen ihrer somatischen Krankheit entwickeln. Welche Kompetenzen brauchen sie dazu? Sie brauchen ein Verständnis für Beziehungsaufbau in schwierigen Lebenssituationen, einen empathischen Kommunikationsstil, eine fürsorgliche Anteilnahme und eine Kenntnis der wichtigen psychischen Krankheiten.

In der psychiatrischen Pflege begegnen uns hingegen besonders in der Alterspsychiatrie vermehrt PatientInnen mit komplexen somatischen Krankheiten. Deswegen wäre es gut, mehr von Wundversorgung, Sturzprophylaxe, Schmerzmanagement und Inkontinenz zu verstehen.

Da die Patientinnen und Patienten immer weniger »reine« Störungen aufweisen, muss auch die »reine« psychiatrische Pflege verabschiedet werden. Stattdessen müssen sich die Pflegefachpersonen Psychiatrie vermehrt dafür einsetzen, dass in den Lehrplänen der generalistischen Grundausbildung Pflege psychischer Störungen und der Umgang mit Betroffenen ebenso oft im Lehrplan vorkommen wie somatische Krankheiten.

Zur Behauptung 2: Betroffene werden bei uns selbstverständlich in die Behandlung miteingebunden.

Der Widerspruch zwischen dieser Behauptung und der Realität ist riesengross. Dies zeigt sich an fast jeder Fallbesprechung, an vielen Pflegeplanungen, an Unterrichtseinheiten etc. Und genau dies beklagen auch Betroffenenorganisationen. In Deutschland gibt es mittlerweile Betroffenenorganisationen, wie z.B. »Für alle Fälle«, wo sich Betroffene einmischen, Mitspracherecht verlangen. In der Schweiz gibt es z.B. auch den VPECH, den Verein Psychiatrieerfahrener Schweiz, aber er wird marginalisiert und belächelt. Es kommt kaum vor, dass Betroffene Stationspläne mitgestalten, an fachlichen Ausrichtungen mitarbeiten, Standards überprüfen helfen oder Lehrpläne mitentwickeln, wie dies z.B. in Grossbritannien der Fall ist. Auch an Kongressen wie z.B. dem Dreiländerkongress Psychiatrische Pflege werden sie nur marginal beteiligt.

Lernende in der Pflegegrundausbildung kennen Begriffe wie »Salutogenese« oder »Empowerment« und können diese auch erklären. Aber wenn sie an einem konkreten Fallbeispiel, etwa einer jungen drogenabhängigen Frau mit Kinderwunsch, zeigen sollen, wie sie dieses Thema mit ihr besprechen würden, tauchen als Erstes repressive Vorgehensweisen auf. Betroffene in die Behandlung mit einbeziehen, bedeutet also auch, dass Behandlungspfade gewünscht und gefordert werden, die sich nicht an Ratschläge und Vorstellungen einer gradlinigen therapeutischen Beratung etc. halten, sondern die ganz individuelle Umgangsweisen entwickeln.

Behauptung 3: Die psychiatrische Pflege befürwortet den Anspruch »ambulant vor stationär« und würde gerne mehr im ambulanten Bereich arbeiten.

Sobald im stationären Setting ganz konkret an ambulanten Versorgungseinheiten gearbeitet wird, kommen jedoch plötzlich zwei Einwände auf: Die stationäre Arbeit darf unter diesen neuen Angeboten nicht leiden –

sprich, es darf am stationären Setting gar nichts verändert werden. Arbeitszeiten, die in einer aufsuchenden Pflege nicht immer so steuerbar sind wie im stationären Alltag, geraten plötzlich ins Visier der Pflegefachpersonen. Es sind dann alle privaten Abmachungen nicht mehr lückenlos machbar, weil die Krise zuhause länger dauert, als es die 8,2 Stunden der Pflegefachperson vorgesehen hat.

Es ist klar, dass keine zusätzlichen ambulanten Angebote errichtet werden können, sondern dass diese immer »auf Kosten« der stationären Versorgung gehen müssen. Das heisst, dass im stationären Bereich Abstriche gemacht werden müssen, wenn ambulante Einheiten aufgebaut werden sollen..

Die Anforderungen einer ambulanten Psychiatrie und eines echten Einbezugs der Betroffenen verlangt von Pflegefachpersonen eine hohe *Flexibilität* und damit haben wir ein weiteres Schlüsselwort von kompetenten Fachpersonen genannt. Wenn wir beides umsetzen wollen, müssen wir mehrfach Abschied nehmen:

Abschied nehmen von der Vorstellung, wir wüssten, was für Betroffene die beste Behandlung sei und Abschied nehmen von den immer gleichen Arbeitswegen zu uns bekannten Stationen und Abschied nehmen von absehbaren Dienstzeiten etc.

Welche Qualifikation ist dafür für die psychiatrische Pflegefachperson notwendig? Wenn wir davon ausgehen, dass wir zumindest in Deutschland und der Schweiz die generalistische Pflegegrundausbildung haben und die psychiatrischen Themen nur zu einem kleineren Teil dort abgehandelt werden, dann müssten wir ein Augenmerk auf die fachliche Qualifikation nach dem Diplom legen und uns dort für übergeordnete Nachdiplomstudiengänge, für Masterlehrgänge und für interne kürzere Weiterbildungen stark machen.

Daneben sind aber für Veränderungsprozesse, wie sie zuvor geschildert wurden, keinesfalls nur psychiatrische Fachthemen zu schulen. Kenntnisse über Organisationsentwicklungsprozesse, Neugierde auf neue Arbeitsgebiete, Lernen von anderen Ländern, wo aufsuchende Pflege schon länger praktiziert wird, all dies muss Pflegefachpersonen ebenfalls interessieren. Verständnis für Public Health Themen und Wissen um die Finanzierungsströme im Gesundheitswesen helfen, die psychiatrische Versorgung eingebettet in die grundsätzliche Gesundheitsversorgung eines Landes zu

verstehen. Nur wenn wir unser Fachwissen über die Begleitung einzelner Bezugspersonen hinaus erweitern, sind wir in voller Verantwortung als Fachpersonen unterwegs. Es wird immer eine Hauptaufgabe der psychiatrischen Pflegefachperson sein, Betroffene in ihrem alltäglichen Umgang mit ihrer Störung zu begleiten. Darüber hinaus ist es wichtig, ein Verständnis für einen erweiterten Auftrag für die psychiatrische Pflege, der gesellschaftliche Veränderungsprozesse und politische Rahmenbedingungen in die Pflege mit einbezieht, zu entwickeln.

Das bedeutet: wir müssen Pflege als menschliche Begegnung begreifen, Pflegesituationen aktiv gestalten, Praxisinhalte neu ordnen, geeignete Lebens- und Lernwelten schaffen sowie Theorie und Praxis überdenken und verändern.

## Literatur

- Duden** (1997): Das Fremdwörterbuch, Band 5, 6. überarbeitete und erweiterte Auflage, Dudenverlag, Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich
- Duden** (1997): Das Herkunftswörterbuch, Etymologie der deutschen Sprache, Band 7, Dudenverlag, Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich
- Knigge-Demal, B. & Eylmann, C.** (2006): Kompetenzorientierte Prüfungsgestaltung, Teil 1 – Anhand von Fallbeispielen. In: Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich Pflege und Gesundheit (Hrsg.): Berichte aus Lehre und Forschung, Nr.18; ISSN: 1433-4461
- Metzler Philosophie Lexikon** (1996): Begriffe und Definitionen. Hrsg.: PrechtI, P. & Burkard, F.-P. Verlag J.B. Metzler, Stuttgart, Weimar.
- Robert Bosch Stiftung** (2000): Pflege neu denken, Zur Zukunft der Pflegeausbildung, Verlag Schattauer, Stuttgart, New York

# Wie reliabel ist die Brøset-Gewalt-Checkliste (BVC) zur Einschätzung des kurzfristigen Gewaltrisikos?

Christoph Abderhalden, Caroline Gurtner

## Hintergrund

Eines der wenigen Instrumente zur systematischen pflegerischen Einschätzung des Gewaltrisikos ist die Norwegische Brøset-Violence-Checklist BVC, die Brøset-Gewalt-Checkliste [3, 4] (Almvik & Woods 1998). Die BVC ist ein Instrument zur Einschätzung des Risikos, dass ein Patient in den 8-12 Stunden nach der Einschätzung jemanden physisch angreifen wird. Die Checkliste umfasst sechs Verhaltensweisen, bei denen eingeschätzt wird, ob sie in den letzten Stunden bzw. seit der letzten Einschätzung beobachtet worden sind. Das Instrument wurde in mehrere Sprachen übersetzt, auch auf Deutsch, und mehrere Studien zu seiner Überprüfung bestätigten die in Norwegen gefundene gute Vorhersagekraft. Im Rahmen eines Schweizer Pflegeforschungsprojekts wurde die BVC um eine globale subjektive Einschätzung des Gewaltrisikos ergänzt (BVC-CH) [1, 2]. In bisherigen Studien erwies sich das Instrument als gut in den Arbeitsalltag integrierbar und einfach anzuwenden, es stösst im deutschsprachigen Raum auf grosses Interesse und findet zunehmend Anwendung im klinischen Alltag.

Die Beurteilerübereinstimmung des Instruments wurde bisher lediglich in der Norwegischen Originalstudie überprüft, wo eine befriedigende Interrater-Reliabilität festgestellt wurde. Die Reliabilität der deutschen Fassung wurde noch nicht systematisch untersucht.

## Ziel

Die Interraterreliabilität der deutschen Fassung der BVC in ihrer klinischen Anwendung zu prüfen.

## Methode und Material

16 Pflegendende aus 3 Schweizer Akutstationen (10, 10, 15 Raterpaare pro Station) schätzten mit der BVC-CH das kurzfristige Gewaltrisiko von insgesamt 44 Patienten ein. Die Pflegenden schätzten das Risiko jeweils am Ende einer Schicht in einem Besprechungszimmer ein, unabhängig voneinander,

das heisst ohne Austausch von Informationen über die PatientInnen. Die Einschätzungen wurden im Beisein einer Forschungsassistentin (C.G.) vorgenommen. Eingeschätzt wurden diejenigen PatientInnen, mit denen *alle* anwesenden RaterInnen in der vorangegangenen Schicht ausreichend Kontakt gehabt hatten, um das Verhalten einschätzen zu können. Zusammen mit der schriftlichen Einwilligung zur Teilnahme an der Studie machten die Teilnehmenden Angaben zur Person, zur Ausbildung und zur Berufserfahrung.

Die Übereinstimmung der Raterpaare haben wir stationsweise pro BVC-Item sowie für die subjektive Risikoeinschätzung berechnet. Für die dichotomen BVC-Items haben wir die AC1-Statistik [5] berechnet. Die Übereinstimmung der subjektiven Einschätzung haben wir mittels Berechnung der Intraklassenkorrelation (ICC) bestimmt. Zur Zusammenfassung der Ergebnisse der verschiedenen Raterpaare benutzten wir den Median der AC1-Koeffizienten, zur Bestimmung der Streuung zwischen den verschiedenen Raterpaaren die Interquartildistanz (1. – 3. Quartil). Die Reliabilitätskoeffizienten haben wir nach dem gebräuchlichen Schema von Landis & Koch [6] interpretiert, Interquartildistanzen unter 0,2 haben wir als gering interpretiert.

## Ergebnisse

### Beteiligte Pflegende

Die Stichprobe umfasste 16 Pflegende. Das mittlere Alter der Pflegenden war 31 Jahre (19 – 54 Jahre), 63% (10) sind weiblich. Die durchschnittliche Psychiatrieerfahrung betrug 4 Jahre (0 – 12 Jahre), 10 der Befragten haben eine spezialisierte Grundausbildung in psychiatrischer Pflege, 10 eine in allgemeiner Pflege.

### Beurteilerübereinstimmung

Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse im Überblick. Bei den vier BVC-Items »Lärmig«, »Körperliches Drohen«, »Verbales Drohen« und »Angriff auf Gegenstände« lagen die AC1-Koeffizienten auf allen Stationen über 0,78, was als hohe bis sehr hohe Übereinstimmung gilt. Die Interquartildistanzen lagen mit einer Ausnahme unter 0,2.

Beim Item »verwirrt« war die Übereinstimmung auf zwei Stationen hoch (> 0,75), auf Station C 0,5 (mittlere Übereinstimmung). Die Streuung war bei diesem Item auf zwei Stationen über 0,2 (Station B: 0,28, Station C: 0,25).

Beim Item »reizbar« war die Übereinstimmung auf zwei Stationen hoch (> 0,7), auf Station C 0,1 (sehr gering). Die Streuung war bei diesem Item auf allen drei Stationen klein (< 0,2).

Die Übereinstimmung bei der subjektiven Einschätzung des Gewalttrisikos war auf zwei Stationen sehr hoch (ICC > 0.85), auf Station C mittelmässig (ICC = 0,46, mit grosser Streuung). Die Übereinstimmung bei der Gesamtsumme (BVC-Items plus subjektive Einschätzung) war auf allen drei Stationen sehr gut (> 0.81).

Tabelle 1: Reliabilitätskoeffizienten nach Station

	Station A	Station B	Station C
<b>BVC-Item</b>			
Verwirrt*	0,888 (0,171)	0,769 (0,282)	0,495 (0,254)
Reizbar*	0,708 (0,146)	0,754 (0,180)	0,122 (0,155)
Lärmig*	0,873 (0,161)	0,833 (0,142)	0,779 (0,484)
Körperliches Drohen*	0,923 (0,103)	1,000 (0,071)	0,783 (0,177)
Verbales Drohen*	0,962 (0,191)	1,000 (0,071)	0,900 (0,099)
Angriff auf Gegenstände*	1,000 (0,077)	0,929 (0,071)	1,000 (0,100)
<b>BVC-CH-Ergänzung</b>			
Subjektive Einschätzung <sup>§</sup>	0.867 (0.533-0.984)	0.921 (0.762-0.984)	0.461 (-0.617-0.895)
Summe BVC-CH <sup>#</sup>	0.929 (0.749-0.992)	0.937 (0.813-0.988)	0.846 (0.540-0.969)

\* Median der AC1-Statistik (Interquartildistanz)

<sup>§</sup> 0 – 6 Punkte; Intraklassenkorrelation (95%-Vertrauensintervall)

<sup>#</sup> 0 – 12 Punkte; Intraklassenkorrelation (95%-Vertrauensintervall)

## Diskussion

Ziel dieser Studie war, die Interraterreliabilität der deutschen Fassung der BVC in ihrer klinischen Anwendung zu prüfen. Die Ergebnisse zeigen alles in allem eine sehr hohe Übereinstimmung und sprechen für eine gute Reliabilität des Instruments. Die Ergebnisse bestätigen die bei der Entwicklung

der BVC in Norwegen gemessenen mittleren bis sehr guten Kappawerte zwischen 0,48 und 0,91 [4].

Gut bis sehr gute war die Übereinstimmung auch bei der mittels Visuell-Analog-Skala ermittelten subjektiven Einschätzung.

Am wenigsten gut, vor allem auf Station C, war die Übereinstimmung beim Item »reizbar«. Wir vermuten, dass die Einschätzung von Reizbarkeit am stärksten direkt von individuellen Begegnungen mit den PatientInnen beeinflusst wird und am wenigsten auf die *allgemeine* Wahrnehmung des Patienten im Stationsalltag abgestützt werden kann. Wer z.B. die Medikamente verteilt, erlebt eine situative gereizte Reaktion, die bei anderen Begegnungen nicht beobachtet wird.

Bei der Beurteilung der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass eine von KollegInnen unabhängige Einschätzung in der klinischen Praxis eher die Ausnahme sein dürfte. In der Regel können (und sollen) auch Beobachtungen Dritter einbezogen werden.

Für die Stationsunterschiede (Station C) fanden wir keine unmittelbare Erklärung. Die Unterschiede könnten mit einer unterschiedlichen Einführung zu tun haben.

### Schlussfolgerung

Die Original-BVC und die in der BVC-CH enthaltene ergänzende subjektive Risikoeinschätzung zeigten in unserer Studie eine gute Interraterreliabilität.

Bei der Anwendung in der Praxis sollten vor der Einschätzung Informationen ausgetauscht werden, insbesondere über das Auftreten von Reizbarkeit.

### Dank

Wir danken den beteiligten Kliniken und den KollegInnen aus der Praxis bestens für ihre Bereitschaft, an dieser Studie mitzuwirken.

### Literatur

1. Abderhalden C (2004) Systematische Einschätzung des kurzfristigen Gewalttrisikos auf Akutstationen. In: Krause P, Schulz M, Bauer R (Hrsg) Interventionen psychiatrischer Pflege. Ibicura, Untertendorf, S 70-83
2. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug H, Fischer J (2006) Predicting inpatient violence using an extended version of the Brøset-Violence-Checklist: Instrument development and clinical application. BMC Psychiatry 6:17
3. Almvik R, Woods P (1998) The Broset Violence Checklist (BVC) and the prediction of inpatient violence: Some preliminary results. Perspect Psychiatr Care 5:208-211
4. Almvik R, Woods P, Rasmussen K (2000) The Broset Violence Checklist: Sensitivity, Specificity and Interrater Reliability. J Interpers Violence 15:1284-1296
5. Gwet K (2001) Handbook of Inter-Rater Reliability: How to Estimate the Level of Agreement between Two or Multiple Raters. STATAXIS Publishing Company, Gaithersburg USA
6. Landis JR, Koch GG (1977) The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. Biometrics 33:159-174

## Welche Faktoren berücksichtigen Pflegende auf psychiatrischen Akutstationen bei der subjektiven Einschätzung des kurzfristigen Gewaltrisikos?

Caroline Gurtner, Christoph Abderhalden

### Hintergrund

Eine akkurate pflegerische Risikoeinschätzung spielt eine zentrale Rolle in der Prävention von Gewalt in der Psychiatrie. Eine der klinischen Methoden zur Einschätzung des kurzfristigen Gewaltrisikos ist die subjektive Einschätzung des Risikos. Dazu werden Likert-skalierte Instrumente oder Visuell-Analog-Skalen verwendet. Diese Methode nutzt die Fähigkeit von Betreuern, alle zur Verfügung stehende Information in eine zusammenfassende Aussage über das Risiko zu integrieren. In verschiedenen Untersuchungen wurde mit dieser Vorgehensweise ein hoher Anteil korrekter Vorhersagen gefunden [2-7]. Im Akutbereich hat dieser Ansatz verschiedene Vorteile gegenüber komplexeren und strukturierteren Einschätzungsinstrumenten. Die Berücksichtigung der Erfahrung der Pflegenden erlaubt die Integration von fluktuierenden situativen, umgebungsbezogenen und interaktiven Risikofaktoren und sie erfordert keine Sammlung von Informationen, die in der Aufnahmesituation oder kurz darauf vielleicht noch nicht vorhanden sind. Eines der mit dem Ansatz verbundenen Probleme ist der Mangel an Informationen über die Faktoren, welche von Pflegenden bedacht werden, wenn sie das kurzfristige Gewaltrisiko subjektiv einschätzen [2].

Vor diesem Hintergrund initiierten wir eine Studie, um in Erfahrung zu bringen, was Pflegende berücksichtigen, wenn sie im Arbeitsalltag subjektiv das Gewaltrisiko einschätzen. Damit soll einerseits die aktuelle Praxis kritisch beleuchtet werden können, andererseits soll implizites Praxiswissen erfasst werden. Aus diesem Praxiswissen können Faktoren abgeleitet werden, deren systematische Beachtung möglicherweise zur Verbesserung der Praxis der Risikoeinschätzung bei psychiatrischen Akutpatienten beitragen können.

### Methode und Material

In einer qualitativen Studie beschrieben 31 Pflegende aus drei Kliniken in halbstrukturierten Kurzinterviews ihre Gedanken beim subjektiven Einschätzen des Gewaltrisikos von insgesamt 60 Patienten. Auf den jeweiligen

Stationen wird routinemässig die erweiterte Brøset-Gewalt-Checkliste BVC-CH eingesetzt [1]. Zu diesem Instrument gehört die subjektive Einschätzung des kurzfristigen Gewaltrisikos auf einer in einen Schieber integrierten 100 mm Visuell Analog Skala mit den Endpunkten »Kein Risiko« und »Sehr hohes Risiko«. Auf der Rückseite des Schiebers wird ein Risikowert von 0 – 6 Punkten abgelesen. Zusammen mit den 6 Items der Brøset-Checkliste resultiert ein Risikowert zwischen 0-12 Punkten. Die Interviews erfolgten unmittelbar nach der Risikoeinschätzung. Sie umfassten einleitende Fragen, u.a. zur Sicherheit bei der Einschätzung, zum Schwierigkeitsgrad, zum Verhältnis zum Patienten, zur Ausbildung und zur Berufserfahrung. Die Hauptfrage lautete: »Du hast beim Patienten XY die Risikoeinschätzung mit dem Schieber gemacht. Was ist Dir dabei alles durch den Kopf gegangen? Welche Beobachtungen, Erfahrungen, Gedanken, Gefühle haben Deine Einschätzung beeinflusst?« Die Interviews wurden auf Band aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Die so gewonnenen Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. In einem ersten Schritt extrahierten wir inhaltstragende Textstellen, die jeweils einen berücksichtigten Aspekt enthielten. Diese fassten wir anschliessend in beschreibende Kategorien zusammen. Die Art und Anzahl der jeweils berücksichtigten Kategorien haben wir zu Merkmalen der Pflegenden und zum geschätzten Risiko in Beziehung gesetzt.

### Ergebnisse

#### Stichprobe

Die Stichprobe umfasste 31 Pflegende und Angaben zu insgesamt 60 Risikoeinschätzungen. Das mittlere Alter der Pflegenden war 38 Jahre, 75% (20) sind weiblich. Die durchschnittliche Psychiatrieerfahrung betrug 7 Jahre, 19 der Befragten haben eine spezialisierte Grundausbildung in psychiatrischer Pflege, 12 eine in allgemeiner Pflege.

#### Eingeschätzte Patienten und Risikosituationen

Das mittlere Alter der 60 der eingeschätzten Patienten war 37 Jahre (18 – 60 Jahre), 34 (57%) waren Männer, knapp die Hälfte waren seit weniger als einer Woche in der Klinik. Exakt die Hälfte der Patienten war der einschätzenden Pflegeperson von früher bekannt.

43 (72%) der Einschätzungen wurden von den Pflegenden als einfach, 28% als schwierig erlebt. In der Mehrzahl der Fälle fühlten sich die Pflegenden bei ihrer Einschätzung sicher: die mittlere Bewertung auf einer Skala von 1 (unsicher) bis 10 (sehr sicher) betrug 8 Punkte. Das festgestellte Risiko

war in je einem Drittel der Fälle tief (0-2 von max. 6 Punkten), mittel (3-4 Punkte) und hoch (5-6 Punkte).

### Inhaltsanalyse: Übersicht

Wir verarbeiteten insgesamt 278 inhaltstragende Textstellen. Die Zahl der pro Risikoeinschätzung genannten Aspekte lag zwischen 1 und 12, im Median bei 4.

Wir bildeten 13 Hauptkategorien (siehe Tabelle 1), von denen 3 in Subkategorien unterteilt sind. Am häufigsten erwähnt wurden *Aktuelles Verhalten*, *Frühere Erfahrungen mit dem Patienten und Vorinformationen*, *Eigene Gefühle/Erfahrungen* und *Interaktion/Kommunikation*. Auf diese Kategorien entfielen 81% der Nennungen. Seltener genannt wurden Aspekte aus den Kategorien: *Therapeutische Interventionen*, *Körperliche Erscheinung*, *Psychopathologie*, *Art/Richtung der Aggression*, *Mangel an Information*, *Eigene Erfahrungen mit Risikoeinschätzung*, *Umstände bei der Aufnahme*, *Reaktionen von Mitpatienten* und *Stationsumgebung*.

Tabelle 1: Hauptkategorien (Zahlen sind Anzahl Nennungen)

Kategorie	n	%	% kumuliert
<i>Aktuelles Verhalten</i>	79	28,4	28,4
<i>Frühere Erfahrungen mit dem Patienten und Vorinformationen</i>	76	27,3	55,8
<i>Eigene Gefühle/Erfahrungen</i>	43	15,5	71,2
<i>Interaktion/Kommunikation</i>	28	10,1	81,3
Therapeutische Interventionen	13	4,7	86,0
Körperliche Erscheinung	10	3,6	89,6
Psychopathologie	8	2,9	92,4
Art/Richtung der Aggression	6	2,2	94,6
Mangel an Information	6	2,2	96,8
Eigene Erfahrungen mit Risikoeinschätzung	4	1,4	98,2
Umstände bei der Aufnahme	2	,7	98,9
Reaktionen von Mitpatienten	2	,7	99,6
Stationsumgebung	1	,4	100,0
<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>100,0</b>	

### Inhaltsanalyse: Am häufigsten verwendete Kategorien:

*Aktuelles Verhalten:* Das aktuelle Verhalten schien in vielen Fällen der entscheidende Aspekt bei der Feststellung eines erhöhten oder reduzierten Risikos. Die am häufigsten genannten Verhaltensweisen können auf drei Kontinuen eingeordnet werden: *Ruhig/entspannt* versus *unruhig/gespannt*, *kooperativ/kooperationsfähig* versus *nicht-kooperativ/-fähig*; *berechenbar/stabil/konsistent* versus *unberechenbar/wechselnd/widersprüchlich*. Andere relevante Verhaltensaspekte waren die Fähigkeit des Patienten, Nähe und Distanz zu regulieren oder die Fähigkeit, mit gegenseitigen Abmachungen oder mit den Stationsregeln zurechtzukommen. In vielen Fällen wurden positive und negative Verhaltensweisen gegeneinander abgewogen (*»Er ist völlig verwirrt, aber er hat Nähe und Distanz gut im Griff«*).

*Frühere Erfahrungen mit dem Patienten und Vorinformationen:* Die Pflegenden stützten sich oft auf frühere Erfahrungen mit dem Patienten ab, und zwar als Argument für oder gegen ein Risiko. Persönliche Erfahrungen spielten dabei eine grössere Rolle als Vorinformationen aus den Akten oder Informationen von KollegInnen. Informationen aus der Vorgeschichte wurden vor allem verwendet, um das aktuelle Verhalten zu interpretieren (*»Er wirkt zwar sehr gespannt, aber er hat in der Vergangenheit noch nie jemanden angegriffen«*, oder vice versa).

*Eigene Gefühle/Erfahrungen:* Einige Male war ein Bauchgefühl der entscheidende Faktor, oft hervorgerufen durch Erinnerungen an ähnliche Situationen. Gefühle von Unsicherheit in Bezug auf das Risiko führten in der Regel dazu, ein höheres Risiko anzunehmen.

*Interaktion/Kommunikation:* Die Wahrnehmung von Interaktions- und Kommunikationsprozessen spielte eine grosse Rolle. Kommunikationsbarrieren waren in der Regel mit einer höheren Risikoschätzung assoziiert. Es wurden dabei ganz unterschiedliche Kommunikationshindernisse genannt, zum Beispiel Sprachbarrieren, aber auch Barrieren wie: *»Ich komme nicht an ihn heran«*, *»Ich kann ihn nicht erreichen«*. Im Gegensatz dazu wurde ein offener Kommunikationsfluss als Ressource für die Prävention und als risikomildernd erwähnt.

### Kategorien und Risikosituationen

Tendenziell wurden mehr verschiedene Aspekte berücksichtigt bei der Risikoeinschätzung von männlichen Patienten, wenn die PatientInnen von frü-

her bekannt waren, wenn das Risiko hoch war und wenn die PatientInnen zur Altersgruppe der 28-35 Jährigen gehörten. Diese Unterschiede waren allerdings statistisch nicht signifikant (verglichen wurden Mittelwerte der Anzahl berücksichtigter Kategorien). Die Anzahl berücksichtigter Kategorien war signifikant höher, wenn die Einschätzung schwierig war, aber unabhängig von der Sicherheit bei der Einschätzung und vom Zeitpunkt der Einschätzung im Verlauf der Hospitalisation.

### Kategorien und Merkmale der Pflegenden

Die mittlere Anzahl berücksichtigter Kategorien pro Interview unterschied sich nicht nach dem Geschlecht, der Grundausbildung oder der Psychiatrieerfahrung der Pflegenden. Pflegende mit • 5 Jahren Psychiatrieerfahrung berücksichtigten hingegen häufiger Kommunikations-/Interaktionsaspekte und Reaktionen auf therapeutische Massnahmen als ihre weniger erfahrenen KollegInnen.

### Diskussion

Das Ziel unserer Studie war die Identifikation von Aspekten, welche von Pflegenden bei der Einschätzung des kurzfristigen Gewalttrisikos bei psychisch Akutkranken berücksichtigt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Pflegenden bei der Risikoeinschätzung eine Vielzahl ganz unterschiedlicher Faktoren berücksichtigen. Einige dieser Faktoren sind aus der Literatur bekannt und gut untersucht (z.B. Vorgeschichte von Gewalt). Andere sind nur wenig erforscht oder selten in Risikochecklisten integriert. Das aktuelle Verhalten auf der Station (z.B. Ausmass der Kooperation, Stabilität/Berechenbarkeit des Verhaltens) und das Kommunikations-Interaktionsaspekte könnten nützliche Konzepte zur Risikoeinschätzung sein und sollten grössere Aufmerksamkeit erhalten, sowohl in der Praxis als auch in der Forschung zu Risikofaktoren.

Die seltene Berücksichtigung von Umgebungsfaktoren wie z.B. Überbelegung, Stationsatmosphäre könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Möglichkeiten zur Integration unterschiedlichster Information in die subjektive Risikoeinschätzung noch zu wenig genutzt werden. Möglicherweise wird Risiko noch zu sehr als Patienten- und nicht als Situationsmerkmal angesehen oder es fehlt am Bewusstsein über die Bedeutung situativer Faktoren bei der Entstehung und Eskalation von Aggression.

Auffallend war, wie die Pflegenden risikoerhöhende und risikomindernde Faktoren gegeneinander abwogen, wenn sie das Ausmass des Risikos festlegten. Dieser Entscheidungsfindungsprozess sollte weiter untersucht werden. Entsprechende Studienergebnisse könnten zur Entwicklung von ausgefeilteren Instrumenten beitragen, welche nicht nur risikoerhöhende Faktoren beim Patienten, sondern auch protektive/risiko-mindernde Faktoren berücksichtigen

### Limitationen

Die Limitationen dieser Untersuchung sind Folgende. Die Interviews wurden auf den Stationen durchgeführt. Dies war nur dann möglich, wenn genügend Personal vorhanden war und auf der Station eine eher entspannte Atmosphäre herrschte. Möglicherweise wurden deshalb kritische, situative Einflussfaktoren (zum Beispiel Hektik auf der Station) bei der Risikoeinschätzung weniger berücksichtigt.

### Dank

Wir danken den beteiligten Kliniken und den KollegInnen aus der Praxis bestens für ihre Bereitschaft, an dieser Studie mitzuwirken.

### Literatur

1. **Abderhalden C** (2004) Systematische Einschätzung des kurzfristigen Gewalttrisikos auf Akutstationen. In: Krause P, Schulz M, Bauer R (Hrsg) Interventionen psychiatrischer Pflege. Ibicura, Unterostendorf, S 70-83
2. **Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug H, Fischer J** (2006) Predicting inpatient violence using an extended version of the Brøset-Violence-Checklist: Instrument development and clinical application. *BMC Psychiatry* 6:17
3. **Haim R, Rabinowitz J, Lereya J, Fennig S** (2002) Predictions made by psychiatrists and psychiatric nurses of violence by patients. *Psychiatr Serv* 53:622-624
4. **McNiel D** (1991) Clinical assessment of the risk of violence among psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 148:1317-1321
5. **McNiel D, Binder R** (1995) Correlates of accuracy in the assessment of psychiatric inpatients: risk of violence. *Am-J-Psychiatry*. 152:901-906
6. **Nijman H, Merckelbach H, Evers C, Palmstierna T, a Campo J** (2002) Prediction of aggression on a locked psychiatric admissions ward. *Acta Psychiatr Scand* 105:390-395
7. **Rabinowitz J, Garelik-Wyler R** (1999) Accuracy and confidence in clinical assessment of psychiatric inpatients risk of violence. *Int J Law Psychiatry* 22:99-106

## Die Interrater-Reliabilität der »Nurses' Global Assessment of Suicide Risk Scale (NGASR)« zur systematisierten Einschätzung der Suizidalität.

Bernd Kozel, Manuela Grieser, Peter Rieder, Erich Seifritz, Christoph Abderhalden

### Einleitung

Selbsttötungen sind eines der größten globalen Gesundheitsprobleme. Gemäß WHO haben die Suizidraten weltweit in den letzten 45 Jahren um 60% zugenommen, Suizid gehört heute bei den 15–44-jährigen zu den drei häufigsten Todesursachen [26]. Im Vergleich zur Normalbevölkerung weisen PatientInnen psychiatrischer Institutionen eine besonders hohe Suizidrate auf. Dieser Umstand ist in zahlreichen Untersuchungen nachgewiesen und dokumentiert [11, 12, 24, 28, 29]. Ein wichtiger sekundärpräventiver [3] Beitrag zur Senkung der Suizidraten in der Psychiatrie ist die Risikobeurteilung der Suizidalität bei psychiatrischen PatientInnen. Bisher wird die Risikoeinschätzung der Suizidalität meist jedoch noch unsystematisch und auf Intuition beruhend vorgenommen [1]. Aus diesem Grund empfehlen einige Experten die Verwendung von Assessment Instrumenten, um die Einschätzung der Suizidalität systematischer und professioneller zu gestalten [6, 7, 9, 13, 17, 18, 22, 25]. Dabei muss darauf hingewiesen werden, dass die Beobachtung auffälliger Verhaltensweisen und das Gespräch mit dem Patienten weiterhin wichtige Bestandteile des »klinischen Suizidassessments« bleiben [14]. Die Verwendung eines Instrumentes zur Vorhersage der Suizidgefährdung kann nur dann Sinn machen, wenn es in den »klinischen Gesamteindruck« eingebettet ist [21]. In der Literatur werden etwa über 50 Instrumente zur Einschätzung der Suizidalität beschrieben [2, 4, 20, 23], von denen jedoch nur wenige für die klinische Praxis geeignet sind [1, 14]. Die Nurses' Global Assessment of Suicide Risk-Scale (NGASR-Skala) [6] ist eines der wenigen Instrumente, mit dem eine globale Einschätzung der (Basis)Suizidalität vorgenommen werden kann.

### Die NGASR-Skala

Die NGASR-Skala wurde von J.R. Cutcliffe und P. Barker in England entwickelt und besteht aus 15 Items [6]. Auf einer dichotomen Rating-Skala werden die Items mit Ja / Nein beurteilt, je nachdem ob das Kriterium (zum Beispiel »Depression«) vorliegt oder nicht. Die einzelnen Items der NGASR

-Skala sind mit Punktwerten unterschiedlich gewichtet (vgl. Tabelle 1), zum Beispiel mit drei Punkten für »Hoffnungslosigkeit« und mit einem Punkt für »Witwe / Witwer«. Die Items, die mit drei Punkten belegt sind, stellen Risikofaktoren mit einer besonders großen Bedeutung für eine Suizidgefährdung dar. Die deutsche Version der NGASR-Skala wurde nach Rücksprache mit einem der Autoren (J.R. Cutcliffe) mit dem Kriterium »mehrere psychiatrische Hospitalisationen in den letzten Jahren, Wiederaufnahme kurz nach der letzten Entlassung« erweitert. Der Gesamtscore der deutschen Version der NGASR-Skala beträgt somit 26 Punkte.

Tabelle 1: Die deutsche Version der NGASR-Skala [1, 14]

Risikofaktoren	Punkte
1) Vorhandensein/Einfluss von Hoffnungslosigkeit	3
2) Kürzliche, mit Stress verbundene Lebensereignisse z.B.: Verlust der Arbeit, finanzielle Sorgen, schwebende Gerichtsverfahren	1
3) Deutlicher Hinweis auf Stimmen hören/Verfolgungsideen	1
4) Deutlicher Hinweis auf Depression, Verlust an Interesse oder Verlust an Freude	3
5) Deutlicher Hinweis auf sozialen Rückzug	1
6) Äußerung von Suizidabsichten	1
7) Deutlicher Hinweis auf einen Plan zur Suizidausführung	3
8) Familiengeschichte von ernsthaften psychiatrischen Problemen oder Suizid	1
9) Kürzlicher Verlust einer nahe stehenden Person oder Bruch einer Beziehung	3
10) Vorliegen einer psychotischen Störung	1
11) Witwe/Witwer	1
12) Frühere Suizidversuche	3
13) Vorliegen schlechter sozioökonomischer Verhältnisse z.B.: Schlechte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Armut	1
14) Vorliegen von Alkohol -oder anderem Substanzmissbrauch	1
15) Bestehen einer terminalen Krankheit	1
16) Mehrere psychiatrische Hospitalisationen in den letzten Jahren, Wiederaufnahme kurz nach der letzten Entlassung*	1

\* Ergänzung für die deutschsprachige Fassung

Die Autoren der NGASR-Skala empfehlen zur Interpretation der Ergebnisse für den klinischen Gebrauch folgende Risikostufen: 0-4 Punkte = geringes Risiko; 5-8 Punkte = mäßiges Risiko; 9-11 Punkte = hohes Risiko; 12 und mehr Punkte = sehr hohes Risiko

Die NGASR-Skala wurde von uns aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt und im Rahmen erster Pretests einer Überprüfung der Interrater-Reliabilität unterzogen. Die daraus resultierende mangelnde Interrater-Reliabilität veranlasste uns dazu, eine Schulung und Durchführungsanleitung für das Instrument zu entwickeln.

### Fragestellung

Wie reliabel ist die Rater-Übereinstimmung bei der Anwendung der deutschsprachigen Version der NGASR-Skala durch mehrere Rater?

### Methode

Zur Untersuchung der Interrater-Reliabilität der deutschen Version der NGASR-Skala nahmen 13 Personen teil (ein Oberarzt, zwei Assistenzärztinnen, eine Beschäftigungstherapeutin, fünf weibliche und 3 männliche Pflegepersonen, eine Pflegeexpertin), die die Basissuizidalität von 12 PatientInnen aus Videosequenzen mit der NGASR-Skala einschätzten. Alle 13 Studienteilnehmer wurden in der Anwendung der NGASR-Skala geschult und bekamen eine Durchführungsanleitung ausgehändigt. Als Quantifizierungsmasse der Interrater-Reliabilität wurden Cohen's Kappa [5] und die AC1-Statistik [10] verwendet. Zur Berechnung von Cohen's Kappa diente das Programm SPSS für Windows Version 11, die AC1-Statistik wurde mit der entsprechenden Formel in MS-Excel berechnet. Die AC1-Statistik wurde als alternative Darstellungsform der Interrater-Reliabilität gewählt, da die Kappa-Statistik nicht in allen Fällen (bei ungleicher Randverteilung in der Vierfeldertabelle) in der Lage ist, die Interrater-Reliabilität adäquat abzubilden. Dieses Problem wurde in der Literatur bereits von einigen Autoren beschrieben [8, 19, 27]. Pro Item wurden für die Kappa- und AC1-Statistik 78 Koeffizienten (78 Rater-Paare durch Kombination aller 13 Rater) ermittelt, von denen jeweils der Median und das 1. und 3. Quartil berechnet wurde. Für die gesamte Skala wurde der Median der 16 Kappa- und AC1-Koeffizienten berechnet (Median aus 16 Medianen der 78 Kappa- und AC1-Koeffizienten pro Item). Zur Interpretation der Kappa- und AC1-Koeffizienten wurde auf die Empfehlung von Landis und Koch zurückgegriffen (< 0.00 keine, 0.00-0.20 sehr geringe, 0.21-0.40 geringe, 0.41-0.60 mittlere, 0.61-0.80 hohe und 0.81-1.00 sehr hohe Übereinstimmung) [16].

fizienten wurde auf die Empfehlung von Landis und Koch zurückgegriffen (< 0.00 keine, 0.00-0.20 sehr geringe, 0.21-0.40 geringe, 0.41-0.60 mittlere, 0.61-0.80 hohe und 0.81-1.00 sehr hohe Übereinstimmung) [16].

### Ergebnisse

Die Interrater-Reliabilität bei 13 Ratern ergab mittels der Kappa-Statistik folgende Resultate: fünf Items mit sehr hoher Übereinstimmung, sieben Items mit hoher Übereinstimmung, drei Items mit mittlerer und ein Item mit sehr geringer Übereinstimmung (vgl. Tabelle 2). Bei der Verwendung der AC1-Statistik ergab sich für neun Items eine sehr hohe und für sieben Items eine hohe Rater-Übereinstimmung (vgl. Tabelle 2). Der Median der Kappa-Koeffizienten der 16 Items betrug 0.64 (hohe Übereinstimmung), der Median der AC1-Koeffizienten der 16 Items ergab einen Wert von 0.85 (sehr hohe Übereinstimmung).

Tabelle 2: Interrater-Reliabilität der deutschen Version der NGASR-Skala [15]

Nr.	Item	n = 78			
		AC1		Kappa	
		Median (1.-3. Quartil)	Inter- quartil	Median (1.-3. Quartil)	Inter- quartil
14	Alkohol	1.00 (1.00-1.00)	0.00	1.00 (1.00-1.00)	0.00
6	Äusserung Suizidabsichten	1.00 (1.00-1.00)	0.00	1.00 (1.00-1.00)	0.00
12	Suizidversuche	1.00 (1.00-1.00)	0.00	1.00 (1.00-1.00)	0.00
15	Terminale Erkrankung	1.00 (0.90-1.00)	0.10	1.00 (0.00-1.00)*	1.00
11	Witwe	1.00 (0.89-1.00)	0.10	1.00 (0.62-1.00)	0.38
4	Depression	0.70 (0.52-0.84)	0.32	0.66 (0.52-0.83)	0.31
3	Stimmen	0.70 (0.52-0.84)	0.32	0.66 (0.52-0.83)	0.31
1	Hoffnungslosigkeit	0.73 (0.57-0.87)	0.30	0.65 (0.44-0.80)	0.36
8	Familienanamnese	0.70 (0.57-0.84)	0.27	0.63 (0.43-0.82)	0.39
7	Plan Suizidausführung	0.90 (0.89-1.00)	0.11	0.62 (0.62-1.00)	0.38
10	Psychose	0.89 (0.80-0.90)	0.10	0.62 (0.00-0.75)*	0.75
9	Verlust Person	0.89 (0.76-1.00)	0.24	0.62 (0.42-1.00)	0.58
13	Sozioökonomie	0.73 (0.62-0.87)	0.25	0.55 (0.25-0.75)	0.50
16	Hospitalisation	0.62 (0.54-0.83)	0.29	0.43 (0.30-0.62)	0.32
2	Lebensereignisse	0.73 (0.58-0.91)	0.33	0.42 (0.25-0.62)	0.37
5	Sozialer Rückzug	0.80 (0.37-0.91)	0.54	0.00 (0.00-0.00)*	0.00
	Alle Items	0.85 (0.72-1.00)	0.28	0.64(0.60-1.00)	0.40

\* Die Items 10 Psychose (n=1), 5 Sozialer Rückzug (n=15) und 15 Terminale Erkrankung (n=55) enthalten n Fälle, für die Kappa nicht definiert ist (bei vollständiger Übereinstimmung). In diesen Fällen wurde Kappa mit 1 bewertet

## Schlussfolgerung

Die deutsche Version der NGASR-Skala ist ein reliables Instrument zur Beurteilung von Risikofaktoren für Suizid. Eine zuverlässige Anwendung in der klinischen Praxis erfordert eine Schulung und die Verwendung einer Durchführungsanleitung. Die Validität der NGASR-Skala muss noch untersucht werden.

## Literatur

1. **Abderhalden C, Grieser M, Koziel B, Seifritz E, Rieder P** (2005) Wie kann der pflegerische Beitrag zur Einschätzung der Suizidalität systematisiert werden? Bericht über ein Praxisprojekt. *Psych. Pflege Heute* 11:160-164
2. **Brown GK** (2000) A review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research with Adults and Older Adults. In: National Institute of Mental Health (NIMH). <http://www.nimh.nih.gov/suicidresearch/adultsuicide.pdf> am 14.10.2005
3. **Caplan G, Grunebaum H** (1967) Perspectives on primary prevention. A review. *Archives of General Psychiatry* 17:331-346
4. **Cochrane-Brink KA, Lofchy JS, Sakinofsky I** (2000) Clinical rating scales in suicide risk assessment. *General Hospital Psychiatry* 22:445-451
5. **Cohen J** (1960) A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement* 10:37-46
6. **Cutcliffe JR, Barker P** (2004) The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11:393-400
7. **Ebner G, Lehle B** (2005) Suizidalität - Erkennen, Vorgehensweisen, rechtliche Situation. *Psychiatrie* 4:9-18
8. **Feinstein AR, Cicchetti DV** (1990) High agreement but low kappa: I. The problems of two paradoxes. *Journal of Clinical Epidemiology* 43:543-549
9. **Finzen A** (1997) Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen: Prävention-Behandlung-Bewältigung. Bonn, Psychiatrie-Verlag
10. **Gwet K** (2002) Kappa Statistic is not satisfactory for assessing the extent of agreement between raters. <http://www.statax.com/files/articles/smirra1.pdf> am 30.10.2005
11. **Heinrich K, Klimke A** (1990) Selbsttötungen von psychiatrischen Klinikpatienten. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 38:99-108
12. **Hübner-Liebermann B, Spiessl H, Cording C** (2001) Patientensuizide in einer psychiatrischen Klinik. *Psychiatrische Praxis* 28:330-334
13. **Jobes DA** (2006) Managing suicidal risk. A collaborative approach. New York, Guilford
14. **Koziel B** (2005) Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) - Erste Überprüfung der Anwendbarkeit eines Instrumentes zur Einschätzung der Suizidalität im deutschsprachigen Raum. Fulda, unveröffentlichte Diplomarbeit
15. **Koziel B, Grieser M, Rieder P, Seifritz E, Abderhalden C** (2007) Nurses' Global Assessment of Suicide Risk - Skala (NGASR). Die Interrater-Reliabilität eines Instrumentes zur systematisierten pflegerischen Einschätzung der Suizidalität. *Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit im Druck*
16. **Landis JR, Koch GG** (1977) The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33:159-174
17. **Littlejohn C** (2004) Understanding the nurse's role in improving suicide prevention. *Nursing Times* 100:28-29
18. **Lyons C, Price P, Embling S, Smith C** (2000) Suicide risk assessment: a review of procedures. *Accident and Emergency Nursing* 8:178-186
19. **Mayer H, Nonn C, Osterbrink J, Evers GCM** (2004) Qualitätskriterien von Assessmentinstrumenten - Cohen's Kappa als Mass der Interrater-Reliabilität (Teil 1). *Pflege* 17:36-46
20. **McPherson A** (2005) An overview of the assessment tools available to mental health professionals to help determine patients at risk of suicide. *Journal of Psychiatric Nursing Research* 10:1129-1142
21. **Michel K** (2002) Der Arzt und der suizidale Patient. Teil1: Grundsätzliche Aspekte. *Schweizerisches Medizin-Forum* 29/30:704-707
22. **Morrison-Valfre M** (2005) Foundations in Mental Health Care. St. Louis, Elsevier Mosby
23. **Range LM, Knott EC** (1997) Twenty suicide assessment instruments: evaluation and recommendations. *Death Studies* 21:25-58
24. **Vaitl P, Bender W, Brunner M, Hirschka A** (1995) Patientensuizide im Psychiatrischen Krankenhaus Haar bei München im Zeitraum 1975-1989. *Krankenhauspsychiatrie* 6:23-28
25. **Valente S** (2002) Overcoming barriers to suicide risk management. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 40:22-33
26. **WHO** (2003) Suicide prevention. [http://www5.who.int/mental\\_health](http://www5.who.int/mental_health) am 12.01.2005
27. **Wirtz M, Caspar F** (2002) Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität. Göttingen, Hogrefe
28. **Wolferdsdorf M, Franke C, Keller F, Wurst F** (2001) Die Entwicklung der Suizidzahlen und -raten im Bezirkskrankenhaus Bayreuth 1976 - einschliesslich 2000. *Psychiatrische Praxis* 28:337-340
29. **Wolferdsdorf M, Keller F** (2000) Patientensuizide während stationärer psychiatrischer Therapie. Neue Entwicklungen. *Psychiatrische Praxis* 27:277-281

## Evaluation der Verteilung von Pflegeleistungen im Rahmen von stationärer gerontopsychiatrischer Krankenbehandlung

Rüdiger Noelle, Michael Schulz

### Hintergrund

Verteilung von Pflegeleistungen findet im stationären Behandlungsverlauf fortwährend statt, ohne regelmäßig explizit evaluiert zu werden. Der Ressourceneinsatz in der Gerontopsychiatrie ist eng verbunden mit dem (professionellen) Grundpflegebedarf als Folge chronischer Krankheitsverläufe der zu behandelnden Patienten. Der Rahmen der Psychiatriepersonalverordnung war hier bisher schwerpunktmäßig für die Bemessung des Bedarfs sowie die Verteilung der vorhandenen Pflegeressourcen handlungsleitend. Der zunehmende Kostendruck innerhalb der Institutionen erhöht den Begründungsdruck für entsprechende Verteilungsentscheidungen (Allokationsentscheidungen) und somit die Ansprüche an entsprechende Erhebungsinstrumente.

Vor diesem Hintergrund wurde in der Gerontopsychiatrischen Abteilung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel eine Studie mit dem Ziel durchgeführt, Ressourcenbedarf messen zu können sowie Behandlungs- bzw. Pflegequalität mit den Ergebnissen in Beziehung zu setzen.

### Methode

Im Rahmen einer Vollerhebung wurden Daten aller in der Abteilung aufgenommenen Patienten über die Dauer von 18 Monaten explorativ ausgewertet. Zugrunde liegt eine naturalistische Untersuchungsanordnung ohne Kontrollgruppen. Die Vorgaben an Minutenwerten für Grundpflege nach der Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) wurden für die Stationen berechnet und als weiterer Ansatz dazu der Pflegebedarf bei allen Patienten mittels der Pflegebedarfseinstufung nach dem Pflegeversicherungsgesetz (§ 14 Sozialgesetzbuch XI) erhoben. Neben diesen zwei normativen methodischen Zugängen wurde bei einem Teil der untersuchten Population der Barthel-Index als valides und testtheoretisch gut überprüfbares Erhebungsinstrument eingesetzt. Je nach eingesetztem Instrument lassen sich aus dem Ergebnis unterschiedliche Ressourcenbedarfe ableiten, welche sich

auch im Hinblick auf die Diagnosegruppen unterscheiden. Vergleicht man den errechneten Bedarf an Pflegeminuten nach SGB XI mit denen nach PsychPV, so ergeben sich Unterschiede von bis zu 4-fachem Wert der täglichen Bedarfszeit an Grundpflegeminuten bei dementen Patienten. Diese auffallenden Diskrepanzen in der zeitlichen Bewertung wurden bei dem Kongress »Wissen schafft Pflege – Pflege schafft Wissen« in Wien vorgestellt sowie an anderen Stellen in die Diskussion um die gerontopsychiatrische Versorgung eingebracht.

Um den Behandlungsbereichen die vorhandenen pflegerischen Ressourcen begründet zuweisen zu können, sollten im Weiteren, unabhängig von den stark unterschiedlichen Ergebnissen, Prädiktoren für die Entwicklung des Pflegebedarfs im Verlauf der stationären Behandlungen gefunden werden. Diese Entwicklungen des Grundpflegebedarfs von der Aufnahme zur Entlassung, lassen sich mit dem verhältnismäßig groben Zeitraster der Pflegeversicherung und der geringen Unterscheidung bei den Stufen nach der PsychPV nur begrenzt erfassen. Detaillierter lässt sich die Veränderung mit den Kennzahlen des Barthel-Index aufzeigen.

Vorgelegt werden die Verknüpfungen der erfassten Pflegebedarfe mit den Aufnahmediagnosen nach der ICD-10 und der zugrunde gelegten führenden, psychiatrischen Pflegediagnose nach NANDA.

Die fortlaufenden Erhebungen haben das Ziel, Prädiktoren aus ICD-Diagnose, Pflegediagnose und Pflegebedarfserhebung zu finden, die es ermöglichen, bei der Aufnahme eines Patienten dessen Pflegebedarf für den Verlauf der Behandlung einzuschätzen. Hierauf sollen dann die Aufnahme- steuerung und die Verteilung der Pflegeressourcen reagieren.

### Ergebnisse

Ausgewertet wurden 209 komplett erfasste Verlaufsdokumentationen des ersten Halbjahres 2006, damit waren 69% der in dem Zeitraum behandelten Patienten erfasst. Nach den Werten des bei der Aufnahme und der Entlassung erhobenen Barthelindex verließen 46% der Patienten die stationäre Behandlung mit dem gleichen Pflegeaufwand, mit dem sie gekommen waren. Bei 18% konnte eine Verbesserung festgestellt werden, wie auch bei 18% eine Verschlechterung im Barthelindex. Bei Patienten mit den Aufnahmediagnosen F00 – F03 fanden sich 25% mit gestiegenem Pflegeaufwand

und bei denen aus dem Bereich F30 15%. Die vorgenommenen Zusammenhangsanalysen ergaben eine Konstellation, bei der der Barthelindex im Durchschnitt sich um 10 Punkte reduzierte: Betroffen hiervon sind Patienten mit ICD-Aufnahmediagnosen Demenz ( F00 – F03) in Kombination mit der Pflegediagnose »chronische Verwirrtheit«.

Insgesamt konnte bei diesen Patientinnen der somatische und psychiatrische Gesundheitszustand nach CGI-Maß »mäßig« verbessert werden, bei der Global Assessment Functioning Scale war eine moderate Steigerung im Rating zu sehen.

Hier zeigt sich auch in der stationären gerontopsychiatrischen Patientenversorgung ein Bedarf einer Patientengruppe, der sich so auch in somatischen Krankenhausbereichen findet und auf dessen besondere Lage bereits an mehreren Stellen hingewiesen wird. So schreibt WINGENFELD. »In aller Regel ist eine andere Erkrankung Anlass für die stationäre Behandlung und das Zentrum, um welches Handlungsorientierungen der Mitarbeiter und Versorgungsroutinen kreisen. Zugleich aber wird das Versorgungsgeschehen durch demenzbedingte Verhaltensweisen des Patienten und seine begrenzte Fähigkeit zur Problembewältigung und Kooperation maßgeblich geprägt. Strukturen, Abläufe und Handlungskonzepte im Akutkrankenhaus sind darauf nicht ausgerichtet. Durch den vom DRG-System ausgehenden Druck, Versorgungsabläufe effizienter zu gestalten, wird sich diese Schere vielmehr weiter öffnen. Dieses System setzt letztlich einen anpassungsfähigen Patienten voraus, während demenziell Erkrankte mehr als andere Patienten umgekehrt auf eine flexible Anpassung der Versorgung angewiesen sind. Ohne eine solche Anpassung kann der stationäre Aufenthalt einen spürbaren Einschnitt im individuellen Krankheitsverlauf nach sich ziehen.« (Siehe Beitrag von WINGENFELD in diesem Band)

Die benannten Hauptergebnisse unserer empirischen Studie machen deutlich, dass bei der Bestimmung des notwendigen Pflegebedarfs valide Instrumentarien fehlen und die vorhandenen Instrumente unterschiedliche Ergebnisse zu Tage fördern. Den vorgestellten Ergebnissen liegt methodisch ein quantitativer Zugang zu Grunde. Um ein tieferes Verständnis für charakteristische Behandlungsverläufe und pflegerisches Aufgabenspektrum zu erhalten, sollen im Folgenden anhand von skizzierten Fallbeispielen Versorgungsszenarien im stationären gerontopsychiatrischen Akutsetting dargestellt werden.

## Fallbeispiele

### *Beispiel 1: Verlust von Selbstpflegefähigkeiten im Rahmen des stationären Aufenthaltes*

Frau H., 85 Jahre:

Frau H. ist seit 1975 verwitwet, lebt bei einer Tochter, die gleichzeitig gesetzliche Betreuerin ist. Frau H. war zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Pflegestufe II eingruppiert und kam zu uns mit einem Unterbringungsbeschluss aufgrund von Weglauftendenzen. Darüber hinaus war sie sehr unruhig und bot einen gestörten Tag-/Nachtrhythmus. Eine Demenz vom Alzheimer-Typ war bereits diagnostiziert und im Rahmen des stationären Aufenthaltes sollte eine Medikamentenumstellung vorgenommen werden.

### **Aus dem Entlassungsbrief:**

»Vom stationären Therapieprogramm nahm Frau H. neben aktivierender und motivierender Pflege an der Ergotherapie und den Gruppenangeboten teil, konnte aber nur sehr eingeschränkt davon profitieren. Frau H. benötigte den schützenden und überschaubaren Rahmen unserer Station.

Sie war tagsüber ausreichend ruhig und hat nachts überwiegend geschlafen, sodass durch die Gesamtheit der stationären Anwendung zumindest eine gewisse Verbesserung des Tag-/Nachtrhythmus erreicht werden konnte.«

Folgende Werte-Parameter geben einen Eindruck des Gesundheitszustandes von Frau H.:

### *Psychiatrischer und somatischer Gesundheitszustand (CGI)*

bei Aufnahme: »deutlich krank«

bei Entlassung: »mäßig krank«

### *Global Assessment Functioning Scale (GAF)*

bei Aufnahme 40P: »Einige Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung oder der Kommunikation oder starke Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit«

bei Entlassung 45P: »Ernsthafte Symptome oder ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit«

### *Barthelindex*

bei Aufnahme 75 Punkte; bei Entlassung 40 Punkte. Dabei hat sie in den folgenden Bereichen an Kompetenzen verloren:

Toilettenbenutzung von 10 (selbständig) auf 0 (keine Nutzung)

An- und Auskleiden von 5 (teilselbständig) auf 0

Harn- und Stuhlkontinenz je von 10 (selbständig) auf 0 (Inkontinent)

Folgende Aspekte lassen sich aus der Pflegeplanung von Frau H. ableiten:

#### *Pflegerische Maßnahmen im Rahmen der Pflegediagnose »chronische Verwirrtheit«:*

- für Sicherheit der Patientin sorgen
- sich klar und einfach ausdrücken
- Realitätsorientierung fördern
- Validation
- Ressourcen der Patientin fördern
- Ressourcen der Familie ermitteln

Die ersten vier Positionen sind täglich in Früh-, Spät- und Nachtschicht durchgeführt und dokumentiert worden. Familienkontakt gab es nur an einzelnen Tagen.

#### *Pflegerische Maßnahmen im Rahmen der Pflegediagnose »gestörte Denkprozesse«:*

- Vorbeugen weiterer Verschlechterung durch Tagesstruktur
- genaue Beobachtung der psychischen Erkrankung
- Förderung des Wohlbefindens durch regelmäßige Kontakte
- Sorgen für ausgewogene Ernährung
- Medikamentöse Behandlung nach ärztlicher Anordnung

Alle Maßnahmen wurden täglich in Früh- und Spätschicht durchgeführt und dokumentiert. In den Nachtschichten wurden Beobachtung sowie die Gabe der verschriebenen Medikamente dokumentiert.

#### *Pflegerische Maßnahmen im Rahmen der Pflegediagnose »Orientierungslosigkeit«:*

- einfache Kommunikation
- Erfassen der Gewohnheiten
- Erkennen möglicher Gefahren
- Einhalten von Sicherheitsmaßnahmen
- bei Unruhe Patientin ablenken

Sämtliche Maßnahmen wurden täglich im Früh- und Spätschicht durchgeführt und dokumentiert. Ab dem sechsten Behandlungstag wurden Maßnahmen zur Perspektiv- und Entlassplanung dokumentiert.

#### *Pflegerische Maßnahmen im Rahmen der Pflegediagnose »Selbstversorgungsdefizit, An- und Auskleiden«*

- individuelle Unterstützung geben
- Hilfsmittel beschaffen, bereitstellen und anleiten
- zum selbständigen Kleiden anleiten

Sämtliche Maßnahmen wurden täglich in Früh- und Spätschicht durchgeführt und dokumentiert. In den Nachtschichten wurde individuelle Unterstützung dokumentiert.

Aus der Pflegedokumentation geht hervor:

1. Nacht: Pat. hier sehr ängstlich, verunsichert; hat Angst, dass ihre Mitpatientin nicht mehr lebt, als diese tief und fest schläft; kommt häufig aus dem Zimmer; sieht in der Lampe über dem Waschbecken den Mond.
- Am 2. Tag: Orientierung unverändert; Patient wirkt etwas ruhiger. [...]
4. Tag: Wirkt sehr hilflos als sie vom CT kommt.
5. Tag: Pat. sucht aufgrund ihrer Desorientiertheit den häufigen Kontakt zu Mitarbeiter; hinterfragt immer wieder warum sie hier sei, wann und wie sie nach Hause könne.

Tägliche Eintragungen über zunehmendes Urinieren an unterschiedlichsten Stellen.

Letzter Eintrag der Pflegedokumentation vor Entlassung: Pat. kramt nachts sehr viel herum.

### **Diskussion**

Die empirischen Ergebnisse sowie das Fallbeispiel machen exemplarisch deutlich, dass die stationäre gerontopsychiatrische Versorgung in psychia-

trischen Krankenhäusern mit komplexen Krankheitsverläufen konfrontiert ist und der Gefahr einer potentiellen Verschlechterung des Gesamtzustandes mit präventiven Ansätzen begegnet werden muss. Im Fall der vorgestellten Frau H. verliert die Patientin im Rahmen des Aufenthaltes die Fähigkeit sich an- und auszukleiden und ist stuhl- und harninkontinent, was sie zum Zeitpunkt der Aufnahme noch nicht war. Diese massive Einbuße an Lebensqualität sowie der zu erwartende erhöhte Pflege- und Versorgungsbedarf im häuslichen Umfeld können mit dem erzielten Behandlungsergebnis nicht in Relation gesetzt werden. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass eine solche Entwicklung keinesfalls bei allen Patienten zu erwarten ist; solche Verläufe aber Professionellen aus diesen Bereichen sehr wohl bekannt sein dürften. Vor diesem Hintergrund gilt es das vorhandene Versorgungssetting zu überdenken. Anhand des Fallbeispiels wird deutlich, dass rehabilitative Versorgungs- und Pflegeinterventionen stärker als bisher implementiert und auf Wirksamkeit hin überprüft werden müssen. Dies erfordert auf der qualitativen Ebene Pflegeexperten, die in der Lage sind, über individuell angepasste Pflegepläne gemeinsam mit den anderen Berufsgruppen dem Verlust von Pflegefähigkeiten vorzubeugen. Dies erfordert aber auch, dass der Verlust von Selbstpflegefähigkeiten neben der individuellen Tragik für Patienten und Angehörige auch aus volkswirtschaftlicher Sicht ernst genommen wird. Die hohen zu erwartenden Folgekosten vergleichbarer Verläufe machen ein valides Monitoring zur Prävention notwendiger Ressourcen unentbehrlich. Die im Rahmen unserer Studie überprüften Systeme SGB-XI-Einstufung sowie PsychPV werden den benannten Anforderungen nicht gerecht.

## Literatur

1. **Corbin, J., Strauss, A.** (1998): Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheiten in Woog, P. (Hrsg.): Chronisch Kranke pflegen, S. 1-30, Ullstein medical, Wiesbaden.
5. **Dilling, H., Mombour, W. Schmid, M. H.,** (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F), Verlag Hans Huber, Bern.
3. **Maidhof, R., Schneider, F., Rachold, U., Gerber, J., Niehoff, J.-U., Sann, J.** (2002): Der Barthel-Index: eine Alternative zum Begutachtungsverfahren in der Pflegeversicherung?, in Gesundheitswesen 2002, 64: 54-59, Thieme Verlag, Stuttgart.
4. **Noelle r. Schulz, M.** (2006): Pflegebedarfserhebung in der stationären Gerontopsychiatrie: Ergebnisse aus einer nicht experimentellen prospektiven Vollerhebung in Kongressband Wissen schafft Pflege - Pflege schafft Wissen, Needham, I., Schoppmann, S., Schulz, M., Stefan, H., Hsg., Ibicura, Unterostendorf.

# Adherence Therapie – Neues Berufs- und Arbeitsfeld psychiatrisch Pflegender?

Sebastian Dorgerloh, Michael Schulz

**Hintergrund:** Im Jahr 2003 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen Bericht mit dem Titel: »Adherence to long-term therapies – evidence for action« (Sabate, 2003). Der Bericht macht deutlich, dass ein niedriges Adhärenzniveau bei der Behandlung chronisch kranker Menschen weltweit ein Problem darstellt. Für entwickelte Länder liegt die durchschnittliche Quote bei 50 %, für Entwicklungsländer deutlich niedriger. Demnach kommen die entwickelten Therapiepläne in der Hälfte der Fälle zur Umsetzung. Dies gilt auch für die Gruppe der Patienten mit Schizophrenie.

**Problemstellung:** Welche strukturierten Interventionsprogramme stehen der Berufsgruppe der psychiatrisch Pflegenden zur Verfügung, um das Adhärenzeniveau hinsichtlich der Psychopharmakatherapie von Patienten mit Schizophrenie zu verbessern?

**Ziele /Vorgehen:** Vorgestellt werden die Schlüsselinterventionen- und qualifikationen der Schulung für psychiatrisch Pflegende in der Adherence Therapie, die u. a. auf der Grundlage des Concordance Skills Manual (2004, Institute of Psychiatry / London) basiert. Diese Schulung wurde bisher im deutschsprachigen Raum (Deutschland / Schweiz) dreimal mit insgesamt 42 Teilnehmern durchgeführt. Adherence Therapie ist eine strukturierte Intervention, die im Rahmen von 8 Behandlungseinheiten in Einzelkontakten durchgeführt wird. Durch umfassende Information, gleichberechtigten Kommunikation und gemeinsame Entscheidungsfindung soll erreicht werden, dass der Patient eine in Bezug auf seine Psychopharmakatherapie aktive, verantwortungsvolle Rolle übernimmt und klare, für ihn Sinn machende Entscheidungen zu seinem Umgang mit der medikamentösen Therapie fällt. Die Intervention berücksichtigt frühere Erfahrungen mit Medikamenten, die direkten Lebensumstände und die persönliche Situation des Patienten.

Ergebnisse / Erfahrungen: Ein wesentliches Ergebnis der durchgeführten Schulungen ist, dass es gelungen ist psychiatrisch Pflegende in der Adherence Therapie auszubilden, sodass sie in der Lage sind diese Einzelintervention anzuwenden. Dies wurde teilweise mithilfe der Adherence Therapy Competency Scale (Version II) evaluiert. Auf die vielfältigen organisatorischen sowie strukturellen Erfahrungen, z. B. Ausdifferenzierung von Qualifikationsniveau innerhalb der Berufsgruppe, Rollenkonflikte, Umgang mit Aushandlungsprozesse im interdisziplinären Team, Verankerung der Intervention im Behandlungsplan, kurze Verweildauern von Patienten, Verzahnung stationärer und ambulanter Settings etc., die in der praktischen Umsetzung beobachtet werden konnten, wird vertiefend eingegangen.

**Diskussion / Schlussfolgerungen:** Die abschließende Diskussion fokussiert auf folgende Fragen: Ist es nicht eine ureigenste Aufgabe pflegerischen Handelns, die Folgen chronischer Krankheiten und damit die Adherence von chronisch kranken Menschen in den Fokus professionellen Handelns zu rücken? Wie kann es gelingen diese Intervention im interdisziplinären Kontext wahrzunehmen? Welche Bedeutung hat die Adherence Therapie für Herausbildung neuer Berufs- und Arbeitsfelder für psychiatrisch Pflegende im stationären sowie ambulanten Setting?

# Die Stigmatisierung von psychisch kranken Menschen Konzept zur Sensibilisierung von Pflegefachpersonen

Markus Berner

## Einleitung

Neben den gesundheitlichen Folgen, die psychisch Kranke zu tragen haben, ist im Alltag einer psychiatrischen Klinik immer wieder zu beobachten, welche sozialen Folgen Patienten<sup>1</sup> durch ihre psychische Krankheit zu tragen haben. Die negativen psychosozialen Konsequenzen zeigen sich im Berufsleben, der Familie und im Freundes- Bekanntenkreis. Oft braucht es nur ein einziges Merkmal, damit die Umwelt psychisch Kranke als gefährlich oder unberechenbar einstuft und sich das soziale Umfeld zurückzieht. Betroffene fühlen sich sozial isoliert und leiden unter dem Zustand der Stigmatisierung.

In der WHO Konferenz Helsinki [8] fordern die Teilnehmenden, dass die Menschenrechte und die Würde der Betroffenen geschützt werden müssen, Massnahmen gegen die Stigmatisierung in den Bereichen Öffentlichkeit, Gesetzgebung, Medien, Bildung und der Organisationen (Spitäler, Kliniken) eingeführt, unterstützt und gefördert werden.

## Begriffsklärung- theoretische Perspektive

Der Begriff »Stigma« kommt laut Duden [3] aus dem Griechischen und bedeutet ursprünglich »Stich, Mal, Zeichen, Wundmal« und beschreibt auch das den Sklaven aufgebrannte Mal. Der Begriff schuf im Mittelalter einen Verweis auf körperliche Zeichen, die dazu bestimmt waren, etwas Ungeöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand des Trägers zu offenbaren [6]. Das Brandmarken eines Verbrechers oder einer aus anderen Gründen unreiner Person hinterlies ein unauslöschliches körperliches Merkmal, das Stigma. So wurde für jeden ersichtlich, dass es sich bei dieser Person um einen Verbrecher oder Verräter, in jedem Fall aber um eine Person handelte, die gemieden werden musste.

Finzen [5] unterteilt im Hinblick auf die unterschiedlichen Lernerfahrungen in das »angeborene Stigma«, das »Stigma der Minderheitszugehörigkeit« und

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit des Textes wird die männliche Sprachform gewählt. Im Text werden natürlich immer beide Geschlechter angesprochen.

»Stigma durch Krankheit«. Beim angeborenen Stigma wie Taubheit, Blindheit etc. lernen die Betroffenen von früher Kindheit an, mit den Reaktionen der Umwelt und ihrem Status als Ausgeschlossene zu leben. Diejenigen, die auf Grund ihrer Minderheitszugehörigkeit stigmatisiert sind, haben nach Finzen [5] bessere Möglichkeiten der Stigmabewältigung, da sie gesund sind und in einer Gemeinschaft leben, die in gleicher Weise von Stigma betroffen ist. Das Stigma, dem man erst im Laufe seines Lebens ausgesetzt wird, zum Beispiel durch den Ausbruch einer psychischen Erkrankung, ist besonders schwierig zu bewältigen. Die Betroffenen sind mit Vorbehalten gegenüber psychisch kranken Menschen aufgewachsen, denen sie jetzt selber ausgesetzt sind und neigen dadurch zur Selbststigmatisierung.

Für eine stigmatisierte Person ist im Umgang mit »Normalen« die Hauptmöglichkeit gegeben, so zu handeln, als ob ihre Andersartigkeit nicht von Bedeutung wäre. Allerdings sind diese Situationen meist von Spannung, Unsicherheit und Angst auf beiden Seiten geprägt, der Stigmatisierte ist unsicher, wie er vom Gegenüber beurteilt wird und was der andere wirklich über ihn denkt. Auf der anderen Seite fühlt sich der Nicht-Stigmatisierte auch unsicher im Kontakt mit dem Erkrankten und fühlt sich der Situation nicht gewachsen. Zumeist ist er aber auf das Stigma des Gegenübers fixiert, allerdings ohne ein offenes Erkennen zu zeigen. Allein aufgrund dieser Schwierigkeiten in der Interaktion zwischen Stigmatisierten und »Normalen« ist die Tendenz zum Ausweichen eben solcher Situationen verständlich. Damit ist jedoch auch die Ausgrenzung und die Isolation der Stigmatisierten vorprogrammiert.

### **Erkenntnisse aus Forschung, Literatur und Befragung**

Eine im Jahr 2005 verfasste Literaturreview [2] zeigt auf, dass sich psychisch Kranke in vielfältiger Weise der Stigmatisierung ausgesetzt fühlen. Es wird zwischen von ihnen antizipierten Reaktionen seitens ihrer Umwelt und tatsächlich erfahrener Stigmatisierung unterschieden. Im Umgang mit dem Stigma der Krankheit bevorzugen die Betroffenen defensive Strategien wie Rückzug und Geheimhaltung. Die Aussagen der Review decken sich mit den Ergebnissen einer Review von Angermeyer [1], die zudem die Aussage macht, dass die Furcht vor Stigmatisierung negative Auswirkungen auf das Hilfesuchverhalten und die Compliance der Kranken mit der psychiatrischen Behandlung hat.

Die Literaturreview [2] zeigt auch auf, dass sich die Patienten während ihres Aufenthaltes in der psychiatrischen Klinik durch Fachpersonal stigmatisiert fühlen. Patienten berichten darüber, dass sie z.B. in einem Spital unter Depressionen und Suizidgedanken leidend, stundenlang in einem geschlossenen Zimmer auf Behandlung warten mussten oder, dass sie von Professionellen kaum Informationen über ihre Krankheit oder über die Medikamente erhalten haben.

Damit die Einstellung und Haltung der Professionellen zu psychisch Kranken erkannt werden kann, haben Lauber, Nordt, Braunschweig und Rössler [7] eine Studie durchgeführt mit der Fragestellung: »Stigmatisiert psychiatrisches Fachpersonal ihre Patienten?« Die Studie wurde in der deutschsprachigen Schweiz in den Jahren 03/04 durchgeführt. Die Befragung hat in Form von computergestützten, telephonischen Interviews in neunundzwanzig psychiatrischen Einrichtungen (ambulant und stationär) stattgefunden. Insgesamt wurden 1073 Interviews mit Pflegepersonal, Psychiatern und anderen, in der Psychiatrie Tätigen durchgeführt. Die Ergebnisse der Interviews wurden mit der Meinung der schweizer Allgemeinbevölkerung über psychisch Kranke verglichen. Daraus geht hervor, dass Fachpersonal in psychiatrischen Kliniken eine ähnlich schlechte Einschätzung für negative Stereotypen ihrer Patienten hat wie die Allgemeinbevölkerung. So schätzen Professionelle psychisch Kranke als unzuverlässig, normabweichend und seltsam ein. Positive Bilder über psychisch Kranke wie »soziale Geselligkeit, Sachkenntnisse und Kreativität« wurden eher negativ bewertet. Demgegenüber wurden Merkmale wie »Launenhaftigkeit, Unvernunft, Gefährlichkeit und Gewaltbereitschaft« höher eingestuft als bei gesunden Menschen. Auffallend ist, dass Psychiater eher negative, Psychologen dagegen die positivste Einstellung gegenüber ihren Patienten haben. Pflegende liegen bei der Einschätzung im Mittelfeld.

Gaebel, Möller und Rössler [4] beschreiben in »Stigma-Diskriminierungsbewältigung«, dass Professionelle den psychisch Kranken auf den verschiedenen Stationen seiner Krankheit begleiten. Anfällig für Stigmatisierung von Seiten Professionellen scheinen vor allem Phasen der Erkrankung zu sein, in der Betroffene nicht mehr selbst über ihr Schicksal verfügen können. Dies müssen nicht nur Akutfasen mit womöglich zwangsmässiger Unterbringung sein, sondern ganz generell Situationen, in denen ein Abhängigkeitsverhältnis besteht. Aufgrund dessen fordern die Autoren einerseits das Bewusstsein von professionell Tätigen und ihre Einstellung zu fördern,

andererseits durch diesen Bewusstseinsprozess Veränderungen zum Abbau von Stigma/Diskriminierung zu ermöglichen. Die Autoren kommen zur Schlussfolgerung, dass Versuche, die Haltung der Allgemeinbevölkerung zu psychisch Kranken zu ändern kritisch zu beurteilen sind, wogegen Interventionen bei spezifischen Gruppen, zum Beispiel bei Fachpersonen als erfolgsversprechender anzusehen sind.

Im Rahmen des Projektes wurde in der Klinik, eine Befragung von sechs Patienten durchgeführt. Zur Datenerhebung wurde das Instrument der Gruppendiskussion gewählt, weil sich die Teilnehmenden darin gegenseitig an das Thema heranführen. Die Teilnehmenden waren zwischen 38 und 65 Jahre alt, zwei Frauen und vier Männer. Im stationären Aufenthalt haben alle Teilnehmenden dem Therapieprogramm der Suchtgruppe teilgenommen.

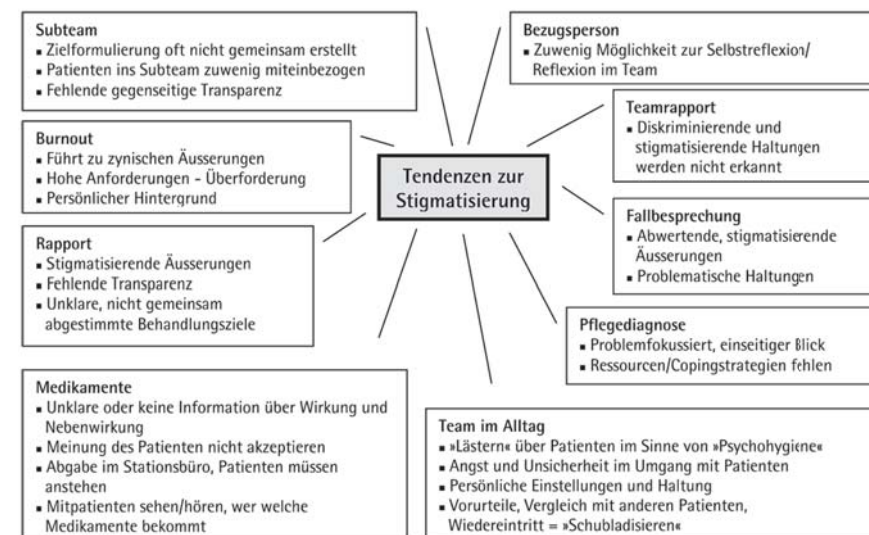
Die Untersuchung hat ergeben, dass sich die Befragten vorwiegend durch die Gesellschaft, Familie, und Arbeitgeber stigmatisiert fühlen. Im Weiteren sehen sie einen Aspekt der Stigmatisierung durch sich selber, dies zeigt sich in Äußerungen wie «Ich habe alles falsch gemacht» oder «ich bin weniger Wert als die anderen». Als weiterer Faktor wird die gegenseitige Stigmatisierung unter den Patienten genannt. So werden die Teilnehmenden mit Stimmen konfrontiert wie: «Sucht ist doch keine Krankheit» oder «die sind doch selber schuld, mit Alkohol kann man umgehen, wenn man nur will». In solchen Situationen fühlen sich die Betroffenen fehl am Platz, möchten am liebsten austreten oder haben das Bedürfnis, «nur unter seines Gleichen sein zu wollen» und tendieren zum Rückzug in der Abteilung.

Zudem wünschen die Patienten bessere und klarere Informationen zu den Medikamenten und empfinden es als sehr diskriminierend, jeweils bei der Abgabe von Medikamenten in der Warteschlange vor dem Büro anstehen zu müssen. Im Bezug auf die Reservemedikamente berichtet die Hälfte der Gruppe über schlechte Erfahrungen. »Als es mir sehr schlecht gegangen ist, musste ich richtiggehend betteln um ein Reservemedikament zu erhalten« und »Ich hatte das Gefühl, mit meinem Befinden nicht ernst genommen zu werden.«

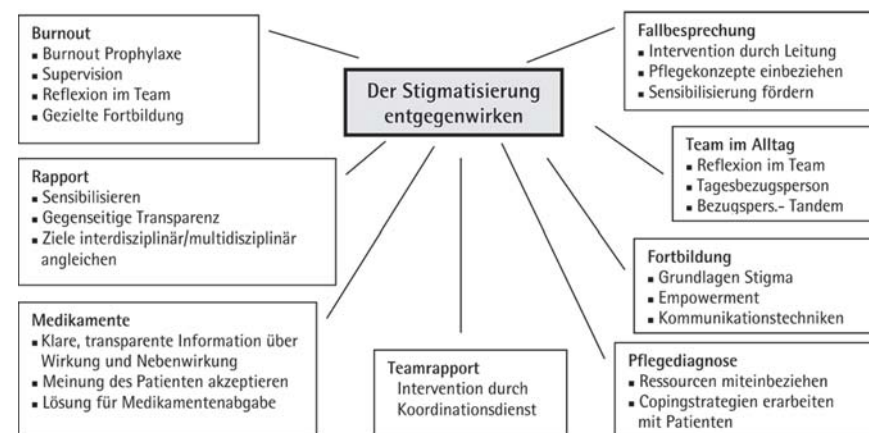
## Ergebnisse

Aufgrund der oben beschriebenen Literatur und der Befragung der Patientengruppe aus der Klinik, hat sich die Projektgruppe die Frage gestellt, wie und in welchen Bereichen des pflegerischen Alltags Stigmatisierung von

Patienten oder die Tendenz zu Stigmatisierung stattfindet. Die Ergebnisse aus der Diskussion und Reflexion der Projektgruppe werden nachfolgend dargestellt.



Die Darstellung macht deutlich, in welchen Bereichen des pflegerischen Alltags die Tendenz zur Stigmatisierung von Patienten durch Pflegende besteht beziehungsweise wo Stigmatisierung stattfindet. Die Projektgruppe hat daraus Maßnahmen und Empfehlungen erarbeitet, die nachfolgend grafisch dargestellt werden.



## Diskussion

Die Patienten werden nicht nur in und durch die Gesellschaft, sondern auch während ihres Aufenthaltes in der psychiatrischen Klinik durch das Fachpersonal und die Pflegenden stigmatisiert. Diese Tatsache wird durch die bearbeitete Literatur und die Aussagen der Patienten deutlich dargestellt. In der Reflexion durch die Projektgruppe wird in dieser Arbeit noch deutlicher aufgezeigt, dass Pflegende in ihrem Berufsalltag stigmatisieren oder die Tendenz zur Stigmatisierung von Patienten aufweisen. Diese Projektarbeit macht den Versuch aufzuzeigen, was in einer Organisation unternommen werden kann, um die Stigmatisierung von psychisch kranken Menschen in einer psychiatrischen Klinik zu reduzieren. Das erarbeitete Konzept basiert auf dem Wissen aus der Forschung, aus der Expertise von Pflegenden und aus Aussagen von Patienten.

Die vorliegenden Ergebnisse sind ein Hinweis dafür, dass negative Vorurteile nicht eine Frage des intellektuellen Wissens über psychische Erkrankungen sein können, sondern einer persönlichen, emotionalen Einstellung und Haltung entspringen. Fachpersonen brauchen daher mehr Sensibilität dafür, wo sie psychisch kranke Menschen abwerten und aus welchen Gründen sie das tun. Um dies herauszufinden, ist in erster Linie eine stete Selbstreflexion notwendig. Supervision, Intervision, Reflexion im Team und Selbsterfahrung können Pflegenden dabei behilflich sein.

## Schlussfolgerung

Das Thema der Stigmatisierung muss in der Pflegepraxis stärkere Beachtung finden. Ein erstes Konzept und ein erster Schritt für die Pflegepraxis ist mit dieser Arbeit entstanden. Da es sich hier in erster Linie um Haltungsfragen gegenüber den Patienten und auch um persönliche Einstellungen handelt, empfiehlt der Projektleiter, das Thema »Stigmatisierung« in regelmässigem Turnus an Pflegeforen und Fallbesprechungen aufzunehmen. Dadurch kann ein steter Sensibilisierungsprozess aufrechterhalten werden und das Thema kann somit nicht in »Vergessenheit« geraten. Zudem erhalten die Pflegenden durch die Diskussion und die Auseinandersetzung die Gelegenheit, ihre eigene Haltung und persönliche Einstellung zur Stigmatisierung zu überprüfen und, wo notwendig, anpassen zu können.

## Literatur

- 1 **Angermeyer M** (2003) Das Stigma psychischer Krankheit aus Sicht der Patienten - Ein Überblick. *Psychiatrische Praxis* 30:358-366
- 2 **Berner M** (2005) Wege im Umgang mit der Stigmatisierung von psychisch kranken Menschen. Unveröffentlichtes Manuskript, Zürich: SBK
- 3 **Duden** (2005) Fremdwörterbuch. Dudenverlag, Zürich
- 4 **Gaebel W, Möller H, Rössler W** (2005) Stigma - Diskriminierung - Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart, Kohlhammer
- 5 **Finzen A** (2001) Psychose und Stigma. Stigmabewältigung- zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisungen. Psychiatrieverlag, Bonn
- 6 **Goffman E** (1975) Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Surkamp, Frankfurt am Mai
- 7 **Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W** (2006) Do mental health professionals stigmatize their patients?
- 8 **Weltgesundheitsorganisation** (2005) Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit. Herausforderungen annehmen. Lösungen schaffen. From Retrieved April 06 <http://www.euro.who.int/Document/MNH/gdoc07.pdf>

## Posterpräsentation

### »Und bist Du nicht willig, so brauch' ich Gewalt!«

Cornelia Gianni, Matthias Hürlimann

Bei der Planung eines Pflegetages im April 2008 im Isar-Amper-Klinikum, Klinikum- München- Ost ergab sich auf der Suche nach einem Motto immer wieder das Thema »Gewalt« in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege. Es scheint, dass dieses Thema einen hohen Stellenwert für Pflegende und Patienten hat, es wird z. B. in dem Lehrbuch Psychiatrische Pflege (1) besprochen, zudem ist »Gewalt« in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege die Grundlage verschiedener Untersuchungen und Publikationen von zum Beispiel Needham I, Abderhalden Ch, Richter D, Stefan H etc.. Innerhalb des Mottos der »Gesundheitsförderung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege – ein Qualitätsmerkmal der Pflege« sollte über das Thema »Gewalt« am Pflegetag 2008 ein Austausch stattfinden.

Nun wurde ein Weg gesucht, eine Diskussion anzuregen und den Teilnehmern die Möglichkeit zu geben, sich auszutauschen. Es entstand die Idee, mögliche Dimensionen der Gewalt zu visualisieren und mit einem interaktiven Poster die Gelegenheit zu geben, sich nicht nur verbal auszudrücken, sondern Gedanken und Erfahrungen auch schriftlich zu erfassen.

Als Denkanstoß wurden diese zentralen Fragen umgesetzt:

- Hat Gewalt in der pflegerischen Praxis nur destruktive Aspekte oder aber auch konstruktive Anteile, die Chancen zur Therapie eröffnen?
- Verbergen sich hinter dem Ausdruck »Gewalt« nicht nur Schwächen und Risiken, sondern auch Stärken und Chancen für Behandler und Patient?

## Gestaltung

Das Poster zeigt im Hintergrund Stacheldraht, der forensische Stationen im Klinikum München Ost umgrenzt. Auf vier darüber liegenden Puzzleteilen haben die Teilnehmer die Gelegenheit zu den Begriffen »Schwächen« – »Risiken« – »Stärken« – »Chancen« Statements abzugeben. Eine kurze Be-

schreibung des Themas sowie die Definition der Handhabung vervollständigen das Poster.

Mit diesem »etwas anderem« Beitrag zur Kommunikation eines Themas, hoffen wir für die Teilnehmer unseres Pflegetages 2008 und des 4. Dreiländerkongresses für Pflege gezielte Denkanstöße geben zu können.

Cornelia Gianni

Matthias Hürlimann

## Literatur

Needham I, Sauter D, Abderhalden Ch (2004) Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern, Huber

## Suchtkrankenpflege: Fachwissen durch Ausbildung in der Praxis in den Niederlanden

Christien Loth, Yvonne Sleen

Die Vermittlung von Wissen ist wichtig. 2004 wurde das niederländische Ausbildungssystem für Pflegepersonal auf das europäische Ausbildungssystem abgestimmt (Bachelor/Master) und das veraltete Ausbildungssystem für Pflegepersonal neu konzipiert<sup>1</sup>. Nach einer abgeschlossenen Ausbildung an der Fachhochschule für Krankenpflege [HBO-V] kann eine Grundausbildung für die Krankenpflege begonnen werden. Während dieser 4-jährigen Ausbildung wird den StudentInnen die Möglichkeit geboten, sich im 3. und 4. Ausbildungsjahr auf die Allgemeine Gesundheitsfürsorge [Algemene Gezondheidszorg, AGz] oder die Psychische Gesundheitsfürsorge [Geestelijke Gezondheidszorg, GGz] zu spezialisieren. Mittlerweile können StudentInnen, die sich für die Pflege von Suchtkranken interessieren, den Ausbildungszweig Suchtkunde [Minor Verslavingskunde] belegen. Dabei handelt es sich um den ersten, speziell auf die Suchthilfe ausgerichteten Ausbildungszweig im Hochschulbereich, wobei mit dem fachlichen Wissen und Können auf diesem Gebiet ein Anfang gemacht wird.

Das nächste Niveau in der Krankenpflege ist die Advanced Nursing Practitioner-Ausbildung, wobei ebenfalls ein GGz-Studienabschluss möglich ist. StudentInnen, die diese weiterführende Ausbildung besuchen, müssen ihr fachliches Wissen und Können auf dem Gebiet der Suchthilfe selbst entwickeln, beispielsweise durch Best Practices.

In den Niederlanden konsumieren etwa 32.000 Menschen regelmäßig Heroin und Kokain. Darüber hinaus zählen die Niederlande ca. 1 Million Menschen, die einen zu großen und riskanten Alkoholkonsum aufweisen. Ein solches Konsumverhalten geht oft mit ernsthaften somatischen und psychischen Problemen einher. Bei 80 % der Patienten der psychischen Gesundheitsfürsorge [Geestelijke Gezondheidszorg, GGz] steht fest, dass sie auch Suchtprobleme haben. Der Ruf nach Weiterbildung wird immer

lauter. Tagtäglich begleiten und betreuen 18 Suchthilfeeinrichtungen von solchen Suchtproblemen betroffene Menschen. In den Grundausbildungen für die Krankenpflege – auch in den die psychische Gesundheitsfürsorge betreffenden Ausbildungen – wird Suchtproblemen jedoch viel zu wenig Zeit und Aufmerksamkeit gewidmet. Auf der anderen Seite wurde während der vergangenen 10 Jahre innerhalb der Suchthilfe besonderes Augenmerk auf wissenschaftliche Forschungen sowie auf die Entwicklung von Richtlinien und Innovationen gerichtet. Beispiele dessen sind die in Zusammenarbeit mit Deutschland entwickelte Selbsthilfe (INTAKT), die Richtlinie zur Behandlung Opiatabhängiger [Richtlijn Opiataonderhoudsbehandeling], welche die Methadonvergabe verbessert sowie die Internetbehandlung ‚Herr über den Alkohol‘ [Alcohol de Baas]. Überall in der niederländischen Suchthilfe üben KrankenpflegerInnen verschiedenartige Tätigkeiten aus. So arbeiten sie beispielsweise bei Methadonvergabestellen als »Verabreicher« von Medikamenten an Opiatabhängige. Oder sie leisten Betreuungsaufgaben für Patienten, die ergänzend zu ihrer Opiatabhängigkeit unter somatischen und leichten psychiatrischen Problemen leiden. Als Fallmanager können sie auch die intensive Betreuung, die diese Patienten verlangen, auf sich nehmen. KrankenpflegerInnen sind sogar als außerordentlich aktive Betreuer, so genannte Einmischungsfürsorger [bemoeizorger], tätig. In klinischen Suchthilfeeinrichtungen arbeiten KrankenpflegerInnen als Soziotherapeuten. Und innerhalb der Präventionsabteilungen sind sie für die Öffentlichkeitsarbeit und die Entwicklung von Aufklärungskampagnen für viele verschiedene Zielgruppen zuständig.

Die Curricula bieten – sowohl inner- als auch außerschulisch – zu wenige Möglichkeiten, genügend fachliches Wissen und Können auf dem Gebiet der auf Suchtkranke ausgerichteten Krankenpflege zu erwerben. Aus Studien (2004, IVO)<sup>2</sup> geht hervor, dass den derzeit in der Allgemeinen Gesundheitsfürsorge tätigen KrankenpflegerInnen mit Fachhochschulabschluss während ihrer Grundausbildung zu wenig Wissen und Können für die Arbeit in der Suchthilfe vermittelt wurde. Wie bereits erwähnt, wurde innerhalb der Fachhochschulausbildung für die GGz-Krankenpflege der Ausbildungszweig Suchtkunde [Minor Verslavingszorg] entwickelt.

<sup>1</sup> VBOC (Verpleegkundige Beroepsstructuur en OpleidingsContinuüm – Krankenpflegerische Berufsstruktur und Ausbildungskontinuum) (2006) *Verpleegkundige toekomst in goede banen*. VBOC/AVVV, Utrecht.

<sup>2</sup> IVO (Instituut Verslavings Onderzoek – Institut für Suchtforschung)

Weiterführende, sich auf die Krankenpflege beziehende Ausbildungen können seit Erscheinen des VBOC-Berichts [VBOC, Verpleegkundige Beroepsstructuur en OpleidingsContinuüm – Krankenpflegerische Berufsstruktur und Ausbildungskontinuum] landesweit entwickelt werden.

Die Abteilung GGz-Krankenpflege ist der Ansicht, dass der Praxisausbildung oder aber dem außerschulischen Curriculum hier ein hoher Stellenwert zuerkannt werden muss.

Aus pädagogischer Sicht ist das Erlernen von Kompetenzen für in der Suchthilfe tätige KrankenpflegerInnen eine Form von Aktionslernen – Lernen nach erfahrungsorientiertem Ansatz. Somit bestehen im Rahmen der im Anschluss an den Fachhochschulabschluss angebotenen Ausbildungsmöglichkeiten, Kompetenzen für die Arbeit in der Suchthilfe zu erwerben.

Das Erlernen von Kompetenzen zur Ausübung der oben angeführten Tätigkeiten auf dem Gebiet der Suchthilfe erfolgt durch methodisches Lernen in der Praxis. Dieses Praxislernen basiert auf zum Curriculum passenden Aufgaben und untersteht der Aufsicht spezialisierter KrankenpflegerInnen.

Bei unseren Erforschungen der internationalen Entwicklungen stellte sich heraus, dass die IntNsa ein Kerncurriculum vorgelegt hat. In Großbritannien strebt der Berufsverband danach, sich den anderen europäischen Berufsverbänden anzuschließen und so einen professionellen Standard für das Handeln auf zwei Ebenen zu realisieren: Krankenpfleger(in) und spezialisierte(r) Krankenpfleger(in). Es ist wichtig, innerhalb des europäischen Netzwerks psychiatrischer KrankenpflegerInnen – Horatio – Erfahrungen auszutauschen und im Zuge dessen einen europäischen Standard für die Berufspraxis von KrankenpflegerInnen in der Suchtpsychiatrie zu entwickeln.

Unser Bestreben ist die Entwicklung eines Kerncurriculums für beide Ebenen in den Niederlanden. Beim Praxislernen basieren wir uns auf die Theorie von Patricia Benner: KrankenpflegerInnen entwickeln sich in der Berufspraxis vom Anfänger zum Experten und erreichen das Niveau spezialisierter KrankenpflegerInnen. Fachleute, die als KrankenpflegerIn selbstständig agieren und in der auf Suchtkranke ausgerichteten krankenschwägerischen Praxis erneuernd wirken.

## Literaturangaben

- Allen K (2004) Scope and standards of addictions nursing practice. ANA
- Cary A.H (2001) Certified Registered Nurses: Results of the study of the certified workforce. American Journal of Nursing, 101 (1): 44-52
- Loth C, Ruud R, Diny Huson-A, Linda Linde (2001) Verslaving en de verpleegkundige praktijk. Elsevier/de Tijdstroom
- Rigter H, Van Laar M, Rigter S (2003) *Cannabis: feiten en cijfers 2003: achtergrondstudie Nationale Drugmonitor NDM*. Utrecht, Bureau NDM
- IntNsa (2006) Core curriculum of Addiction Nursing second edition
- Clancy C RMN BSc, Oyefeso A PhD, Ghodse A.H MD (2002) Mapping the role of nurses in Methadone Substitution Therapy programmes across Europe: core competencies. Debate: 19-25
- Clancy C RMN BSc, Oyefeso A PhD, Ghodse A.H MD (2006) Role development and career stages in addiction nursing: an exploratory study. Journal compilation: 161-171

## Das Psychoedukationsprojekt des Kreises Soest – ein Projekt der LWL Klinik Lippstadt, des sozialpsychiatrischen Dienstes Soest sowie Phönix Soest, einem Kontaktzentrum für psychisch Kranke

Joergen Mattenklotz, Marianne Kirchhoff

### Psychoedukation – Was steckt dahinter?

Def.: Unter Psychoedukation werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbst verantwortlichen Umgang mit der Erkrankung zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.<sup>1</sup>

In erster Linie ist es ein Austausch auf Augenhöhe zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionellen Mitarbeitern und die Vermittlung von Wissen/Verdeutlichung von Erklärungsmodellen psychischer Erkrankung am Beispiel der Psychose sowie die emotionale Entlastung aller Beteiligten. Darüber hinaus gilt es Möglichkeiten von Behandlung zu verdeutlichen und damit verbunden auf Nebenwirkungen von Medikamenten einzugehen. In diesem Zusammenhang kommt dem Thema Ernährung eine besondere Bedeutung zu. Krisenmanagement zum Thema zu machen; sich auszutauschen über notwendige Veränderungen bei neuen Krisen, rundet den Kursus ab. Das Projekt steht unter dem Leitsatz »Verhandeln statt Behandeln zwischen Betroffenen, Angehörigen und Profis«.

### Das Psychoedukationsprojekt des Kreises Soest – Die Entstehung

1999 ist das Projekt entstanden als praktische Aufgabe zur Prüfung zum Fachkrankenschwäger für Psychiatrie. Hier als reine Gruppe für Betroffene. Die Gruppe findet jeweils einmal jährlich, in der dunklen Jahreshälfte statt. Sie erstreckt sich über 15 Einzelelemente in 3 Phasen.

2003 erweiterten wir unser Projekt als bifokale Gruppe für Betroffene und Angehörige.

Die Teilnehmerzahl liegt konstant bei 25 Personen und mehr, was zwei durchzuführende Gruppen zur Folge hat.

2006 beantragten wir die Übernahme der Kosten für die Teilnehmer bei den Krankenkassen.

Unterstützt wurden wir durch den Kreis Soest. Dieser wird sich ab dem Jahr 2008 an der Finanzierung des Projektes beteiligen. Begleitet wurde dieser Prozess von Frau Doktor Gabi Pitschel-Walz, TU München. Wir als professionelle Mitarbeiter und die Teilnehmer sind ihr dafür sehr dankbar.

### Konzept der Gruppe

Das Programm der Psychoedukationsgruppe hat drei Themenschwerpunkte. Dies sind:

1. Was ist eine psychiatrische Erkrankung am Beispiel der Psychose?
2. Wie verläuft die medikamentöse Behandlung? Umgang mit Nebenwirkungen, das Zusammenspiel von therapeutischem Team und Betroffenen.
3. Krisenmanagement mit dem Schwerpunkt; was müssen Betroffene/Angehörige tun, um einer eventuellen Krise zu begegnen.

### *Multiprofessionalität*

Ein wichtiges Element stellt die interdisziplinäre Besetzung des durchführenden Personals dar. Dabei wird die Gruppe geleitet von Joergen Mattenklotz, Fachkrankenschwäger für Psychiatrie sowie Dr. Bettina Linnhoff in ihrer Funktion als Fachärztin vom sozialpsychiatrischen Dienst des Kreises Soest. Darüber hinaus sind die Oberärztin einer Tagesklinik (C. Ihlow), eine Diätassistentin (P. Rassenhövel) sowie eine Ökotrophologin der Firma Lilly (N. Haussmann) als Dozenten tätig.

Als Partner des Projektes sind von Anfang an der sozial psychiatrische Dienst des Kreises Soest, das Phönix Kontaktzentrum für psychisch kranke Menschen im Kreis Soest sowie die LWL Klinik Lippstadt dabei. Die Psychoedukation wird als bifokale Gruppe angeboten, d.h., sie hat klare dialogische Elemente.

### *Leitsätze*

In 5 Leitsätzen haben die Moderatoren festgelegt, was mit der Gruppe erreicht werden soll. Auch hier werden die dialogischen Elemente des Ansatzes deutlich.

<sup>1</sup> APES Arbeitsbuch Psychoedukation, Bäumel/Kissling/Pitschel-Walz.

Wir wollen mit der Gruppe ...

- 1.) ... den Anspruch einlösen die Betroffenen und deren Angehörige in angemessener Art und Weise über ihre Verletzlichkeit/Erkrankung, die Möglichkeit des Umgangs mit der Erkrankung, die Behandlung, deren Chancen und Risiken aufgeklärt zu werden.
- 2.) ... das Verstehen sowie die emotionale Entlastung fördern und die Verarbeitung des Krankheitsgeschehens unterstützen.
- 3.) ... Selbstverantwortung im Umgang mit der eigenen Verletzlichkeit fördern (Empowerment), und einen Erfahrungsaustausch über das Erleben und den Umgang mit der Verletzlichkeit bzw. Erkrankung ermöglichen.
- 4.) ... die Mitverantwortung der Betroffenen stärken und die Möglichkeiten der Unterstützung der medikamentösen Therapie besprechen.
- 5.) Traditionelle Krankheitsvorstellungen wie Geisteskrankheit, Unheilbarkeit korrigieren

### **Anerkennung als Präventionsmaßnahme durch die Krankenkassen**

Im Jahre 2006 stellten wir mit dem Ziel der Kostenübernahme einen Antrag zur Anerkennung der Intervention bei den Krankenkassen. Als erste Kasse erteilte die IKK Lippstadt-Soest ihre grundsätzliche Zustimmung und wurde so zu unserem Kooperationspartner. Bei anderen Krankenkassen erfolgt die Kostenübernahme im Rahmen von Einzelfallentscheidungen. Mit den Kostenträgern wurde eine Evaluation des Gruppenangebotes vereinbart. Die Kosten werden komplett übernommen, sie liegen bei etwa 50 Euro pro Teilnehmer. Die Moderatoren arbeiten auf ehrenamtlicher Basis.

### **Erfahrungsbericht einer Teilnehmerin**

Im Hinblick auf die Wirksamkeit der Intervention erfahren wir im Rahmen von Reflexionen, wie das Angebot von den Nutzern erlebt wird. Eine Teilnehmerin, die Mutter eines Betroffenen, verfasste im Rahmen einer strukturierten Reflexion nach der Teilnahme an unserem Psychoedukationsprogramm Folgendes:

#### **Wie geht es Ihnen jetzt zum Ende der Psychoedukationsgruppe?**

»Gestärkt durch das Erlernte und die Gespräche blicke ich zuversichtlich in die Zukunft.«

#### **Hat sich etwas in Bezug auf die Erkrankung verändert?**

»Als recht ungeduldige Mutter habe ich jetzt ein besseres Verständnis für den möglichen Verlauf und Dauer der Erkrankung und vor allem für meinen Sohn.«

#### **Sind die Informationen, die Sie während der Gruppe gehört und bekommen haben für Sie von Nutzen?**

»Auf jeden Fall. Durch die anwesenden Patienten und Angehörigen habe ich gelernt, wie unterschiedlich das Empfinden bei gleicher Krankheit ist. Die Krisenpläne, das Netz an helfenden Organisationen und vieles mehr stellen hilfreiche Informationen für mich dar.«

#### **Was ist für Sie der präsenteste Inhalt?**

»Der Vortrag Medikamente und Behandlung der Psychose. Ich war immer der Meinung, dass mein Sohn zu viele Tabletten nehmen muss und Nebenwirkungen langfristigen Schaden anrichten. Jetzt beginne ich zu verstehen wo und wie Medikation ansetzt, wo ihr Auftrag liegt.«

#### **Was könnten Sie sich vorstellen, in der Zukunft im Umgang und im Alltag mit der Erkrankung zu verändern?**

»Das Verhalten meines Sohnes kann ich jetzt besser verstehen, ich werde nicht mehr ganz so ungeduldig sein, einige Motivierungs-Sätze habe ich komplett gestrichen. Mit Krisensituationen werde ich besser umgehen können.«

#### **Wie ist Ihre derzeitige Befindlichkeit?**

»Gut - voller Hoffnung.«

#### **Zusammenfassung**

»Dieser Kurs hat mir als Mutter eines erkrankten Sohnes sehr geholfen. Natürlich habe ich »Fachliteratur« gelesen, diese war aber immer von Pharma-Firmen gesponsert, so dass ich starke Vorbehalte hatte, ob es nicht doch nur um das Medikament geht. Es war gut, sich mit Erkrankten, Angehörigen und Referenten über Erfahrungen, Krankheitsverläufe, Sichtweisen und Krisenstrategien austauschen zu können. Das vermittelte Fachwissen nahm mir die Angst vor der Erkrankung meines Sohnes. Ich habe gelernt, dass man

damit leben und arbeiten kann und gute Chancen auf Heilung bestehen. Mein Sohn ist seit Dezember 2005 in Behandlung und erst jetzt, ein Jahr später, wesentlich durch diesen Kurs, habe ich nun ein umfassendes Bild über die Krankheit und weiß wie ich ihm helfen könnte« *(mit freundlicher Genehmigung zur Veröffentlichung)*.

## Evaluation

Im Rahmen dieses multiprofessionellen Projektes vereinbarten wir zunächst die Begleitung mittels des »Erlanger Wissensfragebogens«, der jeweils vor der eigentlichen Projektphase und direkt nach den Drittelpunkten des Projektes ausgewertet wird. Da dieses Projekt als Präventionsintervention anerkannt ist, sind wir gefordert, die Wirkung dieser Psychoedukationsintervention nachzuweisen. Dem wollen wir zunächst mittels obigem Bogen Rechnung tragen. Mittelfristig wird ein eigener, speziell auf das Projekt abgestimmter Bogen erstellt werden.

## Material zur Gruppenarbeit

Mittlerweile gibt es ein breites Feld an Manualen zu den verschiedensten Krankheitsbildern. Leider fehlt dies für die Pflege. Wenn die Berufsgruppe Pflege diese Gruppen machen sollen, benötigt sie Anleitung, Material. Dies fehlt derzeit noch oder ist nur in Einzelfällen –in Verbindung mit Projekten – vorhanden. Deshalb ist es noch längst nicht so, dass diese Gruppen überall als Selbstverständlichkeit angeboten werden, was in manchen Fällen so dargestellt wird (Sauter et al, 2005).

## Wichtige Literaturquellen, die bei der Entwicklung der Intervention genutzt wurden:

**Bäumel J, Pitschel-Walz G** (2006) Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Stuttgart, Schattauer-Verlag

**Bäumel J, Pitschel-Walz G, Berger H.** APES Arbeitsbuch Psychoedukation bei , Bäumel/Kissling/Pitschel-Walz.

**Kissling W, Pitschel-Walz G** (2002) Alliance Psychoedukationsprogramm. Pfizer

**Rakel T, Lanzemberger A** (2001) Pflgetherapeutische Gruppen in der Psychiatrie. Planen, durchführen, dokumentieren, bewerten. München, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbh

**Sauter D, Abderhalden C, Needham I, Wolff S** (Hrsg) (2005) Lehrbuch psychiatrische Pflege. Bern, Verlag Hans Huber

**Schädle-Deininger H** (2006) Fachpflege Psychiatrie. München, Urban Fischer Verlag

**Universität Witten-Herdecke** (2005) Fernlehrgang in der Pflege: Lehrbriefe Patientenedukation.

**Wienberg G, Schünemann-Wurmthaler S, Sibum B.** (2005) Schizophrenie zum Thema machen. Bonn, Psychiatrie Verlag

## Einführung eines integrierten Führungsmodells

Andreas Möller

### Zusammenfassung:

Das Konzept des integrierten Führungsmodells in der Pflegeorganisation unterscheidet horizontale und vertikale Integration. Ziel der Integration ist die Qualitätsentwicklung im Krankenhaus bzw. in der Pflegeorganisation. Die horizontale Integration systematisiert Pflegemanagement in

- normatives (begründendes)
- strategisches (ausrichtendes) u.
- operatives (vollziehendes)

Management. Die Übergänge zwischen den 3 Ebenen sind oft fließend. Die vertikale Integration kommt zustande durch

- 1) Aktivitäten, d. h. ausgehend vom Versorgungsauftrag werden strategische Programme entwickelt. Sie münden in
- 2) Strukturen wie der Aufbau- und Ablauforganisation und beeinflussen
- 3) Verhalten wie bei der Leistungserbringung und der Kooperation.

### Wesentliche Aspekte des Modells:

... »es geht darum, aus Teamarbeitern (wie in der Pflege üblich) Solisten zu machen, die wiederum teamfähig sein müssen. Vergleichbar ist hier ein Symphonieorchester, in dem jeder Solist seine Aufgabe zum Meisterwerk beiträgt und der aufmerksame Zuhörer begeistert das Gesamtwerk feiert.« Multiplikation von Wissen und Qualität werden kontinuierlich weiterentwickelt und direkt am Kunden umgesetzt und weitergegeben. Die Expertenkreise, so nennen wir die Gruppe von Multiplikatoren, stehen für einen äußerst dynamischen Prozess.

### Ziele der Expertenkreise und des integrierten Führungsmodells

- Qualitäts- und Unternehmensentwicklung
- Weiterentwicklung von Fördern und Fordern der Mitarbeiter
- Ausbildung von Multiplikatoren

- Entlastung des Führungsverantwortlichen von Inhalten, die Experten übernehmen können
- Verbesserung der Ausbildungssituation
- Aufbau von Experten am Arbeitsplatz
- etc.

ROW, 26.07.07

## Der Kennedy Behandlungsplan als interprofessionelles Instrument zur Koordination und Evaluation von Behandlungen in der Psychiatrischen Klinik Zugersee

Patrizia Perlini, Helmut Lerzer, Urs Braun

### Einleitung

Eine neue Form der strukturierten interprofessionellen Behandlungsplanung (SIB) wird zurzeit an der Psychiatrischen Klinik Zugersee (psychiatrische Grundversorgung, 133 Betten, im ländlichen Kontext) im Rahmen eines Pilotprojektes evaluiert. Die Grundlagen für das Manual zur strukturierten interprofessionellen Behandlungsplanung in der Psychiatrie entstammen der zweiten Auflage des Buches »Fundamentals of Psychiatric Treatment Planning« (Kennedy, 2003).

Diese neue Form der Behandlungsplanung bezieht neben der ICD-Diagnostik die Beurteilung von 7 Problembereichen mit ein. Diese zusätzliche interprofessionelle Einschätzung von psychischer Verfassung, sozialen Fertigkeiten, Gewalt und Aggression, Aktivitäten des täglichen Lebens (NANDA-Pflegediagnostik), Substanzmissbrauch, körperlicher Verfassung und sozialer Situation erlaubt im Behandlungsteam eine gemeinsame Sicht der zu behandelnden Probleme bei einer psychisch erkrankten Person zu erhalten. Die daraus im Konsens mit dem Patienten in der Behandlungskonferenz erarbeiteten Behandlungsziele und Behandlungsmodalitäten (= Interventionen) bilden die Struktur der darauf folgenden Behandlung.

Der interprofessionelle Behandlungsplan wurde im Februar 2007 auf einer Pilotstation (Akutstation) eingeführt und wird nach 60 behandelten Patienten evaluiert.

### Problemstellung

Folgende Problembereiche wurden als Ausgangslage definiert:

- Die unterschiedlichen Behandlungsperspektiven der verschiedenen Professionen (Pflege, Therapien, Sozialdienst) müssen sehr zeitaufwendig miteinander abgestimmt werden oder werden zu wenig aufeinander abgestimmt. Es besteht in der Behandlung häufig keine klare Linie.

- Die Patienten werden zu wenig in die Behandlung mit einbezogen.
- Die Behandlung verfolgt keine abgestimmten Zielsetzungen.
- Eine Evaluation der Behandlung findet nicht statt.

### Projektziele

- Ein strukturierter Entscheidungs- und Behandlungsablauf steht zur Verfügung.
- Die Behandlung ist individuell und transparent auf Ressourcen und Probleme des Patienten abgestimmt
- Im Rahmen des individuellen Behandlungsplanes werden von den Beteiligten Teilziele und Massnahmen formuliert und gegenseitig abgestimmt.
- Im Entscheidungs- und Behandlungsablauf sind Controlling-Instrumente enthalten.

### Vorgehen

Die interprofessionelle Projektgruppe stiess bei ihrer Suche nach einem geeigneten Instrument auf den Kennedy-Behandlungsplan. Der Behandlungsplan wurde zunächst von den Projektmitgliedern Urs Braun und Silvia Zurfluh aus dem Englischen übersetzt und anschliessend modifiziert. Der Behandlungsplan umfasst folgende Schritte, die dem Pflegeprozess sehr nahe kommen, aber zusätzliche Elemente beinhalten. Die einzelnen Schritte werden von allen in die Behandlung involvierten Professionen (pflegerische Bezugsperson, fallführender Arzt oder Psychologie, Sozialdienst) durchgeführt. Für die Bezugsperson gilt folgender Prozessverlauf:

- I. Assessment (Im Bereich Pflege ATL-Liste nach Abderhalden)
- II. Problem- und Ressourceneinschätzung (Rating) nach 7 verschiedenen Subskalen (Psychische Beeinträchtigung, Soziale Fertigkeiten, Gewalt-Aggression, ATL's, Substanzmissbrauch, Körperliche Beeinträchtigung, Soziale Situation)
- III. Formulierung von Problembereichen, die zu behandeln sind (Diagnosen, Pflegediagnosen), Festlegen von Zielen und Modalitäten (Interventionen)

- IV. Behandlungskonferenz (hier werden Problembereiche, Ziele und Modalitäten der verschiedenen Professionen abgeglichen und mit dem Patienten definiert)
- V. Evaluation durch wöchentliche Standortgespräche im Bereich Pflege und durch Behandlungskonferenz im 2-4 Wochen-Rhythmus

## Ergebnisse

Folgende Fragestellungen sind dabei begleitend:

1. *Wie hat sich die Rolle der pflegerischen Bezugsperson durch die Einführung des Kennedy-Behandlungsplanes verändert?*
2. *Welche Veränderungen brachte die Einführung für Patienten mit sich?*
3. *Wie veränderte sich die interprofessionelle Zusammenarbeit?*

Zwei Umfragen, die von einer das Projekt begleitende Psychologin durchgeführt wurden, brachten folgende Ergebnisse:

- Als sehr positiv wurde von Patienten die Vereinbarung von gemeinsamen Behandlungszielen gewertet
- Auch wurde die Behandlungskonferenz, in der die Behandlung innerhalb von 5 Tagen nach Eintritt festgelegt wird, als überwiegend positiv eingeschätzt
- In der Umsetzung der Zielsetzungen scheint es dagegen noch Verbesserungsmöglichkeiten zu geben (Aussagen zu »Bei der Therapieplanung konnte ich Einfluss nehmen« und »Ich konnte auf die medikamentöse Behandlung Einfluss nehmen« erbrachten die geringsten Werte)
- Im Vergleich der Zusammenarbeit der Patienten mit dem Behandlungsteam entstand folgende Reihenfolge:
  - Bezugsperson
  - Therapeuten (Kunst und Ausdruck, Arbeitstherapie, Bewegungstherapie)
  - Sozialdienst
  - Psychologe
  - Arzt

Ausserdem wurden nach 4 Monaten Laufzeit des Pilotprojektes von befragten Pflegefachpersonen folgende Aussagen getroffen:

Zu Frage 1:

- Die Pflegeplanung erhält mehr Gewicht und wird im größeren Rahmen besprochen, die Pflege wird dadurch transparenter
- Die Bezugsperson ist mitverantwortlich für das Behandlungskonzept Die Bezugsperson nimmt an jeder Behandlungskonferenz teil und die Bezugspersonenarbeit wird so stärker berücksichtigt

Zu Frage 2:

- Der Patient wird mehr in die Behandlung einbezogen und trägt Mitverantwortung für seine Behandlung
- Der Patient erhält die Ziele und Modalitäten schriftlich, es entsteht eine größere Verbindlichkeit
- Durch die Ich-Formulierung der Ziele entsteht ein Appell an Selbstverantwortung und Autonomie des Patienten

Zu Frage 3:

- Die Transparenz zwischen den Professionen wird erhöht
- Verschiedene Professionen arbeiten mit verschiedenen Modalitäten an gleichen Zielen, die Arbeit wird klarer aufgeteilt
- Gemeinsame Besprechungen mit den Patienten, die vorher unregelmäßig statt fanden, finden nun regelmäßig und in einem festgelegten Rhythmus statt
- Therapeuten nehmen - wann immer möglich - an den Behandlungskonferenzen teil

Das Pilotprojekt wird laufend evaluiert, so dass weitere Ergebnisse bis Oktober 2007 benannt werden können. Die Umsetzung auf alle anderen Stationen der PK Zugersee ist für das Jahr 2008 geplant.

## Literatur:

Kennedy J A (2003) Fundamentals of Psychiatric Treatment Planning. Arlington: American Psychiatric Press Inc.; 2.Aufl.

## Medikamententraining auf einer akutpsychiatrischen Station: Eine Idee wird zum festen Angebot im Wochenplan.

Werner Mayr

### Setting:

Die allgemeinspsychiatrische Akutstation 41 am Klinikum Heidenheim/Brenz ist gemischtgeschlechtlich, auch mit gerichtlich untergebrachten Patienten belegt. Dabei kann von einer Altersstruktur ab 18 Jahren bis hin zu Hochbetagten ausgegangen werden. Auf der offen geführten 26-Betten-Station sind Patienten mit allen gängigen psychiatrischen Diagnosen vertreten. Die durchschnittliche Belegung beträgt über 90%.

### Problem:

Auf unserer akutpsychiatrischen Station erlebten seit der Eröffnung 1995 sowohl Pflegekräfte als auch Patienten immer wieder angespannte, teilweise sogar bedrohliche Situationen, die im Zusammenhang mit der Medikamentenausgabe bzw. der Medikamenteneinnahme stehen.

Welche pflegerisch-therapeutischen Möglichkeiten haben wir, um derart angespannte Situationen erst gar nicht aufkommen zu lassen?

Können wir Professionelle präventiv handeln?

Wie kann die Eigenverantwortung der Patienten gesteigert werden?

Gründe der Patienten gegen die Medikamenteneinnahme:

Werden die akutpsychiatrischen Patienten mit zeitlichem Abstand nach dem Grund ihrer Ablehnung befragt, erstaunt es, wie differenziert sie in vielen Fällen die Situation reflektieren, ihr Erleben in Worte fassen und auf pflegerische Nachfrage mitteilen können.

Die Antworten lassen sich in vier Bereiche einteilen.

Die nachstehenden Beispielantworten geben einerseits die eigene innere Haltung wieder; sie zeigen aber auch, wie die Klinikmitarbeiter im Umgang mit der Medikamentenanordnung und bei deren Ausgabe wahrgenommen werden.

1. Eigene Einstellung des Patienten betreffend:

- »Ich lehne Psychopharmaka/Medikamente grundsätzlich ab.«
- »Ich habe kein Vertrauen in die Wirkung der Medikamente.«
- »Ich habe Angst vor Nebenwirkungen.«

2. Beziehung Patient und ausgebende Pflegekraft betreffend:

- »Die ausgebende Pflegekraft wirkte auf mich provozierend.«
- »Ich hatte Angst, eine zu hohe Dosis zu erhalten.«
- »Ich hatte das Gefühl, dass die ausgebende Pflegekraft mich zur Einnahme zwingt, dadurch kam bei mir eine Aggression auf.«

3. Beziehung/Kommunikation Patient – Mitpatient/Angehörige betreffend:

- »Ich erhielt von einem Mitpatienten andere Informationen über die Medikamente, dadurch entstand bei mir eine Unsicherheit.«
- »Aus Solidarität zu einem Mitpatienten, der seine Medikamenteneinnahme verweigerte, habe auch ich meine verweigert.«
- »Mein Vater erlebt mich auch nicht als krank.«

4. Beziehung Patient – anordnender Arzt betreffend:

- »Ich erhalte vom verordnenden Arzt zu wenig oder keine Information über die Medikamente.«
- »Ich wusste nichts über die Anordnung des Arztes.«
- »Der Arzt verordnete mir ein neues Medikament, obwohl bei einem Vor-aufenthalt ein anderes einen besseren Einfluss hatte.«

### Reaktion

Es wird u. a. deutlich, dass die negative Reaktion des Patienten bei der Medikamentenausgabe die Folge defizitärer oder fehlender Integrationsarbeit ist.

Im Umkehrschluss heißt dies, dass die bestmögliche Patientenintegration im Prozess »Medikamentenmanagement« eine positive Reaktion des Patienten hervorruft, ein hoher Grad an Compliance oder gar Adherence erreicht wird.

### Unterstützende Voraussetzungen

Zur bestmöglichen Patientenintegration in diesen Prozess ist eine entsprechende Grundeinstellung aller Beteiligten notwendig und eine gute Teamarbeit mit stimmiger Kommunikation von größter Bedeutung.

Im praktischen Alltag zeigte sich, dass dies nicht immer selbstverständlich ist. Hier spielt die entsprechende berufliche, institutionsbezogene Sozialisation des einzelnen Teammitgliedes eine entscheidende Rolle.

Stehen nicht die Aspekte »Förderung von Selbständigkeit und gesunder Autonomie des Patienten« im Vordergrund, ist eine in jedem Fall kritische Selbstreflexion angebracht.

Wird (aus welchen Gründen auch immer) einem Patienten das selbständige »Medikamente richten« vorenthalten, heißt das streng genommen, dass man ihn in einer Abhängigkeit belässt.

Unser Ziel war es, die Patienten noch mehr in diesen Prozess »Medikamentenmanagement« zu integrieren.

Dieser umfasst die Teilbereiche:

1. Positive medikamentöse Vorerfahrungen
2. Miteinbeziehung bei der aktuellen Verordnung und differenzierte Information über das Medikament
3. Aufgeschlossenheit der Klinikmitarbeiter bei Rückfragen
4. Gemeinsames Richten der Medikamente
5. Medikamentenausgabe am üblichen Ort
6. Medikamenteneinnahme
7. Nachfrage zu Wirkungseintritt und Verträglichkeit

Je nach Teilbereich ist der Arzt, die Pflegekraft oder der Patient in der Primärverantwortung. Gleichzeitig muss sich der jeweilige Partner ebenfalls einbringen. Je partnerschaftlicher die Zusammenarbeit, desto nachhaltiger das Ergebnis.

Die entsprechende Einbeziehung des akutpsychiatrisch erkrankten Patienten in den jeweiligen Teilbereich, hängt von seinen kognitiven, sozial-kommunikativen und psychomotorischen Fähigkeiten, seinem Interesse oder seiner Motivierbarkeit ab.

### Intervention:

Der akutpsychiatrisch erkrankte Patient und die Pflegekraft richten gemeinsam die jeweiligen Medikamente für den Folgetag.

Am Anfang des Projektes stand die Erfahrung des Widerstandes.

Zu Beginn äußerten sowohl die meisten damals anwesenden Patienten als auch Pflegekräfte und Stationsärzte in vielen Diskussionen Zweifel an der Realisierbarkeit des Vorhabens.

Nur wenige Patienten stimmten dem Medikamententraining unter pflegerischer Begleitung sofort zu. Die wenigen professionellen Befürworter führten mit den kritischen, skeptischen und demotivierten Patienten Einzelgespräche und / oder Gruppengespräche durch und bezogen die Thematik in die Pflegeplanung mit ein.

Einige Patienten konnten schneller überzeugt werden, andere benötigten mehrmals Informationen und Einladungen. Wieder andere wurden von Patienten überzeugt, die das Medikamententraining schon durchführten, manche wagten es, nachdem sie ihre Mitpatienten beobachtet hatten. Eine Restgruppe blieb fern.

Wir begannen das Medikamententraining mit einem Patienten, danach erweiterte sich die Anzahl der Teilnehmer nach dem Schneeballprinzip.

Die Teilnehmerquote bei den regelmäßig durchgeführten Monatserhebungen liegt bei durchschnittlich 60%.

Gründe für die überwiegend ablehnenden Äußerungen der Pflegekräfte waren, dass das Medikamententraining mit Patienten auch für sie Neuland darstellte. Ängste und Unsicherheit vor der ungewohnten Handlung ließen die Mitarbeiter an ihren diesbezüglichen Kompetenzen zweifeln.

Systematisch erfolgten

- gezielte Einzelgespräche ob des Sinns einer solchen pflegerischen Tätigkeit
- Diskussionen im Pflorgeteam
- stationsinterne Fortbildungen und gezielte Anleitungen
- das Angebot, begleitend am Medikamententraining teilzunehmen
- die Aufforderung, eigene Erfahrungen zu machen.

Es fand eine Qualifizierung, daraus resultierend die Vermittlung der geforderten Kompetenz mit darauf folgender Verantwortungsübernahme statt. Bald waren alle Pflegekräfte an der praktischen Durchführung beteiligt. Die zunehmende Identifikation mit der neuen Aufgabe wurde deutlich. Das Medikamententraining wurde offiziell in den Wochen- und somit Therapieplan der Station aufgenommen und erhielt schnell Bedeutung im Pflegealltag.

In einer stationsinternen Umfrage 2005 bewerteten 14 von 18 examinierten Pflegekräften das Medikamententraining als sehr wichtige (9) oder wichtige (5) pflegerische Aktivität.

Sie erleben bei den Patienten durch ihr Handeln u.a. eine

- Zunahme von Wissen und Information über ihre Medikamente
- Steigerung der Selbständigkeit und des Selbstbewusstseins
- Förderung der Eigenverantwortung
- Höhere Zuverlässigkeit bei der Einnahme
- Sicherheit im Umgang mit Medikamenten
- Hohe Compliance und Adherence

Die konkrete Intervention, die vor allem im Rahmen der Bezugspflege geschieht, verstärkt die professionelle Beziehung.

Hier können die theoretischen Inhalte aus den vorausgegangenen Arztgesprächen und Gruppen (Infos über das Medikament, Dosis, Wirkung, Nebenwirkungen...) nochmals in den Worten des Patienten aufgegriffen und aufkommende Fragen beantwortet werden. Diese Nachbearbeitung ist oftmals notwendig, da die Patienten aufgrund ihrer psychiatrischen Grunderkrankung nur über eine reduzierte Auffassungsgabe oder eingeschränktes Konzentrationsvermögen verfügen oder sich in sonstigen Belangen beeinträchtigt fühlen.

Beim selbst durchgeführten Richten der Medikamente für den Folgetag erfährt der Patient neben der verbalen Einbindung auch eine neue Dimension der kooperativen Zusammenarbeit in der Pflegekraft-Patient-Beziehung.

So erlebt er sich als Partner, der ins Stationszimmer kommt, der im Idealfall selbst (unter pflegerischer Aufsicht) seine Medikamente aus dem Medikamentenschrank holt, und diese in die für ihn bestimmte Medikamentenbox gibt. Er orientiert sich an der vor ihm liegenden Patientenkurve oder am eigens für ihn geschriebenen Medikamentenblatt.

Der Patient macht, wozu er in diesem Moment entsprechend seiner körperlichen, geistigen und seelischen Verfassung in der Lage ist.

Letztlich zeigt sich, dass genau dieses Vorgehen, nämlich das gemeinsame Verrichten einer Handlung, die Bezugspflegekraft-Patient-Beziehung derart stärkt, dass alle Themenfelder bezüglich der Medikamente offen angesprochen werden können.

So werden letztlich die positiven Erfahrungen des Patienten, aber auch seine Ängste, Befürchtungen («...werde ich von diesem Medikament zu dick? ... impotent? ...») und Hoffnungen («... wenn ich die Tabletten weiter einnehme, kann ich wieder zur Arbeit gehen») oftmals beim Tablettenrichten ausgesprochen.

Am Folgetag holen die Patienten in der Regel, teils auch in Begleitung der Bezugspflegekraft, die gerichteten Medikamente zu den entsprechenden Zeiten im Stationszimmer ab. Mancher Patient kontrolliert selber vor Ort nochmals nach, ehe er sie einnimmt.

Langatmige Diskussionen und notwenige Mundkontrollen wegen fehlender Compliance sind selten geworden. Andere holen dauerhaft die Medikamente eigenmotiviert ab und nehmen diese ein.

Einige Patienten haben auch auf unserer Akutstation die Tabletten ganz bei sich, verwalten diese und nehmen sie eigenverantwortlich ein.

### **Medikamententraining und Krankenbeobachtung**

Das so praktizierte Medikamententraining lässt bei guter Beobachtung gleichzeitig Rückschlüsse auf folgende Bereiche zu:

#### **Den kognitiven Bereich betreffend:**

- Konzentration und Gedächtnisleistung
- Aufmerksamkeit
- Logisches Denken
- Differentielle Umsetzung zwischen Sprechen und Handeln
- Verschleierter Analphabetismus

#### **Die Sinneswahrnehmung betreffend:**

- Sehbeeinträchtigung
- Halluzinationen

#### Den sozial-kommunikativen Bereich betreffend:

- Gespräche mit Mitpatienten
- Fachlicher Dialog mit den Pflegekräften
- Umgangsformen praktizieren, lernen, gegenseitiges Erziehen

#### Den psychomotorischen Bereich betreffend:

- Feinmotorik/Grobmotorik
- Bewegungsunruhe

Erfreulich und für die Fortführung dieses Modells motivierend sind letztlich die Rückmeldungen der Patienten.

So erleben diese als Folge des Medikamententrainings:

- eine Erhöhung der Selbständigkeit und Selbstwertsteigerung
- eine Stärkung der Selbstsicherheit beim Richten
- die bewusste Wahrnehmung der Verzahnung der Arbeit von Patient, Pflegekraft und Arzt
- einen Wissenszuwachs bezüglich der einzunehmenden Medikamente
- ein gesteigertes Vertrauen zu den Pflegekräften
- ein Gefühl der Mitsprachemöglichkeit und des Miteinanders
- ein Gefühl des Ernstgenommenwerdens
- ein Gefühl der Sicherheit (zeitnahe Rückmeldung an Arzt/AVD z.B. bei Extrapiramidal-Motorischer Störung)
- eine Verringerung der Gefühle von Machtlosigkeit, Hilflosigkeit oder Ausgeliefertsein

Verstärkt wird diese Arbeit durch die positiven Wechselwirkungen mit einigen anderen Gruppenaktivitäten (Psychoedukationsgruppe, Soziales Kompetenztraining, Gesprächsgruppe und Gruppensitzung) des Wochenplans. In den jeweiligen Gruppen wird das Thema »Medikamente« aus unterschiedlichen Blickrichtungen bearbeitet. Es entsteht eine Enttabuisierung. Der Umgang mit diesem bei akuten psychiatrischen Patienten oft mit Emotionen besetzten Thema wird versachlicht.

#### Kompetenzerwerb

Durch diese pflegerische Aktivität »Medikamententraining« erhält der Patient verschiedene Kompetenzen.

#### Personale Kompetenz:

Der Patient übt sich darin, seine Eigenwahrnehmung zu schärfen. Er lernt anzunehmen, dass er die Medikamente braucht. Er lernt, diese Selbsteinschätzung auch gegenüber anderen zu vertreten.

#### Methodische Kompetenz:

Er erwirbt Kompetenzen im konkreten Tun: Wie habe ich die Tabletten zu richten?

Wie muss ich sie einnehmen, wo aufbewahren,...?

#### Fachliche Kompetenz:

Er eignet sich Fachwissen über seine Erkrankung, die Medikamente und die entsprechenden Zusammenhänge an.

#### Sozial-kommunikative Kompetenz:

Der Patient erwirbt Kompetenzen in der Gesprächsführung, die ihm sachliche Auseinandersetzungen erleichtern.

Dies kann zum Beispiel hilfreich sein, wenn ein Hausarzt aus Kostengründen billigere Medikamente verordnen will, obwohl die bisherigen eine gute Wirkung gezeigt und sich als verträglich erwiesen haben.

#### Fazit:

Im akuten psychiatrischen Alltag sind qualifizierte und kompetente Pflegekräfte von Nöten, um für die vielfältigen Aufgaben Verantwortung zu übernehmen.

Nach unserer Erfahrung ist das »Medikamentenrichten mit akuten psychiatrischen Patienten« mit vielen Erkrankten realisierbar. Viele Patienten erfahren, dass aus ungeliebter Fremdverantwortung geschätzte Eigenverantwortung wird.

Gleichzeitig ist es für die Pflegenden immer wieder eine Herausforderung, den Patienten durch gezieltes pflegerisches Handeln und Anleiten verschiedene Kompetenzen zu vermitteln. Die Station wird somit Ort nachhaltigen lebensnahen Lernens für den Patienten. Mancher Patient wird so für sein

weiteres Leben im stationären und nachstationären Alltag gerüstet und nützt diese Chance.

Bei den eingangs erwähnten Medikamentenausgaben entstehen weniger Spannungen, was insgesamt zu einem gesundheitsfördernden Stationsmilieu beiträgt.

Letztlich lohnt sich dieses »Hand in Hand arbeiten« mit den Patienten, auch wenn es anfangs zeitintensiver ist und oftmals viel Motivationsarbeit benötigt.

# NANDA- Pflegediagnosen – ein Mittel zur Umsetzung des Pflegeprozesses in der psychiatrischen Praxis?

Ulrich von dem Berge, Thomas Hibbe

Der Pflegeprozess soll helfen die Lösung gesundheitlicher Probleme und Lebensprozessbedingungen systematisch und zielgerichtet zu gestalten. Der Pflegeprozess ist demnach »von zentraler Bedeutung für die pflegerische Arbeit und eine wirksame Methode zur Strukturierung von Denkprozessen im Rahmen klinischer Entscheidungsfindungen und Problemlösungen« [1]. Trotzdem wurde der Pflegeprozess in der Praxis der südwestdeutschen Zentren für Psychiatrie nicht kontinuierlich und konsequent angewendet. Bei einer Untersuchung des Pflegeprozesses in unserem Klinikverbund, in der Münsterklinik Zwiefalten, im Jahr 2000 waren lediglich bei einem Drittel der Patienten Pflegeplanungen dokumentiert. Eine Evaluation des Pflegeprozesses war in der Folge natürlich nicht möglich. Pflegekräfte begründeten dies mit folgenden Problemen in der Anwendung des Pflegeprozesses:

- Hoher Aufwand für Anamnese und Dokumentation bei gleichzeitig hohem Patientendurchlauf,
- Formulierungsprobleme bei den Pflegeproblemen, -zielen und -interventionen,
- Bedenken bzgl. richtiger Erfassung, Bewertung und Beschreibung des erkannten Phänomens sowie
- Schwierigkeiten bei der Ableitung von adäquaten Zielen und Interventionen

Um dies zu verändern, wurde in den südwestdeutschen Zentren für Psychiatrie beschlossen die *NANDA*- Pflegediagnosen als Instrument zur Strukturierung des Pflegeprozesses einzuführen.

Durch die Pflegediagnosen sollte zum einen der Entscheidungsfindungsprozess bei der Festlegung des Pflegeproblems strukturiert und erleichtert werden. Zum anderen waren als Formulierungshilfen für die Pflegeplanung mögliche Pflegeziele und Maßnahmen benannt und erleichterten somit deren Zuordnung für die Mitarbeiter.

Sollten sich diese theoretischen Überlegungen in der Praxis bestätigen, wären drei von vier der eingangs benannten Probleme beseitigt, der Pflegeprozess vereinfacht anwendbar und eine Evaluation ermöglicht.

Die Umsetzungsstrategie dieses Projektes »Pflegeprozess an den südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie« orientierte sich bezüglich Einführung und Ablaufkontrolle methodisch am PDCA-Zyklus. So wurde eine Pilotstation ausgewählt, um die geplanten Implementierungsschritte umzusetzen, diese zu begleiten und den Prozess zu evaluieren. Dadurch sollte die Strategie bzgl. Effektivität erprobt und bei Bedarf angepasst werden. Als Pilotstation für die Implementierung wurde die Aufnahmestation für Abhängigkeitskranke im Zentrum für Psychiatrie Bad Schussenried ausgewählt. Die Einführung wurde in die Arbeitsschritte »Vorbereitung«, »Planung«, »Durchführung« und »Absicherung in der Praxis« gegliedert.

Die »Absicherung in der Praxis« beinhaltet wiederum die Evaluation der Unterstützungshilfen sowie die Ergebniskontrolle mittels

- Rückmeldungen der beteiligten Pflegekräfte,
- quantitativen Kontrollen der Zielerreichung und
- qualitative Kontrollen der Dokumentation.

Für diese quantitativen und qualitativen Kontrollen musste zunächst ein Erhebungsinstrument erarbeitet werden.

### 1. Das Erhebungsinstrument

Mittels einer Inhaltsanalyse wurde die Literatur nach Angaben zur Qualität der Pflegediagnostik und nach möglichen Fehlern im Prozess des Diagnostizierens, durchsucht. Insgesamt wurden auf diese Weise 107 Kriterien für die Qualität der Pflegediagnostik gesammelt. Bei Überschneidungen in Wort und Inhalt wurden diese potentiellen Indikatoren möglichst gleich zusammengefasst. Dadurch erfolgte eine Reduktion auf 49 relevante Merkmale. Nach einer anschließenden Clusterbildung anhand ständiger Vergleiche wurden dann Kategorien entwickelt, die sich mit KÄPPELI's Schritten der Pflegediagnostik deckten:

1. die Erhebung der Pflegeanamnese,
2. die Schritte der Analyse der gesammelten Informationen,

3. die Beurteilung, die Diagnosestellung,
  4. die Überprüfung von Relevanz und Richtigkeit der identifizierten Pflegediagnosen,
  5. der Prozess der Prioritätensetzung.
- Diese Formulierungen wurden als Überschriften für die Kategorien übernommen. Und um die Kategorie
6. Allgemeine Schlussbetrachtungen ergänzt.

Den leitenden Pflegekräften und dem Pflegeexperten wurde die Sammlung mit den zugeordneten Indikatoren gegeben, um die interne Homogenität der sechs Kategorien mittels folgender Fragen zu überprüfen:

- »Sind die Kategorien erschöpfend?«
- »Schließen die Kategorien einander aus und sind diese voneinander unabhängig?« [2, 33]

Die Aufstellung wurde von allen Beteiligten als stimmig sowie umfassend bewertet.

Als Nächstes musste dieses Erhebungsinstrument auf das hiesige Krankenhausinformationssystem (KIS) im Detail abgestimmt werden. Konkret sollten die vorhandenen Einträge in der Dokumentation der Module »Pflegeanamnese« und »Pflegediagnose« mittels des Erhebungsbogens überprüft werden.

Durch stichprobenartige Evaluierung der Dokumentationen mittels des Erhebungsbogens wurden zwei Pretests durchgeführt. Überprüft wurde,

- ob die Fragen eine Aussage zur Qualität der Pflegediagnostik ermöglichen und
- ob die Anweisungen für die Erhebung verständlich und klar formuliert sind, so dass alle Erhebenden zu gleichen Ergebnissen kommen.

Es wurde also die Konstruktion des Erhebungsbogens im konkreten Anwendungsfeld überprüft, um die Reliabilität belegen zu können.

Fragen, die nicht zweifelsfrei zu beantworten waren, wurden gestrichen. Von den verbliebenen 31 Fragen des Erhebungsbogens musste nur eine Frage inhaltlich präzisiert werden.

Das entwickelte Erhebungsinstrument misst nun also in 6 Kategorien mit 31 Fragen die Qualität der Pflegediagnostik in unserer Pflegedokumentation.

## 2. Stichprobenzusammensetzung und Erhebungszeitraum

Die Grundgesamtheit umfasst alle aufgenommenen Patienten der Suchtaufnahmestation, dies sind etwa 800 Patienten pro Jahr. An zwei Stichtagen, in Abstand von 14 Tagen, sollten die Dokumentationen aller anwesenden Patienten ausgewertet werden. Ausschlusskriterium für die erste Stichtagerhebung war, wenn die Mitarbeiter dieser Station auch die Pflegeanamnese erstellten. Am zweiten Stichtag wurden, der Einfachheit halber, die bereits erfassten Dokumentationen jeweils ausgeschlossen. Je nach aktuellem Belegungsstand sollten zwischen 40 und 50 Dokumentationen (N) überprüft werden. Dies entspricht mindestens 5 % der jährlich behandelten Patienten und erfüllt damit das Kriterium der Repräsentativität. Tatsächlich wurden an den zwei Stichtagen 45 Patientendokumentationen überprüft.

## 3. Darstellung der Ergebnisse

In diesen 45 Pflegedokumentationen waren aus der Anamnese 131 mögliche Pflegeprobleme feststellbar. Tatsächlich wurden 86 Pflegediagnosen abgeleitet.

Die Ergebnisse der Erhebung wurden wegen der Übersichtlichkeit jeweils pro Kategorie dargestellt.

In der »Erhebung der Pflegeanamnese« wurden die Informationssammlung sowie gezielte Beobachtungen, die im Modul Pflegeanamnese dokumentiert wurden, bewertet.

Erfreulich war der hohe Erfüllungsgrad der Fragen zum »Zeitraum der Anamneserhebung« und zur »Durchgängigkeit der Erhebung«. Die Anamneserhebung wurde bei 96% der erfassten Dokumente in den geforderten ersten 24 Stunden nach der Aufnahme vorgenommen.

Im zweiten Schritt wurde die »Analyse aller gesammelten Informationen« als Einstieg in den Entscheidungsprozess betrachtet, womit die Entstehung einer Verdachtdiagnose begutachtet wurde.

Wenn in der Pflegeanamnese Problembeschreibung sowie ursächliche und beeinflussende Faktoren erkennbar beschrieben wurden, waren diese nicht

immer konkret genug, um davon Ziele abzuleiten. Dies bedeutet, dass die Ursachen und beeinflussenden Faktoren nicht immer genügend deutlich dokumentiert wurden.

Subjektive Merkmale wurden ebenfalls nicht immer eindeutig beschrieben. Die objektiven Merkmale, wie Atemalkoholgehalt, Blutdruck, Puls und auch Entzugerscheinungen wurden, trotz ebenfalls vorhandener Verbesserungsmöglichkeiten, deutlich genauer dokumentiert.

In der »Beurteilung der Pflegediagnosestellung« wurden die klinischen Entscheidungen in der Pflege kritisch betrachtet, nämlich ob die Überprüfung der Verdachtdiagnose aus der Anamnese nachvollziehbar dargestellt wurde. Dies geschah, indem die, in der Pflegeanamnese beschriebenen, pflegerelevanten Probleme verglichen wurden mit

der (3.1) NANDA- Definition;

der (3.2) Ätiologie: welche Ursache hat das Problem; und

den (3.3) zugeordneten Symptomen: welche Symptome und Zeichen sind feststellbar.

Bei annähernd 65 % waren die beschriebenen pflegerelevanten Probleme mit der Definition der Pflegediagnose deckungsgleich, die Pflegediagnosen wurden somit eindeutig richtig gestellt. Drei Diagnosen (6,6 %) waren eindeutig falsch. Es wurden jeweils die Pflegediagnosen »beeinträchtigtger Selbstschutz« und »beeinträchtigtges Gesundheitsverhalten« verwechselt. Zwei (4,4 %) der Dokumentationen enthielten noch keine Pflegediagnose, da diese Patienten erst zwei beziehungsweise drei Stunden zuvor aufgenommen worden waren.

Eine Präzisierung der benutzten Pflegediagnosen fand leider nur in drei, von 45 (6,6 %), Fällen statt.

Die »Überprüfung von Relevanz und Richtigkeit der identifizierten Pflegediagnose« wurde aus der Patientenperspektive, nach deren Bedeutung für den Patienten, überprüft. Der Patient sollte nach Auswertung des Anamnesebogens über das Ergebnis informiert werden, um ihm die Möglichkeit zu geben, dieses Ergebnis zu kontrollieren und, im Idealfall, zu bestätigen. Trotz wöchentlich stattfindender Pflegevisite wurde nur in einer Dokumentation (2,2 %) festgehalten, dass der Patient an der Planung beteiligt und die Pflegediagnose mit ihm besprochen wurde. Die Beteiligung von Angehörigen wurde nie festgehalten, obwohl diese, nach entsprechender

Abprache mit dem Patienten, zumindest an der Anamnese immer wieder beteiligt waren.

Die Kategorie »Prioritätensetzung« beinhaltet die Überprüfung von Relevanz und Richtigkeit der identifizierten Pflegediagnose aus pflegfachlicher Perspektive, nämlich ob die Prioritäten, nach den Kriterien der Dringlichkeit und des Aufwands, richtig gesetzt wurden.

Aus fachlicher Sicht wurden die dringlichsten Pflegeprobleme zu 75% und das was den meisten Pflegeaufwand verursacht mit zu 84% erfasst.

In der »Schlussbetrachtung« wurde die Aktualität und kontinuierliche Bearbeitung der Pflegediagnosen kontrolliert.

87% der Dokumentationen enthielten aktuelle Pflegediagnosen und bei 84% wurden die Pflegediagnosen regelmäßig überarbeitet.

Zusammenfassend wurde festgehalten, dass die Pflegediagnostik, nicht einmal ein Jahr nach der Einführung, als Prozess sehr gut in die Stationsabläufe und die pflegerische Arbeitsroutine der Pilotstation integriert war. Es gab kaum mehr eine Dokumentation, die keine Pflegeanamnese und Pflegediagnose enthielt. Der Pflegeprozess wurde deutlich besser dargestellt. Ebenso wurden die Pflegediagnosen in der wöchentlich stattfindenden Pflegevisite routinemäßig überarbeitet. An der individuellen Erstellung und Bearbeitung konnte aber noch viel verbessert werden.

#### 4. Rückmeldungen der Pflegekräfte und Reflexion des Einführungsprozesses

In unserer Annahme, dass die Praxisbegleitung wichtiger für die Akzeptanz der Pflegediagnosen sein wird als die Schulungen selbst, wurden wir bestätigt.

Bewährt hat sich die Unterteilung in verschiedene Praxisphasen und die damit verbundene Auswahl der Pflegediagnosen. Relevante *NANDA*-Pflegediagnosen wurden zunächst für die Station gesammelt und als Fokusliste dargestellt. Damit wurden die Anzahl der Pflegediagnosen für die Pflegekräfte begrenzt und überschaubar.

Durch die Verknüpfung der Inhalte dieses Projekts mit der Pflegevisite wurde die Arbeit mit dem Pflegeprozess in den Stationsalltag integriert. Dort

werden die Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen mit den Patienten abgesprochen, die Zielerreichung überprüft und angepasst. Durch diesen aktiven Einbezug in den Pflegeprozess wird die Transparenz für die Patienten und somit auch die Akzeptanz der Maßnahmen deutlich erhöht. Der Sinn des Pflegeprozesses wird so auch für die Pflegekräfte erlebbar.

Als hinderlich erwiesen sich allerdings die technischen Rahmenbedingungen des KIS. Der Pflegeprozess war nur mit einem hohen Aufwand erkennbar zu dokumentieren. Die Akzeptanz der Pflegediagnosen und der Arbeit mit dem Pflegeprozess wird erschwert und die Befürchtung der Pflegekräfte, mehr Zeit für die Dokumentation aufwenden zu müssen, war teilweise Realität.

Das anvisierte quantitative Ziel, dass für 75% der Patienten relevante Pflegediagnosen in der Dokumentation klar und eindeutig benannt werden, wurde erreicht!

#### Literatur

- 1 Doenges, Marilynn E. / Moorhouse, Mary Frances / Geissler-Murr, Alice C. (2002) Pflegediagnosen und Maßnahmen. Göttingen, Verlag Hans Huber
- 2 Van der Bruggen, Harry (2000) Pflegeklassifikationen. Göttingen: Verlag Hans Huber

## **Konzeption zur Implementation von NANDA-Pflege- diagnosen im stationären psychiatrischen Bereich; - Umsetzung und Weiterentwicklung der Erkenntnisse der Implementation auf Pilotstationen (2)**

Thomas Hibbe, Ulrich von dem Berge

Der Pflegeprozess soll helfen die Lösung gesundheitlicher Probleme und Lebensprozessbedingungen systematisch und zielgerichtet zu gestalten. Der Pflegeprozess ist demnach »von zentraler Bedeutung für die pflegerische Arbeit und eine wirksame Methode zur Strukturierung von Denkprozessen im Rahmen klinischer Entscheidungsfindungen und Problemlösungen« [1]. In den südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie (ZfP) Bad Schussenried, Weissenau und Zwiefalten wurde 2000 auf der Grundlage eines Geschäftsleitungsbeschlusses damit begonnen die Pflegediagnosen der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) als Instrument zur Strukturierung des Pflegeprozesses einzuführen. Ziel der Einführung war und ist die Weiterentwicklung und Stabilisierung des Pflegeprozessverfahrens und die Einführung der Pflegediagnosen nach NANDA sowie deren computergestützte Dokumentation im Krankenhaus-Informationssystem (KIS) MediCare auf allen Stationen der südwürttembergischen ZfP.

Zur Umsetzung des Einführungsauftrages wurde damals für die drei Zentren für Psychiatrie eine entsprechende Konzeption erstellt. Die Kernpunkte der damaligen Umsetzungsstrategie sahen Einführungsveranstaltungen, Schulungsmodule zu den Themenbereichen Pflegeprozess, Pflegeanamnese, Pflegediagnostik und Gesprächsführung zur Pflegeanamnese als auch Praxisbegleitung auf den Stationen durch einen Pflegeexperten vor.

Auf einer Pilotstation, einer Aufnahmestation für Abhängigkeitskranke im Zentrum für Psychiatrie Bad Schussenried, erfolgte die Einführung ebenfalls auf Basis des oben erwähnten Einführungskonzeptes, allerdings eingebettet in eine strukturierte Gesamtplanung mit den Arbeitsschritten »Vorbereitung«, »Planung«, »Durchführung« und »Absicherung in der Praxis«. Die pflegerische Abteilungsleitung gewährleistete eine kontinuierliche Praxisbegleitung, sie förderte und coachte den Prozess.

Im direkten Vergleich dieser Pilotstation mit einer anderen Station der Abteilung für Abhängigkeitserkrankte, auf der die Einführung lediglich

entsprechend dem oben skizzierten Standardangebot erfolgte, verlief die Einführung auf der Pilotstation schneller, inhaltlich klarer und in der Dokumentationsevaluation deutlich erfolgreicher.

Aus der abschließenden Evaluation des Einführungsprozesses auf der Pilotstation wurde die Erkenntnis gewonnen, dass die Implementation und Entwicklung des Pflegeprozesses auf Station gezielt geplant, strukturiert und unter Berücksichtigung der jeweiligen Rahmenbedingungen der Station erfolgen muss. Es bedarf ferner der kontinuierlichen Begleitung und Beratung vor Ort, sowie der expliziten Unterstützung durch die Stations- und Abteilungsleitungen. Es wurde des Weiteren festgestellt, dass bestimmte Pflegediagnosen in bestimmten Settings quantitativ sehr häufig angewendet wurden, andere hingegen weniger oder überhaupt nicht. Diese häufig eingesetzten Pflegediagnosen hatten wiederum jeweils einen sehr engen Bezug zum Einweisungsgrund und somit zum interdisziplinären Behandlungsprozess. Offensichtlich wurde auch, dass die Einführung bzw. Entwicklung des Pflegeprozesses, natürlich in Abhängigkeit von den durch die Einrichtung zur Verfügung gestellten personellen und zeitlichen Ressourcen, in der Regel nur schwer zeitgleich in einem gesamten Klinikum realisiert werden können.

Dies legte den Schluss nahe, dass durch die Identifikation und inhaltliche Spezifizierung von stations-/abteilungsspezifisch gehäuft vorkommenden Pflegediagnosen, der so genannten Fokus-Pflegediagnosen, ein Großteil der settingspezifischen Pflegetätigkeit auf einer bestimmten Station abgebildet werden kann. Durch die Arbeit mit den Fokus-Pflegediagnosen, vor allem auch in Kombination mit entsprechend erstellten und assoziierten Pflegestandards, kann der Pflegeprozess somit effektiver und effizienter, und für den pflegerischen Mitarbeiter in wesentlich erleichterter Form gestaltet und dokumentiert werden. Fokus-Pflegediagnosen sind somit, auf der Grundlage dieser Überlegungen, eine Möglichkeit die tägliche pflegerische Arbeit auf einem hohen qualitativen und dem interprofessionellen Behandlungsprozess angepassten Niveau zu strukturieren und die pflegerische Dokumentation zu erleichtern.

Eine wirklich Erfolg versprechende Realisierung erscheint weiterhin vor allem auch dann gegeben, wenn die Einführungsaktivitäten projektorientiert in kleineren, umschriebenen Klinikbereichen, z.B. auf Stationen mit einem ähnlichen pflegerischen Handlungsspektrum konzentriert werden können.

Auf den soeben kurz umrissenen Erkenntnissen und Überlegungen basiert nun die aktuelle projektorientierte Implementations- und Entwicklungskonzeption in den südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie, welche momentan in zwei klinischen Bereichen realisiert wird, und die im Folgenden in ihren Grundzügen vorgestellt werden soll.

Die hier kurz umrissenen Projekte werden momentan zum einen auf drei gerontopsychiatrischen Stationen mit Schwerpunkt in der Betreuung demenzkranker Menschen, zum anderen auf einer Station mit dem Schwerpunkt auf der Behandlung und Betreuung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen realisiert.

Erwartungsgemäß wies jede der Stationen zu Beginn des Projektes einen unterschiedlichen Kenntnis- und Entwicklungsstand bzgl. des Pflegeprozesses vor, auch waren Pflegesystem und Pflegebesprechungswesen unterschiedlich entwickelt. Dies hatte zur Konsequenz, dass beide Projekte zwar auf der Basis eines einheitlichen »Projektrasters« entwickelt, jedoch im Einzelfall individuell geplant und realisiert werden mussten.

In einem ersten Schritt wurde das Projektraster in Form einzelner Projektanträge konkretisiert und an die jeweiligen Rahmenbedingungen angepasst. Die Projektanträge wurden den Verantwortlichen vorgestellt, mit diesen diskutiert und gegebenenfalls angepasst. Das chronologische Vorgehen wurde, wie im Projektmanagement üblich, in Form von Projekt-Ablaufplänen zeitlich strukturiert und mit Meilensteinen versehen. Für die Projekte wurden jeweils zirka eineinhalb Jahre veranschlagt und geplant. Nach Verabschiedung und Freigabe der Projektanträge wurden auch die vereinbarten erforderlichen Ressourcen von den Führungskräften zur Verfügung gestellt. Der weitere, am Deming-Zyklus orientierte Projektverlauf wurde in folgenden »Etappen«, respektive Meilensteine gegliedert:

- Eine überregionale Arbeitsgruppe aus den Mitarbeitern und Verantwortlichen des jeweiligen Versorgungsbereiches ist gegründet und hat ihre Arbeit aufgenommen.
- Die regionalen Arbeitsgruppen mit Mitarbeitern der jeweiligen Stationen des Bereiches sind gegründet.
- Daten über den Ist-Zustand des pflegediagnostischen Prozesses auf den Stationen des jeweiligen Bereiches sind auf der Grundlage des einheitlichen Erhebungsbogens erhoben und ausgewertet.

- Alle betroffenen Mitarbeiter sind durch eine Informationsveranstaltung über das Projekt informiert.
- Das Pflegesystem, das pflegeprozessspezifische Besprechungswesens der Stationen sowie der Schulungsbedarf der Mitarbeiter sind durch Hospitationen erfasst.
- Die Mitglieder der überregionalen AG haben sich auf eine einheitliche pflegerische Dokumentationsstruktur im KIS MediCare verständigt.
- Grundlagenschulungen und Praxisbegleitungen zum pflegediagnostischen Prozess sind, entsprechend dem jeweiligen Schulungsbedarf der Stationsmitarbeiter, durchgeführt.
- Das (Bezugs-)Pflegesystem der jeweiligen Stationen ist (bzgl. klarer Verantwortlichkeiten für die Patienten) angepasst.
- Eine regelmäßige pflegeprozessspezifische Besprechung ist auf den Stationen eingeführt. Eine entsprechende fall- und pflegeprozessspezifische Dokumentation im KIS wird durchgeführt.
- Die Mitarbeiter der jeweiligen Stationen sind hinsichtlich der angepassten Stationsstrukturen (Pflegesystem, Pflegebesprechung, Pflegeanamnese) in der Praxis begleitet.
- Mindestens drei, maximal 10 Fokus-Pflegediagnosen sind, ggf. mit entsprechenden Standard-Pflegeplänen, durch die Arbeitsgruppen erstellt und im KIS MediCare eingestellt.
- Schulungen zum pflegediagnostischen Prozess mit Fokus-Pflege-Diagnosen und entsprechende Praxisbegleitungen sind durchgeführt.
- Daten über den Ist-Zustand des pflegediagnostischen Prozesses auf den Stationen sind, auf der Grundlage von einheitlichen Erhebungsbogen, erneut erhoben und ausgewertet.
- Verbesserungspotentiale sind erfasst und entsprechende Verbesserungen eingeführt und umgesetzt.
- Die Voraussetzungen und die Verantwortlichkeiten für eine eigenverantwortliche Weiterentwicklung und Stabilisierung des pflegediagnostischen Prozesses auf den Stationen des jeweiligen Versorgungsbereiches sind geschaffen. Sämtliche Neuerungen und Anpassungen sind in den EFQM-Handbüchern der Stationen dokumentiert.

Die soeben geschilderten Aktivitäten auf Stationsebene werden flankiert von weiteren Maßnahmen zur Entwicklung des Pflegeprozesses auf der

Klinikebene. So bedingt die in zweijährigen Zyklen verlaufende Weiterentwicklung der NANDA-Pflegediagnosen eine entsprechende Anpassung der Diagnosen im Krankenhaus-Informationssystem. Durch abgestimmte Schulungsmaßnahmen in den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege, in den Weiterbildungsstätten für Psychiatrie und Stationsleitungen und in den Praxisanleiter-Arbeitsgruppen der südwestdeutschen Zentren für Psychiatrie wird das Konzept der Fokus-Pflegediagnosen zudem einem breiten Spektrum von pflegerischen Mitarbeitern zugänglich gemacht. Der Bekanntheits- und Durchdringungsgrad der Fokus-Pflegediagnosen wird dadurch gefördert.

Im unserem Workshop auf dem 4. Dreiländerkongress erfolgt die konkrete und detaillierte Vorstellung der Projektplanung und -realisierung auf Stationsebene einschließlich konkreter Beispiele und Ergebnisse aus den Projekt-Arbeitsgruppen.

## Literatur

- 1 **Doenges, Marilyn E. / Moorhouse, Mary Frances / Geissler-Murr, Alice C.** (2002) Pflegediagnosen und Maßnahmen. Göttingen, Verlag Hans Huber

# Seminare Gewalt ADE

## Aggressions- und Deeskalationsmanagement

Waltraud Koller, Franz Lehnhardt

Gewaltbereitschaft und Aggression sind in unserer Gesellschaft allgemein im Zunehmen.

Aggressionsprotokolle und Rückmeldungen der MitarbeiterInnen der LSF zeigten eine Zunahme von Intensität und Häufigkeit an Eskalationen in den letzten Jahren.

Ausgehend vom Auftrag der Anstaltsleitung der LSF wurde im Rahmen eines QM- Projektes im April 2006 eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe gebildet, die 4 Themenbereiche – Team, Struktur, Reflexion und Wissen – als Arbeitsschwerpunkte definierte.

Die nachfolgende Darstellung beschränkt sich auf den Themenbereich Wissen und behandelt die Seminarreihe Gewalt ADE.

Die Themenbereiche Team, Reflexion und Struktur sind in laufender Bearbeitung und entsprechende Maßnahmen in Planung.

Im Themenbereich Wissen war die Zielsetzung, die Erstellung eines Schulungsangebotes für Aggressions- und Deeskalationsmanagement.

Auf Basis von Literaturstudium, internationaler und nationaler Recherchen und Vergleiche verschiedener Fort- und Weiterbildungsangebote, Erfahrungsaustausch mit anderen Institutionen sowie Diskussionen in der Arbeitsgruppe wurde eine Seminarreihe »Gewalt ADE« (A= Aggressions- DE= Deeskalationsmanagement) entwickelt.

Ziel war das Thema in Form von einzelnen Modulen kontextbezogen und praxisorientiert, aber auch im Sinne eines Gesamtkonzeptes umfassend, anzubieten. Die Seminarreihe besteht derzeit aus insgesamt 10 Modulen von einer Gesamtdauer von 15 Tagen (108 Einheiten/Stunden).

Individuell nach dem Wissenstand jedes einzelnen Kunden können die Module aufeinanderfolgend oder auch einzeln (Ausnahme Modul10) besucht werden. Als Empfehlung gilt jedoch , Modul 5 in Kombination mit Modul 1 – 4 zu besuchen. Modul 9 ist die Grundlage für die Teilnahme an Modul 10, da die Inhalte aufeinander aufbauen und sich ergänzen.

## **Modul 1 – Ich bin es mir (Selbst)wert! – Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung**

### **Thema:**

Wer bereit ist, sich mit sich selbst bewusst auseinanderzusetzen, mit seinen Stärken, Schwächen und blinden Flecken, lernt aus einem neuen »Selbst – Verständnis« heraus, sich selbst leichter anzunehmen und Achtsamkeit für sich selbst zu entwickeln.

Wer mit sich selbst achtsam umgeht (mit seinen Stärken, Schwächen, blinden Flecken, Bedürfnissen und auch Grenzen), dem gelingt es auch leichter die Beziehung zu anderen konstruktiv und respektvoll zu gestalten. Achtsamer, liebevoller Umgang mit sich selbst ist die Grundlage für eine konstruktive, gewaltfreie Beziehungsgestaltung.

### **Inhalte:**

- Selbstwahrnehmung, Selbsteinschätzung, Selbstverständnis, Selbstwert, Selbstreflexion
- persönliche Werte, Bedürfnisse und Einstellungen
- Werte als Motivationsfaktor
- Persönlichkeitsentwicklung

### **Ziele:**

Die eigene Persönlichkeit, die eigenen Werte, Bedürfnisse und Einstellungen unter die Lupe zu nehmen, um wieder frei und motiviert zu sein für persönliches Wachstum und persönliche Weiterentwicklung.

## **Modul 2 – Gewaltfrei kommunizieren – Konflikten vorbeugen**

### **Thema:**

Wenn wir unsere Sprache in Beruf und Alltag unter die Lupe nehmen, so entdecken wir, dass sie keineswegs gewaltfrei ist. Unsere Worte führen oft zu Verunsicherung, Kränkung oder Verletzung beim Gegenüber und provozieren dadurch das Gewaltpotential des anderen. Durch bewusste Auseinandersetzung mit unserem gewohnheitsmäßigem Sprachgebrauch und der Entrümpelung unseres nicht selten »gewalttätigen« Wortschatzes lernen wir einen achtsameren, respektvolleren Umgang miteinander und können auf diese Weise Konflikten vorbeugen.

### **Inhalte:**

- Als Schwerpunkt das Modell der **Gewaltfreien Kommunikation nach M. Rosenberg** und weitere Modelle aus der Kommunikationspsychologie (Schulz von Thun, C. Rogers, V. Satir)
- Wertschätzung, Empathie und Echtheit in Beziehungen leben
- Körpersprache, Körperdistanz
- Umwandlung potentieller Konflikte in konstruktive Gespräche
- Feedback als Instrument der konstruktiven Beziehungsgestaltung
- Gewaltfrei kommunizieren in der Praxis (mit Vorgesetzten, MitarbeiterInnen, KollegInnen, PatientInnen/KlientInnen, Angehörigen...)

### **Ziele:**

Gewaltfrei miteinander kommunizieren, mehr Tiefe und Achtsamkeit in Beziehungen entwickeln.

Wahrnehmen, Erkennen und richtiges Einschätzen von Verhaltensweisen, die als Indikator für eine Eskalation gelten können.

## **Modul 3 – Gewaltfrei kommunizieren – Konflikte bearbeiten und lösen**

### **Thema:**

Konflikte sind nicht immer vermeidbar. Sie gehören zum menschlichen Leben. Konflikte müssen nicht negativ sein. Sie tragen eine große Chance in sich. Denn wenn es uns gelingt die Konflikte konstruktiv zu bearbeiten, statt vor ihnen zu flüchten oder gegen sie anzukämpfen, erfüllen sie die Funktion eines Art Motors für unsere persönliche Weiterentwicklung und Beziehungsgestaltung.

### **Inhalte:**

- Konfliktwahrnehmung
- Konfliktdefinition
- Persönlicher Konfliktstil
- Das Modell der **Gewaltfreien Kommunikation nach M. Rosenberg** und weitere Konfliktlösungsstrategien
- Konfliktfähigkeit, Konstruktives gewaltfreies Konfliktmanagement
- Training verbaler Deeskalationstechniken

**Ziele:**

Reflexion des persönlichen Konfliktstils und der Einstellung zu Konflikten.  
Entwicklung möglicher konfliktpräventiver und kooperationsförderlicher Strategien.

Erhöhung der sozialen Kompetenz in Konfliktsituationen.

Modul 4 – (Konflikt)Situationen wahrnehmen und richtig einschätzen

**Thema:**

Um Aggressionen vorzubeugen, können verschiedene Interventionen angewendet werden.

Viele Verhaltensweisen von Pflegenden/Ärzten etc. können aggressionsfördernd wirken, ohne dass dies den beteiligten Parteien bewusst ist.

Die Fähigkeit die eigene Haltung sowie das eigene Verhalten reflektieren und die Situation und das Verhalten des Konfliktpartners richtig einschätzen zu können, bietet die Möglichkeit Frühwarnzeichen für eine drohende Eskalation zu erkennen und die Situation möglichst gewaltfrei zu beherrschen.

**Inhalte:**

- Grundhaltung – Rollendistanz, Reflektieren von Normen und Erwartungen der eigenen Tätigkeit
- Kommunikation und Interaktion
- Nähe und Distanz – Distanzzonen
- Körperhaltung und Gestik, Körpersprache
- Einschätzung der Aggressionsbereitschaft – Brøset – Gewalt-Checkliste
- Spannungen erkennen
- Strukturelle Faktoren und Milieu
- Stressmanagement – Methoden zur kurzfristigen Entspannung und Stressreduktion

**Ziele:**

Wahrnehmen, Erkennen und richtiges Einschätzen von eigenen Verhaltensweisen und Verhaltensweisen von Personen, die als Indikator für eine Eskalation gelten können

Kennenlernen und Üben von Methoden zur Entspannung

**Modul 5 – Strategien bei herausforderndem Patientenverhalten – Schutz- und Abwehrtechniken****Thema:**

Ein Grundprinzip ist es, schwierige Situationen möglichst gar nicht erst eskalieren zu lassen, sondern mit friedlichen Mitteln zu entschärfen und zu beseitigen. Der Selbstverteidigungsanteil kommt dabei nur zum Tragen, um im Ernstfall die körperliche Unversehrtheit der MitarbeiterInnen und Patienten zu gewährleisten.

**Inhalte:**

- Vorfeldvermeidung – primäre Prävention
- Selbstschutz ohne körperlichen Einsatz
- Selbstschutz mit körperlichem Einsatz
- Nachbearbeitung von Erfahrungen – tertiäre Prävention

**Ziele:**

Gewaltvermeidung

Kennenlernen und Üben von Methoden zur Kontaktabwehr

Erlernte Techniken sollen zur Vermeidung von Eskalationen und Verletzungen auf beiden Seiten führen

**Modul 6 – Rechtliche Grundlagen und Rechtsfragen bei fremdaggresivem Verhalten und Anwendung von Zwangsmaßnahmen****Thema:**

Das Unterbringungsgesetz (UbG) regelt den zwangsweisen Aufenthalt psychisch Kranker in psychiatrischen Krankenanstalten.

Häufig muss es zu Bewegungseinschränkungen und Zwangsbehandlungen kommen.

Die Problematik der Begegnung mit Menschen mit aggressivem Verhalten und die Anwendung von Zwangsmaßnahmen erfordern eine ständige Diskussion und Sicherstellung der ethischen und rechtlichen Grundlagen.

**Inhalte:**

- Unterbringungsgesetz
- Sachwalterrecht
- Arbeits-, Dienst – und Haftungsrecht
- Patientenrechte
- Strafrechtliche Aspekte
- Umgang mit aggressivem Verhalten von Patienten

**Ziele:**

Kenntnis der rechtlichen Grundlagen von Unterbringung und Zwangsbehandlung bzw. Beschränkung  
Erörterung von möglichen Konsequenzen

**Modul 7 – Medizinische Behandlung und Pflege im Rahmen einer fremdaggressiven Notfallssituation****Thema:**

Eine fremdaggressive Notfallssituation in der Psychiatrie erfordert sofortiges Handeln – mit oder ohne Einverständnis des Patienten. Aufgrund von eingeschränkter Urteilsfähigkeit des Patienten und akuter Gefahr kann eine medikamentöse Behandlung und Beschränkungsmaßnahmen, auch wenn sie als »Mittel der letzten Wahl« gelten, oft nicht vermieden werden. Zusätzlich ist diese psychiatrische Notfallsituation ,wie der Notfall in der somatischen Medizin, geprägt von Zeitdruck und oft auch von Hektik, Angst und Unsicherheit , sowohl bei Betroffenen als auch Professionellen. Schnelles, professionelles Handeln muss von allen Mitarbeitern im Team gewährleistet sein.  
Wissen und praktisches Üben dieser Notfallssituationen soll zu Sicherheit im Arbeitsalltag führen.

**Inhalte:**

- Diskussion und Erfahrungsaustausch der medikamentösen Behandlung in der Notfallssituation
- Aggressionstheorien und – modelle
- Rechtliche Grundlagen
- Sicherheitshinweise und fachgerechte Anwendung bei der Verwendung von Segu- Fix-Gurten

- Koordinierte Zusammenarbeit bei Durchführung der mechanischen Beschränkung
- Medizinische und pflegerische Maßnahmen bei freiheitseinschränken den Maßnahmen
- Dokumentation von Gewaltereignissen

**Ziele:**

Sicherheit und Kompetenz bei fremdaggressiven Notfallssituationen  
Sicherheit in der Anwendung von Segu-Fix-Gurtsystemen  
Verbesserung der Zusammenarbeit im Rahmen eines psychiatrischen Notfalls

**Modul 8– Psychiatrische Krankheitsbilder im Kontext mit Gewalt gegen sich und andere****Thema:**

Psychiatrische Erkrankungen können zu aggressivem Verhalten führen. Die Auseinandersetzung mit den Motiven und Ursachen für das Entstehen von aggressiven Verhaltensweisen ermöglicht eine differenzierte und objektivierte Herangehensweise an die Problematik.

**Inhalte:**

- Aggressionstheorien – modelle
- Aggression bei psychiatrischen Krankheitsbildern
- Aspekte, Motive, Ursachen, Symptome, Risikofaktoren
- Qualität der Aggression
- Management der Aggression
- Medikation, Verhalten, Therapie
- Krisenintervention

**Ziele:**

Kenntnis über psychiatrische Krankheitsbilder und deren Behandlung mit dem Schwerpunkt Aggression  
Erfahrungsaustausch

## Modul 9 – Stressbewältigung während und nach fremd – und autoaggressiven Vorfällen

### Thema:

Gewalterfahrungen und – beobachtungen am Arbeitsplatz können zu Demotivation, Verlust des Selbstvertrauens, Depressionen, Verärgerung, Ängstlichkeit, Irritationen (Verlust des Sicherheitsgefühls) und vieles mehr führen.

Hierdurch entsteht eine besondere Stressbelastung, die physische und/oder psychische Auswirkungen, zur Folge haben kann.

Die besondere Stressbelastung der betroffenen Personen hat negative Konsequenzen für deren Familien, die sozialen Gemeinschaften, in denen sie leben und das gesamte Arbeitsumfeld.

Wirksame Stressbewältigung erfordert eine Analyse des eigenen Verhaltens und das Erwerben neuer Handlungskompetenzen.

### Inhalte:

- Arten von Stress
- Vielfalt der Stresssymptomatik
- Gruppeninterventionen zur Unterstützung der psychologischen Bearbeitung von belastenden Ereignissen
- Bewältigungsstrategien in akuten Stressphasen
- Möglichkeiten professioneller Unterstützung

### Ziele:

Identifizieren von persönlichen Stressfaktoren

Kennenlernen von Bewältigungsstrategien

Üben von Methoden der (situativen) Stressbeeinflussung zum Erhalt der Handlungskompetenzen in Konfliktsituationen

Vorbeugen von post-traumatischem Stress nach Vorfällen

## Modul 10– Nachbetreuung und Unterstützung nach Aggressionsereignissen

### Thema:

Die regelmäßige Nachbereitung und Nachbesprechung eines auto – oder fremdaggressiven Verhaltens mit oder ohne folgender Zwangsmaßnahmen ist wesentlicher Bestandteil der tertiären Prävention. Für alle Beteiligten

entsteht einerseits durch das kritische Ereignis eine Situation, die sich mehr oder weniger belastend auf den Einzelnen auswirkt.

Andererseits bietet die Nachbearbeitung die Chance, durch eine Analyse und Verstehen des Vorgefallenen für die Zukunft Strategien zur Vorbeugung zu entwickeln.

### Inhalte:

- Auswirkungen von Aggressionsereignissen auf Patient, Personal, Angehörige etc.
- Verhalten nach einem Aggressionsereignis – Patient/Personal
- Post-traumatische Belastungsstörung
- Betreuungsgespräch, Struktur, Ziel, Gesprächstechniken
- Nachbesprechung im Team unmittelbar nach dem Ereignis und mit zeitlichem Abstand
- Debriefing von Mitarbeitern

### Ziele:

Erwerb von Kenntnis und Einsichten in die Folgen eines kritischen Ereignisses

Fähigkeit erwerben, einen Kollegen oder andere nach einer bedrohlichen Situation zu unterstützen

## Therapie und Gesundheitszentrum Mutters Eine Alkohol- und Medikamentenentwöhnungsstation stellt sich vor

»Psychiatrische Pflege etwas anders«

Romed Plattner

Bereits im Jahr 2006 beteiligte ich mich schon mit obgenanntem Thema in Form einer Posterpräsentation beim 3. Dreiländerkongress in Wien und bekam ein positives Feedback. Dies hat mich dazu motiviert, meinen Beitrag zu überarbeiten und ihn nochmals vorzustellen. Dieses Jahr jedoch als Vortrag.

Unsere Abteilung gehört zur Universitätsklinik für Psychiatrie in Innsbruck (Österreich), liegt jedoch ca. 4 Kilometer außerhalb unseres städtischen Stammhauses, in einem Ort namens Mutters.

Eine der Besonderheiten unserer Station liegt wohl daran, dass sie in einem ehemaligen 4-Sternehotel untergebracht ist.

Unser Schwerpunkt liegt in der Medikamenten- und Alkoholentwöhnung. Die Abteilung umfasst 27 Betten, das Therapieprogramm erstreckt sich über 8 Wochen. Das Therapie- und Gesundheitszentrum Mutters ist eine abstinentorientierte Einrichtung. Unser Klientel nehmen wir ausschließlich über unsere eigene Ambulanz auf, derzeit beträgt die Aufnahmewartezeit ca. 8 bis 12 Wochen.

### Zielgruppe und Aufnahmebedingungen

Frauen und Männer ab 18 Jahren mit Erkrankungen im Zusammenhang mit Alkohol und/oder Medikamenten, die eine stationäre, psychotherapeutische Behandlung erforderlich machen.

Die Aufnahme erfolgt im nüchternen Zustand grundsätzlich Montag und Dienstag freiwillig. Zuvor muss zumindest ein ambulantes Vorgespräch an unserer Ambulanz stattgefunden haben. PatientInnen mit aktuellen körperlichen oder psychischen Störungen, die eine Teilnahme am Therapieprogramm verhindern, können erst nach ausreichender Stabilisierung dieser Problembereiche aufgenommen werden.

Wir bieten an unserer Abteilung einige interessante pflegerische Ansätze, deshalb wählte ich als Untertitel für diesen Vortrag: »Psychiatrische Pflege etwas anders«

### Gliederung:

1. Stationskonzept/Therapieplan/ Multiprofessionelles Team
2. Pflegekonzept/ Phyto-Aromapflege
3. Therapiebausteine der Pflege
4. Vorschau

### 1. Die Station:

#### 1.1. Multiprofessionelles Team

##### Behandlungsziele:

- Wiedergewinnung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens
- Wiederherstellung von Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit
- Verbesserung zwischenmenschlicher Beziehungen
- Förderung der Abstinenzmotivation
- Erkennen von Zusammenhängen zwischen Lebensgeschichte- bzw. -situation und der psychischen Problematik
- Erarbeitung von Strategien zur Rückfallprophylaxe und Rückfallmanagement
- Organisation und Planung der Nachbetreuung
- Vorbereitung zur sozialen Wiedereingliederung

##### Kostenträger und Aufenthaltsdauer:

Die stationäre Therapie dauert in der Regel 8 Wochen und wird von den Sozialversicherungsträgern oder Rehabilitationsfonds der Bundesländer Österreichs finanziert.

#### 1.2. Multiprofessionelles Team:

- 11 Dipl. Gesundheits- u. Krankenpflegepersonen 991,7%
- 3 FachärztInnen (1 Ambulanz) 300%
- 2 AssistenzärztInnen 167%
- 1 Psychologin 100%

- 3 ErgotherapeutInnen 150%
- 1 Sozialarbeiter 100%
- 1 Physiotherapeutin 50%
- 1 Sekretärin 100%
- 3 Abteilungshilfen 167%

## 2. Das Pflegekonzept:

### 2.1. Bezugspflege:

Jede Pflegeperson übernimmt von der Aufnahme bis zur Entlassung bis zu 5 PatientInnen als Bezugspflegeperson und ist während des gesamten Aufenthaltes für den Pflegeprozess hauptverantwortlich (Pflegediagnostik nach NANDA). Im Normalfall findet einmal in der Woche eine Pflegeevaluation statt. Als Grundlage gilt das Buch »Praxis der Pflegediagnosen«, erschienen im Springer Verlag.

### 2.2. Gruppenpflege:

Im Normalfall befinden sich 2 Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im Tagdienst, Dienstbeginn 7.00 Uhr - Dienstende 19.00 Uhr. Diese teilen sich die Patienten in 2 Gruppen, d.h. eine Pflegeperson ist je nach Patientenstand für bis zu 14 PatientInnen am Tag zuständig.

### 2.3. Phyto-/Aromapflege:

Die Phyto-/Aromapflege wird im Rahmen des Pflegeprozesses als zusätzliche Leistung der Gesundheits- und Krankenpflege angeboten. Alle MitarbeiterInnen verfügen über einen zweitägigen Grundkurs in Phyto-/Aromapflege, eine Mitarbeiterin ist ausgebildete Aromakologin. Die Phyto-/Aromapflege wird hauptsächlich im eigenverantwortlichen Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege angewandt. Wir arbeiten dabei mit 100% naturreinen, ätherischen Ölen. Diese Ölmischungen werden über die intakte Haut in Form von temperierten Ölkompresse, Ölbadern oder Einreibungen verabreicht. Ebenso ist es möglich, diese in Form von Geruchsanwendungen zu gebrauchen.

## 3. Therapiebausteine der Pflege:

Für fast alle unten genannten Therapiebausteine ist die Gesundheits- und Krankenpflege hauptverantwortlich, d. h. die PatientInnen müssen sich

z. B. bei Befreiungen an ihre zuständige Gesundheits- u. Krankenpflegeperson wenden.

### 3.1. Morgenrunde:

Die Morgenrunde findet Montag bis Freitag um 7.50 Uhr statt. Dabei sind alle PatientInnen und die Dienst habenden Gesundheits- u. Krankenpflegepersonen anwesend. Bei diesem Therapiebaustein werden Aktualitäten ausgetauscht und für einen pünktlichen Beginn der Therapien um 8.00 Uhr gesorgt.

- Ziel ist es, dass die PatientInnen den Tag mit einem strukturierten Tagesablauf beginnen.

### 3.2. Aktives Erwachen:

Das Aktive Erwachen findet Montag bis Freitag, außer Mittwoch, immer um 8.00 Uhr statt. Die PatientInnen gehen in Begleitung einer Gesundheits- u. Krankenpflegeperson für ca.30 min im Dorf spazieren.

- Hauptziel ist es, dass die PatientInnen einerseits das Haus regelmäßig wie im Berufsleben verlassen und andererseits durch regelmäßige Bewegung ihre körperliche Fitness verbessern.

### 3.3. Kochgruppe:

Die Kochgruppe findet einmal pro Woche am Donnerstag von 13.00 bis ca. 19.00 Uhr statt. Dabei kocht eine Gruppe, bestehend aus 5 PatientInnen, für alle PatientInnen und das diensthabende Personal im Haus ein Abendessen. Der Therapiebaustein ist für alle PatientInnen verpflichtend, d.h. jeder Patient muss während des Aufenthaltes mindestens 2 x daran teilnehmen. Wann und in welcher Gruppe entscheidet der Patient selbst. Am Dienstag findet um 12.45 Uhr eine Vorbesprechung statt, in der zusammen mit einer Gesundheits- u. Krankenpflegeperson der Ablauf/ Einkauf/ Hygienemaßnahmen usw. besprochen werden. Am Donnerstag begleitet eine Gesundheits- u. Krankenpflegeperson die Gruppe, die Zuständigkeit derer ist am Dienstplan ersichtlich.

- Hauptziel ist es, dass die PatientInnen lebenspraktische Fähigkeiten trainieren können, aber auch die Kommunikation und Interaktion zwischen PatientInnen und zuständigem Pflegepersonal.

Dieser Baustein wird von den Patienten sehr gut angenommen, da sie sehr viel Lob und Anerkennung erfahren.

### 3.4. Laufgruppe:

Die Laufgruppe findet immer am Dienstag und Donnerstag statt. Die Zeit wird individuell vereinbart, sie dauert je nach konditionellem Zustand der Teilnehmer zwischen 40 bis 90 Minuten. Dieser Baustein wird immer von einer Gesundheits- u. Krankenpflegeperson begleitet. Die Laufgruppe ist freiwillig und es kann jeder Patient, sofern er die gesundheitlichen Voraussetzungen erfüllt, mitmachen.

Das Motto lautet: »*Weniger ist mehr*«.

- Ziel ist es, dass PatientInnen im Sinne einer Gesundheitsförderung ihre Kondition verbessern und ihre eigenen Grenzen kennen lernen.

### 3.5. Gemeinschaftsarbeiten:

Hierbei übernehmen die PatientInnen Aufgaben im Haus, wie z. B.: Blumen gießen, Frühstücks- und Mittagstisch richten und servieren, Tisch für Abendessen vorbereiten, dieses auch zu servieren, je nach Saison Gartenpflege oder Schneeräumung, Terrasse in Ordnung halten, Ergotherapie-räumlichkeiten saubermachen, jeden Morgen das Pressen frischer Fruchtsäfte, Betreuung eines Kräuter- u. Gemüsebeetes und einiges mehr.

Diese Tätigkeiten werden im Rahmen einer Besprechung jeden Mittwoch um 19.30 Uhr, an der alle Patienten verpflichtend teilnehmen, eingeteilt und evaluiert. Die Besprechung wird vom Dienst habenden Gesundheits- u. Krankenpflegepersonal durchgeführt. Der Ablauf der Gemeinschaftsarbeiten wird im Rahmen der Pflegeevaluation mit jedem Patienten einzeln besprochen. Ziel ist es, dass die PatientInnen Verantwortung übernehmen.

### 3.6. Kleingruppe:

Die Kleingruppen finden die ganze Woche außerhalb der Therapiezeiten statt. Dabei unternehmen verschiedene Gruppen von Patienten (~ 3 - 8 Personen) gemeinsam eine Aktivität.

Dieser Baustein wird von der Gesundheits- u. Krankenpflege nur organisatorisch begleitet und wird immer am Mittwoch um 19.30 Uhr abwechselnd vor- oder nachbesprochen. Der Baustein ist für alle PatientInnen ab der zweiten Woche verpflichtend.

- Ziel ist es, dass die PatientInnen Gemeinschaft ohne Suchtmittel erleben.

### 3.7. Außenaktivität:

Die Außenaktivität findet jeden Mittwoch ab 13.00 Uhr statt. Diese ist für alle PatientInnen ab der zweiten Woche verpflichtend, sofern sie nicht zu einer anderen Gruppe (Expertengruppe), die parallel dazu stattfindet, eingeteilt sind. Dabei unternehmen die PatientInnen in Begleitung von 2 Gesundheits- u. Krankenpflegepersonen eine Wanderung in der näheren Umgebung oder eine kulturelle Aktivität (Museumsbesuch, Stadtführung).

- Ziel ist es, dass die PatientInnen vernachlässigte Interessen wiedererlangen oder Alternativen in der Freizeitgestaltung kennen lernen.

### 3.8. Bewegungstherapie:

Die Bewegungstherapie findet immer am Montag und Freitag von 16.00 - 17.00 Uhr im Turnsaal des Nachbardorfes (Natters) statt.

Dieser Therapiebaustein wird von einem Sporttherapeuten geführt, welcher nicht unserer Institution angehört.

Die Gesundheits- u. Krankenpflege übernimmt dabei die Begleitung der PatientInnen dort hin und die Organisation.

- Ziel ist es durch regelmäßige Bewegung Stress abzubauen und die Kondition zu stärken.

### 3.9. Infogruppe:

Die Infogruppe findet jeden Freitag von 11.00-12.00 Uhr statt und ist für alle PatientInnen verpflichtend. In diesem Baustein geht es um eine Informationsweitergabe an die PatientInnen durch ein Teammitglied, wobei die Themen sucht- oder berufsspezifisch sind. Die Gesundheits- u. Krankenpflege informiert über die Themen: »Gesunde Ernährung«, »Ruhen u. Schlafen«, »Versteckter Alkohol« u. »Phyto/ Aromapflege«.

Dabei wird geachtet, dass sich die Themen alle 8 -10 Wochen wiederholen.

- Ziel ist es, dass die PatientInnen aus den vorher genannten Themenbereichen dazulernen.

Dies ist ein Überblick über die Therapiebausteine für welche die Gesundheits- u. Krankenpflege ver- und mitverantwortlich ist. Dieser Aufgabenbereich macht einen sehr großen Teil der täglichen Pflegearbeit aus.

Parallel dazu arbeitet die Gesundheits- u. Krankenpflege gerade an einer Genussgruppe, die im kommenden Jahr eingeführt werden soll. Dieser künftige Baustein wird gerade in Selbsterfahrung bei den monatlich statt-

findenden Pflegedienstbesprechungen durchgespielt. Die Anregung dazu bekam ich in einem Workshop beim 2. Dreiländerkongress in Bern 2005.

Es ist nicht möglich auch noch auf die Bausteine der anderen Berufsgruppen einzugehen.

### **Schlussfolgerung:**

Hier am Therapie- und Gesundheitszentrum Mutters wird im Bereich der Gesundheits- u. Krankenpflege gerade ein sehr starker Wandel vollzogen. Wir sind dabei, uns als selbstständige und selbstbewusste Berufsgruppe zu etablieren.

Dabei ist es wichtig festzustellen: »Was ist psychiatrische Pflegearbeit auf suchtspezifischen Stationen«?

# Praktische Erfahrungen mit der Umsetzung der ambulanten psychiatrischen Pflege

Ingo Tschinke

## Einführung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) verabschiedete am 15. Februar 2005 im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit erstmalig Richtlinien zur Regelung der Häuslichen Krankenpflege für psychisch Kranke [1]. Diese Richtlinien regeln sowohl die Indikation, die Frequenz als auch die Dauer der pflegerischen Betreuung nach § 37 SGB V der ambulanten psychiatrischen Pflege [2]. Inhaltlich bedeutet dies, dass Leistungen der ambulanten psychiatrischen Pflege (APP) nur bei Patienten mit demenziellen und hirnorganischen Erkrankungen (F 0.1 bis F 0.9), psychotischen Erkrankungen (F 20., F 21., F 22., F 23.), schweren Depressionen (F 32.2 & F 33.2) oder generalisierten Angst- und der Panikstörungen erbracht werden dürfen (F 41.0 & F 41.1). Die Dauer der Betreuung darf den Zeitraum von vier Monaten nicht überschreiten, es können bis zu 14 Einheiten pro Woche erbracht werden und es muss insgesamt eine positive Veränderung erreicht werden.

## Problemstellung – Die Richtlinie in Deutschland

Im Vorfeld der Verabschiedung der Richtlinie existierten in Deutschland bereits verschiedenste Modellprojekte regionaler Leistungserbringer und verschiedener Krankenkassen [3]. Viele dieser Verträge existieren noch bis heute. Aus einigen dieser Modellprojekte konnten sich selbstständige existierende Unternehmen herausbilden, während andere nach Abschluss der Modelle eingestellt wurden. Diese Leistungserbringer wurden mit der Umsetzung der Richtlinien des GBA mit festen Rahmenbedingungen konfrontiert, die z.T. von den Krankenkassen in neue Verträge umgestaltet wurden [4] oder Übergangsregelungen geschaffen wurden.

Als Fachorganisation für die ambulante psychiatrische Pflege stellten sich auf dem Bundeskongress der Bundesinitiative der ambulanten psychiatrischen Pflege (BAPP) 2005 die Mitglieder die Frage, wie sich die Umsetzung der Richtlinie in der Praxis gestalten würde. Die BAPP hatte im Vorfeld die Festlegung der Richtlinie thematisiert und insbesondere zu der

Festlegung der Indikation für bestimmte Diagnosen und der Begrenzung der Dauer der APP auf vier Monate in einem kritischen Statement Stellung bezogen [5]. Insofern war es für die BAPP ein besonderes Anliegen zu evaluieren, wie die Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenkassen und die Leistungserbringer vor Ort mit der Richtlinie umgehen werden. In der Diskussion auf den Kongressen der BAPP war bisher keine klare Linie erkennbar. Um von der Darstellung von Einzelfällen zur einer Evaluation eines evtl. Bundesdeutschen Vergleichs zu kommen, wurde durch eine Arbeitsgruppe der BAPP ein Evaluationsbogen erarbeitet, der folgende Faktoren erhoben hat:

- die Akzeptanz der ärztlichen Verordnung durch die Krankenkasse
- die Zielerreichung unter gegebenen Rahmenbedingungen
- Einschränkungen bei der Dauer und der Frequenz
- Problemstellung der abnehmenden Frequenz gemäß den Richtlinien
- Ausschlusskriterien und
- parallel angebotene psychiatrische Leistungen.

## Ergebnisse

Die Evaluation wurde in den verschiedenen Pflegediensten über jeweils einen Zeitraum von einem halben Jahr durchgeführt. An der Evaluation haben sich insgesamt 16 Pflegedienste mit dem Schwerpunkt der ambulant psychiatrischen Versorgung aus 10 Bundesländern beteiligt. Die Anzahl der zurückgesandten Fragebögen belief sich von 3 bis zu 83 Fragebögen pro Pflegedienst und auf eine Gesamtzahl von 343 zurückgesandten Bögen. Sowohl inhaltlich wie auch statistisch waren die Fragebögen der Pflegedienste, welche weniger als 6 Fragebögen eingesandt haben, nicht verwertbar. Dadurch wurden 6 Pflegedienste nicht in die Bewertung miteinbezogen. Im Weiteren verfügt ein Pflegedienst über einen integrierten Versorgungsvertrag (§ 140 a - h SGB V) und kann somit nur insgesamt verglichen werden und drei weitere Pflegedienste mussten ausgeschlossen werden, weil sie über Bestandschutzverträge verfügen, die nicht den neuen Richtlinien entsprechen. Von den 6 verbleibenden bewerteten Pflegediensten wurden insgesamt 178 Fragebögen ausgewertet, die sich auf die Richtlinien des GBA beziehen.

Im Vorfeld der Auswertung wurden die Pflegedienste zu den vor Ort herrschenden Bedingungen und der Umsetzung von Verträgen nach den neuen

Richtlinien befragt. Es zeigte sich, dass die Richtlinien nicht in allen Bundesländern in neue Verträge umgewandelt wurden. Einigen Pflegediensten wurde eine Bestandschutz zugesprochen (z.B. in NRW). Ein Pflegedienst in Niedersachsen verfügt über einen integrierten Versorgungsvertrag, der nicht auf den Regeln der Richtlinien basiert, und in vielen Bundesländern existieren nur Verträge mit einzelnen Krankenkassen (meist den Landesverbänden der AOK). Nur ein Pflegedienst aus Bremen konnte in dem Erhebungszeitraum Verträge nach den neuen Richtlinien mit allen Krankenkassen nachweisen.

Diese unterschiedlichen Auslegungen der Verträge und Gestaltung der Richtlinien gestaltete eine direkte Auswertung und Vergleichbarkeit der Evaluationsbögen schwierig. Im Weiteren zeigte sich, dass die Pflegedienste anhand der unterschiedlichen Vertragsgestaltungen und Interpretationen die Fragebögen auch unterschiedlich auslegten. Dies sah man insbesondere bei der Auslegung einer »Einheit«. Die Richtlinien sehen vor, dass pro Woche 14 Einheiten pro Patient erbracht werden können. Diese Einheit differiert von Bundesland zu Bundesland beträchtlich – in Bremen ist eine Einheit eine Stunde, in Niedersachsen sind es 45 Min., in Hamburg 30 Min. und in Baden-Württemberg ist ein »Besuch« von mindestens 15 Min. vorgeschrieben. Aus diesem Grunde wird vor Ort die inhaltliche Pflege völlig unterschiedlich ausgestaltet und dies zeigte sich auch in dem Verständnis für den Fragebogen.

Trotzdem lassen sich für bestimmte Bundesländern als auch über die Auslegung der Richtlinien durch die Krankenkassen einige Aussagen machen. Diese Aussagen betreffen in erster Linie die Dauer, die Frequenz und Umgang mit den Indikationen zur ambulanten psychiatrischen Pflege.

### **Akzeptanz der ärztlichen Verordnung durch die Krankenkasse**

Auf der ärztlichen Verordnung – dem regulären Ordnungsblatt 12 der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verordnung häuslicher Krankenpflege – wird vom Facharzt die Diagnose, die Dauer und die Frequenz ausgestellt. Die erste Fragestellung richtete sich danach ob diese Verordnung in der vorgelegten Form von den Krankenkassen (MDK) akzeptiert wurde. Dies ist bei 78 % der beantragten Fällen anerkannt worden. Es wurde dabei allerdings deutlich, dass hier starke regionale Unterschiede existieren – während bei vier Pflegediensten im Durchschnitt 92 % aller Fälle anerkannt wurden, waren es bei zwei Pflegediensten durchschnittlich nur 65 %.

## Zielerreichung unter gegebenen Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen, die die neue Richtlinie steckt, wurden insbesondere in Bezug auf die Einschränkung der Dauer als problematisch gesehen. Deswegen war die zweite Fragestellung, ob unter den gegebenen Rahmenbedingungen die Ziele erreicht werden konnten. Dies konnte bei 44% der Fälle erreicht werden. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass bei 56 % die Rahmenbedingung zu eng gesteckt waren.

## Einschränkungen bei der Dauer und der Frequenz

Konkret wurden Einschränkungen bei der Dauer und der Frequenz bei 34 % aller Fälle genannt. Dies betraf allerdings schon Einschränkungen während der Antragsstellung. Bei 10 % der Fälle wurde eine erneute ärztliche Stellungnahme angefordert und bei 25 % eine ausführlichere Stellungnahme des Pflegedienstes.

## Abnehmende Frequenz gemäß den Richtlinien

Eine weitere Problemstellung ergibt sich daraus, dass während des Verordnungszeitraums die Besuchsfrequenz reduziert werden muss. Bei 60 % der Fälle konnte dies tatsächlich zu Beginn der Verordnung absehbar geplant werden, während dies bei 29 % nicht planbar war. Bei 16 % musste sogar eine häufigere individuelle Anpassung erfolgen.

## Ausschlusskriterien

Die Ausschlusskriterien für die Verordnung der ambulanten psychiatrischen Pflege bezogen sich in erster Linie auf die Indikation der Diagnose. 92 % aller Fälle waren Indikationen gemäß der Richtlinie, während 8 % aufgrund der Diagnose ausgeschlossen wurden, da sie nicht zu denen der Richtlinie gehörten. Inwieweit parallel angebotene psychiatrische Leistungen wie z.B. Leistung aus Institutsambulanzen, SGB XII, SGB XI oder Psychotherapie vorlagen, wurden nicht erhoben; nur wenn diese Leistungen die APP ausschlossen. Insgesamt wurde bei 3 % aller Fälle die APP ausgeschlossen wegen paralleler Psychotherapie und bei 2 % wegen gleichzeitigem Besuch der Institutsambulanz.

## Vergleich mit der Integrierten Versorgung

Einer der befragten Pflegedienste aus Hemmoor (Niedersachsen) verfügte über einen integrierten Versorgungsvertrag gemäß § 140 SGB V. Durch diesen Pflegedienst wurden 83 Fragebögen vorgelegt. Vergleicht man die Ergebnisse dieses Pflegedienstes mit den anderen Pflegediensten, so werden schnell Unterschiede deutlich.

Bei dem Pflegedienst aus Hemmoor wurden alle Verordnungen von der Kasse akzeptiert, da dies der Vertrag so vorsieht. Insofern gab es keinerlei Einschränkungen bezogen auf die Dauer oder Frequenz, da dies solange erfolgt, solange eine Verordnung des Vertragsarztes existiert. Dies zeigt sich auch bei der Angabe der Frequenz. Dort gab der Pflegedienst an, dass bei 98 % aller Patienten die abnehmbare Frequenz nicht planbar war und sie bei 86 % individuell angepasst wurde. Ebenfalls erhielten 50 % aller Patienten parallele psychiatrische Leistungen. Dies umfasste

- 18 % durch den Sozialpsychiatrischen Dienst
- 17 % Psychotherapie
- 5 % SGB XI Leistungen
- 12 % SGB XII Leistungen

Durch die individuelle Anpassung der Verordnung auf den Patienten gab der Pflegedienst aus Hemmoor an, dass bei 88 % aller seiner Patienten die Ziele als erreicht bezeichnet werden konnten.

## Zusammenfassung

Zusammenfassend kann man ausführen, dass die Erfahrungen mit der Umsetzung der ambulanten psychiatrischen Pflege noch ganz am Anfang stehen. Der Evaluationsbogen der BAPP war ein erster Versuch, die Situation zu erfassen. Es wurde deutlich, dass die Unterschiede und Interpretationsspielräume, die der Fragebogen in seiner Konstruktion zuließ, die Auswertung erheblich erschwerten.

Dies ist auch noch immer der unklaren Vertragslage in den meisten Bundesländern geschuldet. Die Fragebogen, welche tatsächlich ausgewertet wurden, stammen alle aus Norddeutschland, d.h. den Bundesländern Bremen, Hamburg und Niedersachsen, denn zu dem Zeitpunkt der Befragung wurden keine Vertragsverhandlungen in den anderen Bundesländern durchgeführt.

Es zeigen sich aber auch große Unterschiede in der Auslegung durch die Krankenkassen. Dies sei durch ein Beispiel belegt, bezogen auf die Psychotherapie. In einem der Pflegedienste unterstützen die Krankenkasse der AOK und HKK eine gleichzeitige Psychotherapie, während dies dort strikt durch den MDK abgelehnt wird. Andere Kassen betonen, dass sie den Patienten stets individuell betrachten und unterstützen durchaus eine Verlängerung weit über die Rahmenrichtlinien hinaus, während andere Kassen dies strikt ablehnen. Auch ist eine Zentralisierung der Kassen zu beobachten, sodass Pflegezentren in Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Hessen und Baden-Württemberg über Verordnungen in Bundesländern befinden müssen, in welchem diese gängig sind, während sie regional gar nicht vorkommen. Dies macht auch der Vergleich mit dem Pflegedienst aus Hemmoor deutlich, welcher tatsächlich in der Lage ist die Pflege zugunsten seiner Patienten nach individueller Regelung mit dem Facharzt erbringen kann, während die anderen Pflegedienste ständig mit den Einschränkungen durch die Richtlinie zu kämpfen haben. Man kann aufgrund dessen nur hoffen, dass es gelingt durch eine Vernetzung der Angebote psychiatrische Pflege in zunehmender Form in der integrierten Versorgung zu etablieren.

[1] Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege [<http://www.g-ba.de/downloads/39-261-200/2005-02-15-HKP-Psychatrisch.pdf>]

[2] Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB 5 [<http://www.g-ba.de/downloads/36-232-11/RL-Haesusliche-2007-03-15.pdf>]

[3] Pörksen N, Böker-Scharnhölz M, Brill KE im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit, 1999, Außerstationäre psychiatrische Pflege. Teil I: Ambulante psychiatrische Behandlungspflege. Schriftenreihe des BMGS; Band 121: Nomos Verlagsgesellschaft

[4] Vereinbarung zwischen AOK Bremen und AMEOS ProCare Psychiatrische Krankenpflege, zur Durchführung der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 und 2, Satz 1 SGB V. 2006

[5] Stellungnahme der BAPP zur Richtlinie zur Regelung der ambulanten psychiatrischen Pflege, [www.bapp.info](http://www.bapp.info)

## »Future starts now«

### Sommerprojekt an der Tagesklinik Jugendpsychiatrie

Brigitte Sommerauer

#### Kurzbeschreibung

Wir stellen ein diagnostisches - therapeutisches Projekt für Schulabgänger beiderlei Geschlechts an der Tagesklinik Jugendpsychiatrie der Landesnervenklinik Linz vor.

Dieses, in seinem Ansatz multimodale und interdisziplinäre Projekt, dient als Grundlage für Weichenstellungen der weiteren Begleitung in den Arbeitsprozess mit dem Ziel, die Zeit der Beschäftigungslosigkeit für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen so gering wie möglich zu halten. Ziel ist die diagnostische Abklärung im interdisziplinären Team (medizinisch, psychologisch, psychotherapeutisch, familiär, strukturell), die Teilnahme am therapeutischen Angebot im Rahmen des tagesklinischen Konzeptes und die Erarbeitung von weiterführenden Unterstützungsmöglichkeiten.

Die neu geschaffene Tagesklinik der Jugendpsychiatrie bietet sich in besonderem Maß für dieses Projekt an, weil die Patienten für die Dauer der Behandlung in ihrem familiären Umfeld bleiben können.

Die stationäre Aufnahme für die neun Patienten des ersten Behandlungsturnus dauerte fünf Wochen (10. Juli – 11. August 2006), die ambulante Nachbetreuung und somit auch die Evaluierung dauern noch an.

#### Projekterläuterungen

##### a) Problemanalyse, Ausgangspunkt des Projektes

Jugendliche mit psychischen Erkrankungen (Ängsten, Zwängen, Depressionen, familiären Belastungen, mangelndem Selbstwert, ADHS,...) haben häufig Probleme im Berufsleben Fuß zu fassen. Ausbildungen werden abgebrochen, Jobs gekündigt, weil die Jugendlichen sich überfordert, unverstanden oder entmutigt fühlen. Es folgen Zeiten der Arbeitslosigkeit in denen der Selbstwert weiter sinkt, es wird immer schwerer einen Job zu finden. Die Diagnostik findet oft verzögert statt (klarerweise auch die Therapie), es beginnt ein sozialer Rückzug und in der Folge ein sozialer Abstieg, der nur durch frühzeitiger Behandlung hintan gehalten werden kann. Für diese Jugendliche haben wir dieses Projekt entwickelt.

## **b) Konzeptidee, neue Qualität, Anspruch des Projektes**

Diagnostik, psychologische Testung, psychodynamische Befundung und Behandlung sind Ziele des fünf Wochen dauernden Tagesklinikaufenthaltes.

Durch die Zusammenarbeit von MedizinerInnen, Pflegepersonen, Psychotherapeuten, klinische Psychologin, Sozialarbeiterin, Musiktherapeutin, Ergotherapeutin, Leibtherapeutin, Sonder- und Heilpädagogin sowie einer Logopädin, üben die Jugendlichen Kreativität, erfüllen Leistungsansprüche und sie lernen einen strukturierten Tagesablauf durchzuhalten. Schulung in sozialer Kompetenz, Wahrnehmen der eigenen Stärken, Umgang mit Gefühlen, Vermeidung von Aggressionen und verbesserte Selbstkontrolle bei Frustration waren weitere Schwerpunkte unseres Konzeptes.

Ferner haben wir die Kontakte mit den Eltern gesucht, um innerfamiliäre Konflikte aufzuzeigen und die Eltern als stützende Faktoren zu gewinnen. Es wurden Gespräche mit berufsbegleitenden Institutionen geführt, teilweise in Anwesenheit der Patienten bzw. deren Eltern um unsere Erfahrungen mit den Jugendlichen weiterzugeben an die Teams, deren Aufgabe es ist mit unseren Patienten in der Zukunft zu arbeiten. Nachsorge erfolgt in regelmäßigen Abständen in der jugendpsychiatrischen Ambulanz.

## **c) Praktische Umsetzbarkeit, Erfahrungen, Auswirkungen**

Die Entwicklung des Konzeptes fand im multiprofessionellen Team unserer Tagesklinik statt.

Veröffentlichung der Idee durch Einladung zur Projektpräsentation – Jugendwohlfahrt, berufsbegleitende Institutionen (work.box, Soziale Initiative, Bunter Schirm, frau – genau.....).

### **Aufnahmeprozedere:**

Die Anfragen zur Teilnahme an unserem Projekt kamen durch Eltern, professionelle Helfer und Institutionen an die Jugendpsychiatrische Ambulanz. Die Begutachtung der Jugendlichen fand durch die leitende Oberärztin statt und es kam zum Erstkontakt mit dem Pflorgeteam der Tagesklinik. Neun Jugendliche entschieden sich letztendlich an diesem fünf Wochen dauernden Programm teilzunehmen.

### **Diagnostik:**

Es wurde eine Anamnese erhoben, eine klinische Untersuchung, Labor, EEG, und weitere organische Untersuchungen bei Bedarf durchgeführt. Ferner erfolgte eine Testung durch die Klinische Psychologie sowie eine Psychodynamische Untersuchung

### **Pflegekonzept – Beziehungspflege**

Das Pflorgeteam gestaltete Alltagsbedingungen so, dass eine optimale Betreuung und Therapie möglich werden konnte.

Die Betreuung der Jugendlichen fand im Rahmen der Beziehungspflege statt, d.h., dass jedem Jugendlichen eine bestimmte Bezugsperson zur Verfügung gestellt wurde, die ihn/sie von der Aufnahme bis zur Entlassung begleitete. Die Pflegeperson war zuständig für wichtige Fragen und Anliegen während des Aufenthaltes und unterstützte ihn/sie bei der Bewältigung des Alltags.

### **Therapieangebote:**

#### **»FIT« – Wissenswertes über unseren Körper**

Inhalt: Informationen zum Thema Gesundheit, Ernährung, Sexualität, Verhütung, Sucht, ..

Leitung durch Oberärztin

#### **Soziales Kompetenztraining**

Inhalt: Erwerb von Konflikt- u. Kommunikationsfähigkeit, Selbstaussdruck und Selbstsicherheit, Grenzen setzen und akzeptieren,

Leitung durch Sonder- u. Heilpädagogin

#### **Antiaggressionstraining in der Gruppe**

Inhalt: Verschiedene Abstufungen von Wut erkennen und benennen, Ursachen zu erkennen, Möglichkeiten des positiven Ausagierens kennen lernen, körperliche Reaktionen auf Wut erkennen, ...

Leitung: Sonder- u. Heilpädagogin

#### **Lernmethodiktraining**

Inhalt: Strategien der Selbstmotivierung, des Verstehens, Behaltens und Abrufens von Lernstoff, der Problemlösung, des Konzentrierens, der Lernorganisation und der Bewältigung von Misserfolgsängsten werden an die Hand gegeben.

Leitung: Sonder- u. Heilpädagogin

### **Körper und Gefühl** – pädagogisch psychotherapeutische Gruppe

Inhalt: Übungen zur Schulung der Körperwahrnehmung, des Körperbewusstseins, der Gefühlswahrnehmung und des Gefühlsausdrucks

Leitung: Psychotherapeutin und Sonder- u. Heilpädagogin

### **Theatergruppe**

Inhalt: Förderung von Kreativität und Ausdruck, Rollenflexibilität, Teamfähigkeit, Handlungsplanung

Leitung: Psychotherapeutin und Sonder- u. Heilpädagogin

### **Ergotherapeutische Gruppe**

Inhalt: Gestalterische und handwerkliche Tätigkeit, Ressourcenorientiertes, kreatives Handeln in der Gruppe, Stärkung von Selbstständigkeit, Selbstwahrnehmung, verbesserte Handlungsplanung und Problemlösung im konkreten Tun, ...

Leitung: Ergotherapeutin, Pfllegeteam

### **Klang und Farbe**

Inhalt: Erlebnisorientierung, Wahrnehmungsschulung, Stärkung der eigenen Ressourcen, kreative Zugänge zur persönlichen Ausdrucksweise eigener Themen

Leitung: Ergotherapeutin, Musiktherapeutin

### **Empowerment**

Inhalt: Entwicklung sozialer Fähigkeiten, Training von Schlüsselqualifikationen (u. a. Artikulationsfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Entscheidungsfreudigkeit und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten)

Leitung: Klinische Psychologin

### **Gruppentraining**

Inhalt: Wie stelle ich meine Wirkung auf andere fest? Wie gebe ich konstruktive Rückmeldung? Wie finde ich schnell Kontakt? Wie verschaffe ich mir Gehör? ....

Leitung: Klinische Psychologin, Pfllegeteam

### **Berufsorientierung**

Inhalt: Stärken/Schwächen Analyse, Entwicklung von Berufsinteressen, Hilfe zur Selbsthilfe, ...

Leitung: Diplomsozialarbeiterin, Klinische Psychologin

### **Laufprojekt**

Inhalt: Spüren des eigenen Körpers, Förderung der Wahrnehmung, Körperliche Betätigung

Leitung: Pfllegeteam

### **Haushaltstraining**

Inhalt: Förderung von Ausdauer, Sorgfalt und Selbsteinschätzung, Kooperation und Arbeit im Team, Tisch- u. Esskultur, Umgang mit Geld

Leitung: Pfllegeteam

### **Kunstprojekt**

Inhalt: Lustvolle Entdeckung des eigenen Potentials, Lust an Farben und Formen fördern und durch malerische Gestaltung Ausdruck verleihen

Leitung: freischaffende Künstlerin, Psychotherapeutin

Wir haben versucht:

- bei Verdacht einer psych. Erkrankung Diagnostik und Therapie einzuleiten.
- durch Testung der klinischen Psychologie kognitive Leistungsfähigkeit zu ermitteln, Teilleistungs- und Persönlichkeitsstörungen zu erheben, u.v.m.
- bei Jugendlichen, die einen Arbeitsalltag bislang nicht durchgehalten haben, eine Tagesstrukturierung anzubieten, mit intensiven therapeutischen Programmen.
- Familienarbeit in Form von Elterngesprächen anzubieten.
- vor Abschluss des Projektes Kontakt aufzunehmen mit Kooperationspartnern.

Erfahrungen:

Öffentlichkeitsarbeit ist nötig im Zusammenhang mit psych. Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Wenn ein Jugendlicher in einem Arbeitspro-

zess nicht hineinfindet, ist sehr häufig eine psychische Störung ursächlich, die ehest möglicher Behandlung bedarf.

Die Jugendlichen zeigten Bereitschaft zur Veränderung von Verhaltensmustern, Motivation zum Durchhalten, wenig Abbrüche, nahmen Unterstützung an bei der Entwicklung von realistischen Berufszielen. Einhaltung von Strukturen, Stärken – Schwächenanalyse fand im Stationsalltag und bei Therapien statt (Pünktlichkeit Verlässlichkeit, Leistungsbereitschaft).

Die Eltern haben gut kooperiert.

Auswirkungen:

Diagnostik und Therapie erfolgt frühzeitig. Jugendliche entdecken ihre eigenen Stärken und vermögen durch realistisches Einschätzen ihrer Fähigkeiten Frustrationen zu verhindern. Jugendliche wurden auf den Berufsalltag besser vorbereitet, weiterführende Therapien wurden eingeleitet, Selbstwert der Jugendlichen wurde durch Therapien, Trainings usw. gesteigert.

#### **d) Strukturelle und finanzielle Auswirkungen, Übertragbarkeit**

Lange Arbeitslosigkeit wird verhindert, gesellschaftlich erwünschte Verhaltensweisen werden geübt, sozialer Abstieg hintan gehalten.

Die Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Gesellschaft und die Verhinderung der Abdrängung in Randgruppen sind nachhaltige Ziele dieses teilstationären Behandlungsaufenthaltes.

Durch dieses Projekt ergibt sich eine optimale Ausnutzung der Möglichkeiten der Kooperationspartner, einerseits durch gezielte Vorbereitung der TeilnehmerInnen bzw. gezielte Auswahl in unterschiedliche Projekte.

Durch die erfolgreiche berufliche Integration und Reintegration und die frühzeitige medizinische Behandlung werden langfristig Kosten gespart.

Grundsätzlich wäre dieses Konzept auch auf junge Erwachsene anwendbar. Voraussetzung dafür ist natürlich die enge Zusammenarbeit mit Nachsorgeeinrichtungen, die die Patienten unmittelbar nach der tagesklinischen Behandlung weiterbetreuen und einen Berufseinstieg anbahnen.

# Herausforderungen der Versorgung Demenzkranker im Akutkrankenhaus

Klaus Wingenfeld

Das Akutkrankenhaus findet in der Diskussion um Probleme und Anforderungen der Versorgung demenziell Erkrankter bislang wenig Aufmerksamkeit. Außerhalb von psychiatrischen Abteilungen bzw. Kliniken existieren in Krankenhäusern derzeit kaum Ansätze einer auf diese Patientengruppe zugeschnittenen Qualitätsentwicklung. Zwei Entwicklungen lassen es jedoch dringend notwendig erscheinen, sich mit dieser Thematik näher zu befassen und geeignete Lösungsansätze zu entwickeln.

Zum einen ist in Akutkrankenhäusern schon seit langem ein Wandel der Altersstruktur der Patienten zu beobachten. Im Zuge der demografischen Entwicklung nimmt der Anteil älterer Patienten stetig zu [6]. Da die meisten Formen der Demenz vor allem im höheren Alter auftreten [2], ist mit einem entsprechend wachsenden Anteil demenziell erkrankter Krankenhauspatienten zu rechnen. Dazu existieren bislang keine repräsentativen Daten. Ausgehend von den vorliegenden Forschungsergebnissen dürfte sich der Anteil jedoch mindestens in einer Größenordnung von 10 bis 15% bewegen [1].

Zum anderen stehen die Akutkrankenhäuser im Gefolge der Einführung der »Diagnosis Related Groups« (DRGs) zunehmend unter dem Druck der Straffung und Rationalisierung der Ablauforganisation. Vor diesem Hintergrund fällt es ihnen besonders schwer, Patienten gerecht zu werden, die sich in vorgegebene Ablaufstrukturen nur schwer einfinden können.

Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2005 das Modellprojekt »Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus« initiiert. Das Projekt wird von der Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen gefördert, die Projektträgerschaft liegt bei der Gemeinnützigen Gesellschaft für soziale Projekte mbH (GSP), einer Tochtergesellschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Nordrhein-Westfalen. Einbezogen sind insgesamt vier Krankenhäuser, in denen innovative Maßnahmen in verschiedenen Handlungsfeldern erprobt werden.

Die wissenschaftliche Begleitung hat das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld übernommen [8]. In diesem Rahmen erfolgte zu Beginn des Modellvorhabens eine Bestandsaufnahme der Versorgungspraxis in den beteiligten Häusern, auf die im vorliegenden Beitrag Bezug genommen wird. Die Basis bildeten vorrangig Interviews mit Pflegekräften, Ärzten sowie den für das Entlassungsmanagement zuständigen Mitarbeitern.

### Informationsdefizite

Nach den Schilderungen der befragten Krankenhausmitarbeiter beschränken sich die bei Aufnahme verfügbaren Informationen zumeist weitgehend auf das akute medizinische Problem. Denn Aufnahmen aufgrund der Demenzerkrankung selbst sind, abgesehen von Krankenhäusern mit neurologischer oder geriatrischer Fachabteilung, sehr selten. Auf eine bestehende Demenzerkrankung wird daher vielfach nur durch eine kurze Mitteilung eingegangen. Bei einem offenbar nicht geringen Teil der Patienten fehlt jedoch jeglicher Hinweis. Solche Informationsdefizite sind nicht nur auf Übermittlungsprobleme zurückzuführen, sondern auch auf Schwachstellen der Identifizierung von Demenzerkrankungen in der hausärztlichen Versorgung [3, 10].

Von Pflegeheimen übermittelte Angaben (Überleitungsbogen) werden im Hinblick auf körperliche Erkrankungen, ärztliche Therapie, allgemeine und spezielle körperbezogene Pflege als überwiegend zufrieden stellend beurteilt, Angaben zu psychischen Problemlagen, Bedürfnissen und Gewohnheiten (z.B. Tagesstruktur) sind hingegen wesentlich seltener oder weniger differenziert. Ambulante Pflegedienste werden überwiegend nicht als ergiebige Informationsquelle angesehen. Eine zentrale Rolle als »Informanten« wird dagegen den Angehörigen zugeschrieben.

Die Haltung der Ärzte und Pflegekräfte zu Informationsdefiziten erweist sich als ambivalent. Einerseits wurde in den Interviews immer wieder betont, wie wichtig verlässliche und differenzierte Angaben über den Patienten seien. Andererseits entwickeln die Mitarbeiter wenig Initiative, Informationsdefizite frühzeitig zu beheben. Die Interviews deuten eher auf eine starke Konzentration des Blickwinkels auf die akute Gesundheitsstörung hin, die vorrangig mit dem begrenzten Behandlungsauftrag begründet

wird. Auch das in Krankenhäusern übliche pflegerische Assessment umfasst in der Regel keine differenzierte Einschätzung kognitiver Einschränkungen und psychischer Problemlagen.

Dies führt bei Patienten mit einer relativ intakten »Fassade« regelmäßig dazu, dass kognitive Einbußen und daraus resultierende Pflegeprobleme erst spät wahrgenommen werden. Mitunter kommt es erst durch Hinweise der Mitpatienten, die Tatsache, dass ein Patient den Rückweg zur Station nicht findet, oder andere »zufällige« Begebenheiten zur Klärung der Situation.

### Verhaltensauffälligkeiten

Informationsdefizite werden von den Pflegekräften auch deshalb als Erschwernis empfunden, weil sie erst im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes, gewissermaßen auf dem Weg des Experimentierens, geeignete Handlungsstrategien entwickeln können, wozu angesichts der Kürze der Verweildauer jedoch wenig Gelegenheit besteht. Im Vordergrund stehen aus ihrer Sicht Einschränkungen und Verhaltensweisen, die sich störend auf andere Patienten und die Arbeitsorganisation auswirken oder der Durchführung von Pflege und Therapie entgegenstehen. Dies sind insbesondere

- kognitive Defizite, die zu einem erhöhten körperlichen Unterstützungsbedarf führen oder eine häufigere Begleitung und Beobachtung notwendig machen,
- die Ablehnung pflegerischer und medizinischer Maßnahmen,
- motorische Unruhe, insbesondere Wanderungstendenzen und
- aggressiv gefärbte oder sozial unangemessene Verhaltensweisen.

Nachtaktivität, motorische Unruhe und mangelnde Toleranz von Behandlungsmaßnahmen (z.B. Katheter entfernen) gehören in Verbindung mit Personalknappheit zu den wichtigsten Anlässen für freiheitsbegrenzende Maßnahmen. Die befragten Pflegekräfte empfinden solche Maßnahmen als teilweise unumgänglich, stehen ihnen jedoch zugleich ausgesprochen skeptisch gegenüber – nicht nur aus ethischen Gründen: Fixierungen würden häufig zu einer Verstärkung bestehender Unruhezustände und aggressiver Verhaltensweisen beitragen, was in der Folge zu einer Erweiterung der Aktivitätsbegrenzung führen könne.

Körperlich aggressives Verhalten tritt nach Einschätzung der Interviewpartner weniger häufig auf und wird oftmals dadurch hervorgerufen, dass andere Verhaltensweisen der Patienten nicht toleriert werden. Als problematisch gelten jedoch auch sozial »unangemessene« Verhaltensweisen. Sie umfassen ein breites Spektrum von Handlungen, das vom Ausziehen der Bekleidung über das Urinieren im öffentlichen Bereich der Station bis hin zu Übergriffen in den persönlichen Lebensbereich anderer Patienten reicht. Die Mitarbeiter stehen solchen Situationen oft recht hilflos gegenüber und sehen kaum Ansatzpunkte, auf diese Verhaltensweisen einzuwirken.

### Konsequenzen für den Patienten

Diese und andere Untersuchungsergebnisse verweisen auf die Grundproblematik der akutstationären Versorgung Demenzkranker: In aller Regel ist eine andere Erkrankung Anlass für die stationäre Behandlung und das Zentrum, um welches Handlungsorientierungen der Mitarbeiter und Versorgungsroutinen kreisen. Zugleich aber wird das Versorgungsgeschehen durch demenzbedingte Verhaltensweisen des Patienten und seine begrenzte Fähigkeit zur Problembewältigung und Kooperation maßgeblich geprägt. Strukturen, Abläufe und Handlungskonzepte im Akutkrankenhaus sind darauf nicht ausgerichtet. Durch den vom DRG-System ausgehenden Druck, Versorgungsabläufe effizienter zu gestalten, wird sich diese Schere vielmehr weiter öffnen [12]. Dieses System setzt letztlich einen anpassungsfähigen Patienten voraus, während demenziell Erkrankte mehr als andere Patienten umgekehrt auf eine flexible Anpassung der Versorgung angewiesen sind.

Ohne eine solche Anpassung kann der stationäre Aufenthalt einen spürbaren Einschnitt im individuellen Krankheitsverlauf nach sich ziehen. Wie Ergebnisse anderer empirischer Studien zeigen, kommt es während des Krankenhausaufenthaltes vielfach zu weiterem Selbstständigkeitsverlust und zur Verschlechterung des kognitiven Status [vgl. 12]. Die Patienten erleben aufgrund der fremden Umgebung, aber auch infolge der erzwungenen Untätigkeit (ggf. verstärkt durch Einsatz sedierender Medikamente [5]) häufig weitere Verluste ihrer alltagspraktischen Fähigkeiten. Sie sind in hohem Maße auf eine regelmäßige Aktivierung der ihnen verbliebenen Alltagskompetenzen angewiesen. Demenzkranke weisen damit ein hohes Risiko auf, eine problematische Phase der Rekonvaleszenz nach der Entlassung zu erleben [7].

### Perspektiven

Es gibt eine Reihe von Ansatzpunkten zur Verbesserung der stationären Versorgungssituation demenziell erkrankter Patienten, auf die hier nur stichwortartig (und unter Aussparung der ärztlichen Versorgung) hingewiesen werden kann. Dazu gehören etwa gerontopsychiatrische *Liaisondienste* mit pflegerischem Schwerpunkt und spezifische Konzepte des pflegerischen *Entlassungsmanagements* [4]. In den USA finden sich Ansätze, in denen die Funktionen von Liaisondiensten und Entlassungsmanagement ein und denselben Pflegeexperten zugeordnet sind. Ein organisatorisch und fachlich gleichermaßen anspruchsvoller Ansatz besteht in der Einrichtung kompletter *spezialisierter Stationen oder kleinerer Versorgungseinheiten* [9, 11] mit besonderer räumlicher und personeller Ausstattung. Die stärkere *Einbeziehung Angehöriger* schließlich kann für die Patienten eine große Entlastung und für die Pflegenden eine wertvolle Unterstützung bei der Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung sein.

Unabhängig davon, welchem Ansatz innovationsfreudige Krankenhäuser folgen wollen, sind zwei Dinge hervorzuheben: a) Nachhaltige Erfolge sind nicht ohne strukturelle Veränderungen realisierbar (Veränderungen und Präzisierung von Zuständigkeiten für Teilaufgaben, Kooperation, Festlegung regelhafter Abläufe). Die Vorstellung, durch ein wenig Schulung ließen sich bereits spürbare Verbesserungen erreichen, greift fast immer zu kurz. b) Verbesserungen setzen die Verfügbarkeit von Pflegekräften mit gerontopsychiatrischer Qualifikation voraus. Der Pflege kommt eine zentrale Funktion für die Einschätzung des Patienten und die problem- und bedürfnisgerechte Gestaltung des Versorgungsalltags zu. Krankenhäuser müssen sich darauf einstellen, dass sich eine Qualitätsentwicklung im Interesse der demenzkranken Patienten ohne Fachkräfte mit geeignetem Qualifikationshintergrund schwerlich in Gang setzen lässt.

## Literatur

- 1 **Arolt V.** Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten: Eine epidemiologische Untersuchung zu Diagnostik, Prävalenz und Behandlungsbedarf psychiatrischer Morbidität bei internistischen und chirurgischen Patienten. Berlin: Springer, 1997
- 2 **Bickel H.** Stand der Epidemiologie. In: Hallauer F, Kurz A (Hg.). Weißbuch Demenz - Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart: Georg Thieme, 2002: 10-14
- 3 **Boise L, Camicioli R, Morgan DL, Rose JH, Congleton L.** Diagnosing dementia: perspectives of primary care physicians. *The Gerontologist* 1999; 39: 457-464
- 4 **DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.** Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2004
- 5 **Eichhorn A, Nißle K.** Die Bedeutung frühzeitiger Diagnostik und Behandlung. In: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (ISO). Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen im Krankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance? Saarbrücken: ISO, 2005: 39-54
- 6 **Friedrich J, Günster C.** Determinanten der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung der DRGs (2002-2004). In: Klauber B, Robra BP, Schellschmidt H (Hg.). Krankenhaus-Report 2005 - Wege zur Integration. Stuttgart: Schattauer-Verlag, 2005: 153-204
- 7 **Hansen K, Mahoney J, Palta M.** Risk factors for lack of recovery of ADL independence after hospital discharge. *Journal of American Geriatrics Society* 1999; 47: 360-365
- 8 **Kleina T, Wingenfeld K.** Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), P07-135. Bielefeld: IPW, 2007
- 9 **Krešević DM, Landefeld CS, Palmer R, Kowal J.** Der Umgang mit akuten Verschlechterungen bei chronisch kranken älteren Menschen. In: Funk SG, Tornquist EM, Champagne MT, Wiese R (Hg.). Die Pflege chronisch Kranker. Bern: Huber, 1997: 155-165
- 10 **Sandholzer H, Breull A, Fischer GC.** Früherkennung und Frühbehandlung von kognitiven Funktionseinbußen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 1999; 32: 172-178
- 11 **Vellas BJ, Nourhashemi F, Ousset PJ, Kostek V, Scheirlinckse K, Micas M, Albarede JL.** Acute Inpatient Unit for Alzheimer Patients. In: Michel JP (Hg.). Geriatric Programs and departments around the world. New York: Springer Verlag, 1998: 329-336
- 12 **Wingenfeld K.** Die Entlassung aus dem Krankenhaus - Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Verlag Hans Huber, 2005

# Durchführung einer Zeitstudie zur Erhebung der Pflegeleistungen in der Langzeitpsychiatrie

Martin Schmid, Elisabeth Reutimann

## Hintergrund/Einleitung:

Mit dem Erlass der Verordnung zur Kostentransparenz mittels Leistungserfassung hat die schweizerische Landesregierung im Jahre 2003 den Spitälern und Pflegeheimen einheitliche Rahmenbedingungen für ihre Kostenträgerrechnung (KTR) und Leistungsstatistik vorgegeben. In den Akutspitälern gelangte vornehmlich die Methode LEP<sup>®</sup> (Leistungserfassung in der Pflege) zur Anwendung.

In etwa der Hälfte der Langzeiteinrichtungen werden die Leistungen über das Resident Assessment Instrument (RAI) erfasst. Das RAI ist ein international entwickeltes, auf die schweizerischen Verhältnisse angepasstes System, in dessen Zentrum ein pflegerisch-geriatrisches Assessment, das Minimum Data Set (MDS) steht. Eine systemische Verknüpfung der erhobenen Assessmentdaten definiert den Pflegeaufwand und ordnet diesen einer Pflegeaufwandgruppe, Resource Utilization Groups (RUGs), zu. Dabei werden vor allem die Kriterien berücksichtigt, die sich als besonders aufwändig erwiesen haben und für die eine hohe Reliabilität in der Kodierung belegt ist (1). Jeder Pflegeaufwandgruppe ist ein Pflegeindex hinterlegt. Der Pflegeindex bildet den mittleren zeitlichen Pflegeaufwand der jeweiligen Gruppe ab. Dieser Wert wurde in umfassenden internationalen und nationalen Zeitstudien ermittelt (2). In der Schweiz wurden die Pflegeaufwandgruppen (RUG) im Rahmen einer interkantonalen Zeitstudie (3) validiert. Somit beruht die Berechnung der Fallschwere im geriatrischen Langzeitbereich auf einer validen Datenbasis. Insgesamt wurden sechs Pflegeaufwand-Hauptgruppen definiert (Abb. 1), die sich in 46 Untergruppen gliedern.

Rehabilitation	Bewohner/in erhält relativ intensive Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie bzw. therapeutische Pflegemassnahmen wie Gehtraining, Toiletentraining etc.
Extensive Pflege und spezielle Pflege	Bewohner/in erhält eine oder mehrere aufwändige Behandlungspflegen wie parenterale Ernährung Absaugen, IV-Medikation Bewohner/in mit einer Reihe von speziellen Pflegeproblemen wie Ulzera, Druckgeschwüre, Multiple Sklerose mit hoher ADL-Abhängigkeit <sup>1</sup> , Fieber mit Erbrechen / Lungenentzündung etc.
Klinisch komplex	Bewohner/in mit einem oder mehreren klinisch komplexen Problemen wie Koma, Sepsis, Verbrennung, Dehydratation, Halbseitenlähmung mit hoher ADL-Abhängigkeit, Diabetes mit ärztlichen Verordnungen etc.
Kognitiv beeinträchtigt	Bewohner/in mit geringer ADL-Abhängigkeit ist in der Entscheidungsfähigkeit und/oder der Kommunikation und dem Kurzzeitgedächtnis beeinträchtigt etc.
Verhaltensprobleme	Bewohner/in zeigt gravierende Verhaltensprobleme wie verbale / körperliche Aggressivität, sozial unangemessenes Verhalten, Widerstand gegen die Pflege oder hat Sinnestäuschungen/Halluzinationen etc.
Physisch reduziert	Bewohner/in ist in ADL-Bereichen in unterschiedlichem Ausmass unselbständig und auf Hilfe angewiesen etc.

Abb. 1: RUG-III 97 Hauptgruppen Klassifikation

### Auftrag:

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich beauftragte fünf psychiatrische Institutionen damit die Zeitwerte der Pflegeleistungen in der Langzeitpsychiatrie innerhalb des Systems RAI aufzuzeigen. Als Studienverantwortliche in unseren Betrieben begleiteten wir in Zusammenarbeit mit der Firma Q-Sys die Zeitstudie. Die Aufgaben umfassten die Vorbereitung und Durchführung der Zeitstudie zur Erhebung der Pflegeaufwandleistungen (RUG) der Langzeitpsychiatrie.

<sup>1</sup> Aktivitäten des täglichen Lebens nach Katz et. Al. (1963)

### Fragestellung:

Das System RAI wird seit 2005 im psychiatrischen Langzeitbereich eingesetzt. Es stellte sich die Frage, inwiefern sich die RUGs zur Kostenaufschlüsselung in den pflegerischen Aufwendungen der Kostenträgerrechnung (KTR) eignen.

Des Weiteren war zu prüfen, inwiefern sich die schwere der Patientenfälle (Casemix) des geriatrischen Langzeitbereiches auf die Langzeitpsychiatrie übertragen lassen.

### Ziele:

- Bessere Abbildung des Casemix in der Langzeitpsychiatrie durch das RAI
- Überprüfung der Frage, inwiefern die Zeitgewichtung der RUG's auf die Langzeitpsychiatrie übertragen werden können
- Überprüfen der Hypothese von 12 ergänzenden psychiatriespezifischen Items im MDS Langzeitpflege
- Schaffen einer soliden Basis, welche die Verwendung der RUG's zur Kostenaufschlüsselung der pflegerischen Aufwendungen in der KTR erlaubt.

### Methode:

Ausgangslage für die vorliegenden Ergebnisse der Zeitstudie in der Langzeitpsychiatrie bildete, wie eingangs erwähnt, eine Datenerhebung zur schweizerischen Validierung der Pflegeaufwandgruppen in Langzeitpflegeeinrichtungen. In dieser Erhebung wurden aufgrund des geriatricspezifischen Minimum Data Set's die mittleren Zeitwerte der RUG's überprüft. Um die Untersuchung in der Langzeitpsychiatrie realisieren zu können, mussten wir prüfen, inwiefern das MDS Geriatrie psychiatriespezifische Phänomene überhaupt erfasste. In deren Folge evaluierte eine Fachgruppe insgesamt 12 Items, die ergänzend zum vorliegenden MDS für das langzeitpsychiatrische Setting erhoben und mit Zeitwerten hinterlegt werden sollten.

Während sechs Monaten erfolgte bei der gesamten Untersuchungsgruppe (N= 612) eine Gesamtbeurteilung (MDS) mit dem ergänzten psychiatriespezifischen Zusatzblatt für die Langzeitpsychiatrie. Ergänzend zu den Items

der Langzeitpflege wurden auch die Items von psychiatrischen Langzeitpatienten erhoben. Die gewonnenen Daten stellten die Basis für die nachfolgende Zeitstudie dar.

In einem weiteren Schritt erfolgte eine 10-tägige interdisziplinäre Vollerhebung über 24 Stunden aller Tätigkeiten bei den Patienten. Die ermittelten Zeitwerte ermöglichten einen Vergleich mit den Zeitwerten der Langzeitpflegeeinrichtungen. Zudem konnte die Aussagekraft des mit den psychiatriespezifischen Ergänzungen ausgestatteten MDS Geriatrie ermittelt werden.

#### Ergebnisse (4):

a. Abbildung des Casemix, Langzeitpsychiatrie durch einen Vergleich der RUG-Gruppen:

- Der Casemix in der Zeitstudie in Langzeitpflege (Abb. 2) unterscheidet sich signifikant von demjenigen Langzeitpsychiatrie (Abb. 3). In der Langzeitpsychiatrie sind die RUG-Gruppen »Kognitive beeinträchtigt« sowie »Verhaltensprobleme«, bedeutend stärker belegt, währenddem die Gruppen »physisch-reduziert« deutlich tiefere Anteile ausmachen.

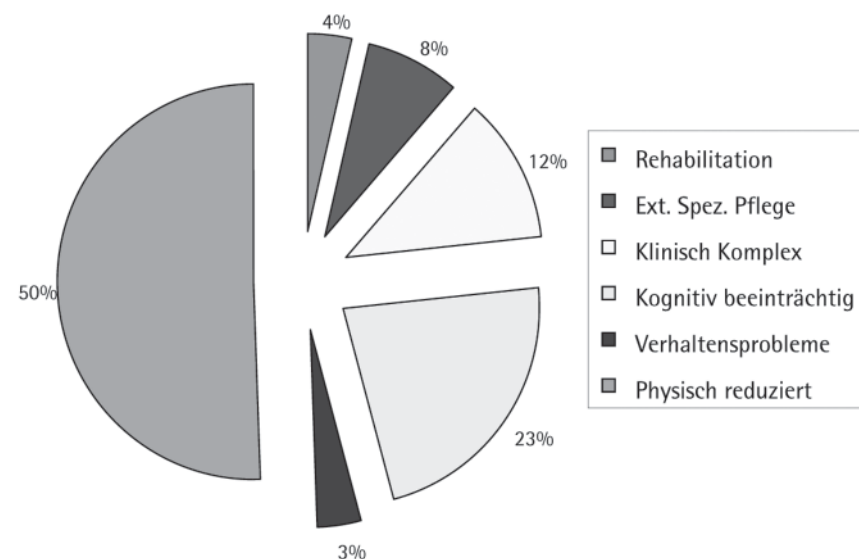


Abb. 2: Pflegeaufwandgruppen Langzeitpflege

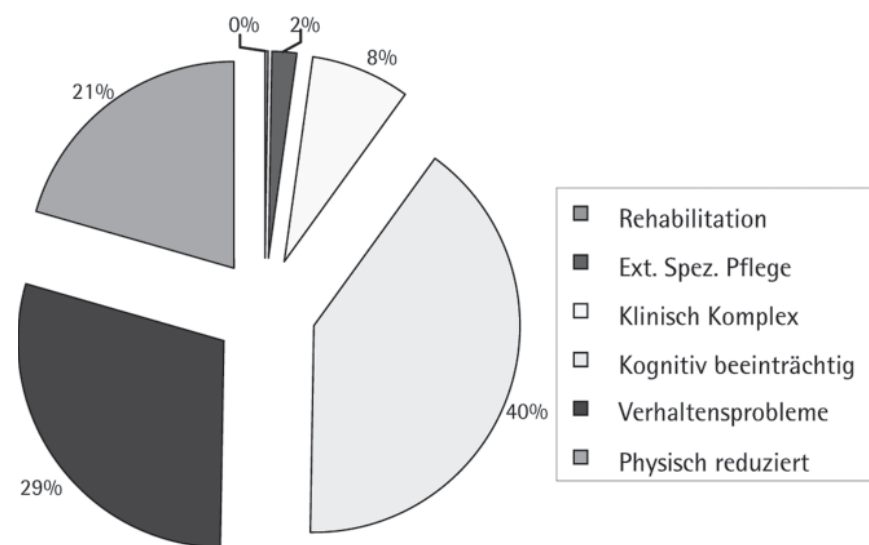


Abb. 3: Pflegeaufwandgruppe Langzeitpsychiatrie

b. Gegenüberstellung der Zeitgewichtung der RUG's Langzeitpflege versus Langzeitpsychiatrie

- Die Mittelwerte der pro Patient und Tag geleisteten Pflegeminuten hinsichtlich der jeweiligen RUG - Gruppen unterscheiden sich in der Langzeitpsychiatrie im Vergleich zu Alters- und Pflegeheimen (Abb. 4). Noch deutlicher fallen die Unterschiede der Zeitwerte im Vergleich der 46 RUG Untergruppen Langzeitpflege/Langzeitpsychiatrie aus (nicht visualisiert in der Grafik).
- In der Langzeitpsychiatrie wird im Vergleich zur Langzeitpflege erheblich mehr Zeit für Therapien aufgewendet. Dies erklärt die tieferen Minutenwerte im Bereich der Langzeitpsychiatrie.
- Die Varianzanalyse zeigt auch für den Bereich der Langzeitpsychiatrie, dass mit den RUG's rund 63% der Varianz im Pflegeaufwand erklärt werden kann. Dieser Wert kann als gut bezeichnet werden.

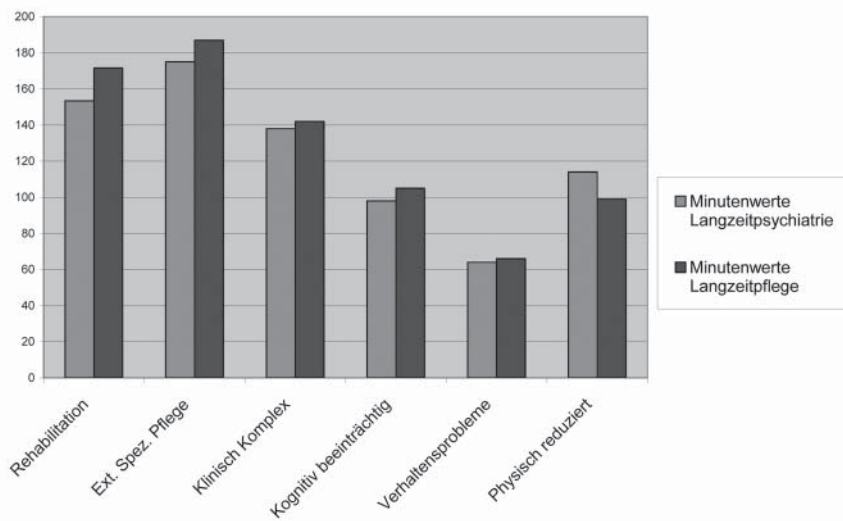


Abb. 4: Vergleich, durchschnittliche Zeitwerte in Minuten Langzeitpsychiatrie/ Langzeitpflege

c. Überprüfen der Hypothese von 12 ergänzenden psychiatriespezifischen Items im MDS Langzeitpflege

Die ergänzenden psychiatriespezifischen Assessmentinformationen zum Verhalten, zu den Diagnosen und Symptomen sowie zu möglichen Interventionen haben sich bewährt. Die Auswertung der psychiatriespezifischen Items ergaben wichtige zusätzliche Hinweise auf den Casemix. So wurden beispielsweise für rund 19% der PatientInnen akute Verhaltenskrisen in Verbindung mit einfachen und komplexen Interventionen kodiert. Bei rund 15% der BewohnerInnen wurde mit unterschiedlicher Ausprägung bei den beteiligten Institutionen eine Suchtproblematik angegeben.

Ebenso konnte ein qualitatives Bild der relevanten psychiatriespezifischen Interventionsstrukturen gewonnen werden. Die Untersuchungsergebnisse führten zu einer Bereinigung der Liste der vorgeschlagenen Ergänzungen im MDS. Die diesbezüglichen Untersuchungsergebnisse flossen in die neueste Version des MDS, Version 2.0(01/4c) ein.

e. Schaffen einer soliden Basis, welche die Verwendung der RUG's zur Kostenaufschlüsselung der pflegerischen Aufwendungen in der KTR erlaubt.

Aufgrund der Zeitstudie Langzeitpsychiatrie wurden die Minutenwerte pro RUG-Gruppe speziell für die Zwecke der KTR neu berechnet. Für 90% aller RUG-Gruppen konnten die Werte aus der Zeitstudie Langzeitpsychiatrie verwendet werden. Für die restlichen Werte beziehungsweise Relationen wurden die Daten der interkantonalen Zeitstudie (2) verwendet. Es ist gelungen, für jede/n PatientIn Minutenwerte direkter Pflege festzulegen und diesen auf die jeweiligen KTR Kategorien aufzuteilen. Damit verfügen die langzeitpsychiatrischen Einrichtungen über eine differenzierte und zuverlässige Methode der Aufteilung des Pflegekostenblocks auf die KTR Kategorien.

**Diskussion:**

Die Ergebnisse bestätigten die Annahmen, dass es in der Langzeitpsychiatrie unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte im Vergleich zu Alters- und Pflegeheimen gibt. Diese liegen im Bereich der Krisenbewältigung, Tagesstrukturierung sowie der Beschäftigung und setzt spezifisches, psychiatrisches Pflegefachwissen voraus. Hingegen konnte die Annahme der erhöhten Betreuungsleistung nicht bestätigt werden. Die zusätzlich beschriebenen psychiatriespezifischen Phänomene ergaben wichtige Informationen für das Assessment langzeitpsychiatrischer PatientInnen. Auch wurden häufige Pflegeinterventionen im Bereich der Krisenbewältigung und Alltagsgestaltung in der Langzeitpsychiatrie erfasst. Durch die Integration von sieben zusätzlichen psychiatriespezifischen Items konnte ein Beitrag zur Weiterentwicklung des MDS der Zielgruppe im Nursing Home - Bereich geleistet werden. Auch ist der Nachweis gelungen, dass die RUG- Gruppen als Grundlage für die Kostenträgerrechnung verwendet werden können. Dies erspart den Pflegefachpersonen zusätzlichen Erhebungsaufwand hinsichtlich Leistungsdaten.

## Literatur:

- 1 **Bartelt, G., Anliker, M., Gilgen, R., Hüsken, WS., Müller, P., Staudenmeier, B.:** (2007) RAI-NH-Handbuch RAI für Alters- und Pflegeheime Gesamtausgabe Version 2.0, Q-Sys AG
- 2 **Morris, JN., Hawes, C., Fries, BE.:** (1990) Designing the national resident assessment instrument for nursing homes: Gerontologist, 30 (3), S. 293 - 307
- 3 **Bartelt, G., Anliker, M., Staudenmaier, B.:** (2004) Schlussbericht, Interkantonale Zeitstudie der RAI Anwender der Kantone Aargau, Basel Stadt, Bern Solothurn und Zürich zur Validierung der Pflegeaufwandgruppen (RUG's)
- 4 **Bartelt, G., Anliker, M., Staudenmaier, B.:** (2007) Ergebnisse der Zeitstudie Langzeitpsychiatrie Kanton Zürich, Management Summary, Vertrauliches Arbeitspapier zu Händen der teilnehmenden Organisationen

# Bezugspersonensystem – die interdisziplinär vernetzte Arbeitsweise der Akutstation A32 in der Klinik St. Urban (Schweiz)

Petra Wüest, Andrew Bay

Bezugspersonensystem, das kennt doch jeder? Was gibt es da noch Besonderes zu sagen?

Manch einer hat vielleicht diese Gedanken wenn er den Titels unseres Beitrages liest. Wir sind der Meinung, dass es bei der Umsetzung in die Praxis Unterschiede gibt. Wie stark ist die Pflegearbeit im interdisziplinären Team integriert? Wie viel Verantwortung tragen die einzelnen Bezugspersonen? Was ist die Rolle der Stationsleitung?

Wir möchten mit unserem Beitrag die Art und Weise wie wir das Bezugspersonensystem in unseren Alltag und im interdisziplinären Team integriert haben, erläutern.

## Ausgangslage

Vor ungefähr vier Jahren, nach einer turbulenten Zeit mit hoher Fluktuationsrate im Team, fand sich unser Pflorgeteam neu zusammen. Wir erstellten eine gemeinsame Teamkultur und nahmen neue Projekte in Angriff. Einen Schwerpunkt setzten wir auf das Projekt Bezugspersonensystem. Eine Projektgruppe erarbeitete ein neues Konzept, angelehnt an die aktuelle Literatur von M. Manthey 2002.

Bei diesem Veränderungsprozess hat sich jedes einzelne Teammitglied weiterentwickelt. Wir sprechen heute am interdisziplinären Rapport von anderen Themen und bringen unsere Sichtweise aktiv ein. Auf dem Weg gab es verschiedene Schwierigkeiten zu meistern. Die Rolle der Pflege veränderte sich. Dieser Umstand forderte bei den anderen Disziplinen Erklärungsbedarf und strukturelle Anpassung für die Zusammenarbeit. Mit viel Engagement, Einsatz und Offenheit standen wir für unsere neue Arbeitsorganisation ein.

Die Gefässe und Abmachungen, die wir neu definiert und gefüllt haben, sind folgende:

## Arbeitsaufteilung

Unsere Abteilung ist in einen offenen und einen geschlossenen Bereich aufgeteilt. Die Pflegenden waren bisher für den offenen oder den geschlossenen Bereich zuständig, also funktional eingeteilt. Dies widersprach dem Bezugspersonensystem das wir eingeführt hatten, denn es kam vor, dass die Bezugsperson arbeitete, aber nicht für die Bezugspatienten zuständig war. Es entstand eine Liste, auf der die Mitarbeiter des Tagteams stehen und die Patienten diesen Personen zugeteilt werden. Dabei beachten wir, dass die Patienten jeweils bei ihrer Bezugsperson zugeteilt werden. Die weiteren Patienten, die noch nicht zugeteilt werden können, haben als Ansprechperson eine Schülerin, eine Pflegehilfe oder den Stationsleiter. Anhand dieser Liste, die jeden Tag neu gemacht wird, können sich die Patienten orientieren wer für sie zuständig ist. Diese Zuteilung haben wir auch für das interdisziplinäre Team übernommen. Kommt zum Beispiel die Sozialarbeiterin auf die Abteilung und hat Informationen zu einem Patienten, nimmt nur die Ansprechperson diese entgegen. Der Informationsfluss wird so optimiert und die Bezugsperson ist über das aktuelle Geschehen stets informiert.

## Tagesverantwortliche

Diese Person, meist der Stationsleiter, hat mit den Ärzten einen Morgenrapport durchgeführt. Dabei wurden die Informationen an den Arzt weitergeleitet und Entscheidungen über die weitere Hospitalisation getroffen. Dadurch entstand häufig Unmut bei den Bezugspersonen, weil sie Entscheidungen zu tragen hatten, bei denen sie nicht mitreden konnten. Dieser Rapport wurde gestrichen. Neuerdings findet eine Koordination (siehe nachfolgender Abschnitt) zwischen dem behandelnden Arzt und der Ansprechperson statt.

## Koordination

Dabei geht es nicht um das Erzählen was passiert ist, sondern darum, akute Anliegen zu klären, wie zum Beispiel mitzuteilen, dass der Patient ein Gespräch braucht, einen Termin für eine gemeinsame Besprechung zu finden oder um Ereignisse, die am Morgen passiert sind und mitteilenswert sind, weiterzugeben. Oft gibt es nichts Aktuelles.

Da wir seinerzeit neu das Nexus (Dokumentation per Computer) eingeführt haben, konnten wir das interdisziplinäre Team dafür gewinnen, die Informationen über den aktuellen Verlauf der Patienten, die wir sonst immer

abgegeben haben, selbst im Nexus nachzulesen. Die für den Arzt besonders wichtigen Informationen haben wir mit einer Fahne (eine Möglichkeit im Nexus spezielle Vorkommnisse zu kennzeichnen) gekennzeichnet, so dass dieser sich schnell über für ihn wichtige Punkte orientieren kann.

## Kurzstandort

Eine weitere Überlegung war, wie wir die Arbeit der Bezugspersonen mit dem zuständigen Arzt und den Einbezug des Patienten im gesamten Prozess verbessern konnten. Die Patienten haben damals oft geklagt, sie wüssten nicht wie es weiter geht und sie möchten den Arzt sprechen. Wir verbrachten viel Zeit damit, die Patienten zu beruhigen und auf einen späteren Zeitpunkt hin zu vertrösten.

Wir haben uns überlegt, dass es Sinn machen würde, wenn die Patienten einmal pro Woche mit dem Arzt und der Bezugsperson ein Gespräch haben würden. Es entstand der Kurzstandort. Die Zeit wurde auf zehn Minuten begrenzt, da von Seiten des Assistenzarztes nicht mehr Zeit vorhanden ist. Anfänglich wurde der Kurzstandort vor allem vom Assistenten dazu genutzt, um mit der Frage »wie geht es?« zu starten oder es wurde über die Medikation gesprochen. Das waren jedoch vor allem Fragen und Themen, die in einem Arztgespräch Platz haben sollten.

Wir veränderten die Fragen dann zu dem, was vor allem gefragt werden sollte.

Wie läuft es mit Ihrem Wochenziel?

Haben Sie weitere Schritte machen können?

Sind Sie zufrieden mit ihrem Wochenplan und ihrem Therapieprogramm?

Welche Ziele möchten Sie in der nächsten Woche erreichen?

Anfänglich haben wir die Patienten darum gebeten zwischen 10 und 11 Uhr auf der Station zu bleiben, bis sie an den Kurzstandort gehen konnten. Für viele Patienten war das kein Problem. Andere fühlten sich eingeschränkt, da sie unter Umständen eine Stunde warten mussten. Auch für die Bezugspersonen war es schwierig ein sinnvolles Zeitmanagement zu erarbeiten. Es entstanden immer wieder Leerzeiten, da es wegen der fehlenden Struktur schwierig war, die zehn Minuten einhalten zu können.

Daraus entstand ein genauer Zeitplan. An der Morgenrunde wurden die Termine wie folgt vergeben: 10:00, 10:10, 10:20, etc. So konnten sich die Patienten sowie die Pflegenden besser organisieren. Es hatte auch den Vorteil, dass die Patienten an der Morgenrunde gehört haben, dass 10 Minuten nach ihnen der nächste Patient kommt. Seitdem haben sich die Zeiten sehr viel besser eingependelt. Auch wenn leichtere Abweichungen vorkommen.

### **Behandlungsvertrag**

Seit einigen Jahren arbeiten wir mit einem Behandlungsplan. Ziel ist es, dass der Assistenzarzt möglichst rasch nach dem Eintritt mit der Bezugsperson diesen ausfüllt und sich Überlegungen macht an welchen Punkten die Bezugsperson mit dem Patienten arbeiten will und welche Dienste noch einzubeziehen sind. Je nach Notwendigkeit werden weitere Dienste miteinbezogen. Falls Schwierigkeiten bestehen, werden diese am IDR (interdisziplinären Rapport) besprochen und der Rat der Kollegen wird miteinbezogen.

Es zeigt sich in der Praxis, dass die gemeinsame Planung der Knackpunkt ist und am schwierigsten umzusetzen ist.

Es liegt daran, dass häufig der Zeitpunkt für einen Termin nicht vereinbart wird und der Alltag wenige Freiräume bietet. Weiter sind manchmal beide Bezugspersonen abwesend und ein weiterer Aspekt ist, dass die Assistenten häufig wechseln und eine gewisse Zeit brauchen, um sich an die Arbeitsweise des Teams zu gewöhnen. Je nach Persönlichkeit des Assistenten und der Sozialisation, vor allem in Spitälern, ist eine interdisziplinäre Arbeitsweise für sie gänzlich neu.

Unserer Erfahrung nach lernten viele Assistenten, nach anfänglicher Skepsis oder gar Nichtbereitschaft dieser Arbeitsweise, dieses Konzept anzunehmen und zu schätzen. Bei neuen Assistenten müssen wir oft viel investieren, damit sie gut integriert werden.

### **Interdisziplinärer Rapport**

Die Leitung vom interdisziplinären Rapport hat von der Pflege zu einer Probestufe, welche nun der OA leitet, gewechselt.

Zu Beginn werden immer die neuen Patienten vorgestellt. Danach werden die anderen Patienten besprochen. Die Bezugspersonen haben jeweils die Kardex von ihren Bezugspatienten vor sich liegen.

Die Bezugspersonen fangen dann an und berichten, woran sie im Moment mit dem Patient arbeiten. Es geht nicht mehr darum, wie früher, die Befindlichkeit zu beschreiben, sondern um den Arbeitsprozess, in der sich der Patient mit der Bezugsperson befindet. Der Verlauf der Befindlichkeit vom Patienten wird allenfalls, wenn sich eine starke Veränderung ergeben hat, erwähnt. Dies sollte jedoch nicht die Hauptaussage der Pflege sein.

Der IDR wird häufig dazu verwendet, dass Prozedere zu besprechen, welches auch unter dem Assistenten und Bezugsperson hätte besprochen werden können. Der Nachteil davon ist, dass die Zeit knapp wird und wir uns weniger Zeit nehmen können, schwierige Fälle ausgiebiger zu besprechen. Für diese Fälle haben wir max. einmal pro Woche Zeit. Anfänglich ist es uns Pflegenden immer wieder passiert, dass wir ins alte Muster zurückgefallen sind. Wir erzählten was geschehen ist und konnten nicht, so wie gedacht, unsere Pflegeplanungen vorstellen und sagen woran wir mit den Patienten arbeiten.

Mit der Zeit wurde vermehrt wahrgenommen wie sich unsere Rolle verändert hat. Dadurch, dass wir nicht von jedem Patienten alle Informationen kennen mussten, konnten wir uns mehr um unsere Patienten bemühen und waren am Rapport entsprechend gut informiert.

### **Standortgespräche mit Angehörigen**

Häufig wurden Gespräche geplant, bei denen die Bezugsperson nicht anwesend war. Das Argument der nicht Pflegenden war häufig, sie könnten ja nicht immer berücksichtigen ob die Bezugsperson anwesend ist oder nicht. Uns wurde angeboten die Termine zu vereinbaren, was wir dann auch gerne angenommen haben. So konnten wir erreichen, dass die Terminfindung in den letzten Jahren kein größeres Problem mehr war. Falls es doch schwierig wurde, ist dann der Stationsleiter eingesprungen und hat die Rolle der Bezugsperson beim Gespräch vertreten.

### **Vernetzungsarbeit im interdisziplinären Team**

Die Veränderungen der Gefäße und das Vernetzen des Bezugspersonensystems ist vom Stationsleiter ausgehend mit den verschiedenen Diensten besprochen und ausgehandelt worden, wie auch an den zwei mal pro Jahr stattfindenden interdisziplinären Retraiten zur Teamentwicklung.

Der Stationsleiter übernimmt eine Rolle vom Berater, Coaching. Die Hauptverantwortung der Planung und Durchführung der Pflege liegt bei den Bezugspersonen. Dies wird auch gewährleistet durch eine Abschaffung der Parallelhierarchien, die bei der früheren Arbeitsorganisation noch vorhanden waren.

## Literatur

- Esser S., Tutton E.** (2000) Primary Nursing, Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems. Bern, Huber
- Manthey M.** (2002) Ein patientenbezogenes Pflegesystem. Bern, Huber

# **Pflegeüberleitung in der Psychiatrie - Erfahrungen, Erwartungen und Wünsche der weiterbetreuenden stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste**

Katrin Thissen

## **1. Hintergrund**

Mehr als ein halbes Prozent der Bevölkerung müssen jährlich wegen einer psychischen Erkrankung in der Psychiatrie zur Behandlung aufgenommen werden. Fast genauso viele Menschen brauchen, aufgrund einer schweren, chronisch verlaufenden psychischen Erkrankung oder Behinderung eine längerfristige Behandlung, Rehabilitation, Begleitung und Unterstützung (vgl. 7).

## **2. Problembeschreibung**

In den Gemeinden wird sich der Bedarf an ambulanter psychiatrischer Pflege und speziellen Wohneinrichtungen erhöhen und die Erkrankten werden dort weiter betreut.

Eigene Erfahrungen während meiner Tätigkeit als Fachschwester für psychiatrische Pflege zeigten mir, dass bisher die pflegerelevanten Informationen, wie zum Beispiel die Pflegeanamnese, die Pflegeplanung oder Pflegediagnosen nur bruchstückhaft oder gar nicht weitergegeben wurden.

### **Forschungsziel**

Diese Studie hatte zum Ziel, die Erfahrungen und Wünsche der Mitarbeiter/innen in weiterbetreuenden Einrichtungen an eine Pflegeüberleitung in der Psychiatrie zu erforschen

Die Forschungsfrage lautet:

**Welche Erfahrungen, Erwartungen und Wünsche haben Pflegende und Mitarbeiter anderer Berufsgruppen in weiterführenden stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten mit und an die Pflegeüberleitung im psychiatrischen Bereich?**

### 3. Forschungsmethode

Als wissenschaftliche Methode wurde die Triangulation gewählt, sie stellt laut NOTTER und HOTT eine Kombination quantitativer und qualitativer Forschung dar. Diese Kombination hat den Vorteil, durch eine ganzheitliche Betrachtungsweise breitere und fundierte Kenntnisse zu erzielen (vgl. 4, S.149).

Im quantitativen Forschungsteil wurde mittels eines Fragebogens der Ist-Zustand für das Jahr 2005 beschrieben und analysiert.

Hier wird ausschnittsweise der Bereich der qualitativen Forschung dargestellt; es wurden 9 Einzel- und Gruppeninterviews mit insgesamt 14 Personen geführt, welche in den auf die Versorgung von psychisch Kranken spezialisierten Einrichtungen und Dienste arbeiteten. Die Dauer der Interviews variierte von 35 – 75 Minuten, sie wurden mit Zustimmung der TeilnehmerInnen auf Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Analyse begann nach dem ersten Interview und von Beginn an interagierten die Datensammlung und Datenauswertung.

Die Auswertung erfolgte mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring; hierbei werden die drei Grundformen des Interpretierens (Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung) zum Auswerten der Interviews eingesetzt (vgl. 5).

### 4. Ergebnisse der Interviewauswertung

Ausgehend von der Fragestellung konnten die zentralen Kategorien:

- »Im Kontakt sein«
  - »Wissen sammeln und strukturieren«
  - und »Organisationsstrukturen beachten«
- und zwei weitere Hauptkategorien:
- »Zeit« und
  - »Mensch sein« benannt werden.

Exemplarisch werden hier nur einige der Kategorien beschrieben und mit Zitaten aus den Interviews belegt. Die folgende Abbildung stellt die Ergebnisse im Zusammenhang dar.

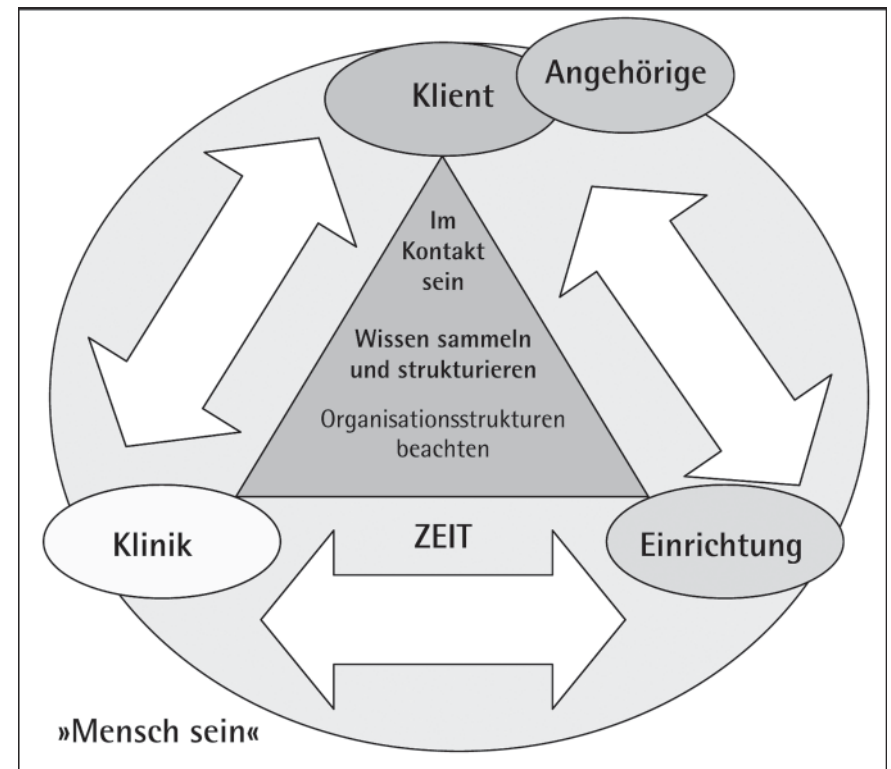


Abb. 1: Die zentralen Kategorien der Informationsweitergabe

#### 4.1. »Im Kontakt sein«

Die zentrale Kategorie »im Kontakt sein« konnte in drei 3 Themen untergliedert werden. Diese sind: » Beziehungen zum Klienten aufbauen oder halten«, »Einbeziehen der Angehörigen oder des Umfeldes« und »Zusammenarbeit.«

Die Aufnahme in eine stationäre Behandlung, der Wechsel in eine weiterbetreuende Einrichtung oder die Notwendigkeit einer ambulanten Betreuung zuhause, stellen sowohl die Klienten als auch die Mitarbeiter vor die Situation, neue Kontakte und Beziehungen knüpfen zu müssen.

Die Patienten, Klienten oder Bewohner sind in der Regel in ein soziales Gefüge eingebettet. Die Angehörigen, das weitere soziale Umfeld und unter Umständen auch der gesetzliche Betreuer benötigen ebenso Informationen.

Um Informationen weiterzugeben oder zu erhalten, ist die Zusammenarbeit zwischen den Institutionen, zwischen den Mitarbeitern innerhalb und außerhalb der Einrichtung eine zentrale Aufgabe.

Die Beteiligung der Bezugskraft an den Weitervermittlungsprozess wird als positiv bewertet, sie ist häufig in der Lage gezielte Informationen zu geben; wenn ihre Beteiligung am Informationsaustausch nicht erfolgt, wird dieses als negativ erlebt.

*» ... Wir haben die ganzen Unterlagen erst mal hier auf die Station bekommen, ne. Und dann habe ich die Gruppe angerufen und habe mit einer Mitarbeiterin gesprochen die Bezugspflegerin von dieser Bewohnerin war.« (Int. 9 Z. 52 - 56)*

#### 4.2. Wissen sammeln und strukturieren

In dieser zentralen Kategorie werden die bisherigen Erfahrungen mit der Informationsweitergabe erfasst. Unterkategorien hierzu sind neben den »gemachte Erfahrungen« die Kategorie »Probleme durch fehlende oder ungenaue Informationen« und »Angaben zum bisherigen Informationsfluss«. Die Kategorie »Gemachte Erfahrung« wurde in die Themen »Neuaufnahmen laufen besser« und »Klienten werden parallel betreut« gegliedert; diese werden hier nicht näher erläutert.

Die gängige Praxis, dass in Entlassungssituationen nur ein Kurzarztbrief an den weiterbehandelnden Arzt mitgegeben wird und für die weiterbetreuende Einrichtung nur Informationen zu der Medikation, wird mehrfach kritisiert. Zumeist wird dann später der Entlassungsbrief an den weiterbehandelnden Hausarzt oder Psychiater geschickt, so sind diese Informationen den weiterbetreuenden Teams entweder gar nicht oder nur über Umwege zugänglich.

*» ... Wir kriegten da nur den Medikamentenplan. Da haben wir weder Pflegeüberleitung, wie er sich verhalten hat, also überhaupt nichts.« (Int. 2 Z. 35 - 39)*

Als Problem wird auch angesehen, dass die pflegerelevanten Informationen häufig nur mündlich weitergegeben werden.

*»Das Problem ist einfach, äh, mündlich. ... Da kann natürlich auch was verloren gehen.« (Int. 5 Z. 212 - 221)*

Die weiterbetreuenden Einrichtungen sind bemüht ausführliche Informationen an das behandelnde Team zu geben.

*»Von unserer Seite, ... die Stammdaten, Anamnese und auch Verlaufsdokumentation drin, ne.« (Int. 1 Z. 283 - 287)*

Neben den Informationen, die für die Übernahme von Klienten wichtig sind, besteht auch ein deutliches Interesse, mehr über den Verlauf der stationären Behandlung zu erfahren.

*»Auf jedem Fall brauchen wir da Informationen.« (Int. 1 Z. 607).*

Die Verwendung eines Überleitungsbogen kann das persönliche Gespräch nicht ersetzen.

*»Am wichtigsten ist nach wie vor immer noch persönlicher Kontakt, ne, ... Gespräche wo man irgendwie auch Eindrücke wiedergeben kann, irgendwas so zwischen den Zeilen, was nicht alles auch schriftlich ist.« (Int. 1 Z. 725 - 730)*

#### 4.3. Organisationsstrukturen beachten

Zum einen beeinflussen Organisationsstrukturen den Informationsfluss im psychiatrischen Krankenhaus, zum anderen variieren die Bedürfnisse innerhalb einer Berufsgruppe oder innerhalb eines Betreuungsteams.

Die Organisationsstrukturen und Arbeitsschwerpunkte im psychiatrischen Krankenhaus und den einzelnen weiterbetreuenden Einrichtungen unterscheiden sich. Dieses hat insbesondere Einfluss auf die Wünsche bezüglich der Informationsinhalte, aber auch auf die Sichtweise und Einschätzungen, welchen Hilfebedarf der Patient / Klient oder Bewohner hat.

Durch die Einführung der Praxisgebühren entsteht für die weiterbetreuenden Einrichtungen ein höherer Aufwand, um die Patienten mit Medikamenten zu versorgen. Da auch nur noch wenige Medikamente mitgegeben werden, wirkt sich die kurzfristige Planung des Entlassungstermins hier zusätzlich ungünstig aus.

Als ungünstig wird auch erlebt, wenn bei der Mitteilung über die Medikamentenversorgung die Bezeichnung des Wirkstoffs fehlt.

#### 4.4. Hauptkategorien »Mensch sein« und »Zeit«

Der Informationsaustausch ist wichtig für die Patienten/ Bewohner und deren individuellen Bedürfnisse.

» ... das ist die spezielle Situation, der spezielle Mensch und jetzt guck' ich dass ich in der Situation meiner Begleitung da gerecht werde.« (Int. 3 Z. 360 – 363)

Die Hauptkategorie Zeit lässt sich in die Kategorien »Entlassung planen« und »Zeit für Gespräche« untergliedern.

Als belastend wird erlebt, dass Informationen zur bevorstehenden Entlassung manchmal sehr kurzfristig an die weiterbetreuenden Einrichtungen weitergegeben werden.

Gewünscht wird, dass ausreichend Zeit für Gespräche zum Austausch mit den Kollegen vorhanden ist.

»... am Anfang ein gutes Aufnahmegespräch sein, ... . Dann ... dass etwa einmal in der Woche eine kurze Rückmeldung kommt, ... Und dann muss, ... etwa eine Woche vor der geplanten Entlassung auch schon ... abgeklärt werden, die Entlassung steht an, wie können wir das jetzt umsetzen. In so einem Wochenrhythmus müsste das Laufen.« (Int. 1 Z. 811- 822)

## 5. Diskussion der Ergebnisse

Die beschriebenen Kategorien sind nicht als einzelne Aussagen zu sehen, sondern stehen in Verbindung und bedingen sich gegenseitig. Durch die Ergebnisse wird aufgezeigt, dass neben der schriftlichen Informationsweitergabe auch der Kontakt zu den Pflegenden auf den Stationen eine große Rolle spielt.

### Ergebnisse im organisatorischen Bereich

Es werden Informationen an die weiterbetreuenden Einrichtungen weitergegeben, die Weitergabe läuft sowohl über Pflegeverlegungsberichte als auch über Kurzarztbriefe und persönliche Gespräche.

Die Weitergabe der Informationen über die inhaltliche Arbeit der Pflegenden findet kaum statt, dieses wird als Mangel erlebt.

Die Verwendung von Pflegeüberleitungsbögen ist sowohl in der Altenpflege als auch in der ambulanten Pflege in die derzeitige Pflegepraxis integriert und somit für den Bereich der Gerontopsychiatrie von (noch) höherer Bedeutung. Doch die ausschließliche Weitergabe pflegerelevanter Informationen in Form von Überleitungsbögen wird auch dort dem ge-

wünschten Bedarf nicht gerecht. Im Idealfall findet ein Informationsaustausch per Pflegeentlassungsbericht und in Form eines Gespräches statt.

### Zusammenarbeit

Es besteht Bedarf, dass sich die Bezugskräfte an der Entlassungsplanung und an dem Informationsaustausch beteiligen. Als wesentlicher Punkt wird erlebt, dass Absprachen möglich sind.

Hier ist ein kollegiales Miteinander, mehr Verständnis für die Arbeitsweisen in den weiter betreuenden Einrichtungen oder auch für das Leben und seine Gestaltung dort, wünschenswert.

## 6. Vergleich der Forschungsergebnisse mit Vorstudien

Für eine Beschreibung des Hilfebedarfs beim Informationstransfer wurden bei dem Projekt von SATZINGER et. al. eine Anlehnung an die »Aktivitäten des täglichen Lebens« (ATLs) nach JUCHLI vorgeschlagen und verwendet (vgl. 6). Dieses zeigt sich auch in meiner Befragung.

Die Forschungsarbeit von HÖHMANN ergab, dass sich 85% der Befragten in der ambulanten Pflege und 30 –50% der Mitarbeiter in (teil-) stationären Pflegeeinrichtungen einen verbesserten Informationsaustausch mit der klinischen Pflege wünschen. (vgl. 3, S. 95). Das Fazit ihrer Befragung, dass die Versorgungs- und Informationsbedarfe zur Sicherung der Versorgungskontinuität pflegebedürftiger Patienten die klinikinternen Arbeitsteilungen sprengen (vgl. 3, S. 98), lässt sich auch im Rahmen dieser Arbeit feststellen. Ebenso, dass die Gefahr von Informationsverlust vor allem in drei kritischen Situationen (die der Aufnahme, der Entlassungsentscheidung und der Überleitung in nachgeschaltete Einrichtungen) besteht.

Im Expertenstandard wird festgestellt, dass die Pflegefachkraft aufgrund ihrer Nähe zum Patienten und Angehörigen die entscheidende Koordinationsfunktion im Rahmen der Entlassungsplanung einnimmt. Dieses belegt jedoch nicht, dass sie sämtliche Schritte des Entlassungsmanagements selber durchführen soll (vgl. 2, S. 47).

Die Pflegeüberleitung kann nicht ohne Weiteres isoliert betrachtet werden, sie muss immer im Kontext der multidisziplinären Entlassungsplanung gesehen werden. Es erscheint sinnvoll, die Pflege im Gesamtzusammenhang aller bereits vorhandenen Entlassungsplanungen und Beratungen zu positionieren und vor diesem Hintergrund eigene Konzepte zu entwickeln oder vorhandene anzupassen. (vgl. 1, S. 223).

## 7. Empfehlungen für die Praxis

Um eine Pflegeüberleitung in der Psychiatrie den Wünschen und Bedürfnissen der weiterbetreuenden Einrichtungen anzupassen, sollten folgende Kriterien umgesetzt werden:

- Pflegefachkräfte müssen die Weitergabe von pflegerrelevanten Informationen als ihre Aufgabe annehmen.
- Das Management sollte die geeigneten Rahmenstrukturen schaffen, damit die Informationsweitergabe den Bedürfnissen angepasst werden kann.
- Die Pflegeüberleitung kann die Arbeit des Sozialdienstes ergänzen; ihr Schwerpunkt liegt in der Einschätzung des Hilfebedarfes und in der Unterstützung im Alltag.

Erforderliche Maßnahmen:

- Vernetzung der psychiatrischen Angebote auf Kreisebene.
- Konzepte der Einrichtungen und die Rahmenbedingungen kennen und gegenseitige Hospitationen fördern.
- Die Schaffung von Verfahrensabläufen, die eine konsequente Planung und Umsetzung von Aufnahme-, Zwischen- und Entlassungsgesprächen fördern.
- Deren Inhalte sollten schriftlich niedergelegt und in Form von Berichten auch weitergegeben werden.

Um dieses leisten zu können, wird es notwendig sein, die kommunikativen Fähigkeiten der Pflegenden zu stärken.

Ein Pflegeüberleitungsbogen bietet die Möglichkeit eine erste Einschätzung über den Hilfebedarf des Patienten zu erhalten. Er ersetzt aber nicht die Kommunikation mit den Pflegenden vor Ort.

Des Weiteren können der Pflegeverlauf und die Besonderheiten während des stationären Aufenthaltes in Form eines pflegerischen Entlassungsbriefes weitergegeben werden. Dieser könnte sich an der Pflegeplanung und den Pflegediagnosen orientieren und eine Übersicht über den Verlauf bieten. Er müsste ebenso eine Einschätzung des Hilfebedarfes enthalten. Hierzu wäre der Einsatz eines Assessmentverfahrens, zum Beispiel eine Einschätzung

nach den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs,) der Barthel-Index oder das Functional Independence Measure (FIM) geeignet. Alternativ wäre ein multiprofessioneller Entlassungsbrief möglich.

## 8. Weitere Forschungsthemen

Es sollten noch die organisatorischen Bedingungen für einen Informationsaustausch näher untersucht werden. Zudem sollten Forschungen zu Sichtweisen der Patienten, der Angehörigen und der weiterbehandelnden Ärzte erfolgen.

Für die psychiatrische Pflege stellt sich zudem die Frage, warum sie eine Informationsweitergabe und Beschreibung ihrer Arbeit bisher nicht als ihre Aufgabe wahrgenommen hat.

## Literaturverzeichnis

- 1 **Close, A.** (2002): Patientenschulung: eine Literatursichtung. In: Schröcks, R.; Drerup, E. (Hrsg.). Der informierte Patient. Beraten, Bilden, Anleiten als pflegerisches Handlungsfeld. S. 219-239. Lambertus, Freiburg i. Br. Entnommen: Studienmaterial der Fachhochschule Jena. TP 14-1: Einführung in die Beratung. Zusammengestellt von Professor Dr. Stephan Dorschner.
- 2 **Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)** (2004): Experten-standard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Schriftreihe des DNQP. Osnabrück.
- 3 **Höhm, U.** (2002): Versorgungskontinuität durch Kooperative Qualitätsentwicklung und abgestimmtes Trajektmanagement« Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften. J. Behrens Hrgs. Halle/Saale.  
<http://www.medicin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/media/HalBeitr/Halle-Pflege-02-04.pdf>  
16.05.2006 18: 10 h 228 Seiten Download als pdf. Datei
- 4 **Notter, L.E., Hott, J.R.** (1997): Grundlagen der Pflegeforschung; 3., vollständig überarbeitete Auflage, Verlag Hans Huber Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- 5 **Mayring, P.** (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. 5. überarbeitete Auflage. Beltz Verlag, Weinheim und Basel.
- 6 **Satzinger, W., Wennig, S., Courté-Wienecke, S., Herkert, B.** (2000): Der Patientenbegleitbogen. Ein Instrument für die Kommunikation zwischen ambulanten Pflegediensten und Krankenhäusern. Forschungsbericht. Bayerischer Forschungsverbund Public Health – Öffentliche Gesundheit (BFV) München.

### Internetquelle:

<http://www.psychiatrie.de/apk/wir/> 24.10.2005 14:10h Internetseiten der »Aktion Psychisch Kranke (APK) 5 Seiten.

## Wirksame Vereinbarungen mit Menschen treffen, die in ihrem Inneren Gefühlschaos leben

Manuela Brandt, Rita Thill, Olaf Stulich

### Einleitung:

Menschen haben zumeist erlernte Grundannahmen, welche sie in vorgefertigten Bildern denken lassen. Wahrscheinlich kennen wir alle Menschen, deren Einstellungen und Meinungen auf uns befremdend wirken. Aber wie sieht es mit den Mythen in unseren Köpfen aus? Ist uns immer klar was zu tun ist? Sowohl bei uns als auch bei unserem Gegenüber?

Nähe und Distanz sind nicht nur Probleme für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, um welche es im weiteren Verlauf verstärkt gehen wird. Diese Begriffe betreffen uns alle und sind in unserem gesamten Lebensumfeld gefragt.

Für den Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung mit Menschen, die an einer Persönlichkeitsstörung leiden, bildet das Wissen um Nähe und Distanz das Fundament der gemeinsamen Arbeit.

Wir müssen den Kern berühren und nicht nur die äußere Schale. Nur wer genau versteht, wo sich der Klient in diesem Moment befindet, kann auch eine optimale Unterstützung möglich machen.

Wirksame Vereinbarungsstrategien können uns also helfen das richtige Maß dafür zu finden. Wir können damit verstehen, wie groß oder wie klein die Distanz tatsächlich ist und dem Klienten genau dort helfen, wo wir benötigt werden.

Alle im Weiteren vorgestellten Strategien unterliegen einem dialektischen Grundverständnis und sind abgeleitet von der Dialektisch-Behavioralen Therapie nach M. Linehan.

Was versteht man unter Dialektik? Die Dialektik entstammt der Philosophie des Zen und besagt, dass alles nebeneinander existieren kann, ohne im Widerspruch zueinander zu stehen. Die Punkte, die am weitesten auseinander stehen, stellen lediglich die äußersten Begrenzungen einer Einheit dar. Die Kunst besteht darin, nicht nur die Extrempunkte zu erkennen, sondern das breite Mittelfeld dazwischen.

Die dialektischen Strategien sind aus diesem Grund auf die Einhaltung von Balance zwischen den Extremen wie Gut und Böse, dem Hell und Dunkel

ausgelegt. Dem Klienten soll damit ein Gefühl vermittelt werden, dass Problemlösungen nicht nur in den Kategorien falsch und richtig möglich sind, sondern individuell betrachtet werden können.

Wie stellen sich die Vereinbarungsstrategien nun konkret dar?

### Vorgehen und Methoden:

Die nachfolgenden Methoden können auch mit den Namen Zustimmungstrategien benannt werden.

Das hat seinen Grund, denn ohne die Zustimmung des Klienten für das weitere Vorgehen können wir nicht aktiv werden.

Die Strategien sollen uns helfen zu erkennen, wo der Patient gerade steht. Gleichzeitig findet aber oft auch eine Aufforderung statt, den nächsten Schritt zu tun. Um dies verständlicher zu machen, werden wir die Strategien zunächst theoretisch erklären und dann an einem Fallbeispiel die praktische Seite aufzeigen.

#### Die Vereinbarungsstrategien (Commitments):

- **Fuß in der Tür** → eine leichte Zustimmung durch den Klienten (K.) existiert bereits; einer einfachen Anforderung folgt eine schwerere, Ziel ist es, eine größere Zustimmung zu erhalten als der Klient dies zu diesem Zeitpunkt von allein formulieren könnte.
- **Tür im Gesicht** → Therapeut/Co-Therapeut (T.) verlangt etwas mehr als der Klient erwartet, um dann etwas Leichteres zu vereinbaren. Ziel: Die Forderung erscheint dem Klienten überzogen, er ist so eher bereit sich auf das Mindestmaß einer Vereinbarung, welche therapeutisch allerdings notwendig ist, einzulassen.

#### Am effektivsten ist manchmal eine Kombination beider Techniken!

- **Advocatus Diaboli** → Wenn eine schwache Zustimmung durch den Klienten vorhanden ist, entwickelt T Argumente, die gegen eine Zustimmung sprechen. T provoziert den Klienten, indem er seine schwache Zustimmung verstärkt durch paradoxe Intervention. Ziel ist, dass der Klient selber Argumente entwickeln muss, die einer Zustimmung gleichkommen.

Vorsicht: Diese Strategie ist nur dann anzuwenden, wenn ein grundlegendes Vertrauensverhältnis gebildet wurde.

- **Cheerleading** → Jeder noch so kleine Fortschritt wird von T. wahrgenommen und in besonderem Maße unterstützt. Der Klient wird regelrecht angefeuert und »gefeiert«. Ziel: Diese Strategie soll der Ausweglosigkeit und Hoffnungslosigkeit des Klienten entgegen wirken.
- **Pro und Contra** → Das Für und Wider eines Problems soll entwickelt und im zweiten Schritt näher betrachtet werden, um eine notwendige Entscheidung zu treffen. Ziel: Eine möglichst vollständige Sammlung von Argumenten soll zu einer Entscheidungsfindung führen.
- **Betonen der freien Wahlmöglichkeit** → Die Entscheidungsfreiheit vom Klienten wird betont, dabei sollen jedoch gleichzeitig die realistischen Konsequenzen der jeweiligen Entscheidung aufgezeigt werden. Ziel: Zustimmung und Zusammenarbeit werden verstärkt, wenn Menschen glauben, eine Entscheidung aus freien Stücken getroffen zu haben.
- **Erinnern an frühere Zustimmung** → Oft nimmt eine frühere Zustimmung in Krisensituation ab und muss dann erneuert werden. Dies geschieht zum Wohle des Klienten, um ihn/sie vor überstürzten Handlungen zu schützen. Ziel: Vereinbarungen sollen auf ihre Wirkung hin überprüft werden; in Krisensituationen ist es dem Patienten oft nicht möglich, sich an getroffene Vereinbarungen zu erinnern.

### Wir werden nun an einem praktischen Beispiel die verschiedenen Zustimmungstrategien illustrieren:

Ein Patient möchte auf eigenen Wunsch die Station verlassen, da er meint, der therapeutischen Arbeit nicht gewachsen zu sein. Wir möchten ihn zum Bleiben bewegen (K= Klient, T= Therapeut/Co-Therapeut):

- K: Ich möchte entlassen werden.  
 T: Wirklich? Sind Sie da ganz sicher?  
 K: Ja. Ich bin mir ganz sicher.  
 T: Wie wird es zu Hause weitergehen? Bekommen Sie Unterstützung? (Tür im Gesicht; T. weiß, dass K. keine Unterstützung haben wird)  
 K: Ich lebe allein. Ich habe niemanden.  
 T: Das ist wirklich schade! Da sehe ich in Ihrer momentanen Situation richtig schwarz für Sie. (Advocatus diaboli)  
 K: Was sollte ich denn Ihrer Meinung nach tun?

- T: Ich denke, es ist nicht wichtig, was ich meine, sondern was Sie wollen. An welchem Thema haben wir denn in den letzten Wochen gearbeitet?  
 K: An der Entscheidung, dass ich leben möchte.  
 T: Sie haben sich entschieden zu leben. Wie haben Sie das gemacht? (Betonen der freien Wahlmöglichkeit)  
 K: Mir ist klar geworden, dass es Auswege gibt, welche ich vorher nicht gesehen habe.  
 T: Welche Möglichkeiten sind das?  
 K: Ich habe neue Fertigkeiten gelernt, um meine Anspannung besser in den Griff zu bekommen  
 T: Das klingt wirklich gut. Sie müssen sich selbst entscheiden, ob Sie bleiben wollen oder nicht. (Freie Wahlmöglichkeit)  
 K: Vielleicht sollte ich meine Entscheidung noch einmal überdenken.  
 T: Es freut mich, dass Sie das tun wollen und ich würde unsere gemeinsame Arbeit wirklich sehr gern fortsetzen. Ich finde, Sie haben in den vergangenen Wochen große Fortschritte gemacht (Cheerleading). Nur, wie bereits gesagt, ich kann Ihnen die Entscheidung nicht abnehmen.

(Dieser Dialog ist als rein exemplarisch zu betrachten. Er hätte einen ganz anderen Verlauf nehmen können und kann lediglich als eine mögliche Komponente neben vielen anderen Möglichkeiten angesehen werden.)

### Schlussbemerkungen:

Was hier im Dialog sehr einfach abgefasst wurde, erfordert in der Realität ein hohes Maß an Fingerspitzengefühl und Fachkompetenz. Wichtig bei der Anwendung der dialektischen Strategien ist, dass die ausführende Person diese wirklich verstanden hat. Die Art der Anwendung muss mit der Persönlichkeit des Therapeuten/ Co-Therapeutin absolut übereinstimmen. Es sollen hier keine auswendig gelernten Metaphern oder Redewendungen benutzt werden! Die Situation des Klienten muss zuvor eindeutig erfasst worden sein. Wir brauchen ein tieferes Verstehen für das Leid dieser Menschen und ihrer Erkrankung. Ebenso benötigen wir die Bereitschaft uns als Mensch selbst in die jeweiligen Situationen hinein fühlen zu können und uns auf den beginnenden Prozess einzulassen.

Dennoch stellen diese Strategien eine Hilfestellung für den ganz normalen pflegerischen Alltag dar. Sie sind in nahezu jeder Situation sowie in allen Gesprächen anwendbar. Ziel dieses Workshops soll die alltagstaugliche Vermittlung dieser Strategien sein.

### **Literaturangaben:**

- 1 **Linehan, Marsha M.:** Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, CIP-Medien, 1996
- 2 **Linehan, Marsha M.:** Trainingsmanual zur Dialektisch- Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien1996

# Rückkehr in die Strafbastion? – Professionelle Pflege in der forensischen Psychiatrie im Dilemma

Thomas Hax-Schoppenhorst

## Einleitung

Die Geschichte der forensischen Psychiatrie in Deutschland ist geprägt von alarmierenden Ereignissen, bedeutenden Wandlungsprozessen und Umbrüchen. Hierbei war und ist das schwierige und komplexe psychiatrische Arbeitsfeld im hohen Grade abhängig vom aktuellen Zeitgeist, von der Einschätzung abweichenden Verhaltens durch die Gesellschaft, vom politisch Machbaren und Gewollten ... und letztlich –wie sollte es anders sein? – von der Ökonomie.

Im Zentrum dieser sich ständig ändernden Wetterlagen stand und steht die forensische Pflegekraft als Vertreter der größten, aber sicherlich nicht mächtigsten Berufsgruppe im Maßregelvollzug – gefordert, gefragt als Orientierung und Vorbild gebende Person für schwer gestörte, kranke Patienten, als Bindeglied zwischen den therapeutischen Disziplinen. In der Öffentlichkeit wird die wichtige Rolle dieser Berufsgruppe kaum wahrgenommen oder in der Rolle des »Bewachers« unterschätzt und eher belächelt.

Es ist dem Geist der Psychiatrie-Enquête in den 70er Jahren zuzuschreiben, dass mit zeitlicher Verzögerung und den längst fälligen Reformen in der Allgemeinpsychiatrie auch eine Aufwertung der Arbeit im Maßregelvollzug folgte. In der Folge wurden die Unterbringungsbedingungen forensischer Patienten humaner, es wurden neue Einrichtungen geschaffen und Erfolg versprechende Behandlungskonzepte entwickelt und Anhebungen der personellen Ausstattung haben zu einer spürbaren Verbesserung der Behandlung in den Einrichtungen geführt. Eine gewisse Euphorie machte sich breit, nun endlich mit den geeigneten Mitteln auf eine Patientengruppe in der Weise einwirken zu können, dass gute Erfolge – also die vom Gesetz geforderte Besserung und damit eine in einem vertretbaren zeitlichen Rahmen eingeleitete Wiedereingliederung – greifbar schienen.

Wenn es eine Berufsgruppe verdient hatte, aus der bisherigen »Schlangengrube« zumindest mit einem Bein heraustreten zu dürfen, dann waren es sicherlich die bis dahin unter kaum vorstellbaren Bedingungen arbeitenden Pflegekräfte, die nun endlich den Zeitpunkt gekommen sahen, mit Pati-

enten zu arbeiten, statt sie mit grimmigem Blick und nervösem Schlüsselgeklapper mehr oder minder in Schach zu halten.

Ein Zeitzeuge, langjährig erfahrener Pfleger in der forensischen Psychiatrie, drückte es in einem Interview kürzlich wie folgt aus:

»Ich weiß noch sehr genau, dass ich glaubte, besser atmen zu können, als wir mit unseren Patienten aus dem alten Trakt mit diesen grässlichen Zellen, den monströsen Gittern und der beklemmenden Enge in einen Neubau zogen. An dem Tag war ich mir sicher, dass meine Arbeit doch einen Sinn hat. Wer waren wir denn bis dahin? Trotz unserer Ausbildung waren wir doch nur Bewacher! Wir fühlten uns unter Wert verkauft, unser Haus galt als Strafbastion – für die Untergebrachten ... nicht selten auch für eher störrische oder schwer zu motivierende Mitarbeiter! Was in den 80er Jahren und in der Zeit danach aufgebaut wurde, ist für mich bis heute von unschätzbarem Wert, und ich würde alles dafür tun, dass eine Rückkehr in alte Verhältnisse nie wieder kommt!«

Die Begeisterung des Kollegen ist nachvollziehbar: Neue Wege wurden eingeschlagen; die Einbindung pflegerischer Kompetenz in den gesamten Behandlungsrahmen wurde systematisch und mit Erfolg betrieben – die Professionalisierung der forensischen Pflege gewann zunehmend an Tempo. Bis zum heutigen Tage können wir an zahlreichen Standorten den Ausdruck dieses neuen Selbstverständnisses beobachten. So, um nur einige Beispiele zu nennen, machten multiprofessionelle Teams wie in Haina und Lippstadt-Eickelborn mit schlüssigen Konzepten im Bereich der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) auf sich aufmerksam, indem sie DBT-F (Forensik) für Persönlichkeitsgestörte zum festen und bewährten Programm führten; in der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach wurde nach anstrengenden Vorarbeiten die »Pflegediagnosen Forensik« eingeführt und ein sehnlichst erwarteter »Leitfaden Lockerungen« entwickelt; an den Rheinischen Kliniken in Düren erfuhr die seit 1990 innovativ tätige Forensische Ambulanz, die als bundesweites Vorbild gilt, eine Bereicherung, indem das bestehende Team um zwei Pflegekräfte ergänzt wurde, um so die Nachsorgearbeit noch effektiver und patientennaher zu gestalten.

Forensische Pflege zeigt und zeigt also Profil – raus aus dem Schneckenhaus, hin zu einem selbstbewussten Einbringen der dieser Berufsgruppe eigenen Kompetenzen und Tugenden,... hin zu einem kooperativen Stil, der vom Dialog getragen gilt. Eine längst fällige »Häutung«, die den Beteiligten gut zu Gesichte steht und völlig zu Recht jenen reichhaltige Ernte bietet, die

immerhin den gesamten Alltag mit den Patienten verbringen und sich dabei auch – neben allen Erfolgen – permanent einem subkutanen Klima der Destruktivität, der immer wieder aufflackernden Hoffnungslosigkeit und des Nie-Genügens aus der Sicht der sie ständig in Anspruch nehmenden Patienten ausgesetzt sehen müssen. »Eine Pflegekraft«, so formulierte Kollege Ingvar Leptihn vom Niedersächsischen Landeskrankenhaus Wunstorf mit einem Augenzwinkern einmal treffend, »sollte eigentlich ein Allroundtalent sein und die Kompetenzen der folgenden Berufe in einer Person beherrschen: Vollzugsbeamter, Psychologe, Pädagoge, Hauswirtschaftler (manchmal Putzfrau), Detektiv, Seelsorge, Jurist, Ergotherapeut und nicht zuletzt Krankenpfleger – schließlich muss sie dann noch als Freund, Vater- oder Mutterersatz fungieren. Ein breites Spektrum also!«

Wenn auch ein solch umfangreicher Vergleich nicht gerade zur Klärung des Berufsbildes beiträgt, so vermittelt er auf sympathische Weise den Wert einer Pflegekraft in der Forensik. Daher soll gelten: Ehre, wem Ehre gebührt! Wer etwas leistet, muss sich nicht verstecken!

## Dunkle Wolken

Haben wir es also mit einer erbauenden Erfolgsgeschichte zu tun bzw. herrscht eitel Sonnenschein – wohin wir auch schauen?

Die kurz beschriebenen Wandlungsprozesse wird niemand in Frage stellen wollen und denjenigen Kolleginnen und Kollegen, die vor Ort den pflegerischen Alltag aktiv unter Einbringung moderner Methoden gestalten, wollen wir Respekt zollen!

Und dennoch: Dunkle Wolken ziehen über der forensischen Landschaft in Deutschland auf und lassen Düsteres ahnen.

Die solide Prognose gehört zum lebenserhaltenden Brot der Arbeit im Maßregelvollzug. Aus akribisch gewonnenen Beobachtungen und Erkenntnissen Aussagen darüber abzuleiten, wie sich ein forensischer Patient in Zukunft bzw. im Fall einer in Erwägung zu ziehenden Entlassung verhalten wird, gilt als hohe Kunst. Ohne diese wäre die Arbeit undenkbar, denn dann hätte sie ausschließlichen Experimentiercharakter und wäre der Gesellschaft dann in der Tat nicht zuzumuten. Ein Maßregelvollzug, der langfristig Bestand haben will, muss sich jedoch nicht nur mit der Prognose im Blick auf die Patienten, er sollte sich auch gewissermaßen mit seiner eigenen Prognose kritisch und dabei hellwach auseinandersetzen!

Eine hohe Vertreterin des Landschaftsverbandes Rheinland formulierte

kürzlich nach einer langen Führung durch das Forensische Dorf in Düren, das 1986 mit seiner Eröffnung als Modellklinik für Deutschland und Europa gefeiert wurde, eine Prognose, der es an Klarheit nicht fehlte und die keinesfalls unsicher vorgetragen wurde. Beim Verlassen der Klinik resümierte sie: »Solche Kliniken wie diese mit ihrer großzügigen Architektur und der idealen Kombination von äußerer Sicherheit und innerer Freiheit braucht das Land. Sie wird es aber in Zukunft definitiv nicht mehr geben!«

Nimmt man den Geist der Gründerväter, dem diese Klinik noch 21 Jahre nach ihrer Eröffnung – wenn auch der Zahn der Zeit selbst in Düren seine Arbeit nicht eingestellt hat – eine Heimat bietet, als Vergleichsgröße, so muss im Umkehrschluss die Interpretation der eben angeführten Aussage lauten: Der Wind hat sich gedreht, das Klima ist rauer geworden!

Welche Entwicklungen sind es, die eine skeptische Sicht rechtfertigen könnten? Mögen auch bundesweit Unterschiede bestehen, so lassen sich an dieser Stelle in aller Kürze Trends festhalten, die nachdenklich stimmen:

1. Im Umgang mit den Straffälligen unserer Gesellschaft scheint, so bemängeln es Kritiker, der Aspekt der Resozialisierung vermehrt in den Hintergrund zu treten – die Repression gewinnt wieder an Konturen. Ein solcher Trend kann nicht ohne Auswirkungen auf den Maßregelvollzug sein, wo mittlerweile der Gedanke der Sicherheit weite Teile des Behandlungsalltags bestimmt und pflegerisch-therapeutische Konzepte in die »Warteschleife« gedrängt werden müssen. Außerdem tragen aktuelle Neubauten im Maßregelvollzug – architektonisch völlig unverhohlen – der immer wieder (zunächst noch versteckt) vorgetragenen Forderung Rechnung, in der forensischen Psychiatrie solle doch auch bestraft und nicht nur therapiert werden.
2. Die forensische Psychiatrie war zu Zeiten der relativen Freiheiten, also in den 80ern und in der Mitte der 90er-Jahre auf dem Höhepunkt ihrer Akzeptanzkrise, als neben den sich im Stillen abspielenden Behandlungserfolgen Entweichungen und damit verbundene Rückfälle die Öffentlichkeit in Wallung versetzten. Heute – in Zeiten sinkender Entweichungsmeldungen – ist es ruhiger geworden im Umfeld der Kritiker. Doch der Schein trügt, denn das nächste spektakuläre Ereignis würde sie wieder unerbittlich auf den Plan rufen. Fazit hieraus: Maßregelvollzug ist dann gut und nimmt seinen berechtigten Platz ein, wenn er der Öffentlichkeit Patienten in erster Linie vom Leibe hält!

3. Aktuelle Gesetzesänderungen lassen die Praktiker aufhorchen. Dies ist nicht der Ort, um darauf differenziert eingehen zu können, daher sei nur darauf hingewiesen, dass Kritiker von einer Suche nach »Schlupflöchern des therapeutisch noch Machbaren« sprechen und eine »Psychiatisierung von Kriminellen« mit Sorge beobachten. Die Grenzen zwischen Strafvollzug und Maßregelvollzug »verwässern« zunehmend.
4. Eine kaum zu bändigende Flut von Erlassen bzw. Bestimmungen ist zwar aus Sicht einer Verpflichtung zu größter Sicherheit einerseits nachvollziehbar, sie versetzt – nicht zuletzt Pflegende – andererseits in die missliche Lage, ihre Rolle primär in der Bewältigung von Papierbergen zu sehen und dabei die zum Beispiel so wichtige Beziehungspflege aus Angst vor Verstößen oder Versäumnissen in den Hintergrund treten zu lassen.
5. Steigende Verweildauern, Rückgänge von Entlassungen bzw. Lockerungen sowie der nicht zu leugnende Sachverhalt eines unter Umständen lebenslangen Verweilens in der Unterbringung berauben die zu Behandelnden wie Mitarbeiter langfristig einer Perspektive, die aber Voraussetzung für jede Motivation ist. Es sind die Pflegenden, die mit den Patienten diesen Zustand dauerhaft aushalten und zum Teil höchst aggressive Reaktionen auf dieses »Einbahnstraßendasein« erdulden müssen!
6. Sparmaßnahmen sind landauf, landab in aller Munde. Minimalbesetzungen auf den Stationen mit entsprechenden Folgen sind keine Seltenheit mehr. Seit geraumer Zeit fließen also für eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe nicht mehr die Gelder, die Praktiker als notwendig erachten, um den Maßregelvollzug sicher und zugleich effizient zu gestalten. Niemand wird bestreiten können und wollen, dass die Länder sparen müssen. Zu erwarten, der Maßregelvollzug würde aus diesem Prozess ausgeklammert, wäre naiv. Es gilt aber sehr wohl genau hinzuschauen, ob nicht auf dem »Acker« der Kostendebatte so manches Resentiment gegen die forensische Psychiatrie zur prächtigen »Blüte« getrieben werden soll!

## Ausblick

Die professionelle Pflege in der forensischen Psychiatrie ist demzufolge der Gefahr ausgesetzt, von Errungenem Abschied nehmen zu müssen! Und dies

nicht, weil Programme und Konzepte versagt hätten, sondern weil es im wahrsten Sinn des Wortes enger wird – finanziell und in Bezug auf die Frage, welche Chancen und Möglichkeiten ihr zukünftig eingeräumt werden sollen. Bundesweit haben in den vergangenen Jahren Pflegende ihren Beitrag dazu geleistet, dass der Maßregelvollzug seinem gesetzlichen Auftrag zur Besserung verantwortungsvoll nachkam. Eine Rückkehr in die »Strafbastion« würde einen tragenden Personenkreis schwächen und zu Ohnmacht verdammen bzw. zu »Sheriffs« degradieren. Außerdem wäre dies ein für die Gesellschaft in jeder Hinsicht teures Unterfangen. Es liegt an uns, darauf zu reagieren!

## Literatur

- Hax-Schoppenhorst, T, Schmidt-Quernheim, F** (2003) Professionelle forensische Psychiatrie. Das Arbeitsbuch für Pflege- und Sozialberufe. Bern, Huber
- Hilgers M** (2007) Supervision im Maßregelvollzug – Ein Erfahrungsbericht. In R & P, 25. Jahrgang, Heft 1, S. 17 – 24

## Widerstände bei der Umsetzung der Bezugspflege – Ein Spiegel des pflegerischen Selbstverständnisses?

*Ein Diskurs der überregionalen AG Bezugspflege Berlin-Brandenburg über mögliche Hintergründe, die eine Implementierung der Bezugspflege erschweren oder sogar verhindern können*

Ina Jarchov, Kathleen Kurz, Alexander Duhm, Andreas Wille

Die Bezugspflege erlaubt es uns die Qualität der psychiatrischen Pflege angemessen zu sichern. Die erfolgreiche Implementierung, wir verstehen darunter die 100%ige Umsetzung dieser Organisationsform, gestaltet sich in der Realität jedoch überaus schwierig. Neben zu kurzen Liegezeiten und zunehmenden administrativen Aufgaben, werden chronischer oder akuter Personalmangel als häufige Ursache für ein Scheitern angegeben. So stellte sich für uns die Frage, ob diese Argumente als KO-Kriterien für eine Implementierung akzeptiert werden müssen oder ob es vielleicht andere, verdeckte Motive gibt, die einer erfolgreichen Einführung und Etablierung im Wege stehen könnten.

Der Landesverband Berlin-Brandenburg der Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegpersonen in der Psychiatrie e.V. (BFLK), hatte 2004 in Berlin eine Fachtagung zu diesem Thema veranstaltet. Bei der Auswertung dieser Veranstaltung wurde die hohe Relevanz des Themas, in nahezu allen der teilnehmenden Einrichtung deutlich. So entstand die Idee einer überregionalen Koordination der Anpassungsprozesse in Form eines Expertenarbeitskreises. Nach der Gründungsveranstaltung nahm der Arbeitskreis im Januar 2005, vertreten durch Experten von 14 Häusern aus dem Raum Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt, seine Arbeit auf. In den vierteljährlichen Treffen werden folgende Themenschwerpunkte behandelt:

- Abstimmung gemeinsamer Kriterien auf der Grundlage von Needham und Abderhalden
- Netzwerkbildung
- Expertenaustausch mit supervidierender Funktion
- Erarbeitung eines begleitenden Fortbildungsangebotes
- Qualitätssicherung
- Vergleichbarkeit

- Verbesserung der Zusammenarbeit
- Kooperation mit Hochschulen, Wissenschaftliche Arbeit, Veröffentlichungen

Bei einer anfänglichen Bestandsaufnahme zeigte sich, dass alle vertretenen Einrichtungen mit intermittierenden oder manifesten Schwierigkeiten bei der Implementierung oder Etablierung der Bezugspflege konfrontiert sind. Um die ursächlichen Probleme analysieren und supervidieren zu können, wählten wir in der Expertenrunde die Form der Fallkonferenz.

Ähnlich wie bei der Berufsgruppe der Ärzte, stellt der chronische oder akute Personalmangel ein ernst zu nehmendes Problem für die Qualität der pflegerischen Betreuung dar. Während der Arzt jedoch in seinem Selbstverständnis, sich persönlich für die flächendeckende ärztliche Betreuung seiner Patienten verantwortlich fühlt und ggf. seine Leistungen zur Erfüllung der gesetzlich vorgegebenen Anforderungen auf das Nötigste reduziert, geben Pflegende nicht selten die persönliche Betreuungsverantwortung auf und verlassen sich auf die Leistungen des Kollektivs. Funktionspflege oder Mischformen lösen dann die Bezugspflege ab. Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, inwieweit Pflegende das Anrecht des Patienten auf eine individuelle pflegerische Betreuung in Form einer professionellen Pflegeplanung bereits verinnerlicht haben und inwieweit sie das nötige berufliche Selbstbewusstsein aufbringen können und wollen, eigenverantwortlich ihre Leistungen, ähnlich wie die Ärzte, an die gegebene Situation anzupassen. Somit wären nicht in erster Linie der Personalmangel und die hohe Patientenfluktuation die Hauptgründe für ein Scheitern der Bezugspflege, sondern das Selbstverständnis der Pflegekraft und deren Stellenwert in der jeweiligen Institution.

In den Diskussionsrunden kristallisierten sich drei Gesichtspunkte heraus, die in der Beantwortung ihrer Unterpunkte, differenzierter Auskunft über die aktuelle Situation und die tatsächliche Problematik geben können:

1. *das Berufsbild der Pflege* (z.B. gesellschaftlicher Status, gesellschaftliche Erwartungen, Stellenwert ,Tradition)
2. *persönliche Grundhaltungen und berufliche Kompetenzen* ( z.B. berufliches Selbstverständnis, persönliche Ambitionen, soziale Kompetenz und Kommunikationsbereitschaft, Innovationsbereitschaft und Flexibilität, Professionalität, Selbstverantwortlichkeit, Selbstorganisation)

### 3. *die strukturelle, ökonomische und kulturelle Situation*

- äußere Faktoren und Rahmenbedingungen (z.B. Trägereigenschaften, Rechtsform, Unternehmensziele und Leitgedanken, Größe der Institution, regionale Besonderheiten)
- innere Faktoren (z.B. Tradition, Führerstrukturen, interdisziplinäre Interaktion und Kommunikation, Mitarbeiterqualifikation, Marktorientierung und Innovationsverhalten, Personalmanagement, Flexibilität)

In den Fallkonferenzen wurde deutlich, dass die Ausgangssituationen in den verschiedenen Häusern zum Teil erheblich differieren. Projektverantwortliche müssen aus diesem Grund in der Lage sein, analytisch, innovativ und flexibel eine individuelle Projektplanung für ihr Haus zu entwickeln. Um erfolgreich agieren zu können, müssen die Projektleiter mit der nötigen Kompetenz und Weisungsbefugnis ausgestattet werden. Es ist notwendig, dass die verantwortlichen Führungskräfte von der Effizienz des Projektes überzeugt sind, um ihren Protagonisten in der Praxis die angemessene Rückendeckung geben zu können. Da Pflegende in Krisensituationen, auch nach einer Implementierung, aus unterschiedlichen Gründen schnell dazu neigen die Bezugspflege wieder aufzugeben, bedarf es einer kontinuierlichen Prozessbegleitung. Dabei ermöglichen Expertenvernetzungen eine effektive Supervision, eine inhaltliche Weiterentwicklung und nicht zuletzt die Kultivierung einer gemeinsamen Sprache und den Erhalt der eigenen Motivation.

Bei der Analyse auftretender Widerstände vor, während und nach der Einführung der Bezugspflege, erhielten wir Auskunft über die pflegerische Grundhaltung und die strukturelle Situation der betroffenen Einrichtungen oder Stationen. Die Implementierung der Bezugspflege, in Anlehnung an die Kriterien von Needham und Abderhalden, verlangt kooperative und offene Strukturen und eine emanzipierte, selbstverantwortliche Grundhaltung der Pflegenden. Die von uns verabschiedeten Kriterien können bei bestehenden, ausgeprägt deterministischen Strukturen und rückständigen Grundhaltungen in der Pflege selbst, kaum erfolgreich umgesetzt werden. Die Einführung der Bezugspflege ist somit ein komplexer Prozess, der neben einer qualitativ besseren Betreuung der Patienten, eine politische Dimension beinhaltet, in der Widerstände aus bekannten Gründen vorpro-

grammiert sind. Aus dieser Erkenntnis heraus erscheint es uns folgerichtig, dass die Einführung der Bezugspflege nur sporadisch gelingen kann. Wir sind nach wie vor der Meinung, dass die Bezugspflege die einzige adäquate Möglichkeit einer vernünftigen Qualitätssicherung in der psychiatrischen Pflege darstellt. Also lohnt es sich Veränderungen anzustoßen und zu begleiten, die eine erfolgreiche Etablierung ermöglichen. Wir sind uns sicher, dass diese Veränderungen für die Pflege nicht von Nachteil sein werden!

# Gartentherapie an der sozialpsychiatrischen Akutstation

Katharina Mühlhauser, Rainer Schirnhofner

## Ausgangslage

Auf unserer Station, die der Sozialpsychiatrie zugeteilt ist, werden 20 Patienten mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 40 Tagen behandelt und betreut. Die Patienten unserer Station sind meist an einer Psychose erkrankt. Symptome wie Wahrnehmungsstörungen, Realitätsverlust, kognitive Defizite, Anspannung und Unruhe begleiten die Krankheit. Häufig kommt es dadurch zur sozialen Isolation. Der Gedanke war bereits seit längerem vorhanden, dem Patienten die Möglichkeit zu geben, seine Beschwerden (Symptome/Defizite) durch Aktivitäten, wie zum Beispiel das Aufbereiten und Umgraben der Erde besser zu bewältigen.

Aufgrund von Literaturrecherchen stellten wir fest, dass Gartentherapie für psychisch Erkrankte eine vielfältige Entwicklungschance bietet.

Nach mehreren multiprofessionellen Gesprächen wurde im Herbst 2006 ein Platz für 3 Beete und einem Hochbeet in unserem Garten gefunden, wo unsere Ideen umgesetzt werden sollten.

Gartentherapie wird in Österreich derzeit nur in Langzeiteinrichtungen angeboten. Sie ist für alle Altersstufen und für die Behandlung vieler Krankheitsbilder geeignet.

Zur patientinnenorientierten Bereicherung unseres pflegerischen Angebotes starteten wir im Jänner 2007 ein Projekt mit dem Titel »Gartentherapie als etabliertes pflegerisches Angebot der Station 0 5A«, das bis März 2008 laufen wird.

Die Gartengruppe findet einmal die Woche zu einem fixen Termin statt, wo spezifische Tätigkeiten erledigt werden. An dieser Gruppe nehmen bis zu 5 Patienten der Station teil, die von einer Pflegeperson betreut werden. Die Teilnahme erfolgt nach unterschiedlichen Gründen, z.B. aufgrund von Pflegediagnosen, nach ärztlicher Absprache oder wenn ein Patient Interesse äußert und mitmachen möchte. Hiermit wird auch die multiprofessionelle Zusammenarbeit gefördert. Eine Gärtnerin wurde uns von Seiten des Hauses zur Verfügung gestellt, die uns kompetent und tatkräftig unterstützt.

Im Laufe des Jahres haben auch andere Stationen des Hauses ebenfalls mit Gartengruppen begonnen.

## Psychiatrie und Therapiegärten

Die Gartentherapie hat als landwirtschaftliche bzw. gärtnerische Betätigung von Kranken eine lange Tradition. In Europa wurde schon im 15. Jahrhundert darüber dokumentiert.

Im 19. Jahrhundert stand die Gartentherapie in Anstalten für psychisch Kranke im Mittelpunkt. Ackerbau und Viehzucht dienten der Selbstversorgung und als Beschäftigung für die Patienten. Damals verordneten Ärzte, je nach individueller Indikation, die Arbeit an der frischen Luft und überwachten dies auch.

Um nicht in den Ruf von Zwangsarbeit zu kommen, schaffte man diese Art von »Arbeitstherapie« in der Nachkriegszeit ab. Jetzt jedoch werden sie unter anderem Vorzeichen wieder entdeckt und angewendet.

In den USA hat die Gartentherapie eine wesentlich längere Tradition. Hier wurde im Jahre 1969 ein Studiengang für das Fach Gartentherapie an der Kansas State University erstellt und zählt heute zu einem anerkannten Studium. In Österreich besteht seit 2007 die Möglichkeit berufsbegleitend einen Universitätslehrgang »Gartentherapie und Pflanzen als therapeutische Mittel« zu besuchen, die die Ausbildung zur »Akademischen geprüften Fachkraft für Gartentherapie-Garten und Pflanze als therapeutisches Mittel« ermöglicht.

## Was ist Gartentherapie

Die Gartentherapie umfasst den zielgerichteten Einsatz der Natur zur Steigerung des psychischen und physischen Wohlbefindens. In einer reizüberfluteten Welt strahlt ein Garten Vertrautheit und Ruhe aus. Hier können Düfte wahrgenommen werden und das Rauschen der Blätter ist zu hören. Ein Garten ist eine Umgebung, die nicht bedrohlich wirkt und in ihrer komplexen Erscheinungsform für jeden etwas bieten kann. Alle Menschen hatten in der Kindheit Naturerlebnisse, die bestimmte Erinnerungen und Gefühle wachrufen.

Eine natürliche Umgebung und das Arbeiten mit Pflanzen hat eine positive Auswirkung auf die Menschen. Dieses Wissen wird im therapeutischen Bereich und auch in der Arbeit mit Menschen in besonderen Lebenssitu-

ationen eingesetzt. Sie bietet eine Vielfalt an Anwendungsmöglichkeiten und stellt somit ein weites Einsatzgebiet für die ergänzende therapeutische Behandlung dar. Das Angebot dieser Therapieform kann auf die vorhandenen Ressourcen abgestimmt und entsprechend den aktuellen Bedürfnissen unserer Patienten adaptiert und eingesetzt werden.

Durch den Einsatz von einfachen Mitteln ist es möglich große Erfolge zu erzielen. Auch wenn Patienten nicht in der Lage sind, aktiv im Garten zu arbeiten, kann er trotzdem eine therapeutische Wirkung haben.

## Ziele und deren Auswirkungen

### Für den Patienten

Die persönliche Zielsetzung erfolgt individuell mit professioneller pflegerischer Unterstützung. Die sich daraus ergebenden Aufgaben werden von unseren Patientinnen eigenverantwortlich wahrgenommen.

Die Gartentherapie wirkt auf der psychischen, physischen und auch der sozialen Ebene. Es geht darum die Gesundheit zu verbessern und soziale Fähigkeiten zu erlernen.

Es sind in erster Linie unsere Sinnesorgane, die uns mit der Natur verbinden. Wenn man diese im Garten anregt, können auch therapeutisch wirksame Stimmungen ausgelöst werden. Ein heilender Garten sollte also ein Gesamtkunstwerk für unsere Sinne sein.

- Durch die hinzugewonnenen Fähigkeiten und das Wissen kann es zur Stärkung des Selbstwertgefühles und Steigerung der kognitiven Fähigkeiten kommen.
- Die Arbeit mit Pflanzen hilft innere Barrieren zu überwinden und an die eigenen Fähigkeiten zu glauben.
- Die Aktivitäten im Garten und mit Pflanzen verbessern die Sozialkontakte zwischen den Patienten. Neue soziale Kontakte können durch gemeinsame Tätigkeiten am Beet hergestellt werden.
- Nicht nur soziale Fähigkeiten wie Selbstständigkeit, Kritikfähigkeit, Kooperationsfähigkeit, Anpassungsfähigkeit, Teamfähigkeit, Durchsetzungsvermögen, Kommunikationsfähigkeit, sondern auch emotionale Fähigkeiten werden gefördert.
- Grundfähigkeiten wie Ausdauer, Geduld, Konzentration, Pünktlichkeit, Arbeitstempo, Handlungsplanung, Sorgfalt und Frustrationstoleranz

können trainiert werden, denn Pflanzen als Lebewesen »funktionieren« nicht wie Maschinen.

- Die eigene Kreativität kann entfaltet werden.
- Dem Gesundheitsbewusstsein wird insofern nachgekommen, dass den Bereichen Ernährung, Bewegung und soziale Kontakte verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet wird.
- Der Patient kann Aspekte der Gartentherapie, die ihm auch im häuslichen Umfeld zu Gute kommen, im Sinne der Nachhaltigkeit mitnehmen.
- Gestaltung mit und Verwertung von Produkten sind fixer Inhalt der Gartentherapie auf unserer Station.
- Möglichkeit des Rückzuges wird geboten.

### Für den Mitarbeiter

Das Pflegepersonal ist nicht nur Helfer, sondern auch Partner und Vertrauter und tritt damit in Beziehung zum Patienten.

Durch die Durchführung der Gartentherapie hat die Pflegeperson die Chance sich zu identifizieren, selbstverantwortlich Initiative zu setzen, das zur Verbesserung der Arbeit führen kann. Prävention von Burn out kann gefördert werden.

In Folge kann es zur Professionalisierung der Pflege, Steigerung der Pflegequalität mit der daraus resultierenden Qualitätssicherung kommen.

Durch die Gartentherapie hat auch der Pflegende die Möglichkeit sich zurückzuziehen und die Natur zu genießen.

### Bisherige Erkenntnisse

Die bisherigen Erfahrungen haben uns gezeigt, dass akut psychisch erkrankte Menschen durch die Gartentherapie häufiger miteinander kommunizieren und somit die Möglichkeit erhalten, aus der durch die Krankheit entstandene Isolation herauszukommen.

Durch die Anlage eines Therapiegartens werden Räume für soziale Kontakte geschaffen. Hier kann ein Zusammentreffen zwischen Arzt und Patient oder auch mit anderen Patienten, mit den Angehörigen und dem Pflegepersonal ungezwungener stattfinden.

Verloren geglaubte Fähigkeiten können erweckt und Erinnerungen an früher hervorgerufen werden. Auch die Sinnfindung und Motivation am Leben

wieder teilzunehmen, wird gefördert. Von ihrer Erkrankung abgelenkt, mit ihrem Geleisteten zufrieden sein zu können, steigert den Selbstwert. Motorische Fähigkeiten, sensorische Wahrnehmung und kognitive Kompetenzen sowie soziale Beziehungen können verbessert und gefördert werden. Auch das Arbeiten in der Gruppe und Kooperation ist gefragt, was einem Mut geben kann, Hilfe von anderen anzunehmen. Was nicht vergessen werden darf, ist das ausgesprochene Lob und die Anerkennung. Die Patienten fühlen sich bestätigt etwas Positives durchgeführt zu haben.

Grundsätzlich zeigt sich, dass Gartentherapie eine patientenorientierte Alternative zur psychiatrischen Betreuung darstellt. Weiter sollte der Garten für jeden Teilnehmer der Gartengruppe sowie für alle anderen Patienten des Hauses ein Ort der Ruhe und Erholung sein. Gerade heutzutage ist der Garten ein wichtiger Ort, um Ruhe und Aktivität sowie ein Ort, um Gemeinschaft und Einsamkeit erleben zu können. Auch ist die Möglichkeit vorhanden, die verschiedenen Jahreszeiten bewusst mit den dazugehörigen Blumen, Pflanzen und anderen Produkten zu erleben und wahrzunehmen. Pflanzen sollen die Lebensqualität und den Gesundheitszustand verbessern und tragen damit zu einem optimalen Erfolg herkömmlicher Therapien bei.

### Zitate

*»Das habe ich bereits vor zwanzig Jahren gemacht, aber durch meine Erkrankung konnte ich meine Wohnung nicht mehr verlassen.«*

*»Es ist ein angenehmes Gefühl endlich wieder Erde zwischen den Fingern zu spüren.«*

*»Ich wusste gar nicht, dass Blumen so gut riechen!«*

*»Vor der Teilnahme bei der Gartengruppe habe ich nie daran gedacht, dass ich mit Pflanzen so arbeiten kann. Vorher waren sie tabu, wegen der Vergiftungsideen!«*

*»Gießen war für mich wichtig, da Pflanzen auch leben wollen.«*

*»Habe durch die Teilnahme bei der Gartentherapie wieder gelernt Verantwortung zu übernehmen.«*

*»Das gemeinsame Kochen hat Spaß gemacht, es hat mich aus dem Bett geholt.«*

*»Zu Hause habe ich nur Fertiggerichte gegessen. Möchte ab jetzt mehr Obst und Gemüse essen.«*

*»Gartentherapie hat mir geholfen besseren Bezug zu Pflanzen zu erhalten und auch Verantwortung denen gegenüber zu übernehmen.«*

# Analyse der Richtlinie zur ambulanten psychiatrischen Pflege

Ingo Tschinke

## Einführung

Die psychiatrische ambulante Pflege (APP) wurde durch die Gesundheitsreform von 1997 erstmals 2005 durch die Richtlinie zur ambulanten psychiatrischen Pflege in Deutschland umgesetzt [1].

Der Einführung dieser Richtlinie liegt eine Literaturrecherche des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) zugrunde, bei der sowohl deutsche als auch internationale Quellen zur ambulanten psychiatrischen Pflege herangezogen wurden [3].

In der beschriebenen Forschungsarbeit wurde diese Literaturrecherche auf ihren Inhalt und ihre Nachvollziehbarkeit überprüft sowie eine weitere Literatursuche durchgeführt, um zu verifizieren, dass alle wichtigen evidenzbasierten Quellen zur Entscheidungsfindung hinzugezogen wurden.

Für die Forschungsarbeit waren dabei die Schwerpunkte der Richtlinie von Interesse. Hierbei handelt es sich um:

- Indikation für ambulante psychiatrische Pflege
- Dauer
- Frequenz
- Ergebnis

## Richtlinie für ambulante psychiatrische Pflege in Deutschland

Durch die Agenda „Ambulant vor Stationär“ wurden Maßnahmen ergriffen, die die ambulante gegenüber der stationären Versorgung fördern sollten, um die klinische Behandlung zu reduzieren und das ambulante Setting unter der Regie der Haus- und Fachärzte zu stärken [4, 5]. Durch die Einführung der Pflegeversicherung und die Festlegungen der Häuslichen Krankenpflegerichtlinien im Jahre 2000 wurde die ambulante pflegerische Versorgung erheblich verbessert. Bei diesen Bemühungen wurde die ambulante psychiatrische Pflege noch außen vorgelassen. Aus diesem Grunde erging der Auftrag zur Erstellung einer Studie durch das BMG, um die geförderten Modellprojekte von 1987 bis 1999 zusammenzufassen und einer Auswertung zuzuführen. Daraus sollte eine Empfehlung für eine Richtlinie erarbeitet werden [2].

Pörksen et al macht in dieser Studie deutlich, dass aufgrund der qualitativen und quantitativen Wichtigkeit psychiatrischer Pflege in jedem klinischen Setting davon auszugehen ist, dass die psychiatrische Pflege einen wichtigen Anteil im ambulanten Bereich übernehmen kann [2]. Viele deutsche Autoren verweisen ebenso darauf, dass die mehrdimensionale Behandlung ein unabdingbarer Teil der medizinischen Praxis wie auch ein wichtiger Anteil der Gesundheitsversorgung psychisch kranker Menschen geworden ist [7; 8; 9].

Dahingehend definierte das Bundesgesundheitsministerium den Auftrag an die AG „HKP psychisch Kranke“ zur Erstellung einer Richtlinie (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V).

Diese Richtlinie wurde am 15 Februar 2005 verabschiedet. In der Beschlussbegründung erläutert der GBA, warum die Mitglieder des Ausschusses die Regelungen zur Indikation, der Frequenz und der Dauer festlegten [3].

### **Indikation**

Die Indikation zur Verordnung ambulanter psychiatrischer Pflege ist beschränkt auf festgelegte Diagnosen des ICD 10<sup>1</sup> - es kann somit nur eine Leistung bei Patienten mit demenziellen und hirnorganischen Erkrankungen (F 0.1 bis F 0.9), psychotischen Erkrankungen (F 20., F 21., F 22., F 23.), schweren Depressionen (F 32.2 & F 33.2) oder generalisierten Angst- und der Panikstörungen erbracht werden (F 41.0 & F 41.1).

### **Dauer**

Die Dauer der Betreuung darf den Zeitraum von vier Monaten nicht überschreiten. Außerdem muss eine positive Veränderung nach dieser Behandlungszeit erkennbar sein. Diese Veränderung soll durch die Pflegeinterventionen basierend auf dem ärztlichen Behandlungsplan erreicht werden.

### **Frequenz**

Die Frequenz der Besuche soll in Form der „Rückzugspflege“ über den Zeitraum der Versorgung reduziert werden. In der Richtlinie werden bis zu 14 Einheiten als zulässig erklärt (was eine Einheit umfasst, wurde durch den GBA nicht definiert).

### **Outcome**

Ein spezifisches Ergebnis muss nicht erreicht werden, nur ein undefinierter positiver Effekt. Es ist ein Behandlungsplan durch den verordnenden Facharzt zu erstellen, in welchem die individuellen Ziele des Patienten festgelegt werden. Der Leistungserbringer hat die Erreichung dieser Ziele im Pflegeprozess zu beschreiben.

### **Literaturanalyse**

Für diese Forschungsarbeit wurde die Literatur, welche für die Erstellung der Richtlinie für die APP genutzt wurde, einer erneuten Analyse unterzogen, um die Entscheidungen des GBA nachvollziehbar zu machen. Außerdem wurde eine separierte Literatursuche durchgeführt, um zu überprüfen, ob tatsächlich die relevante Literatur herangezogen wurde.

Die Festlegung einer Richtlinie ist stets auch eine politische Entscheidung über Einfluss und Verteilung von Ressourcen [10]. Aus soziologischer Betrachtungsweise lässt sich solch eine Konstruktion als ein Beispiel betrachten, in welchem Literatur zusammengefasst wird, um daraus Legitimationen kognitiver und normativer Art zu bilden [11]. Diese Form der Auslegung der Literatur wird ersichtlich durch das Experten-Gutachten von Dr. med. Tolzin, bezogen auf die Indikationen für ambulante psychiatrische Pflege in Deutschland [12]. Tolzin kommt in seinem Experten-Gutachten zu dem Schluss, dass ambulante psychiatrische Pflege ein typisches Beispiel von Über- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen ist. Psychiatrische Dienste für Menschen mit Depressionen, Angst- oder Zwangserkrankungen oder jeder Art von Persönlichkeits- und Essstörungen sollten ausschließlich durch Psychiater und Psychotherapeuten betreut werden. Das Gutachten zeigt eher ein politisches Interesse zur Sicherung der ärztlichen Versorgung, als ein ernsthaftes Interesse an einer neutralen, wissenschaftlichen Bewertung. Das Gutachten wird in der Literaturliste des GBA nicht erwähnt.

### **Literaturrecherche des GBA**

Insgesamt wurden durch den GBA 47 internationale Quellen und 23 deutsche Quellen untersucht. In seiner Beschlussbegründung beschreibt der GBA, dass eine umfassende Literatursuche unternommen wurde, in welcher 571 Erwähnungen zur psychiatrischen Pflege gefunden wurden. Dazu wur-

<sup>1</sup> International Classification of Diagnoses – Version 10

den Datenbanken wie die Cochrane Library, Pubmed, PsychInfo, Psyndex, GeroLit, Heclinet und SocialSciSearch genutzt. Durch eine Vorauswahl dieser Quellen wurden 459 der Erwähnungen als irrelevant für eine weitere Überprüfung angesehen. Nach Durchsicht der Abstracts der verbleibenden 112 Quellen wurden 41 Quellen als relevant herausgesucht und im Volltext bestellt. Das Suchkriterium für die Quellen waren Informationen über häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke (wie z.B. ökonomische Aspekte, Indikationen, Besuchsfrequenz, Dauer, Inhalte der psychiatrischen Pflege und Umgang mit der Verordnung des Arztes). Nach der ersten Analyse dieser Quellen wurden weitere 29 Quellen per Handsuche hinzugefügt, da sie in den ausgewählten Quellen Erwähnung fanden. Insgesamt wurden damit 70 Literaturquellen durch den GBA analysiert, um Evidenzen zur Entwicklung einer Richtlinie für APP zu finden. Neun der Quellen beschreiben deutsche Modellprojekte, weitere 14 Quellen sind deutschen Ursprungs und bei den restlichen 47 Quellen handelt es sich um internationale Studien aus verschiedenen Ländern (Großbritannien (25), USA (15), Kanada (3), Niederlande (3) und Australien (1)). In der Entscheidung des GBA wurde ausgeführt, dass die meisten der internationalen Studien als nicht besonders relevant betrachtet wurden, da sich die Gesundheitssysteme unterscheiden und daher eine Vergleichbarkeit nicht gegeben ist (z.B. zur Multidisziplinarität der Behandlungsteams, Qualifikation der Pflegekräfte etc.). Für den GBA hatten die deutschen Projekte eine höhere Aussagekraft, da dort Nachweise über Indikation, Dauer und Frequenz zu finden waren. Allerdings konstatierte der GBA, dass die deutschen Projekte nur einen geringen Grad an wissenschaftlicher Evidenz aufwiesen, da nur ein Projekt eine Kontrollgruppe hatte [13]. Im Vergleich dazu wiesen die internationalen Studien einen höheren Evidenzgrad auf.

### **Inhalt des Materials**

Der größte Teil der deutschen Literatur beschreibt die Resultate der Modellprojekte [14 - 19], macht Vorschläge zur Umsetzung und zu den Herausforderungen ambulanter psychiatrischer Pflege in häuslichen Krankenpflagediensten [20 - 31]. Die internationalen Studien befassen sich im Gegensatz dazu mit Analysen und wissenschaftlichen Untersuchungen zu bestimmten Erkrankungen [z.B. 32] oder es handelt sich um Forschungsarbeiten oder Meta-Analysen zu Community mental health nursing [z.B. 33].

Viele der herangezogenen Studien befassen sich mit der Thematik Kosteneffektivität von community mental health nursing im Vergleich zur stationären Behandlung von Patienten [34 - 42]. Alle diese Studien weisen darauf hin, dass häusliche Krankenpflege in den verschiedenen Systemen (USA, Canada, Australien) zu Einsparungen führen kann oder zumindest die Lebensqualität der betroffenen Patienten deutlich verbessert wird.

### **Nachweise über Indikation, Dauer und Frequenz**

Wie bereits erwähnt, ist die Indikation für die APP begrenzt auf definierte Diagnosen des ICD 10. Diese Restriktionen lassen sich erklären mit den Literaturquellen, die der GBA in seiner Literaturanalyse gefunden hatte. Einen Nachweis über einen positiven Effekt in kontrolliert-randomisierten Studien konnte bei den folgenden Diagnosen nachgewiesen werden:

- Demenz [43 - 46]
- Schizophrenie [33 ; 34 ; 42 ; 47; 48]
- Depression [32; 45; 49]
- Neurotische Störungen [34 ; 50]

Es war das erklärte Ziel der meisten dieser Studien, die Effektivität von pflegerischer Intervention zu finden und zu beschreiben. Sehr klar konnte dies immer wieder bei schweren Depressionen [32] und allen Formen von psychotischen Störungen nachgewiesen werden [33]. Die Effektivität in der Behandlung von neurotischen Störungen konnte in einigen Studien bei der Behandlung durch multidisziplinäre Teams nachgewiesen werden [50].

Die meisten der deutschen Projekte befassten sich mit der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung [13; 14; 15; 20], die den Nachweis über einen positiven Effekt psychiatrischer Pflege bei Patienten mit Demenz nachweisen konnten. Andere deutsche Projekte sprachen in ihren Zusammenfassungen über positive Effekte auf Patienten mit endogenen Psychosen, affektiven Störungen, Essstörungen, neurotischen Störungen, schweren Depressionen sowie die reaktive Depression als Folge einer Posttraumatischen Störung [2; 24].

Bezogen auf die APP wurden in der Studie des Bundesgesundheitsministeriums [2] acht Modellprojekte bezüglich der Indikation, Dauer, Frequenz und Effektivität verglichen. Es wurde zur Dauer der APP festgestellt, dass im Durchschnitt bei 53% aller Fälle die Betreuung nach 6 Monaten beendet werden konnte. 21% aller beschriebenen Patienten dagegen benötigten eine Betreuung von mindestens einem Jahr.

In der regional bezogenen Studie über den Effekt von Primary Care Interventionen bei älteren Menschen, die unter schweren Depressionen leiden, wurde zusammenfassend festgestellt, dass ein Zeitraum von drei Monaten zu kurz ist, um einen Effekt durch pflegerische Interventionen sinnvoll nachweisen zu können [32]. Dies wird weiter durch die Meta-Studie von Draper unterstützt, die sich mit pflegerischen Interventionen bei Patienten mit schweren Depressionen befasst, in der ein deutlich wahrnehmbarer Effekt nach einer Betreuung von mindestens neun Monaten beschrieben wurde [49].

Nur in wenigen der ausgewerteten Studien lassen sich Aussagen über die Frequenz der wöchentlichen Besuche entnehmen. In der Studie von Blanchard et al wird beschrieben, dass die Frequenz keinen nachweislichen Einfluss auf die Effektivität der Intervention hat, es sei eher wichtig, dass jemand kommt [32]. Pörksen et al unterbreitet den Vorschlag – basierend auf den Erfahrungen der deutschen gerontopsychiatrischen Studien – von zwei Besuchen pro Tag (also 14 pro Woche) [2].

Es ist bei der Durchsicht des Materials deutlich erkennbar, dass die vom GBA erstellte Richtlinie den Vorschlägen der Studie zur außerstationären Pflege gefolgt ist [2]. Außerdem ließ sich feststellen, dass die Diagnosen, bei denen evidenzbasiert die Effektivität nachgewiesen wurde, nun auch Teil der Richtlinie sind. Der Nachweis zur Effektivität bei außerstationären Interventionen bei Zwangs-, Ess- und Persönlichkeitsstörungen konnte ebenfalls nachgewiesen werden, allerdings nur in Bezug auf multiprofessionelle Behandlungsteams. Aus diesem Grunde wurde dies als nicht relevant verworfen [3]. Die genannten Diagnosen wurden also nicht berücksichtigt, weil der Einsatz dort als uneffektiv einzustufen wäre, sondern dazu keine Evidenz existiert.

### **Eigene Literatursuche**

Für diese Forschungsarbeit wurde eine eigene Literatursuche unternommen, um herauszufinden ob wichtige Materialien über das Thema „Community mental health nursing“ oder „psychiatric home care“ übersehen und deswegen nicht genutzt wurden. Insbesondere, da die Pflegedatenbank CINAHL vom GBA nicht genutzt wurde [3].

### **Gefundene Materialien**

Eine ausführliche Datensuche mit 1.231 Stichwörtern zu „Community mental health nursing“ oder „psychiatric home care“ auf CINAHL führte zumeist zu den gleichen Datenquellen, wie diese auch vom GBA genutzt wurden. Einige Studien unterstützten das Ergebnis der Analyse des GBA, bezogen auf die Indikationen. In den Studien ließ sich z.B. der positive Effekt von ambulanten Pflegeinterventionen bei Menschen mit einer Erstmanifestation einer psychotischen Erkrankung nachweisen [51], weiterhin gab es Nachweise sowohl bezüglich der Arbeit mit schweren Depressionen bei der Häuslichen Pflege älterer Menschen [52], als auch Vorschläge für Betreuungsprogramme der ambulanten Pflege für Menschen mit schwerer Depression [53]. Dieses Material bestärkt die Aussagen des GBA.

### **Indikation, Dauer und Frequenz**

Es ließ sich tatsächlich nur wenig Material über die Effektivität pflegerischer Versorgung bei anderen Diagnosen finden. Nur zwei gefundene Studien machen hierzu wissenschaftliche Aussagen. Langley und Klopper beschreiben einen sehr positiven Effekt bei Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung in Südafrika [54]. Die Analyse des King's College in London zeigt einen positiven Effekt, bezogen auf Interventionen bei Patienten mit der ersten Episode einer Essstörung (sowohl bei Anorexia nervosa als auch bei Bulimia nervosa) durch ambulante psychiatrische Pflege [55]. Beide Studien wurden allerdings erst Ende 2005 – also nach Verabschiedung der Richtlinie – veröffentlicht.

In diesem Zusammenhang wird auch deutlich, dass es sehr schwierig ist, Evidenzen über die Effektivität von ambulant psychiatrisch Pflegenden zu finden, da diese meist Teil von Behandlungsteams sind, deren Effektivität in vielen Studien untersucht wurden. Der GBA macht dazu deutlich, dass deshalb die meisten internationalen Studien als nicht aussagekräftig angesehen wurden, weil dort Behandlungsteams bewertet werden, die es in der Form in Deutschland nicht gibt [3].

### **Zusammenfassung**

Nach der nochmaligen Überprüfung des Materials lässt sich sagen, dass die Suche nach Evidenz des GBA als umfangreich bezeichnet werden kann und tatsächlich das relevante Material über ambulante psychiatrische Pflege einer Untersuchung zugeführt wurde. Bezogen auf die Indikationen bei den

Diagnosen, die in der Richtlinie beschrieben werden, kann man zusammenfassen, dass alle Diagnosen, zu denen eine Evidenz gefunden wurde, auch Teil der Richtlinie sind.

Es existieren sowohl sinnvolle Vorschläge als auch einige relevante Beobachtungen aus deutschen Modellprojekten, die allerdings keinen Eingang in die Richtlinie gefunden haben [2, 24].

Ein weitaus schwierigerer Punkt ist die Frage nach der Dauer der psychiatrischen Pflege. Bezogen auf diese Thematik beschreiben die meisten Studien erste wahrnehmbare Effekte nach etwa 6 Monaten Betreuung oder sogar länger – insbesondere bei schweren Depressionen oder Psychosen. Die Studie zur Außerstationären Pflege empfiehlt eine notwendige Überprüfung durch den MDK alle drei Monate [2]. Insofern kann die Begrenzung der Dauer auf vier Monate nicht nachvollzogen werden. Der GBA ist bei der Umsetzung der Richtlinie in den meisten Fällen den Empfehlungen der Studie zur außerstationären Pflege gefolgt [2], allerdings bezogen auf die Dauer ist dies nicht der Fall. Deswegen kann die Begrenzung nur auf ökonomische Gründe zurückzuführen sein, denn es ist keine Entscheidung, die auf Evidenz beruht, sondern eher eine politische Entscheidung, um nicht noch weitere Kosten zu verursachen.

## Literatur

- [1] **Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses** über eine Änderung der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege [http://www.g-ba.de/downloads/39-261-200/2005-02-15-HKP-Psychiatrisch.pdf]
- [2] **Pörksen N, Böker-Scharnhöhl M, Brill KE** im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit, 1999, Außerstationäre psychiatrische Pflege. Teil I: Ambulante psychiatrische Behandlungspflege. Schriftenreihe des BMGS; Band 121: Nomos Verlagsgesellschaft
- [3] **Beschlussbegründung zur Änderung der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege** vom 15. Februar 2005 [http://www.g-ba.de/downloads/40-268-47/2005-02-15-Psychiatrisch-Begründung.pdf]
- [4] **Cockerham W.**, 2004, Health care in developed countries, Medical sociology, 9<sup>th</sup> edition, Pearson Prentice Hall, New Jersey, pp. 313 – 42
- [5] **Simon Michael**, 2005, Das Gesundheitssystem in Deutschland – Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, Huber Verlag, Bern
- [6] **Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen** über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB 5 [http://www.g-ba.de/downloads/36-232-11/RL-Haesusliche-2007-03-15.pdf]
- [7] **Dörner K & Plog U**, 1996, Irren ist menschlich. Lehrbuch für Psychiatrie/Psychotherapie; Psychiatrie Verlag, Bonn
- [8] **Kunze H & Kaltenbach L** (Hrsg.), 2004, Psychiatrie-Personalverordnung, 3. Auflage; Kohlhammer, Stuttgart

- [9] **Weig W & Gelhausen R**, 1996, Psychiatrische und sozialrechtliche Anmerkungen zur Frage Behandlungs- versus Pflegefall in der allgemeinen Psychiatrie; In: Die Sozialgerichtsbarkeit, S. 576 – 583
- [10] **Tilley S & Ryan D**; 2000; Reviewing the literature constructing the field: Accounting for the CPN in practice and research; Journal of Mental Health, 9, 6, 589 – 604; Shadowfax publishing and Taylor & Francis Ltd
- [11] **Berger PL & Luckmann T**, 1967, The social construction of reality, London, Penguin, Hammersworth
- [12] **Tolzin CJ**; 2004: Stellungnahme zu Diagnosen für spezifische Leistungen der häuslichen Krankenpflege für psychisch Kranke; Kompetenzzentrum für Psychiatrie und Psychotherapie des MDK Mecklenburg-Vorpommern
- [13] **Steinkamp G, Werner B**. 1999 Evaluation der Möglichkeit und Wirksamkeit klinisch-ambulanter häuslicher Versorgung psychisch erkrankter älterer Menschen. [Evaluation of the possibility and effectiveness of clinical homecare for mentally ill elderly patients] In: Badura, B; Siegrist, J (Eds.) Evaluation im Gesundheitswesen. Ansatz und Ergebnisse. S. 381-400. Weinheim: Juventa, Germany
- [14] **Berger, H., Scholl, M.**, 1996: Häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke in Köln. Wissenschaftliche Auswertung der Durchführung nach der Vereinbarung zwischen der Stadt Köln, den Wohlfahrtsverbänden und den Krankenkassen-Verbänden. Köln, Germany
- [15] **Brederode. M.v.**, 1989, ISG Sozialforschung und Gesellschaftspolitik: Modellprogramm "Ambulante psychiatrische Pflege durch Sozialstationen" – Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Köln; Germany
- [16] **Göpfert-Divivier, W.**, 1997, Ambulante Pflege für psychisch kranke Menschen: Pilotphase der Sonderpflegedienste Bad Cannstatt und Reutlingen – Abschlußbericht der Wissenschaftlichen Begleitung. Saarbrücken und Stuttgart, Germany
- [17] **Holler G**. 2002, Projektbericht des Arbeitsbereichs Versorgungsforschung. Ambulante psychiatrische Versorgung in ausgewählten Orten Niedersachsens. Abschlussbericht
- [18] **Kretschmann, R.**, 1988, Ambulante psychiatrische Pflege durch Sozialstationen. Bericht zum Modellversuch des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Lambertus, Freiburg, Germany
- [19] **Seibt G**. 1998, Der Gerontopsychiatrische Verbund Berlin-Köpenick. Erfahrungen, Ergebnisse und Perspektiven. Psychiatrie & Altenhilfe News; 3 : 7-11.
- [20] **Besselmann K, Gitschmann P, Goerlich C, Klie T, u a.**, 2001, Aspekte der Versorgung psychisch veränderter alter Menschen. Frankfurt aM: Dt Verein für öffentliche und private Fürsorge: 1-233
- [21] **Holler & Fachgruppe Gerontopsychiatrie des Sozialpsychiatrischen Verbundes Hannover**, 1999, Empfehlungen zur ambulanten und teilstationären gerontopsychiatrischen Pflege der Fachgruppe **Gerontopsychiatrie des Sozialpsychiatrischen Verbundes Hannover**. Psychiatrie & Altenhilfe News; 2 : 13-8
- [22] **Großjohann K**. 1996, Spezielle Probleme der häuslichen (durch ambulante Dienste unterstützten) Pflege dementer und psychisch erkrankter älterer Menschen. Serie: GeroCare Report 2/96. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe: 1-139
- [23] **Hirt B**. 2002, Herausforderungen für ambulante Dienste. Die Pflege und Betreuung von demenziell Erkrankten. Pflegen ambulant; 13 (5): 18-21.
- [24] **Holler G**. 2002, Die Bedürfnisse psychisch Kranker. Ein dreijähriger Modellversuch beweist, dass es möglich und wirtschaftlich sinnvoll ist, psychisch Kranke in deren Zuhause zu pflegen. Häusliche Pflege; 11 (3): 36-41.
- [25] **Klie T, Schmidt R**. 2002, Begleitung von Menschen mit Demenz. Bestandsaufnahme und Formulierung demenzpolitischer Desiderate und Optionen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie; 35 (3): 199-209.

- [26] **Klostermann M, Steinkamp G, Tropberger F, Werner B.** 1998, Gerontopsychiatrische Versorgung durch ambulante Pflegedienste. Ergebnisse einer empirischen Analyse. [Patient management in geriatric psychiatry by community care services. Results of an empirical analysis]. *Z Gerontol Geriatr*; 31 (6): 426-37.
- [27] **Mittelstaedt E.** 2000, Einzelvereinbarungen und Verträge. Leistungen für psychisch Kranke und die Delegation ärztlicher Tätigkeiten in der Diskussion. *Häusliche Pflege*; 9 (9): 12-6
- [28] **Schaper C.** 1995, Gut, aber nie perfekt. Europäische Länder stellen ihre psychogeriatrischen Konzepte und Modelle zur Betreuung verwirrter alter Menschen vor. *Altenpflege*; 20 (2): 71-5.
- [29] **Schmid T.** 1999 Ambulante psychiatrische Pflege. Die Häusliche psychiatrische Krankenpflege in Stuttgart-Bad Cannstatt zeigt, wie wichtig dieser Baustein in einem effektiven Versorgungsnetz ist. *Pflegen ambulant*; 10 (5): 16-20
- [30] **Schmidt R.** 2002, Pflegerische Versorgung und Demenz Analysen zu Handlungsoptionen und Veränderungsimpulsen. Serie: Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Band 13. Regensburg: Transfer: 1-127.
- [31] **Weismann E.** 1999, Leistungskatalog der Fachgruppe Gerontopsychiatrie des Sozialpsychiatrischen Verbundes Hannover zur ambulanten und teilstationären gerontopsychiatrischen Behandlungs- und Grundpflege. *Psychiatrie & Altenhilfe News*; 3 : 8-12
- [32] **Blanchard MR, Waterreus A, Mann H;** 1995: the effect of primary care nurse intervention upon older patients screened as depressed; *International Journal of geriatric psychiatry*; 10; 289 - 298; United Kingdom
- [33] **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 Assessments*; 5 (15): 1-139
- [34] **Fenton FR, Tessier L, Contandriopoulos AP, Nguyen H, Struening EL.,** 1982, A comparative trial of home and hospital psychiatric treatment: financial costs. *Can J Psychiatry*; 27 (3): 177-187.
- [35] **Jambunathan J, Van Dongen CJ.** 1995, Use of RN case management and costs and utilization of outpatient mental health services: a pilot study. *Issues Mental Health Nursing*; 16 (5): 407-18
- [36] **Jerrell JM.** 1995, Toward managed care for persons with severe mental illness: implications from a cost-effectiveness study. *Health Aff.(Millwood.)*; 14 (3): 197-207.
- [37] **Knapp M, Marks I, Wolstenholme J, Beecham J, Astin J, Audini B, Connolly J, Watts V.** 1998, Home-based versus hospital-based care for serious mental illness. Controlled cost-effectiveness study over four years. *British Journal of Psychiatry*; 172 : 506-512.
- [38] **Mangen SP, Paykel ES, m Griffith JH, Burchell A, Mancini P.** 1983, Cost-effectiveness of community psychiatric nurse or out-patient psychiatrist care of neurotic patients. *Psychol.Med*; 13 (2): 407-416
- [39] **McCrone P, Beecham J, Knapp M.** 1994, Community psychiatric nurse teams: cost-effectiveness of intensive support versus generic care. *British Journal of Psychiatry*; 165 (2): 218-221
- [40] **McCrone P, Thornicroft G, Phelan M, Holloway F, Wykes T, Johnson S.** 1998, Utilisation and costs of community mental health services. PRISM Psychosis Study. 5. *British Journal of Psychiatry*; 173 : 391-398.
- [41] **Merson S, Tyrer P, Carlen D, Johnson T.** 1996, The cost of treatment of psychiatric emergencies: a comparison of hospital and community services. *Psychol.Med*; 26 (4): 727-734.
- [42] **Rosenheck RA, Neale MS.** 1998, Cost-effectiveness of intensive psychiatric community care for high users of inpatient services. *Arch Gen Psychiatry*; 55 (5): 459-466.
- [43] **Baillon S, Neville P, Broome C.,** 1996, A survey of the relationship between community mental health teams and residential homes for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 11 (9): 807-11.
- [44] **Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED, Orrell M, Spector A.,** 2004, Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. In: *The Cochrane Library, Issue 2*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- [45] **Reifler BV, Cohen W.** 1998, Practice of geriatric psychiatry and mental health services for the elderly: results of an international survey. *Int Psychogeriatr*; 10 (4): 351-357
- [46] **Williams DDR, Ellis MM, Hardwick F.** 1997, Intensive home nursing. *Psychiatric Bulletin*; 21: 23-5.
- [47] **Boomsma J, Dassen T, Dingemans C, van den HW,** 1999; Nursing interventions in crisis-oriented and long-term psychiatric home care. *Scand J Caring Sci*; 13 (1): 41-48.
- [48] **Marshall M, Lockwood A, Gath D.** 1995, Social services case-management for long-term mental disorders: a randomised controlled trial. *Lancet* 18-2-1995; 345 (8947): 409-412.
- [49] **Draper B.,** 2000, The effectiveness of old age psychiatry services. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 15 (8): 687-703
- [50] **Chiesa M, Fonagy P,** 2002, From the therapeutic community to the community: A preliminary evaluation of a psychosocial outpatient service for severe personality disorders. *Therapeutic Communities*; 23 (4): 247-59.
- [51] **Malla AK, Norman R, Manchanda R, McLean T, Harricharan R, Cortese L, Townsend L, Scholten D;** 2002, Status of patients with first-episode psychosis after one year of phase-specific community-orientated treatment; *Psychiatric services*; Vol. 53, 4, Canada
- [52] **Bruce ML, McAvay GJ; Brown EL, Meyers BS, Keohane DJ, Jagoda DR, Weber C;** 2002; Severe Depression in elderly home health care patients; *American Journal of Psychiatry*; 159; 1367 - 1374; USA
- [53] **Blacklock E;** 2006; Home clinic programme: an alternative model for private mental health facilities and suffers of severe depression; *International Journal of mental health nursing*, 15, 3-9, Australia
- [54] **Langley GC & Klopper H;** 2005; Trust as a foundation for therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder; *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 12, 23-32, UK
- [55] **Currin L & Schmidt U;** 2005; A critical analysis of the utility of an early intervention approach in the eating disorders; *Journal of mental health*, 12, 14(6), 611 - 624; UK

## »Bühne frei ...« – Theaterarbeit in einer unverbundenen Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Heike Heß, Ute Jurtzig

Mit der Eröffnung der Tagesklinik im Juli 2001 erhielten wir den Freiraum, einen Behandlungsbaustein entsprechend unserer Vorerfahrungen und persönlichen Neigungen eigenverantwortlich zu gestalten und zu leiten. Der Zauber des Neubeginns – ein neu zusammengestelltes Team in einem extra dafür eröffneten Haus – ließ dabei sicher manchen Ängsten (Was tun wir da eigentlich?) und Vorbehalten (Können wir miteinander?) wenig Raum.

Die positive Resonanz kam hinzu – 2 Wochen nach Eröffnung waren alle 30 Plätze der Tagesklinik, aufgeteilt in 3 Behandlergruppen, belegt und damit bestand einfach auch die Notwendigkeit, einen funktionierenden Tages- bzw. Therapieplan für die Patienten zu erstellen.

Da vor Ort keine stationäre psychiatrische Einrichtung vorhanden ist, sind wir einerseits niederschwelliges Versorgungsangebot für akut erkrankte Menschen und andererseits auch Gegenüber für Patienten mit eher psychotherapeutischem Anliegen.

In diesem Spagat kommt den Pflegekräften eine ganz zentrale Rolle zu, nicht nur mit der »Alltagsorganisation«, sondern auch bei Gestaltung und Durchführung unterschiedlichster Gruppenangebote.

Neben psychoedukativen und eher alltagspraktischen Angeboten ist seit 6 Jahren die Theatergruppe fester Bestandteil unseres gruppen-therapeutisch und überwiegend diagnoseunspezifisch ausgerichteten Konzeptes und findet als bezugsgruppenübergreifendes, indikatives Angebot derzeit zweimal wöchentlich á 75 Minuten statt.

Unser Verständnis von psychiatrischer Pflege hat sich dabei auch durch das praktische Tun in der Theatergruppe über die von *M. Holnburger* (1, Vgl. S. 19 ff) formulierten Standards erweitert.

Über die Bezugspflege hinaus bietet die Theatergruppe einen Rahmen ganzheitlicher Kontaktaufnahme zum Gruppenleiter wie zu Mitpatienten.

Angelehnt an das Interaktionsmodell von *H. Peplau*, wonach die Pflegeperson unterschiedliche Rollen in der Patienten-Pflege-Beziehung einnimmt, sind wir als Gruppenleitung in der Theatergruppe in den verschiedensten Rollen gefordert: »als die Fremde, als Ressource, als Lehrerin, als Führungsperson, als Ersatzperson, als Beraterin...« (2, Vgl. S. 13)

Die Patienten zeigen sich oft zunächst verunsichert, mit der Einteilung in die »Theatergruppe« verbinden sie überwiegend ein »Sich-verstellen-und-sich-präsentieren-Müssen«. Diese Verunsicherung wird noch dadurch verstärkt, dass wir als Gruppenleitung in einer ungewohnten, eher »berufsfremden« Rolle erlebt werden.

Nach unserer Erfahrung entsteht durch die unmittelbare Anregung des aktiven Tuns, ziemlich rasch eine Atmosphäre, in der Neugierde und ein »Sich-darauf-Einlassen« überwiegen.

Wir treten dabei als Führungspersonen, Lehrerinnen und vor allem mit der eigenen Präsenz als Ressource in Erscheinung, indem wir die Themen und Inhalte der Theatergruppe planen, den Ablauf der Gruppe strukturieren und über Inhalte und Hintergründe unserer Theaterarbeit aufklären.

Im Spiel nehmen wir verschiedene Rollen ein, mit denen sich identifiziert oder auch auseinandergesetzt werden kann. Wir beraten, indem wir spielerisch andere Lösungsmöglichkeiten aufzeigen.

Die Tatsache, dass wir uns im Spiel begegnen und uns auf einer Ebene mit den Patienten bewegen, dass wir uns damit als Mensch zeigen und nicht nur in unseren Berufsrollen erlebt werden, ist für die Beziehungsgestaltung und für die Bereitschaft der Patienten, auch Ungewohntes auszuprobieren, sehr wichtig.

Natürlich ist dabei die Beachtung von Nähe und Distanz im Umgang mit psychisch kranken Menschen erforderlich, vor allem, um im Alltag auch wieder als Krankenschwester und Sozialarbeiterin gesehen werden zu können.

Als günstig erscheint uns auch dafür die Gruppenleitung zu zweit.

Neben der gemeinsamen Planung im Vorfeld, können wir uns im Gruppenverlauf absprechen, unterschiedliche Rollensegmente besetzen (z.B.: stützend – konfrontierend) und anschließend unser Vorgehen reflektieren. Den Gruppenverlauf dokumentieren wir schriftlich, bei Visiten und Fallbesprechungen erfolgt einzelfallbezogen eine Reflexion im Gesamtteam.

H. Peplau hat 4 Bedürfnisse des Menschen benannt: (2, Vgl. S. 14)

- Bedürfnis nach physiologischer Unversehrtheit
- Bedürfnis nach Sicherheit
- Bedürfnis nach Anerkennung und Zuwendung
- Bedürfnis nach Können und neuen Erfahrungen

Durch das »Sich-selbst-Erleben« im Spiel, durch das Probieren und Erleben bekannter oder neuer Rollen, können die Gruppenteilnehmer diese Bedürfnisse wahrnehmen und sich ausprobieren.

Die daraus entstehenden Erfahrungen können in anderen Therapien (z.B. Gesprächsgruppe, ggf. therapeutischer Einzelkontakt) bearbeitet werden und eine Weiterentwicklung kann stattfinden.

Dabei beinhaltet der »Spielraum« Theatergruppe durch den Wechsel der Realitätsebene nicht primär, wie sonst »gefordert«, emphatisch – vertrauensvolle Beziehungselemente, sondern wie kein anderes pflegespezifisches Gruppenangebot, Freiräume für experimentelle Begegnungen. Ganzheitlichkeit und Experiment ergeben sich dabei methodisch gesehen vor allem durch die Schwerpunktsetzung auf nonverbale, körper- und erlebensbezogene Übungselemente. (Anregungen Vgl. 3, 4, 5, 6, 7)

Der Ablauf der Theatergruppe mit Anwärm-, Haupt- und Schlussteil setzt einen stets wiederkehrenden, zunehmend vertrauten Rahmen, der unterschiedliche Anforderungen stellt.

Strukturvorgaben durch die Spielideen, die aus einer Mischung von Improvisationstheater, Playback-Theater und Rollenspiel entstanden sind, geben gerade in der Anfangsphase bzw. zur Integration akuter erkrankter Patienten Sicherheit.

Wiederholung von Gemeinschaftsspielen, oft im Gruppenkreis, haben nicht nur als »Rituale« stabilisierende Funktion, sondern ermöglichen dem Einzelnen individuelle Fortschritte zu erkennen. Trainiert werden vor allem auch bei stärker beeinträchtigten, akut erkrankten Patienten Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit sowie Umstellungsfähigkeit und Flexibilität.

Bei einer »eingespielten« Gruppe weicht vor allem im Hauptteil der Stunde die Struktur dem freieren Spiel, mehr und mehr beruhend auf eigenen Ideen.

Mögliche Vorgaben beziehen sich dann eher auf die Verwendung bestimmter Requisiten, die szenische Umsetzung in einem spezifischen Genre, die Vorgabe einer bestimmten Gefühlslage u.ä.m.

Gruppendynamische Aspekte spielen insofern eine Rolle, dass methodisch eher kontroversenschaffende oder aber harmoniestiftende Vorgaben möglich sind.

Im Hauptteil der Stunde wechseln sich Gesamt- und Kleingruppenspiele mit Paar- und Einzelaufgaben ab.

Mitunter bleibt es für Gruppenteilnehmer beim Ausagieren »angestauter« Emotionen. Möglich ist aber auch ein »Probehandeln«, um sich so in der »Als-ob-Situation« die Voraussetzung zu schaffen für eine Auseinandersetzung auf der Realebene.

Dabei ist es dem Patienten überlassen, inwieweit er das Erfahrene in der Theatergruppe alleine als Ablenkung von Symptomen und Problemen, Auflockerung und Aktivierung begreift oder hier erlebte Kompetenzen wie auch Schwierigkeiten reflektiert und »übersetzt«. Unser methodisches Vorgehen sieht bewusst keine längeren Auswertungsrunden zu Rollenerleben, gruppendynamischen Aspekten u.ä.m. vor.

Nach unserer Erfahrung bleibt so ein höheres Maß an Spontaneität und kreativem Potenzial erhalten, der eigenen Originalität wird zunehmend vertraut.

Ermöglicht wird dies auch durch unseren überwiegend partizipierenden Leitungsstil, unsere Beteiligung am Spiel schafft eine weniger hierarchische Beziehung.

Im Verlauf entwickelt sich auf dieser Basis eine Atmosphäre, in der die Gruppenteilnehmer uns als Anleiter immer weniger in Mitspielerrollen »brauchen«. Durch die Erweiterung des Rollenrepertoires des Einzelnen werden wir immer weniger in der »Hilfs-Ich-Funktion« benötigt, so dass zunächst

abgelehnte bzw. abgewehrte Anteile wie z.B. offene Aggressivität, Verwirrtheit, Traurigkeit u.ä.m. selbst zum Ausdruck gebracht werden können.

In unserer Einrichtung werden alle in der Erwachsenenpsychiatrie bekannten Krankheitsbilder behandelt, potenziell steht die Theatergruppe allen offen; am meisten davon profitieren nach unserer Erfahrung Menschen, die eher selbstunsicher, ängstlich – vermeidend auftreten, an Depressionen, Zwangserkrankungen oder auch Psychosen leiden.

Aufgrund der räumlichen Bedingungen arbeiten wir maximal mit 10 bis 12 Patienten, bei größerem Raumangebot wäre auch eine höhere Anzahl an Mitspielern möglich.

Noch einmal zusammengefasst ergeben sich aus unserer Sicht folgende wesentliche Ziele der Arbeit in der Theatergruppe:

- sich selbst und andere in verschiedenen Rollen erleben
- Förderung von Kommunikation und Interaktion in der Zweierbeziehung, in Kleingruppen oder in der Gesamtgruppe
- Körperlichkeit, Bewegung und Kontakt spielerisch erfahren
- Gefühle hervorrufen, ausdrücken, differenzieren (nonverbal wie auch verbal)
- Förderung von Erinnerung bzw. Besinnung auf Erfahrungen und Gefühle
- Förderung sozialer Kompetenzen, insbesondere durch Abbau von Hemmungen und Zugewinn an Ausdrucksmöglichkeiten

Um einen Einblick in unsere Arbeit zu gewinnen, nutzen wir die Möglichkeit, einen Workshop anzubieten ... eine Einladung, sich spielend näher zu kommen und so vielleicht vom »Virus« infiziert zu werden, in den psychiatrischen Pflegealltag einen spannenden, lebendig – dynamischen Baustein zu integrieren ... Bühne frei ...

## Literatur:

- Holnburger M.** (1999) Pflegestandards in der Psychiatrie, Urban und Fischer Verlag München Jena
- Rakel T., Lanzenberger A.** (2001) Pflegetherapeutische Gruppen in der Psychiatrie, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart
- Vlek R.** (2000) Workshop Improvisationstheater, Auer Verlag GmbH Donauwörth
- Johnstone K.** (2002) Theaterspiele, Alexander Verlag Berlin
- Salas J.** (1998) Playback – Theater Alexander Verlag Berlin
- Andersen M.** (1996) Theatersport und Improtheater Impuls/Buschfunk Planegg
- Boal A.** (1989) Theater der Unterdrückten Übungen und Spiele für Schauspieler und Nicht-Schauspieler Suhrkamp Verlag Frankfurt/M.

## Mit Pflegediagnosen zu mehr Effizienz und Patientennähe! Ein Erfahrungsbericht

Stefan Jünger

Die Rheinischen Kliniken Düren sind eine Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Wir haben derzeit 700 Betten und beschäftigen 1020 Mitarbeiter. Als Fachkrankenhaus sind wir Bestandteil der Krankenhausplanung des Landes Nordrhein-Westfalen und erfüllen einen Versorgungsauftrag zur Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung in unserem Einzugsgebiet. Unsere Klinik gliedert sich in Abteilungen, die sich an den zu behandelnden Krankheitsbildern orientieren :

- Abteilungen für Allgemeinpsychiatrie
- Abteilung für Gerontopsychiatrie
- Abteilung für Suchtkrankheiten
- Abteilung für soziale Rehabilitation
- Forensische Abteilungen

### Ziele

Mit der Einführung der Pflegediagnosen erreichten wir eine theoretische und vor allem eine inhaltliche Verbesserung psychiatrischer Pflege. Wir konnten unsere Pflegedokumentation und deren Stellung im gesamtmedizinischen Leistungsangebot der Klinik implementieren. Dass uns dies gelungen ist, verdanken wir auch der Entscheidung, die Form der Dokumentation EDV-gestützt durchzuführen. Folgende Ziele galt es in unserer Klinik zu erreichen:

1. Die Erlangung einer einheitlichen Fachsprache
2. Die Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen und die Verdeutlichung, dass Pflege ein eigenständiger Leistungsanbieter ist (konstruktiv)
3. Die Förderung der Professionalisierung der Berufsgruppe der Pflegenden
4. Die Implementierung des Pflegeprozesses in den Alltag als Grundlage unserer Pflegeinterventionen

5. Die Verbesserung der Kommunikation zu den Patienten durch die Stärkung des theoretischen Basiswissens
6. Eine bessere Außenwirkung der Berufsgruppe der Pflege
7. Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, insbesondere der ärztlichen, auf gleicher Augenhöhe

### Ursache / Problemstellung

Ein grundlegendes Anliegen des LVR war es, die Dokumentationsqualität aller Berufsgruppen zu verbessern. Die Pflege spielte eine wesentliche Rolle bei diesem Anliegen, denn mit einem Umstieg auf die Pflegediagnosen der NANDA-Taxonomie 2 veränderten sich grundlegende Denkweisen in der Wahrnehmung von Pflegephänomenen. Die Pflegekräfte mussten lernen diagnostisch zu denken, sich aber auch genauer mit den theoretischen Grundlagen der Krankheitskonzepte auseinanderzusetzen. In unserem bisherigen Pflegealltag war es immer schwierig, den Pflegekräften die elementare Bedeutung des Pflegeprozesses näher zu bringen. Wie in vielen anderen Krankenhäusern auch, betrachtete die Pflege dies als lästige Mehrarbeit, die sie von der praktischen Alltagsbetreuung der Patienten abhielt. Zudem konnte der wachsende wirtschaftliche Druck, den unsere Klinik vermehrt über die Krankenkassen zu spüren bekam und bekommt, über eine lückenlose Dokumentation gemindert werden. Häufig wird und wurde die bereits geleistete Behandlung seitens der Krankenkassen in Frage gestellt. Unsere Dokumentation war zweifelsfrei verbesserungswürdig. Das lag an der mangelnden Transparenz des alten Dokumentationssystems und führte letztlich zu der Erkenntnis, hier Abhilfe schaffen zu müssen. Mit der Einführung der EDV-Doku, die parallel zu der Einführung der Pflegediagnosen stattfand, erhielten wir, abgesehen von einigen technischen Schwierigkeiten, ein dynamisches Dokumentationssystem, was den Anforderungen der heutigen Zeit gerecht wird. Es ermöglicht uns detailliert zu belegen, in welchen Bereichen wir Leistungen aufbringen, durchführen, überprüfen und anpassen.

### Projekttablauf

Um das Projekt »Einführung der Pflegediagnosen« erfolgreich umsetzen zu können, bildeten wir eine Arbeitsgruppe, die damit beauftragt wurde, ein Schulungskonzept zu entwickeln. Diese AG bestand aus zwei Pflegedienst-

leitern, einem Mitarbeiter aus der EDV unseres Hauses und meiner Person. Wir teilten die Schulungen in zwei Phasen auf; in der ersten Phase wurden alle pflegerischen Mitarbeiter mit Staatsexamen in der Historie der Pflegediagnosen geschult. Auf diesem geschaffenen Grundverständnis bildeten wir die Mitarbeiter in der Erhebung der Pflegeanamnese aus; der Fokus wurde auf das pflegerische Aufnahmegespräch sowie auf den pflegediagnosenorientierten Anamnesenbogen gelegt. Anschließend unterrichteten wir zum Aufbau und Inhalt von Pflegediagnosen, zu den verschiedenen Pflegediagnostentypen – wie man diese erstellt und welche Beurteilungskriterien es hinsichtlich der Qualität der Pflegediagnosen zu beachten gibt. Anhand von konstruierten Fallbeispielen konnten die Kollegen ihr theoretisch gewonnenes Wissen anwenden. Hier stellte sich die Aufgabe, anhand einer Situationsbeschreibung den gesamten Pflegeprozess umzusetzen und diesen dann vor der Gruppe darzustellen. Am zweiten Schulungstag wurden die Kollegen in der EDV geschult, ihr theoretisches Basiswissen musste nun mit dem Planungsprogramm verknüpft werden.

Da diese Form der Schulung für den Mitarbeiter eine fordernde Aufgabe darstellte und wir uns im Klaren waren, dass in der Praxis die Umsetzung nicht reibungslos verlaufen würde, planten wir die praktische Einführung in einzelnen Pilotphasen durchzuführen. Ein Kollege und ich begleiteten diesen Prozess vor Ort, um die Mitarbeiter bei allen nur erdenklichen Problemen zu unterstützen. In dieser Phase mussten die ausgewählten Stationen nur drei Patienten »elektronisch planen«, alle weiteren wurden in der üblichen Weise dokumentiert. Nach Ablauf der einwöchigen Pilotphase entschieden wir unter der Fragestellung »Ist die Planungssicherheit gewährleistet?«, ob der Umstieg auf die restlichen Patienten der jeweiligen Behandlungseinheit durchgeführt werden konnte. In der Kombination theoretische Schulung – praktische Anwendung (plus dem entsprechenden Support vor Ort) arbeiteten wir uns durch die gesamte Klinik. Hierfür benötigten wir 1,5 Jahre; im Dezember 2006 hatten wir alle exam. Mitarbeiter der Pflege geschult, und im Februar 2007 war auch die dazugehörige EDV in allen Behandlungsbereichen installiert.

Derzeit befinden wir uns auf der Hälfte des Weges, zwar sind die Pflegediagnosen implementiert worden, aber es fehlt noch ein wesentlicher Teil in der EDV – das Medikamentenmanagement. Dieser Teil der Patientenakte wird nach wie vor in Papierform bearbeitet; auch einige Bereiche der Pflege-

planung gestalten sich in der Alltagstauglichkeit fragwürdig und müssen in der Zukunft angepasst werden, um hohe Akzeptanz bei den Mitarbeitern zu erhalten.

### **Wirkung auf den Pflegealltag**

Die Einführung der Pflegediagnosen machte in den Rheinischen Kliniken Düren eine organisatorische Anpassung mehrerer Arbeitsprozesse erforderlich. Die Schaffung einer neuen Stabsstelle war ein weiterer wichtiger Schritt, durch den die Pflegedirektorin sich verstärkt den inhaltlichen Herausforderungen in der pflegerischen Arbeit stellte.

Diese neue Stelle hat die Aufgabe, solche Projekte zu planen und inhaltlich zu begleiten. Die Pflegedienstleiter werden nach wie vor an diesen Prozessen beteiligt, wie in diesem Projekt geschehen, aber die Stabstellen bereiten solche Projekte vor und sind an deren Umsetzung beteiligt.

An diesem Projekt waren in der zweiten Phase 2 Mitarbeiter verantwortlich tätig; der Koordinator EDV in der Krankenpflege und der Assistent der Pflegedienstleitung. Mit Erreichen eines stärkeren inhaltlichen Bezugs zu den Arbeitssituationen der Kollegen auf den Stationen – durch das Projekt Pflegediagnosen ausgelöst – wurde beschlossen, die Büros der zuständigen Pflegedienstleitung, die zum damaligen Zeitpunkt noch in einem gesonderten Verwaltungsgebäude der Klinik untergebracht waren, auf die Stationen zu verlegen. Hiermit wurde eine stärkere Anbindung erreicht und eine fachliche Unterstützung durch die PDL auf den Stationen gewährleistet – also weg von der Personalarbeit, hin zu einer Beteiligung an der inhaltlichen Arbeit vor Ort. Etwas zeitlich verzögert wird nun das Instrument der Pflegevisite umgesetzt, um zu erreichen, dass die Pflegedienstleiter im Rahmen einer kollegialen Beratung den diagnostischen Prozess der Pflegediagnosen vor Ort unterstützen können. Die Pflegevisite sehen wir in einem engem Zusammenhang in der Beurteilung der elektronischen Pflegeplanungen / Pflegediagnosen. Hierdurch wird die umfassende Gestaltung und Betrachtung des Pflegeprozesses gewährleistet.

Wir verstehen unter diesem Instrument regelmäßig stattfindende Gespräche zwischen den Pflegedienstleitungen, den betreuenden Pflegekräften und Patienten (ggf. Vertrauenspersonen), um die pflegerischen Maßnahmen in Hinblick auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und einen Einblick über die gesamte Behandlungssituation zu erzielen. Gleichfalls wird durch die Pflegevisite der Patient aktiv in den Pflegeprozess einbezogen, umfassend aufge-

klärt und er kann selbst zur Sprache kommen. Letztlich wird hierdurch auch die Selbstpflegefähigkeit des Patienten unterstützt.

Die Einführung dieses Projektes fordert alle pflegerischen Kollegen in unserer Klinik sehr; es hat unser Selbstbild verändert. In der psychiatrischen Pflege hat unsere Berufsgruppe elementare Arbeitsaufträge hinsichtlich der psychosozialen Betreuung der Patienten. Aber trotz der lobenswerten pflegerischen Arbeit war der Ausgangspunkt unserer Tätigkeit die Perspektive der Ärzte oder der Psychologen. Auf deren diagnostischen Beurteilung basierte häufig die pflegerische Behandlung, weil viele Pflegekräfte sich an der medizinischen Diagnose orientierten und ihre Pflegeplanungen darauf ausrichteten. Dies hatte den Nachteil, dass die eigentlichen Phänomene, die Pflege richtungweisend beeinflussen, außer Acht gelassen wurden und die Wirksamkeit der Pflegeplanung sich nicht entfalten konnte. Mit Hilfe der Pflegediagnosen konnten wir unseren Mitarbeitern eine berufsspezifische Sichtweise vermitteln, die in ihrer Logik schlüssig war, ... somit ein Instrument an die Hand geben, das unserer Berufsgruppe mehr Inhalt und Kontur verlieh. Nun sind wir in der Lage, unseren Arbeitsauftrag mit einem eigenem Bezug darzustellen und für den Patienten sichtbar und begründbar zu machen. Wir sind in einigen Bereichen nach wie vor Assistenten, doch wir wollen bezüglich pflegerischer Sichtweisen und Wahrnehmungen als kompetenter Behandlungspartner wahrgenommen werden.

Die Einführung der Pflegediagnosen hat uns diesem Ziel ein beträchtliches Stück näher gebracht.

Überraschenderweise änderte sich nicht nur das berufliche Selbstverständnis unserer Pflegekräfte, sondern wir veränderten auch in einigen Bereichen die Pflegesysteme. Die pflegerischen Teams hatten nach der Implementierung erkannt, dass dieses neue System auch das Anpassen der eigenen Organisationsstruktur notwendig macht. Diese Erkenntnis war in der Regel praktischer Natur, weil es während der Einführung auf den Stationen zu mehr Arbeitsaufwand kam – insbesondere im Bereich der Dokumentation. Es wurde schnell deutlich, dass man die Teams mit den alten Strukturen überfordert. Wenn wir theoretisch planen, dann müssen wir dies auch praktisch umsetzen! Die Folge: Das System der Bezugspflege wird im Rahmen unserer Möglichkeit gelebt! Drei Stationen unseres Hauses erarbeiten derzeit Konzeptionen; hieraus resultiert eine verbesserte Kommunikation zu den Patienten und deren Angehörigen. Der Patient nimmt nicht mehr nur den Arzt als maßgeblichen Behandlungspartner war, sondern richtet sich

vermehrt an die Pflegekräfte, um Alltagsdefizite zu besprechen und gemeinsam zu lösen.

Ein weiteres positives Beispiel stellt die Zusammenarbeit mit den ärztlichen Kollegen dar. Nach anfänglicher Skepsis sind diese positiv überrascht, wie sich Pflege als Behandlungspartner darstellen kann. Aufgrund des diagnostischen Prozesses ist ihnen die pflegerische Denkweise transparenter. Die Tätigkeitsinhalte lassen sich aufgrund einer ähnlichen theoretischen Basis effizienter verknüpfen. Wir konnten in dem Bereich der Gerontopsychiatrie die Form der medizinischen Visite anpassen. Dort werden Veränderungen in der Behandlung sofort in der ärztlichen sowie pflegerischen Dokumentation dokumentiert und die Pflegeplanungen sowie medizinische Behandlungsplanung angepasst. Der Effekt: Unsere Pflegeplanungen spiegeln eine Teammeinung wider und beziehen sich auf einen multiprofessionellen Hintergrund.

## Abschluss

Trotz aller Kritik und technischen Schwierigkeiten, die es noch zu bewältigen gilt, haben wir es geschafft, theoretische Konzepte in unserer Alltagswirklichkeit wahr werden zu lassen. Wäre die Einführung ohne die Unterstützung der EDV vorgenommen worden, wären wir nicht so erfolgreich gewesen. Das Zusammenspiel technischer Möglichkeiten und pflegerischen Wissens **ergänzte** sich und transportierte dieses zu den Mitarbeitern unserer Klinik. Auch in der Zukunft werden wir an weiteren Herausforderungen arbeiten müssen, um dieses Projekt zum Abschluss bringen zu können. Wir konnten zeigen, welche innovativen Energien in uns stecken, und das werden wir auch in der Zukunft tun.

## Das Beraterteam in der Psychiatrischen Klinik: Aufgaben und Erfahrungen im Umgang mit Aggression und Zwang

Regina Ketelsen, Andrea Staude, Frank Godejohann

### Einleitung

Untersuchungen auf psychiatrischen Akutstationen ergaben eine Prävalenz aggressiven Verhaltens von 7.5% bis 35% der aufgenommenen Patienten [1-4]. In klinisch-psychiatrischen Gesamtpopulationen wurde aggressives Verhalten bei 1.8% bis 10.3% der Patienten gefunden [5-10]. Im psychiatrischen Arbeitsalltag sind die Mitarbeiter daher einem erhöhten Risiko ausgesetzt, Opfer aggressiven Verhaltens zu werden [11,12].

In den letzten Jahren wurde in unserer Klinik das Konzept des Beraterteams entwickelt mit dem Ziel, den Umgang mit aggressivem Verhalten zu verbessern und die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu reduzieren. Die Entwicklung dieses Beraterteams, die Arbeitsweise und eine erste Evaluation (Inzidenz von Fixierungen und Isolierungen 3 Jahre vor und 3 Jahre nach Etablierung des Beraterteams 2001) sollen im Folgenden dargestellt werden.

### Klinikmerkmale

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, ist mit 274 Betten auf 16 Stationen für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung der Stadt Bielefeld mit ca. 330.000 Einwohnern zuständig. Die Entwicklung der Aufnahmen und der durchschnittlichen Verweildauer zeigt eine Reduktion der Aufnahmen und ein Anstieg der Verweildauer mit einer stabilen Entwicklung ab dem Jahr 2000 und einem Anteil der unfreiwillig untergebrachten Patienten (PsychKG NRW/BGB) zwischen 11,1 % und 12,6% [13].

Ab 1994 wurden intensiviert Veränderungen implementiert mit dem Ziel, den Umgang mit aggressivem Verhalten zu verbessern und die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu reduzieren. Hierzu gehörten die Entwicklung und Einführung von Behandlungsleitlinien [13, 14 ] und die systematische Dokumentation von Zwangsmaßnahmen seit 1996 und ab 2000 von aggressiven Vorfällen mittels Staff Observation Aggression Scale (SOAS, ab

2001 revidierte Form SOAS-R) [15]. Darüber hinaus wurde 1996 eine klinikübergreifende Arbeitsgruppe mit dem Ziel der Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen gegründet [16, 17].

### Beraterteam

Die kritische Auseinandersetzung und Überprüfung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung führte zu der Einschätzung, dass über die beschriebenen Entwicklungen hinaus in den Teams eine weiterführende Verankerung und Professionalisierung im Umgang mit aggressivem Verhalten, insbesondere in akuten Notfallsituationen, erforderlich war, da der Umgang mit eskalierenden aggressiven Ereignissen als unbefriedigend erlebt wurde. In einer interdisziplinär besetzten Arbeitsgruppe wurde schließlich ein Konzept für ein berufs- und hierarchieübergreifendes Team mit Beratungsfunktion (»Beraterteam«) entwickelt [18, 19].

Vorrangige Ziele des ab 2001 etablierten Beraterteams sind die Prävention aggressiver Verhaltensweisen, die Bewältigung bereits eskalierter Situationen, insbesondere bei Notfallsituation mit akuter Selbst- und/oder Fremdgefährdung, die zum Auslösen von Notrufen führen, die Reduktion von Zwangsmaßnahmen, das Erreichen größtmöglicher Sicherheit für alle Beteiligten und das konsequente Durchführen der Nachbesprechungen von Notfallsituationen mit den beteiligten Mitarbeitern [13]. Darüber hinaus wurde angestrebt, dass die Teammitglieder als Multiplikatoren in die Stationsteams hineinwirken [13]. Das Beraterteam setzt sich aus ein bis zwei Pflegemitarbeitern pro Station, Ärzten und Mitarbeitern des Psychosozialen Dienstes und der begleitenden therapeutischen Dienste (Ergotherapie, Bewegungstherapie) zusammen.

Regelmäßig trifft sich das Team zu einer fortlaufenden Fortbildung zum Umgang mit aggressivem Verhalten mit Berücksichtigung von Deeskalationstraining und in achtwöchentlichen Treffen werden zusätzlich Notrufsituationen reflektiert, das Vorgehen auf der Ebene der Gesamtklinik überprüft, notwendige Veränderungen geplant und Daten der erfassten aggressiven Vorfälle, Zwangsmaßnahmen und die Frequenz von Notrufen analysiert. Für den Arbeitsalltag relevante Ergebnisse dieser Arbeit werden von den Mitgliedern des Beraterteams in den jeweiligen Arbeitsbereichen vorgestellt und diskutiert.

## Erfahrungen

Die verschiedenen Aspekte der Veränderung und Entwicklung im Umgang mit Krisen- und Gewaltsituationen ergeben sich aus offenen Befragungen der Stationsteams, des Beraterteams sowie aus der Wahrnehmung der Autorinnen und Autoren und sind in der Tabelle 1 aufgeführt. Insgesamt hat sich das Management von aggressiven Situationen- bzw. Gewaltsituationen in der Wahrnehmung der Mitarbeiter spürbar verändert und subjektiv zu einem Gefühl größerer Sicherheit geführt.

## Inzidenz von Zwangsmaßnahmen vor und nach Gründung des Beraterteams

Neben den Wahrnehmungen der Klinikmitarbeiter zu den Auswirkungen der Arbeit des Beraterteams prüften wir, ob es mit dessen Etablierung zu einer Reduktion von Zwangsmaßnahmen gekommen ist. Seit 1996 werden alle Fixierungen und Isolierungen zur klinikinternen Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen systematisch erfasst und statistisch ausgewertet [16]. Zur Überprüfung der Entwicklung von Inzidenz und Dauer dieser durchgeführten Zwangsmaßnahmen und der Anzahl der betroffenen Personen wurden die Fixierungen und Isolierungen in den drei Jahren vor der 2001 erfolgten Gründung des Beraterteams (1998–2000) und danach (2002–2004) verglichen [13].

## Ergebnisse

298 Personen waren von 1998–2000 von Fixierungen und 160 Personen von Isolierungen betroffen. Bei den Fixierungen waren 2002–2004 noch 213 Personen, das sind 28,5% weniger, und bei den Isolierungen 182 Personen, also 13,8 % mehr, betroffen.

Die kumulierte Dauer der Fixierungen pro Person betrug im ersten Vergleichszeitraum  $74,8 \pm 294,7$  Stunden und im zweiten  $40,8 \pm 153,5$  ( $T=1,7$ ,  $p=.09$ ) Stunden. Bei den Isolierungen ist ebenfalls eine Reduktion der kumulierten Dauer pro Person von  $98,7 \pm 342,8$  Stunden auf  $87,5 \pm 248,1$  Stunden zu verzeichnen (n. s.).

Bei dem Vergleich der beiden Zeiträume ist eine deutliche Reduktion der Anordnungen bei Fixierungen um 44,1% (2.022 versus 1.130) und bei den Isolierungen eine Zunahme um 18,1% (1.340 versus 1.582) zu beobachten. Bei der Betrachtung der Dauer der Fixierungen kam es zu einer Reduktion

um 61,5% und bei den Isolierungen zu einer Zunahme um 1% und insgesamt (Dauer von Fixierungen und Isolierungen) zu einer Reduktion um 35,6% (Tabelle 2).

## Diskussion

Das Beraterteam der Klinik hat sich in der Wahrnehmung der Mitarbeiter bewährt. Insbesondere wird ein gesteigertes Gefühl von Sicherheit der in Notfallsituationen beteiligten Mitarbeiter angegeben. Die Transparenz von Organisation und Planung der Interventionen von Notfallsituationen wird als verbessert erlebt, verbunden mit einer ruhigeren Atmosphäre während der Interventionen. Positiv bewertet wird auch die durch die Arbeit des Beraterteams regelmäßig durchgeführte zeitnahe Nachbesprechung und die als verbessert erlebte Kooperation zwischen den Berufsgruppen.

Kritisch kann angemerkt werden, dass der Transfer in die Stationsteams als noch nicht ausreichend angesehen wird und insgesamt das Ziel der Multiplikatorenfunktion der Mitglieder des Beraterteams anscheinend noch nicht befriedigend umgesetzt worden ist. Als Konsequenz daraus entwickelte das Beraterteam ein Fortbildungsprogramm mit theoretischen und praktischen Anteilen, bestehend aus drei Modulen, das seit 2007 in allen Stationsteams vermittelt wird.

Bei den erhobenen Daten zu den Zwangsmaßnahmen Fixierung und Isolierung kam es bei der totalen Dauer der Fixierung in der Gesamtklinik zu einer deutlichen Reduktion und bei der Isolierung zu einer leichten Zunahme. Bei beiden Maßnahmen kam es zu einer Reduktion der kumulierten Dauer pro Person. Insgesamt ist bei der Dauer von Fixierungen und Isolierungen eine Reduktion um 35,6% zu verzeichnen. Aufgrund der hohen Varianz wurden die Ergebnisse allerdings nicht statistisch signifikant.

Ein Grund für den Anstieg der Anzahl bzw. das Sistieren der Dauer der Isolierungen einerseits und die deutliche Reduktion von Fixierungen andererseits könnte sein, dass mit der Interventionswahl der Isolierung zunehmend die Absicht verfolgt wurde, sich für eine weniger einschneidende Zwangsmaßnahme zu entscheiden [13].

Die Reduktion der Zwangsmaßnahmen in dem Untersuchungszeitraum war eingebettet in verschiedene Veränderungen (s. o.), die eingeführt wurden mit dem Ziel einer Qualitätsverbesserung im Umgang mit aggressivem Verhalten. Insofern spielen möglicherweise mehrere Effekte ineinander.

Insgesamt hat sich das Beraterteam in der klinischen Arbeit bewährt. Neben der Reduktion in der Dauer und Frequenz, insbesondere von Fixierungen, hat sich in der Einschätzung der Mitarbeiter eine größere Sicherheit im Umgang mit aggressivem Verhalten entwickelt.

**Tabelle 1:**  
Erfahrungen mit dem Beraterteam

Organisation/Planung der Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ genauere Absprachen zur Verteilung der Aufgaben</li> <li>▪ Präsenz von mehr Mitarbeiterinnen bei Notrufen, was für Patientinnen positiv zu bewerten ist</li> </ul>
Ablauf der Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verkürzung der durchschnittlichen Dauer, verbesserte Koordination, geringere Verletzungsgefahr, sachlichere und ruhigere Atmosphäre</li> <li>▪ gelegentlich Wahrnehmung der Notrufe mit ausschließlicher Frauenpräsenz als weniger gut koordiniert</li> <li>▪ konsequentere Durchführung der Nachbesprechung, die als positiv und entlastend bewertet wird</li> </ul>
Kooperation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ verbesserte Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen und Stationen</li> <li>▪ keine befriedigende Umsetzung der Rolle des Beraterteams als Multiplikatoren in den Stationsteams</li> </ul>

**Tabelle 2:**  
Dauer von Fixierungen/Isolierungen 1998 - 2000 versus 2002 - 2004

	1998-2000	2002-2004	Differenz [%]
Fixierungsdauer total [h]	22.293	8.599	- 61,5
Isolierungsdauer total [h]	15.762	15.918	+ 1,0
Fixierung und Isolierung total [h]	38.055	24.517	- 35,6

## Literaturverzeichnis

1. **Saverimuttu A, Lowe T.** Aggressive incidents on a psychiatric intensive care unit. *Nurs Stand* 2000; 14: 33-36
2. **Grassi L, Peron L, Marangoni C, Zanchi P, Vanni A.** Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric in-patients: a 5-year Italian study. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 273-279
3. **Nijman H, Merkelbach H, Evers C, Palmstierna T, aCampo J.** Prediction of aggression on a locked psychiatric admissions ward. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105: 390-395
4. **Heinze C, Gaetz S, Dassen T.** Aggression in psychiatrischen Kliniken. *Psych Pflege Heute* 2005; 11: 149-153
5. **Myers KM, Dunner DL.** Self and other directed violence on a closed acute-care ward. *Psychiatr Q* 1984; 56: 178-188
6. **Spiessl H, Krischker S, Cording C.** Aggressive Handlungen im psychiatrischen Krankenhaus. Eine auf die psychiatrische Basisdokumentation gestützte 6-Jahres-Studie bei 17943 stationären Aufnahmen. *Psychiatr Prax* 1998; 25: 227-230
7. **Soliman AE, Reza H.** Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric in-patients. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 75-80
8. **Finzel M, Schmidmeier R, Fric M, Widauer M, Laux G.** Aggressionen psychiatrischer Patienten - Erste Ergebnisse einer standardisierten Dokumentation des BZK Gabersee. *Psychiatr Prax* 2003; 30: 196-199
9. **Ruesch P, Miserez B, Hell D.** Gibt es ein Täterprofil des aggressiven Psychiatrie-Patienten? *Nervenarzt* 2003; 74: 259-265
10. **Ketelsen R, Zechert C, Driessen M, Schulz M.** Characteristics of aggression in a German psychiatric hospital and predictors of patients at risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2007; 14: 92-99
11. **Carmel H, Hunter M.** Staff injuries from patient attack: five years' data. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1993; 21: 485-493
12. **Love CC, Hunter ME.** Violence in public sector psychiatric hospitals. Benchmarking nursing staff injury rates. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1996; 34: 30-34
13. **Ketelsen R, Staude A, Godejohann F, Driessen M.** Das Beraterteam in der Psychiatrischen Klinik: Aufgaben und Erfahrungen im Umgang mit Aggression und Zwang. *Psychiatr Prax*, in press
14. **Ketelsen R, Schulz M, Zechert C.** Seelische Krise und Aggressivität. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2004: 156-177
15. **Nijman H, Muris P, Merkelbach H, Palmstierna T, Wisted B, Vos AM, van Rixtel A, Allertz W.** The Staff Observation rating scale-revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior* 1999; 25: 197-209
16. **Ketelsen R, Zechert C, Klinitz H, Rauwald C.** Entwicklung eines Kooperationsmodells zwischen drei psychiatrischen Kliniken mit dem Ziel der Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen am Beispiel der Fixierungsdokumentation. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 69-74
17. **Ketelsen R, Zechert C, Driessen M.** Kooperationsmodell zwischen psychiatrischen Kliniken mit dem Ziel der Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen. *Psychiatr Prax* 2007; 34, Supplement 2: S208-S211
18. **Randzio B, Zechert C.** Vom »Rollkommando« zum Beraterteam. Seelische Krise und Aggressivität. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2004: 120-126
19. **Staude A, Laufhütte K, Schulz M, Ketelsen R.** Das interdisziplinär besetzte Beraterteam als Interventionsmöglichkeit zur Verringerung von Aggression und Gewalt in einer psychiatrischen Klinik unter Berücksichtigung pflegespezifischer Aspekte. In: Needham I., Schoppmann S., Schulz M., Stefan H. (Hrsg). *Wissen schafft Pflege - Pflege schafft Wissen: Psychiatrische Pflege als Praxis und Wissenschaft.* Unterostendorf: IBICURA, 2006: 47-45.

## Anorexia nervosa und Dekubitus – Welche Gefährdung für Patienten besteht wirklich und wie kann diese zuverlässig eingeschätzt werden

Tim Konhäuser

### Einleitung:

Im Jahr 2002 wurde auf der allgemeinen Psychotherapiestation A2 an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Tübingen ein spezielles Therapieangebot für Menschen mit Essstörungen implementiert. Insgesamt können auf der Station 18 Patienten behandelt werden. Für essgestörte Patienten stehen sechs bis acht Betten zur Verfügung, ein weiterer Schwerpunkt ist die Behandlung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen. Da im Einzugsgebiet der Klinik ein weiteres Behandlungsangebot für essgestörte Menschen durch eine psychosomatische Abteilung besteht, werden in unserer Klinik hauptsächlich Patienten mit besonders schweren Krankheitsverläufen, komorbiden Störungen oder somatischen Komplikationen behandelt.

### Die Ausgangslage:

Wir haben festgestellt, dass Patienten, die an einer schweren Form der Anorexia nervosa leiden ein deutlich erhöhtes Risiko haben, einen oder mehrere Dekubitalulcera zu entwickeln. Die Faktoren weshalb gerade diese Patienten im besonderen Maße gefährdet sind, sind weitgehend ungeklärt. Die Suche nach Referenzliteratur gestaltete sich sehr schwierig, auch die Universitätsbibliothek konnte keinerlei Literatur mit dem Zusammenhang Anorexia nervosa und Dekubitalulcera finden. Die im Zuge der Einführung des Expertenstandard Dekubitusprophylaxe durchgeführten Einschätzungen mittels der Braden-Skala zeigten bei allen Patienten lediglich eine geringe oder gar keine Gefährdung.

### Einschluss in die Untersuchung:

Im Jahre 2006 wurde anhand der Patientendaten eine retrospektive Untersuchung über den Anteil der Patienten mit Dekubitalulcera durchgeführt. Untersucht wurde im Zeitraum von September 2004 bis Februar 2006. eingeschlossen wurden alle im oben genannten Zeitraum bei uns behandelten

Patienten mit der Diagnose Anorexia nervosa und komorbiden Störungen (unter anderem Dekubitalulcera).

### Die Behandlungsfälle:

Abb.: 1

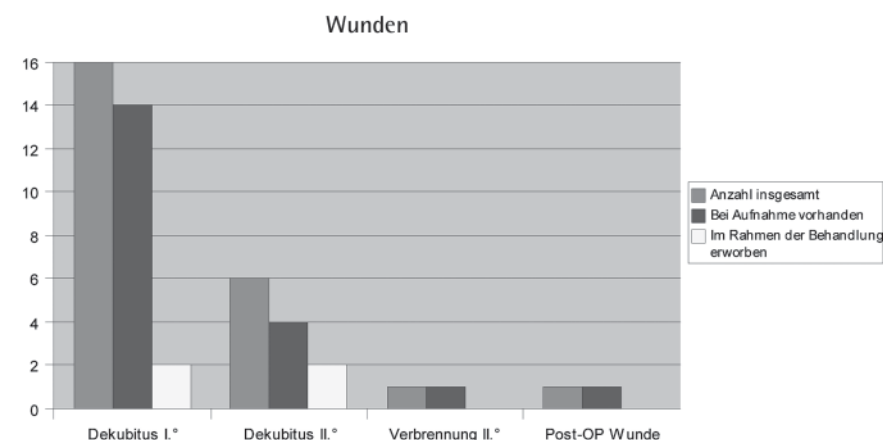
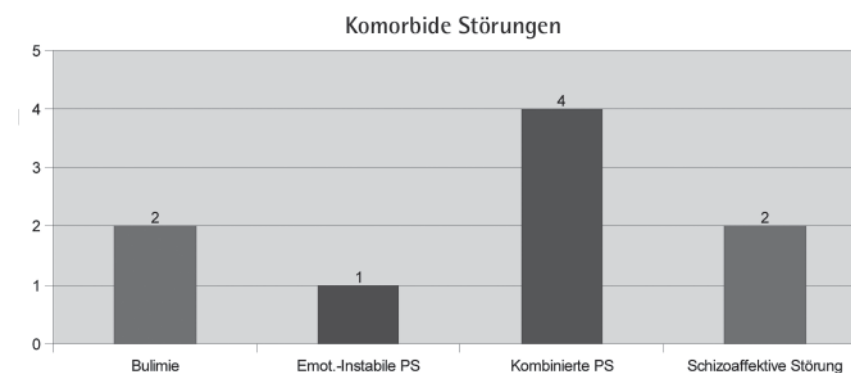


Abb.: 2



Insgesamt wurden in dieser Zeit 16 Patienten behandelt, davon hatten sieben Patienten mindestens ein Dekubitalulcus, dies entspricht einem prozentualen Anteil von 43%. Der durchschnittliche Body-Mass-Index

dex lag bei Aufnahme bei 13,9 (12,1 – 15,5 ). Die Patienten wurden im Durchschnitt 25 Wochen stationär behandelt ( 11- 46 Wochen ), fünf der sieben Patienten beendeten die Behandlung regulär, die Dekubitalulcera waren zum Zeitpunkt der Entlassung bei allen Patienten abgeheilt. Die komorbiden Störungen waren in zwei Fällen eine begleitende Bulimie, ein Patient mit einer emotional-instabilen Persönlichkeit und vier Patienten mit kombinierten Persönlichkeitsstörungen. Außerdem zeigten zwei der Patienten vorübergehend psychosenahe Zustände. Die Patienten hatten insgesamt 18 Dekubitalulcera ersten Grades, sechs zweiten Grades und eine Verbrennung zweiten Grades durch eine Wärmflasche auf dem Bauch. Zudem hatte eine der Patientinnen eine Post-OP-Wunde mit Wundheilungsstörungen nach einer Notfall-Koniotomie. Als Wundursachen wurden die mangelhafte Ernährungslage, Immobilität, selbst verletzendes Verhalten ( Brandwunde ) und ein weiterer noch nicht geklärter pathophysiologischer Sensibilitätsverlust der Haut identifiziert.

### **Problemstellung:**

Bei allen neu aufgenommenen Patienten wird laut Leitlinie für die Universitätsklinik in Tübingen zur Aufnahme und 12 Stunden danach die Dekubitusgefährdung mittels der Braden-Skala erfasst. Leider stellte sich heraus, dass sich die reale Gefährdung unserer Patienten mittels der eingeführten Skala nicht adäquat abbilden lässt. Andere bekannte Erfassungsskalen konnten jedoch genauso wenig die reale Gefährdung aufzeigen. Bei der beispielhaften Erfassung wurde bei einem dieser sieben Patienten ein Braden-Wert von 19 Punkten bei Aufnahme erfasst. Dieser Patient hatte zum Aufnahmezeitpunkt bereits fünf Dekubitalulcera ersten Grades und ein Dekubitalulcus zweiten Grades. Der Patient hatte die Ulcerationen nicht gespürt oder anders wahrgenommen. Nach der neurologischen Untersuchung stellte sich heraus, dass keinerlei Hautsensibilität mehr bestand, weder Oberflächen- noch Tiefensensibilität. Überraschenderweise zeigte sich dieser Sensibilitätsverlust mit einer verbesserten Ernährung und einer Gewichtszunahme komplett reversibel. Auch die anderen Patienten wurden nach dieser Erkenntnis wiederholt neurologisch untersucht, bei allen war eine mehr oder weniger auffällige Sensibilitätsstörung vorhanden, die jedoch meist von den Patienten bislang nicht bemerkt worden war.

### **Ziele der Studie:**

Das primäre Ziel der Untersuchung besteht darin eine Einschätzungsskala zu entwickeln, die eine reale Gefährdung abbildet. Zudem erwarten wir weitere Hinweise auf den möglichen Zusammenhang zwischen der untypischen Sensibilitätsstörung und der Gewichtsentwicklung. Des Weiteren findet begleitend eine ärztliche Studie in Bezug auf die Beziehungsgestaltung in der Therapie bei essgestörten Menschen mit schwerwiegenden somatischen Problemen statt, deren Ergebnisse auch für die Gestaltung der Bezugspflege umgesetzt werden sollen. In der im Moment laufenden Studie werden Patienten nach den bereits genannten Kriterien der retrospektiven Studie eingeschlossen. Die Einschätzung der Gefährdung erfolgt sowohl durch die eingeführte Braden-Skala als auch durch eine vom Autor modifizierte Studienskala.

### **Vorläufige Ergebnisse:**

Die Studienskala wurde bislang mit Erfolg eingesetzt, die tatsächliche Gefährdung konnte realistischer dargestellt werden. Leider sind die Fallzahlen noch nicht ausreichend hoch um eine signifikante Aussage treffen zu können. Zudem wird die Skala noch in anderen Fachabteilungen eingesetzt werden, um bei anderen Formen der Kachexie eine aussagekräftigere Skala zur Verfügung zu haben. Ein Zusammenhang mit der Gewichtsentwicklung konnte bislang nicht in signifikanter Weise dargestellt werden. Jedoch scheint ein Zusammenhang mit dem Ernährungszustand weitaus naheliegender. Weiter konnte festgestellt werden, dass eine deutlich intensivere und stabilere Beziehung bei den Patienten möglich ist. Die Beziehungsgestaltung bleibt weiterhin ein Teil der Studie, sie wird jedoch auch weiterhin von unseren Stationsärzten betreut. Im Zuge der prophylaktischen Maßnahmen wurden sechs unserer Betten mit Spezialmatratzen ausgestattet, die für Menschen unter 35 kg Gewicht zugelassen sind. Zudem wurde eine stationeigene Leitlinie zur Dekubitusprophylaxe geschaffen.

### **Ausblick:**

Die erweiterte Einschätzungsskala nach Braden wird weiter geprüft und in anderen Fachabteilungen versuchsweise eingeführt. Bei weiterem erfolgreichen Einsatz werden die Veränderungen Frau Braden als Verbesserungsvorschlag vorgelegt.

Die Gewichtsentwicklung wird weiterhin als Messparameter in der Studie verbleiben, zusätzlich verdichten sich die Hinweise, dass eine Avitaminose an der übergreifenden Sensibilitätsstörung beteiligt ist. Als Auslöser wird momentan ein Mangel an Vitamin B12 und Folsäure untersucht. Die Erkenntnisse aus der begleitenden Studie zur Beziehungsgestaltung werden von den Ärzten unserer Station weiter verfolgt und entsprechend veröffentlicht werden.

# Wirksame Strategien eines kommunikativen Zugangs zu demenziell erkrankten und kognitiv eingeschränkten Personen (WISDE): Entwicklung eines Instruments zur Erfassung spezifischer pflegerischer Angebote

Katharina Sadowski, Almuth Berg, Melanie Beyrodt, Gero Langer, Stephanie Hanns, Christiane Schaepe, Markus Zimmermann, Johann Behrens

## Hintergrund

Die Demenz ist eine der häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Lebensalter. In Deutschland sind zurzeit schätzungsweise 953.000 Menschen von einer mittelschweren bis schweren Demenz betroffen; jährlich erkranken ca. 200.000 Menschen neu [1]. Gerade im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung wächst die Bedeutung der institutionalisierten Versorgung der Betroffenen: Nach Schätzungen werden in Deutschland 40% aller Demenzkranken [1, 2] und 71% aller schwer demenziell erkrankten Menschen [3] in Einrichtungen versorgt. Insgesamt 69% aller in stationären Einrichtungen lebenden Bewohner haben eine Demenz [3, 4].

Neben den kognitiven Störungen sind es vor allem die nicht-kognitiven oder sekundären Symptome einer Demenzerkrankung wie Apathie, Angst, Depression, Aggressivität und herausforderndes Verhalten, welche das Leben der Betroffenen, aber auch deren Begleitung erschweren [5]. Nach Swearer et al. [6] kommt es bei etwa 80% der Betroffenen zu herausforderndem Verhalten. Die Schwierigkeit sich verständlich zu machen und zu verstehen behindert den kommunikativen Zugang der Betroffenen zu ihrer Umwelt ebenso wie umgekehrt, wodurch Demenz vordergründig als ein beiderseitiges Kommunikationsproblem gesehen werden kann. Oftmals bewegen sich Betroffene und Begleiter auf unterschiedlichen Interpretationsebenen, so dass häufig Zugangswege zu den Betroffenen verschlossen bleiben. Diese unterschiedlichen Interpretationen von Handlungen und Äußerungen wirken in einer »ver-rückten« Welt bedrohlich für die eigene Identität und Integrität.

Pflegende haben die Möglichkeit, über die Nutzung und Aktivierung noch verbliebener Ressourcen Interpretationsspielräume anzubieten, um mit den Betroffenen in Beziehung zu treten und Kommunikation zu ermöglichen.

Als Ressourcen können, je nach Schweregrad der Demenz, biografisch bedeutsame Erinnerungen, Erfahrungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Wahrnehmungen auf der somatischen und emotionalen Ebene verstanden werden.

Zur Aktivierung dieser Ressourcen steht im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen eine Vielzahl von Interventionen zur Auswahl. Aber auch der Umgang mit den Betroffenen sowie die räumlichen, sächlichen und zeitlichen Rahmenbedingungen spielen hierfür eine wesentliche Rolle.

## Problemstellung

Verschiedene pflegerische Interventionen werden in sehr unterschiedlicher Art und Weise teilweise mit großer Euphorie, meist jedoch allein auf Grund interner Evidenz angewendet. Somit ist sowohl eine Legitimation vor Entscheidungsträgern als auch die Umsetzung eines gleichmäßigen Qualitätsniveaus in der Praxis deutlich erschwert. Erfahrungen der Praxis zeigen, dass ein hoher Bedarf darin besteht, geeignete pflegerisch-therapeutische Interventionen im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen sowie deren Wirksamkeit zu identifizieren und damit Belege durch externe Evidence zu schaffen.

Die konkrete Begleitung der demenziell erkrankten Betroffenen in stationären Einrichtungen wird momentan weder in der amtlichen Statistik noch durch wissenschaftliche Studien repräsentativ und differenziert erfasst [7, 8]. Hierdurch fehlen grundlegende Aussagen zu Art, Inhalt, Häufigkeit und Ergebnis angewendeter pflegerisch-therapeutischer Interventionsmethoden im Umgang mit Menschen mit Demenz, die ein Lernen voneinander und eine Weiterentwicklung der Begleitung von Betroffenen und deren Angehörigen wesentlich unterstützen und auf deren Basis berufliche Standards entwickelt werden könnten [9].

## Ziel

Im Rahmen des Pflegeforschungsverbundes Mitte-Süd wird in diesem Kontext ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördertes Forschungsprojekt durchgeführt, welches zwei Studienteile umfasst.

Im ersten Studienteil steht die Frage im Vordergrund, ob und mit welchen Methoden und Interventionen Pflegenden zurzeit im Bereich der stationären

Altenhilfe die individuell krankheitsspezifischen Kommunikationsbarrieren zu Menschen mit Demenz überwinden bzw. Kommunikations- und Interpretationsspielräume schaffen.

Diese Erfassung aktueller pflegerischer Praxis hinsichtlich der Art und Häufigkeit diagnosespezifischer Angebote für demenziell erkrankte Menschen wird auf Basis einer postalischen Vollerhebung aller stationären Langzeitpflegeeinrichtungen in vier repräsentativen Bundesländern in Deutschland durchgeführt. Zur Plausibilitätsprüfung der Ergebnisse des schriftlichen Screenings wird bei einer 1%igen Stichprobe der befragten Einrichtungen eine teilnehmende Beobachtung pflegerischer Praxis vorangestellt.

Im zweiten Teil der Studie werden im Rahmen einer clusterrandomisierten, kontrollierten Interventionsstudie drei pflegerisch-therapeutische Interventionen auf ihre Wirksamkeit hinsichtlich herausforderndem Verhalten und Apathie bei Menschen mit Demenz überprüft. Dabei werden die Methoden »strukturierte Biographiearbeit«, »10-Minuten-Aktivierung« und »Snoezelen« als Angebote unterschiedlicher Zugangswege zur Überwindung von Kommunikationsbarrieren evaluiert. Für die Studie werden in 20 Pflegeheimen in Sachsen und Sachsen-Anhalt jeweils 18 demenziell erkrankte Heimbewohner rekrutiert. Es wird erwartet, dass die gezielte Durchführung der Interventionen zu einer deutlichen Abnahme von apathischem und herausforderndem Verhalten sowie von Aggressionsereignissen im Vergleich zur Kontrollgruppe führt.

## Methode

Für die für den ersten Studienteil konzipierte teilnehmende strukturierte Beobachtung wurde auf Basis einer umfassenden Literaturrecherche hinsichtlich gegenwärtig praktizierter und empfohlener Interventionen für Menschen mit Demenz im nationalen und internationalen Bereich ein standardisiertes Beobachtungsschema entwickelt. Dieses wurde einem Pretest (N = 5 Einrichtungen; jeweils ein Früh- und ein Spätdienst) und einer Interraterreliabilitätskontrolle unterzogen.

Die teilnehmende Beobachtung wird in 20 zufällig ausgewählten stationären Einrichtungen in vier Bundesländern jeweils an zwei aufeinander folgenden Tagen in einem Frühdienst und einem Spätdienst durchgeführt. Zusätzlich werden die 20 kooperierenden Einrichtungen des zweiten Studienteils in die Beobachtungss Stichprobe eingeschlossen.

## Ergebnisse

Das standardisierte Beobachtungsschema umfasst Operationalisierungen zur praktischen Umsetzung relevanter Betreuungsansätze und pflegerisch-therapeutischer Interventionen sowie Indikatoren aus den Bereichen Pflegeumwelt und Pflegebeziehung. Diese Kategorien können untereinander in Beziehung gesetzt werden, um mögliche Zusammenhänge zwischen Strukturen und Prozessen der Einrichtungen aufzuzeigen. Das Beobachtungsschema ist in Abbildung 1 zusammenfassend dargestellt.

<b>1. Beschreibung der Pflegeumwelt (Strukturqualität)</b>
Raumstruktur Raumgestaltung Organisationsstruktur
<b>2. Beschreibung der Pflegebeziehung (Prozessqualität)</b>
Wohnbereichsklima Arbeitsweise der Pflegenden Pflegeprozess Beschäftigung der Bewohner
<b>3. Beschreibung demenzspezifischer pflegerisch-therapeutischer Interventionen und Angebote</b>
Art und Häufigkeit der Interventionen Zielgerichtetheit / Planung Art und Weise der Durchführung

Abbildung 1: Inhalte des Beobachtungsschemas

Die Beschreibung der demenzspezifischen pflegerisch-therapeutischen Interventionen wurde wiederum in die Bereiche Kognition, Verhalten und Sinne kategorisiert, wobei diese Einteilung nicht als starres Konstrukt zu verstehen ist, sondern auf der Annahme beruht, dass jede Intervention einen der genannten Bereiche vordergründig anspricht. Generell aber wirkt sich jede der Interventionen auf alle diese Bereiche aus.

Begleitend zu dem Beobachtungsschema wurde ein zweiteiliges Manual entwickelt, das literaturgestützt die Items des Schemas ausführlich defi-

niert. Der erste Teil des Manuals bezieht sich auf die Items der Kategorien Pflegeumwelt und Pflegebeziehung, denen für das Erleben Demenzkranker ein hoher Stellenwert beigemessen wird. Der zweite Teil des Manuals umfasst die möglichen pflegerisch-therapeutischen Interventionen und demenzspezifische Angebote anderer Berufsgruppen.

Im Rahmen der Konstruktion und Pretestung des Beobachtungsschemas wurden ausgewählte Gütekriterien fokussiert.

Die Face Validity wurde in einem zweistufigen Entwicklungsprozess erreicht. Ausgehend von literaturbasierten Items wurden diese durch einen informellen Konsensprozess in einer Expertenrunde bestätigt. Weiterhin wurden die Klarheit der Kategorien, insbesondere Eindeutigkeit, Ausschließlichkeit und Vollständigkeit sowie Aspekte hinsichtlich Gestaltung, Übersichtlichkeit und Handhabbarkeit des Instrumentes evaluiert. Außerdem konnten wichtige Sachverhalte in Bezug auf den Beobachtungsablauf und die Anleitung der Beobachter identifiziert werden, die in das Manual eingearbeitet wurden und so eine qualitativ konsistente Beobachtungsdurchführung sicherstellen.

Erste Ergebnisse der Beobachtung und praktische Erfahrungen zum Einsatz des Instrumentes zeigen, dass es zur systematischen Beschreibung von Art, Häufigkeit und Verbreitungsgrad der Umsetzung pflegerisch-therapeutischer Interventionen in der Praxis geeignet ist.

Das Instrument ist auch in der Lage zu erfassen, in welcher Art und Weise die Umgebungsfaktoren der Einrichtungen die affektiven Bedürfnisse demenzerkrankter Bewohner berücksichtigen. Dabei subsumieren Fischer et al. [10] in Anlehnung an Kovach [11] unter ungünstigen Faktoren »umgebungsbedingte[n] Stress, etwa bei einem Überangebot an Reizen durch laute Umgebung mit vielen Menschen, Hitze oder eine Vielfalt akustischer oder optischer Eindrücke, ein[en] Mangel an Sinneseindrücken, beispielsweise durch zu lange Phasen der Ruhe und Abgeschiedenheit, oder ein[en] Mangel an ‚bedeutsamer menschlicher Interaktion‘«.

## Schlussfolgerungen

Die Anwendung des Instrumentes ermöglicht eine detaillierte begleitende Stichprobenbeschreibung, wodurch der Forderung nach der Klärung der externen Validität in Interventionsstudien nachgekommen werden kann.

Das Instrument kann zudem als eigenständige Beobachtungsuntersuchung oder Plausibilitätskontrolle repräsentativer Screenings und im Rahmen hausinterner Evaluationen und Qualitätssicherungsmaßnahmen Anwendung finden. Dadurch wird es möglich, dringend benötigte Aussagen über die Rahmenbedingungen und die Umsetzung pflegerisch-therapeutischer Interventionen für demenziell erkrankte Bewohner in Pflegeheimen zu erhalten.

## Literatur

- [1] **Bickel H** (2001) Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. *Z Gerontol Geriatr* 34: 108-115
- [2] **Bickel H** (1995) Demenzkranke in Alten- und Pflegeheimen: Gegenwärtige Situation und Entwicklungstendenzen. In: Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): *Medizinische und gesellschaftspolitische Herausforderung: Alzheimer Krankheit. Der langsame Zerfall der Persönlichkeit*. Bonn, Friedrich-Ebert-Stiftung: 49-68
- [3] **Hirsch RD, Kastner U** (2004) Heimbewohner mit psychischen Störungen: Expertise. *Forum* 38. Köln, Kuratorium Deutsche Altershilfe
- [4] **BMFSFJ** (2006) 5. Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Drucksache 16/2190. Köln
- [5] **Wächter C** (Hrsg.) (2003) *Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen*. 2. akt. Auflage. Stuttgart, Thieme
- [6] **Swearer JM, Drachman DA, O'Donnell BF, Mitchell AL** (1988) Troublesome and disruptive behaviors in dementia. Relationships to diagnosis and disease severity. *J Am Geriatr Soc* 36: 784-790
- [7] **Bartholomeyczik S, Halek M, Sowinski C et al.** (2006) *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. hrsg. vom BMG, Witten
- [8] **Deutsche Alzheimer Gesellschaft** (Hrsg.) (2003) *Stationäre Versorgung von Alzheimer-Patienten. Leitfaden für den Umgang mit demenzkranken Menschen*. Berlin
- [9] **Tackenberg P, Abt-Zegelin A** (Hrsg.) (2004) *Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung*. Frankfurt a. M., Mabuse
- [10] **Fischer T, Spahn C, Kovach C** (2007) Die »Serial Trial Intervention« (STI). *Pflege Z* 60: 370-373
- [11] **Kovach C, Noonan P, Reynolds S, Schlidt A** (2005) *The Serial Trial Intervention (STI) teaching manual: An innovative approach to pain and unmet need management in people with late stage dementia*. Eigendruck

# Psychoedukation bei schizophren erkrankten Menschen unter derbesonderen Berücksichtigung von Krankheitsbewältigung undSteigerung der Lebensqualität im interdisziplinären Kontext (PKL)

Peter Ullmann

## Einleitung

Menschen, die an der Störung bzw. Erkrankungsform SCHIZOPHRENIE leiden, zeigen Auffälligkeiten in ihrer Wahrnehmung, ihrem Verhalten und Erleben. Oftmals bleibt es nicht aus, dass Interventionen, ob freiwillig oder durch Zwang, als Folge der abnormen Erlebniswelten bzw. -reaktionen schizophrener Symptome, von der Gesellschaft angewendet werden.

Im Krankheitsverlauf wird deutlich, dass bei ca.  $\frac{3}{4}$  der Betroffenen eine einmalige Behandlung nicht ausreichend erscheint. Zaumseil und Leferink (1997) präferieren »Schizophrenie phänomenologisch als eigentümliches psychosoziales Anderssein einer Person und genetisch als eine komplexe bio-psycho-soziale Reaktion und Antwort des Individuums auf verschiedene Arten von Belastung, Beeinträchtigung und Infragestellung, die ihrerseits psychische, soziale und körperliche Komponenten haben können«.

In Verbindung mit dem ökonomischen Blickwinkeln in der Behandlung der Schizophrenie zeigen sich enorme Kosten, die auf den Volkswirtschaften weltweit lasten. Häfner (2005) gibt die Kosten in Deutschland pro Jahr mit 9,5 Milliarden an. Rössler et al. (1998) konstatiert die »Schizophrenie als kostenintensivste psychische Störung, weil die Erkrankung relativ früh beginnt, häufig einen chronischen Verlauf nimmt, hohe Rehospitalisierungsraten aufweist und aufwendige Rehabilitationsleistungen umfasst«.

Anfang der 80iger Jahre kristallisierte sich die therapeutische Bedeutsamkeit der Psychoedukation als Intervention, im spezifischen Zusammenhang mit der Therapie von Menschen, die an der Erkrankung SCHIZOPHRENIE leiden, heraus. Anderson et. al. (1980) entwickelte dazu in »Family treatment of adult schizophrenic patients: a psychoeducational approach«, erstmals eine strukturierte Vorgehensweise.

## Literaturrecherche

Die Literaturrecherche wurde in den Datenbanken DIMDI und PUBMED unternommen. In den Verlagsbanken von Huber (Zeitschrift Pflege) und Thieme (Psych Pflege heute) wurde zusätzlich recherchiert. Die verwendeten Schlüsselwörter Schizophreni\* (S), Psychoedu\*ation (Pe), Beratung (B) – consultation und Pflege (P) – nursing ergaben folgende Befunde.

Im Ergebnis wurden 22 psychoedukative Programme gefunden, die derzeit vorrangig im deutschsprachigen Raum angewendet werden. Der überwiegende Teil der angeführten Programme wird bifokal in der Gruppe im stationären Setting durchgeführt. Die Autoren beschreiben, dass Angehörige entweder zu der Patientengruppe zusätzlich eingeladen werden oder die Gruppe für Angehörige parallel durchgeführt wird. Krankheitskonzept, Umgang mit Medikamenten und Warnsignale sind in fast allen Programmen als Schwerpunkte enthalten.

Die Sitzungen finden zwischen 1 bis 3 mal pro Woche statt. Im Durchschnitt werden für den stationären Sektor 8 bis 15 Module angeboten. Der zeitliche Rahmen wird mit durchschnittlich 60 bis 90 Minuten angegeben. Die kleinste Gruppenstärke beträgt 5 bis 6 und die größte 6 bis 12 Patienten. Bei Angehörigen kann die Gruppengröße bis zu 16 Personen betragen.

Die einzelnen Programme wurden fast alle wissenschaftlich auf ihre Wirksamkeit hin untersucht. Grundsätzlich zeigt sich, dass mit Psychoedukationsprogrammen ein positiver Einfluss genommen wird auf Rehospitalisierungsrate, Aufenthaltsdauer, Krankheits- und Behandlungswissen, Psychopathologie, Negativsymptomatik, Bewältigungsstrategien, Compliance, innerfamiliäres Zusammenleben und idiosynkratische Annahmen. Im Zusammenhang mit dem Vulnerabilität-Stress-Bewältigungsmodell wird durch psychoedukative Interventionen die Stärkung der PROTEKTOREN, wie der Bewältigung und Selbst-Effizienz (pS), der antipsychotischen Medikation (pS), effizienten Problemlösen in der Familie (uS) und unterstützenden psychosozialen Interventionen (uS) gefördert.

Andererseits ist daraus abzuleiten, dass auf die gegenüberstehenden Stressoren, die sich aus dopaminerge Dysfunktion (pS), reduzierter Informationsverarbeitungskapazität (pS), autonomer Hyperreaktivität (pS), schizotypen Persönlichkeitszügen (pS), kritischer oder emotionaler überinvolvierender Einstellung (uS), überstimulierender sozialer Umwelt (uS) und belastenden Lebensereignissen (uS) bilden, dahingehend Einfluss genommen wird, dass die Intensität sich reduziert.

## Module des Psychoedukationsprogrammes

Im Rahmen der Diplomarbeit zur Erlangung des Titels Diplom Pflegefachmann an der Fachhochschule Jena, bestand die Aufgabe ein psychoedukatives Programm für das Psychiatrie Zentrum Hard im akutpsychiatrischen stationären Setting zu entwickeln. Das vorliegende Manual besteht aus 9 Aufbaumodulen und 4 Vertiefungsmodulen. Es wurde auf der Basis bestehender Programme entwickelt. Die Module sind abgeschlossene Einheiten, die aufeinander aufbauen. Vorteil ist, dass Teilnehmer früher oder später einsteigen können und somit bei mehrmaligen Aufenthalten alle Module durchlaufen bzw. wiederholen (Arttraktor) können. Dadurch wird einer kürzeren Verweildauer im akutstationären Bereich oder vorzeitigen Aussteigens Rechnung getragen. Die Module sind mit bildlichen Vergleichen aufgebaut, welche dem Teilnehmer erleichtern sollen sich an bestimmte Themen zu erinnern bzw. sie zu verstehen. Es wurde die Bildkommunikation einer Flugzeugreise angewendet, die sich durch alle Module fortsetzt. Symbolisch steht das Flugzeug für das Leben der Betroffenen. Sie werden befähigt durch Informationen und das Erlernen von Handlungsalternativen ihr Leben (Flugzeug) durch die Turbulenzen der Erkrankung zu steuern. Dementsprechend den Behandlungsrichtlinien der DGPPN nach Gaebel und Falkai (2006) ist das Behandlungsziel: »...ein von Krankheit weitgehend freier, zu selbstbestimmter Lebensführung fähiger, therapeutische Maßnahmen in Kenntnis von Nutzen und Risiken abwägender Patient...«.

Die Module bestehen aus 3 Schwerpunkten. Die Information (Eduktion) über die Erkrankung und die Gesundheit. Die Auseinandersetzung (Kognition) mit der eigenen individuellen Erlebniswelt (ideosynkratische Vorstellungen) des Betroffenen und einem Handlungsteil (Aktion), in dem beide vorbenannten Teile miteinander korrespondieren. Ziel ist es, den Teilnehmer zu stärken in seiner Fähigkeit im Umgang mit der Erkrankung (Empowerment) und seine gesunden Ressourcen gezielt dazu einzusetzen, diese zu bewältigen. Hierbei wird im 8. Modul der Krisenplan, der von präventivprotektivem Charakter ist, von den Teilnehmern erarbeitet.

In den Aufbaumodulen wird sich im Schwerpunkt auf die Auseinandersetzung mit der Erkrankung und Gesundheit konzentriert. Die Informationen versuchen dem Teilnehmer die Ursachen und Wirkungsmechanismen der Erkrankung Schizophrenie zu verdeutlichen.

## Die Aufbaumodule

1. Modul: Einchecken und an Bord gehen – Bekanntschaft schließen und Informationen zu Inhalten und Zielen der Gruppe austauschen
2. Modul: Die verschiedenen Flugzeugmodelle – Begrifflichkeit von Gesundheit und Schizophrenie
3. Modul: Höhenruder und Höhenmesser – zwischen Plus- und Minus-symptomen? – Krankheitsbegriff und Symptome
4. Modul: Das Cockpit – zwischen Turbulenz und ruhigem Flug – welche Faktoren nehmen Einfluss darauf, dass ich gesund bleibe oder krank werde? – das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell als Krankheitskonzept
5. Modul: Schaltplan Flugzeug – die Dopaminhypothese
6. Modul: Der Treibstoff – die Schutzfunktion der Medikamente
7. Modul: Die Fracht I – (Über-) Ladung – Alkohol und Drogen, der falsche Weg
8. Modul: Die Wartung – kritische Situationen während des Fluges und was man dagegen tun kann – Frühwarnsymptome und Krisenplan
9. Modul: Das Flugpatent – Abschluss bzw. Auswahl der Vertiefungs-module  
Die Vertiefungsmodule beschränken sich im Schwerpunkt auf Auswirkungen der Erkrankung in Bezug auf die Lebensqualität. Die Module können durch die Teilnehmer selbst ausgewählt und damit der Schwerpunkt gesetzt werden. Die Themen der Module sind:
10. Modul: Flugkosten – Umgang mit Finanzen
11. Modul: Die Passagiere – soziale Kontakte – wo und wie kann ich Leute treffen, sich mit ihnen unterhalten?
12. Modul: Sturm über den Wolken – wie gehe ich mit Angst und Gewalt um?
13. Modul: Die Fracht II – (Über-) Ladung/ – Alkohol und Drogen, der falsche Weg

## Rahmenbedingungen für die Durchführung der Gruppe

Die Frage, wer als Teilnehmer für die Gruppe infrage kommt oder welche Voraussetzung sie mitbringen, führte zu einer mehrmaligen Anpassung der Konzeption. Aktuell sind folgende Kriterien diskutiert:

1. Der Teilnehmer hat die Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis.
2. Er muss kognitiv in der Lage sein, die Inhalte zu verfolgen und zu verarbeiten.
3. Er muss sich mindestens 45 Minuten lang konzentrieren können.
4. Er muss über seine Diagnose aufgeklärt sein (zumindest wissen, dass es in der Gruppe um die Bearbeitung von Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis geht).
5. Er muss die deutsche Sprache verstehen, schreiben und sprechen können.
6. Er muss belastbar sein, zumindest in der Form, dass er Gruppendiskussionen aushalten kann.
7. Wünschenswert in Zusammenhang mit der Pflege sind Pflegediagnosen aus den Bereichen Umgang mit und Bewältigung von Problemen, Wahrnehmungen, soziale Interaktion, Wohlbefinden und Selbstpflege-defizit, Lernen und Entwickeln, Schlaf, Denken und Emotionen.

Die Rahmenbedingungen, die für die Durchführung der Gruppe existenziell sind, setzen sich wie folgt zusammen:

1. Bei der Gruppe handelt es sich um eine offene Gruppe, d.h. zu den Sitzungen können immer wieder neue Personen dazukommen (Ziel ist es, zumindest eine Kerngruppe mit festen Teilnehmern zu bilden).
2. Die Module werden in der Reihenfolge abgehandelt. Nach Abschluss der letzten Sitzung wird eine neue Teilnehmergruppe zusammengestellt. Es ist möglich, dass Teilnehmer mehrmals das Programm durchlaufen (zirkulärer Charakter).
3. Die Intervention Psychoedukation ist fester Bestandteil der psychiatrisch psychologischen Behandlung bei schizophren erkrankten Menschen.
4. Sie ist störungsspezifisch und gesundheitsfördernd ausgerichtet.
5. Monofokaler Ansatz mit Option auf die Erweiterung zum bifokalen Ansatz – d.h. in der Anfangsphase werden ausschließlich Personen, die an einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis leiden, in die Gruppe aufgenommen. Angehörige werden in einem zweiten Schritt mit eingebunden.
6. Die Teilnahme ist jedem Teilnehmer freigestellt, jedoch muss er sich in stationärer oder ambulanter Behandlung des Psychiatriezentrums befinden.

7. Die Größe der Gruppe beträgt zwischen 5-9 Patienten.
8. Die Dauer der Sitzungen beträgt zwischen 45 und 90 Minuten.
9. Der Umfang der Sitzungen beträgt 9 Aufbaumodule und 4 Vertiefungsmodule.
10. Die Sitzungen finden 1-2 mal pro Woche statt.
11. Die Gruppenleitung bzw. -moderation setzt sich aus 2 interdisziplinär arbeitenden Personen (Leiterin/Coleiterin) wie beispielsweise Ärztin - Pflegeperson, Pflegeperson - Psychologin oder Psychologin - Ärztin zusammen.
12. Die organisatorische Verantwortung obliegt der Leiterin der Psychoedukationsgruppe.
  - (a) Besprechung - dazu gehört die gemeinsame Auswahl der am therapeutischen Prozess beteiligten Personen (Pflege, Arzt, Psychologin etc.), der infrage kommenden PatientInnen
  - (b) Kontaktierung und Information der Teilnehmer
  - (c) Vorbereitung und Nachbereitung des Raumes
  - (d) Dokumentation von Verlauf und Ergebnis

### Wissenschaftliche Evaluation des Programms

Die Evaluation des psychoedukativen Gruppenangebotes findet auf der modifizierten Grundlage der von Wienberg (1998) entworfenen Fragebögen zum PEGASUS Projekt statt.

Die Fragebögen evaluieren zwei Perspektiven, die der Gruppenteilnehmer und die der Moderatoren. Wienberg (1998) führt dazu aus: »Der Schwerpunkt der Untersuchung liegt bei der Erhebung von Bewertungen bezüglich unterschiedlicher Aspekte der Gruppentherapie nach dem PEGASUS-Konzept durch Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, die an einer PEGASUS-Gruppe teilgenommen haben. Aus der Bewertung von Einzelaspekten des Therapiekonzeptes durch die Teilnehmer soll darüber hinaus eine Aussage über die generelle Akzeptanz dieser Gruppentherapie auf Seiten der Teilnehmer gewonnen werden. Außerdem werden Hinweise für eine Weiterentwicklung des Therapiekonzeptes im Sinne von Qualitätssicherung und -entwicklung erwartet.«

Aktuell befindet sich das Projekt in der klinikinternen Diskussion. Voraussichtlich wird es im letzten Drittel des Jahres 2007 umgesetzt.

Diskussion: Welchen Stellenwert hat Beratung in der psychiatrischen Pflege?

Psychoedukation als pflegerische Intervention? Welche Ausbildung braucht es für die Durchführung von Psychoedukation bzw. Beratung?

### Literatur

- Anderson CM, Hogarty GE, Reiss, DJ** (1980) Family treatment of adult schizophrenic patients: a psychoeducational approach. *Schizophrenia Bulletin* 6: 490-515
- Gaebel W, Falkai P** (2006): Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Schizophrenie, Band 1 Behandlungsleitlinien, Darmstadt, 2006
- Häfner H** (2005) Das Rätsel Schizophrenie Eine Krankheit wird entschlüsselt, München
- Rössler W, Salize J, Knapp M** (1998) Die Kosten der Schizophrenie. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 66: 496-504
- Wienberg G** (1998) Gesundheitsförderung bei chronischen psychischen Erkrankungen - Das Beispiel psychoedukativer Gruppentherapie mit schizophrenen und schizoaffektiv Erkrankten von Wienberg, Steinhagen
- Zaumseil M, Leferink K** (1997) Schizophrenie in der Moderne - Modernisierung der Schizophrenie, Bonn

## Bäumchen wechsele dich – Fremdgehen als Methode

Lena Bischoff, Bärbel Durmann, Ursula Hamann, Thomas Lange, Bernhard Prankel

### »Das machen wir hier seit 20 Jahren so – und das wird sich auch nicht ändern.«

*So etwas würde von uns natürlich niemand sagen.* Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Unterstedt ist mit ihren Stationen noch keine drei Jahre unterwegs.

Dachten wir. Die neue Kollegin, die aus einem operativen Fach des Haupthauses zu uns nach Unterstedt wechselte, spürte ähnliche Sätze und Haltungen rasch und sensibel auch in unserer Klinik auf. Mehr als erstaunt war sie auch darüber, dass zwei Nachbarstationen von ihren unterschiedlichen Arbeitsweisen viel zu wenig wussten. Couragiert äußerte sie dies in einem »Mitarbeitergespräch zwischen Tür und Angel«.

Wir wähen uns auf der innovativen Überholspur – und sind schon in Stagnation zurückgefallen? Gemeinsam diskutierten dies die Leitenden aus dem Pflege- und Erziehungsdienst und aus dem ärztlich-therapeutischen Dienst. Einhellig beschlossen wir, dass die vier Stationsleitungen für sechs Wochen auf ihrer jeweiligen Partnerstation »fremdgehen« werden, um vom jeweils anderen mehr zu erfahren, um Eingefahrenes bei sich selbst und beim Gegenüber zu hinterfragen, um Kompetenzen des anderen Teams zu erkennen.

### Unsere besten Seiten

Wir räumten auf jeder Station zunächst gründlich auf. Kein Raum, kein Schrank blieb ungeöffnet, wir misteten auch die Dateiverzeichnisse auf den PCs mit Formularen, Berichten, Entwürfen und Konzepten aus, und wir ordneten sie wieder nach der hier eigentlich gut eingeführten ADP-Systematik (Administration, Dokumentation, Projekte). Anfang Januar tauschten dann die beiden Jugendlichenstationen und auch die beiden Tagesstationen ihre Leitungen.

### »Will meine Station mich am Ende überhaupt wiederhaben?«

In unserer Klinik mit ihren 65 Mitarbeitern kennt natürlich jeder jeden. Wir fühlten uns auf der »fremden« Station gut aufgehoben – zeitweise aber auch einsam. Jedes Team hat ihr eigenes Gesicht, ihren eigenen Charakter, ihre eigenen Haltungen und Arbeitsroutinen. Alle vier benötigten wir Zeit, um uns in das vorübergehend neue Team einzufühlen und die ungewöhnliche Position zu finden. Teils übernahmen wir auch auf der »neuen« Station Leitungsfunktion, teils blieben wir auch Hospitanten.

»Was will die hier eigentlich?«

Verunsicherung gab es auch in den Teams: Soll unser »Fremdgehen« für die Akzeptanz einer heimlich schon beschlossenen Veränderung »werben«? Dem war nicht so, das konnten wir versichern; wir waren selbst genauso gespannt auf das Ergebnis unseres Experimentes. Die meisten Kollegen einschließlich der Stationstherapeuten versprachen sich denn auch einen fruchtbaren und objektiven Blick einer kompetenten Persönlichkeit »von außen« und die Vorbeugung vor Betriebsblindheit.

### Unterschiedliche Arbeitsweisen

Mehrmals wöchentlich trafen wir Stationsleitungen uns. Wir kennen uns gut, weil wir den gesamten Klinikneu- und -aufbau immer zusammen bewältigt haben. Wir entstammen vier verschiedenen Professionen (Kinderkrankenschwester, Heilpädagogin, Ergotherapeutin, Erzieher) und können uns auch aus diesem Grund viel geben. Nun aber erkannten wir die Handschrift unserer Leitungskollegen auch auf Station, und auch die fachlichen und persönlichen Fähigkeiten der jeweiligen Mitarbeiter wurden uns deutlicher. Darüber hinaus nahmen wir aber auch Unterschiede und die Gründe dafür wahr:

*Äußere Arbeitsbedingungen beeinflussen die Arbeit sehr konkret:* Unsere jungen Patienten müssen z.B. in Ausnahmesituationen eher in physischen Kontakt genommen werden, wenn kein Timeout-Raum zur Verfügung steht. Und Schichtarbeit (auf den Vollstationen im Vergleich zu den Tagesstationen) wirkt sich auf die Zusammenarbeit beträchtlich aus.

*Der persönliche Stil bestimmt die Arbeitsweise nicht unerheblich:* So wendet sich eine unserer LeitungskollegInnen mit Fragen eher an das gesamte Team, während eine andere Kollegin Entscheidungen eher im Dialog mit einzelnen Crew-Mitgliedern vorbereitet. Auch einen je Station unterschied-

lichen Arbeitsrhythmus nahmen wir wahr, und wir lernten es schätzen, diesen Takt auch einmal zu variieren. Auch wenn es um Absprachen zwischen dem Pflege- und Erziehungsdienst und den Therapeuten geht, werden unterschiedliche Stile der Zusammenarbeit praktiziert.

*Die Qualifikation einzelner Mitarbeiter oder Teams* lernten wir nun besser kennen, etwa Elternarbeit, erzieherische Fähigkeiten oder schlicht PC-Kenntnisse.

### **Routinen »routinemäßig« hinterfragen**

Unmittelbar nach der »Landung unseres Versuchsballons« verbrachten wir mit der Klinikleitung einen halben Tag in Klausur. Das »Taranga« in Wafensen war von der Atmosphäre (und der Küche...) her ein idealer Ort, um die Eindrücke zusammenzufassen und unsere *nächsten Aufgaben* zu formulieren:

Die Stationen müssen nicht alle nebeneinander durch Versuch und Irrtum lernen; *Abkupfern ist viel ökonomischer*, denn es nutzt den Erfolg der anderen; dafür müssen wir aber den Informationstransfer zwischen den Stationen verbessern.

Zur Sicherung unserer Qualität gehört es auch, die *Routine »routinemäßig« zu hinterfragen*.

»*Stationsintern*« nennen wir eine monatlich halbtägige Zusammenkunft des Stationsteams. Diese Treffen wollen wir nun teilweise zusammenlegen, etwa wenn Themen wie Konzeptarbeit, Fortbildung oder allgemeine Arbeitsorganisation anstehen.

*Arbeitsorganisation* (z.B. Aufräumen im PC, Konzeptarbeit, Austausch mit anderen Stationen und auch anderen Kliniken) ist ein ständiger und wichtiger Part der Leitungskräfte.

Die *individuellen Stufenpläne* für die einzelnen Patienten sind je nach Station eher abstrakt und allgemein oder konkret und praktisch ausformuliert, kommen gleich am ersten Tag oder erst nach einer Woche zum Zuge. Die eine Station arbeitet mit sehr anschaulichem Material (Verstärker, Erinnerungskarten), andere Teams eher reflexiv oder mit Rollenspielen. Hier tut Austausch not.

Für die *Gruppenprojekte* sollen neue Bausteine entwickelt und der gesamten Klinik vorgestellt werden. Bestimmte erzieherisch-therapeutische Projekte sollen – wie bisher schon die Werkstattarbeit – auch stationsü-

bergreifend angeboten werden. Dadurch werden wir unsere *Kompetenzen ökonomischer einsetzen*.

Nachdem unser *Elternhandbuch* kurz vor der Fertigstellung steht, muss nun die Patienten- und Elterninformation für die stationäre Aufnahme wieder auf den neuesten Stand gebracht werden. Auch müssen wir noch darüber nachdenken, wie wir die Lehrer unserer Klinikschule über Angelegenheiten der Patienten informieren.

Auf den *Tagesstationen* sollte darüber nachgedacht werden, ob die Bezugsbetreuer eher regelmäßig oder nur ausnahmsweise an den Therapien teilnehmen sollen.

*Die Inhalte und die Priorität der Dokumentation muss überdacht werden*. Eine sehr umfängliche Erfassung von Patienteninformation geht von der Zeit für die Patienten ab, und sie ist nur dann sinnvoll, wenn sie auch jemand liest. Hier kommt es auf die erkennbaren Fortschritte in den individuellen Stufenplänen an. Stichworte dafür sind »positive Auffälligkeit« bzw. »Ausleuchten der Ressourcen«. Das Aufschreiben dient den Mitarbeitern auch zur eigenen Reflexion und Planung ihrer Arbeit.

*Die folgenden Fragen müssen wir noch diskutieren:*

Sollen wir allen Mitarbeitern die Chance des »Fremdgehens« anbieten?

Wie können wir auf den Vollstationen, deren Mitarbeiter in Schichten arbeiten, das Bezugsbetreuersystem verbessern?

Wie können wir die schweren Spannungen und Konflikte, die die Patienten mitbringen, noch besser in der Klinik lassen und nicht mit nach Hause nehmen?

Wie können wir die besonderen Bindungen, die unweigerlich zwischen Langzeitpatienten und Mitarbeitern entstehen, besser kontrollieren?

Wie können wir den Willen und die Bereitschaft der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Eltern noch verbessern, an den Behandlungsplänen aktiv und konstruktiv mitzuarbeiten?

Wie können wir für unsere Kollegen gewährleisten, dass diese noch mehr en bloc arbeiten können, anstatt in ihrer momentanen Tätigkeit wiederholt unterbrochen zu werden?

Als Leitungskräfte haben wir nach diesen Wochen das Gefühl, objektiver an unsere Leitungs- und Patientenarbeit heranzugehen, an Flexibilität wie auch an Klarheit gewonnen zu haben und dadurch insgesamt gelassener zu arbeiten.

## **Hoffen wir, dass es lange anhält!**

Abschließend möchten wir unseren Dank dafür ausdrücken, dass wir durch unser »Fremdgehen« die Arbeit des jeweiligen Tauschpartners und seiner Crew betrachten und erkennen durften. Wir gewannen Respekt und Achtung vor dem persönlichen Einsatz, der von allen notwendig ist, damit das Team und die Arbeit »laufen«. Spannungen und Krisen schlagen uns in Fülle vonseiten der Patienten entgegen; das können wir im Team nie lange gebrauchen. Mit unserem sehr bereichernden »Experiment Fremdgehen« wurde uns unsere (Schlüssel-) Funktion innerhalb der Klinik und auch nach außen viel deutlicher.

# Eine explorative Studie zur Adherence Therapie für thailändische Menschen mit Schizophrenie: Ein zusammenfassender Bericht

Suparpit Maneesakorn, Kevin Gournay, Deborah Robson, Richard Gray

Übersetzung aus dem Englischen: Michael Schulz

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Schlechte Adherence kann negative gesundheitliche Entwicklungen zur Folge haben. Interventionsstudien, welche eine Verbesserung des adhärenenten Verhaltens zum Thema haben, kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen und sind im Wesentlichen Resultat westlicher Forschungsarbeiten.

**Ziel:** Diese explorative Studie wurde durchgeführt, um die Wirksamkeit von Adherence Therapie in Thailand zu überprüfen.

**Forschungsdesign:** Einfachblinde randomisiert-kontrollierte Studie.

**Methode:** 32 Patienten mit Schizophrenie wurden zufällig entweder der Interventionsgruppe zugeordnet und durchliefen in acht wöchentlichen Sitzungen die Intervention Adherence Therapie oder erhielten in der Kontrollgruppe die normale Behandlung (Treatment as usual). Wissenschaftliche Daten wurden nach Einschluss in die Untersuchung (Baseline) sowie neun Wochen nach Beendigung der Intervention erhoben. Primäres Ergebnismaß war die psychotische Symptomatik. Die sekundären Ergebnisparameter beinhalteten die allgemeine Funktionsfähigkeit sowie Überzeugungen im Hinblick auf Medikamente, Zufriedenheit mit der Medikation sowie Nebenwirkungen.

**Ergebnisse:** Die Patienten der Interventionsgruppe haben sich im Hinblick auf die psychotische Symptomatik statistisch signifikant mehr verbessert als die Patienten der Kontrollgruppe. Außerdem konnten in der Interventionsgruppe bessere Werte bezüglich der Einstellung und Zufriedenheit mit Medikamenten im Vergleich zur Kontrollgruppe nachgewiesen werden.

**Schlussfolgerung:** Adherence Therapie hat sich an einer Gruppe thailändischer Menschen als wirksam erwiesen.

## Einleitung

Non-Compliance bzw. non-adhärenentes Verhalten im Bezug auf die Einnahme antipsychotischer Medikamente ist ein wesentlicher Grund für Rück-

fälle in die Krankheit und stellt von daher ein großes Problem dar (Gray *et al*, 2002). In Thailand liegt die Rate der Menschen, die sich nicht adhärent verhalten bei mehr als 50%. Vor diesem Hintergrund stellt die Suche nach Interventionen, die Menschen in ihren Entscheidungsprozessen unterstützen und adhärentes Verhalten fördern, eine große und wichtige Herausforderung dar.

Zielt man im Rahmen von Interventionen darauf ab, die Adhärenz im Hinblick auf die Medikamenteneinnahme zu verbessern, dann lassen sich mit einer Kombination aus Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie sowie Techniken der Motivierenden Gesprächsführung (MI) viel versprechende Ergebnisse erzielen (Zygmunt *et al*, 2002). Compliance Therapie führt darüber hinaus zu positiven Langzeiteffekten im Hinblick auf adhärentes Verhalten (Dolder *et al*, 2003). Studien in England konnten zeigen, dass die Einstellung gegenüber Medikamenten, adhärentes Verhalten sowie die Krankheitseinsicht durch die Anwendung von Compliance Therapie im Vergleich zu unspezifischer Beratung positiv beeinflusst werden konnten (Kemp *et al*, 1996; 1998). In einer weiteren Studie in Hong Kong (Tsang & Wong, 2005) konnte gezeigt werden, dass die Teilnahme an der Compliance Therapie zu signifikanter Veränderung bezüglich die für adhärentes Verhalten wesentlichen Scores führte. Dennoch kommt eine kürzlich veröffentlichte systematische Übersichtsarbeit zu Compliance Therapie zu dem Schluss (McIntosh *et al*, 2006), dass es für die Wirksamkeit dieser Intervention bei an Schizophrenie erkrankten Menschen keine eindeutigen Beweise gibt.

In England wurde eine Studie zur Überprüfung der Schulung zum Medikamentenmanagement durchgeführt (Gray *et al*, 2004). Im Rahmen der Studie konnte gezeigt werden, dass in der Gemeinde tätige psychiatrisch Pflegenden nach Absolvierung des Trainings statistisch signifikant bessere Behandlungsergebnisse bei Menschen mit Schizophrenie erzielten. Wurden Patienten von den entsprechend geschulten Pflegenden versorgt, dann zeigten sich 26 Wochen nach Beendigung der Behandlung im Vergleich zu der »Treatment as usual-Gruppe« Verbesserungen im Bereich der Psychopathologie, der Einstellung gegenüber den Medikamenten und dem adhären-ten Verhalten bei der Einnahme von Medikamenten.

Adherence Therapie (AT) ist eine weitere psychotherapeutische Kurzintervention, welche aus der Compliance Therapie hervorgegangen ist (Gray *et*

*al*, 2003). Die Intervention bezieht die Inhalte der Compliance Therapie mit ein, fokussiert aber stärker auf die Motivierende Gesprächsführung als eine direktive, klientenzentrierte Beratungsmethode (Gray *et al*, 2003). Adherence Therapeuten ermutigen den Patienten eigene Ambivalenzen, z.B. bezüglich der Einnahme von Medikamenten herauszuarbeiten, um diese dann bearbeiten zu können (Gray *et al*, 2003). Im Rahmen einer kürzlich veröffentlichten Multicenter Studie (Gray *et al*, 2006) konnte die Wirksamkeit der Intervention in vier europäischen Ländern nicht nachgewiesen werden.

Vor diesem Hintergrund wurde die hier vorliegende explorative Studie mit dem Ziel aufgelegt, die Wirksamkeit von Adherence Therapie an thailändischen Personen neun Wochen nach Beendigung der Intervention im Vergleich zu einer »Treatment as usual«-Gruppe zu untersuchen.

## METHODIK

Die vorliegende randomisiert-kontrollierte Studie wurde in einem psychiatrischen Krankenhaus in Thailand durchgeführt. Die Datenerhebung sowie die Dateneingabe erfolgte durch Menschen, die im Hinblick auf die Zuordnung zu den jeweiligen Versuchsgruppen verblindet waren. Die eingeschlossenen Patienten erhielten antipsychotische Medikamente und erfüllten nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) die Kriterien einer Schizophrenie.

## Ergebnisparameter

Als Hauptzielkriterium wurden psychotische Symptome mit Hilfe der PANSS (Kay *et al*, 1987) gemessen. Weitere Ergebniskriterien waren allgemeine Funktionsfähigkeit (gemessen mit der GAF, Endicott *et al*, 1976), Einstellung gegenüber Medikamenten, (gemessen mit der DAI-30, Hogan *et al*, 1983), Zufriedenheit mit der Medikation (gemessen mit der SWAM, Rofail *et al*, 2005) und Nebenwirkungen (gemessen mit der LUNSERS, Day *et al*, 1995). Alle Ergebnisparameter wurden nach Einschluss in die Studie (»Baseline«) sowie neun Wochen nach Interventionsende von zwei im Hinblick auf die Zuordnung zu den Gruppen verblindeten Mitarbeitern durchgeführt. Die Datenanalyse erfolgte auf der Grundlage einer Intention-to-Treat-Analyse (ITT). Der LOCF-Ansatz kam bei unvollständigen Datensätzen zur Anwendung. Gruppenunterschiede wurden mithilfe einer ANOVA analysiert.

## Ergebnisse

Zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung (Baseline) ließen sich alle Probanden ethnisch der Gruppe der Thai zuordnen. Innerhalb der Studiengruppe gab es mehr Männer als Frauen. Die meisten Patienten waren mittleren Alters und hatten eine Schulausbildung (»High School«) abgeschlossen, waren arbeitslos und hatten kein Einkommen. Die meisten Patienten wurden in ihrem Lebensumfeld von Angehörigen unterstützt bzw. versorgt. Die Dosierung der jeweiligen antipsychotischen Medikation unterschied sich zwischen den beiden Untersuchungsgruppen nicht. Die Patienten wiesen mittelschwere Symptomatiken auf, hatten positive Einstellungen gegenüber Medikamenten und waren sehr zufrieden mit der Medikation.

Zum Zeitpunkt der Ergebnismessung neun Wochen nach Beendigung der Intervention wiesen die Patienten der Interventionsgruppe (Adherence Therapie) im Vergleich mit der Kontrollgruppe statistisch signifikant bessere Werte im Hinblick auf psychotische Symptome und der Einstellung sowie der Zufriedenheit mit antipsychotischen Medikamenten auf.

## Schlussfolgerung

Auch wenn die PANSS Werte zur Baselineuntersuchung im Vergleich zu anderen Studien relativ niedrig waren (nur wenig psychotische Symptome) (O'Donnell *et al*, 2003; Gray *et al*, 2004), verbessert sich die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe statistisch signifikant. Die Ergebnisse stehen im Einklang mit vorhergehenden Studien, welche ebenfalls die Wirksamkeit von Interventionen zur Verbesserung psychotischer Symptome zum Gegenstand hatten (Kemp *et al*, 1996; Kemp *et al*, 1998; Gray *et al*, 2004), unterscheiden sich aber auch von den Ergebnissen anderer Studien (O'Donnell *et al*, 2003; Gray *et al*, 2006). Die Studienteilnehmer dieser Untersuchung wiesen vergleichsweise geringe psychotische Symptome auf. Dies legt den Schluss nahe, dass Patienten mit einer moderaten Symptomatik eher von der Adherence Therapie profitieren.

Die vorliegende Studie war die erste dieser Art mit einer thailändischen Population. Vor diesem Hintergrund haben wir uns bemüht solche Faktoren auszuschließen, welche zu einer Verzerrung der Ergebnisse hätten führen können. Vor diesem Hintergrund sind die Ergebnisse nicht generell auf alle

Patientengruppen zu übertragen, sondern gelten lediglich für solche Patientengruppen, welche mit der Studienpopulation vergleichbare Charakteristika aufweisen.

Vor dem Hintergrund, dass es keine allgemein anerkannte Methode der Operationalisierung und Bemessung von Adherence (»gold standard«) gibt, ist unklar, inwieweit eine Verzerrung der Ergebnisse aufgrund von eingesetzten Messinstrumenten erfolgte.

Das Zählen eingenommener Tabletten als Methode zur Bemessung adhärenz Verhalten war nicht möglich, da sich die Patienten in einem Krankenhaus befanden und die Verteilung der Medikamente von den Pflegenden organisiert und durchgeführt wurde. Dies war auch dann nicht möglich, wenn der Patient auf eine Depotmedikation eingestellt war. Methoden der biologischen Messung, z.B. über Blutuntersuchungen sind teuer, invasiv und wenig zuverlässig. Im Rahmen der Datenerhebung könnte der Grad des adhärenz Verhalten durch die wissenschaftlichen Mitarbeiter überschätzt worden sein.

Eine detaillierte Beschreibung dieser explorativen Untersuchung, in deren Rahmen auch auf die ethische Prüfung, Einschluss- und Ausschlusskriterien, Powerkalkulation, Randomisierung, Übersetzung der Messinstrumente, Verblindung der Untersucher, Interraterreliabilität sowie ausführlich auf Ergebnisse, Diskussion und Grenzen der Studie eingegangen wird, wurde bereits an anderer Stelle publiziert (Maneesakorn *et al*, 2007). Ausgehend von den Ergebnissen dieser explorativen Studie haben die Autoren eine weitere Studie mit einer größeren Studienpopulation (70 Patienten) sowie einem längeren Katamnesezeitraum (sechs Monate) durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Studie werden gerade zur Veröffentlichung vorbereitet.

## Literatur

- American Psychiatric Association** (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). (4th edn) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Day, J. C., Wood, G., Dewey, M.**, et al (1995) A self-rating scale for measuring neuroleptic side-effects. Validation in a group of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 166, 650-653.
- Dolder, C. R., Lacro, J. P., Leckband, S.**, et al (2003) Interventions to improve antipsychotic medication adherence: review of recent literature. *J.Clin.Psychopharmacol.*, 23, 389-399.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L.**, et al (1976) The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.

- Gray, R., Gournay, K., David, A.** (2003) QUATRO Adherence Therapy: Training and treatment manual TMv 28602. England: Institute of Psychiatry, King's College London.
- Gray, R., Leese, M., Bindman, J., et al** (2006) Adherence therapy for people with schizophrenia. European multicentre randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 508-514.
- Gray, R., Wykes, T., Edmonds, M., et al** (2004) Effect of a medication management training package for nurses on clinical outcomes for patients with schizophrenia: cluster randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 157-162.
- Gray, R., Wykes, T., and Gournay, K.** (2002) From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *J.Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, 9, 277-284.
- Hogan, T. P., Awad, A. G., and Eastwood, R.** (1983) A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine*, 13, 177-183.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., and Opler, L. A.** (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., et al** (1996) Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 312, 345-349.
- Kemp, R., Kirov, G., Everitt, B., et al** (1998) Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 172, 413-419.
- Maneesakorn, S., Robson, D., Gournay, K., et al** (2007) An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1302-1312.
- McIntosh, A. M., Conlon, L., Lawrie, S. M., et al** (2006) Compliance therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst.Rev.*, 3, CD003442.
- O'Donnell, C., Donohoe, G., Sharkey, L., et al** (2003) Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia. *British Medical Journal*, 327, 834.
- Rofail, D., Gray, R., and Gournay, K.** (2005) The development and internal consistency of the satisfaction with Antipsychotic Medication Scale. *Psychological Medicine*, 35, 1063-1072.
- Tsang, H. W. and Wong, T. K. S.** (2005) The effects of a compliance therapy programme on Chinese male patients with schizophrenia. *Asian Journal of Nursing Studies*, 8, 47-61.
- Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C. A., et al** (2002) Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am.J Psychiatry*, 159, 1653-1664.

## Posterpräsentation

# Denken lernen in problemorientierten Lernsituationen – Reflektieren anhand von Lern- und Arbeitsaufgaben – Handeln lernen an Lerngegenständen.

Ariadne Altenschmidt, Dirk Boltenberg, Ralf Brüggemann, Renate Igili,  
Anke Marks, Carolin Netzel, Birgit Panke-Kochinke, Dorothee Spürk,  
Kristin Wilkes, Chrisotoph Wohlkittel

### Hintergrund:

Der Erwerb beruflicher Handlungskompetenz ist das zentrale Ziel einer Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege. Die angemessene Umsetzung dieses zentralen Ausbildungsziels bildete den Hintergrund dafür, dass zwei Krankenpflegeschulen an psychiatrischen Fachkliniken in Osnabrück und Wunstorf und ihre Einrichtungsträger sich entschlossen haben, ein eigenes Curriculum für die schulische und praktische Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege zu entwickeln.

### Problemstellung:

Berufliche Handlungskompetenz lässt sich »eigentlich« nur in der Praxis gewinnen. Die schulische Ausbildung vermittelt Fachwissen und die Praxis handelt ihren eigenen Anforderungen entsprechend. Es fehlt an Vermittlungsinstanzen. Ein Curriculum gibt Handlungs- und Entscheidungsstrukturen vor. Die Qualität der Ausbildung ist damit noch nicht gesichert.

### Ziel:

Die berufliche Handlungskompetenz von Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege soll sichtbar, nachvollziehbar und nachhaltig gefördert werden. Das ist eine notwendige Grundlage, um die Freude am Lernen und am Beruf zu behalten.

### Fragestellung:

Wie kann das theoretische Fachwissen praxisbezogen genutzt werden, damit berufliche Handlungskompetenz in der pflegerischen Ausbildung nachhaltig entwickelt und gefördert wird?

## **Methode und Material:**

Im Laufe von drei Jahren wurde an den Krankenpflegesschulen am NLKH Osnabrück und Wunstorf ein Curriculum für die schulische und praktische Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege gemeinsam in den Lehrerteams, mit Unterstützung durch Praxisanleiter und einer wissenschaftlichen Begleitung (Frau Dr. Panke-Kochinke) entwickelt. Es wird zur Zeit evaluiert.

## **Das Curriculum stützt sich auf folgende Grundlagen:**

1. Das Lernen am Lernstandort Schule gründet auf Lernsituationen. Sie bilden zentrale pflegerische Probleme und Konflikte ab. Sie beruhen auf realen pflegerischen Handlungssituationen. Sie werden mit Hilfe von Fachwissen in ihren Lösungsmöglichkeiten bearbeitet. Methodisches Lernprinzip ist das problemlösende Denken. Was in der Schule gelernt werden kann, bereitet so auf die Lösung von Problemen und Konflikten vor, die in der Pflegepraxis auftreten können (Antizipation).
2. Die Praxis ist der Ort, an dem die Schüler erkennbar nachweisen, dass sie gelernt haben, mit Pflegesituationen angemessen umzugehen (Expertise). Das Lernen am Lernstandort Praxis gründet auf pflegerischen Lerngegenständen. Sie machen den pflegerischen Arbeitsprozess in seinen wesentlichen Bestandteilen sichtbar. Lern- und Arbeitsaufgaben konkretisieren diese Lerngegenstände. Sie sind eine entscheidende Vermittlungsinstanz, um die Theorie praktisch zu nutzen und die praktische Erfahrung theoretisch zu begründen. Methodisches Lernprinzip ist das denkende Tun.

## **Ergebnis:**

Die Lern- und Arbeitsaufgaben sind zentrale Vermittlungsinstanzen zwischen den Lernsituationen (Theorie) und den Lerngegenständen (Praxis). Sie begründen den Erwerb beruflicher Handlungskompetenz als zentrales Ziel einer Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege.

Autorenlesung:

## »Dreizehn Meter Flur«

### **Eine Geschichte vom Kampf um Liebe, dem Verlust der Würde und dem Beginn eines neuen Lebens.**

mit Eberhard Lempelius

Bestechend ehrlich, authentisch, spannend, auch gewürzt mit feinem Humor und Selbstironie schildert der Autor seine spektakuläre Lebensgeschichte.

Er beschreibt seinen Weg, auf dem er mit mangelndem Selbstwertgefühl jahrelang von Suchtstoffen umnebelt selbstzerstörerisch umherirrt. Er beschreibt, wie er vom Opfer erzieherischer Gewalt selbst zum Gewalttäter wird, wie er beinahe durch seinen Alkohol- und Medikamentenkonsum sein Leben verliert, um dann doch noch zu einer bejahenden und drogenfreien Lebenseinstellung zu gelangen.

Sein Weg bis zu dieser »Kursänderung« findet vor vielen verschiedenen Kulissen statt:

In der rauen Welt der Seeleute und Kraftfahrer, im Kieler und Hamburger Rotlichtmilieu, in Kasernen, auf der Straße und in der Gosse...

Der Autor gliedert seine Autobiografie ein in drei Abschnitte:

Suchtentstehung, Suchtverlauf und Rehabilitation.

Er versteht sein Werk als Aufklärungs- sowie Informationsliteratur für betroffene und nicht von der Sucht betroffene Menschen.

Professor Dr.med. G.Kruse, ärztlicher Direktor des Klinikums für Psychiatrie und Psychotherapie in Hannover, selbst Fachbuchautor, schreibt in seinem Geleitwort über das Buch:

»...im bereits angesprochenen Unterschied zu der sonst üblichen Betroffenenliteratur (Betr. Alkoholismus)... liest sich Lempelius' Buch auch für Unbetroffene faszinierend, sodass eine Lektüre in nur zwei Portionen nicht abwegig ist.«

Das Buch »Dreizehn Meter Flur« eignet sich hervorragend für die neue sogenannte Bibliothherapie und wird bereits in einigen Kliniken (nicht nur Suchtkliniken) dafür genutzt.

Der Autor Eberhard Lempelius, geboren 1943, lebt seit 1976 abstinent und arbeitet seit 1983 selbst soziotherapeutisch als Krankenpfleger im (Alkohol-) Entwöhnungsbereich des Klinikums Bremen Ost.

Er war jahrelang Pflegeleitung auf einer Motivationsstation, war am Aufbau des »Betreuten Wohnens« für Suchtkranke in Bremen beteiligt und arbeitet heute als Krankenpfleger auf der Entwöhnungsstation in o.g. Klinik. Auf Fachtagungen referiert er bundesweit mit den Themen »Rückfälligkeit«, »Trockenrausch und Suchtverlagerung« und veranstaltet auch Fortbildungen über allgemeine Suchtinformationen im Haus- und Altenpflegebereich. Dort bietet er auch Fallbesprechungen an. Außerdem ist er Vorstandsmitglied in der »Gesellschaft für humanistische Pflege«.

Sein Buch erscheint im  
IBICURA-Verlag  
Primelweg 6  
86869 Unterostendorf  
ISBN 978-3-9810873-0-7  
[www.ibicura.de](http://www.ibicura.de)

# Die Rhythmische Rückeneinreibung nach Wegman/Hauschka als pflegerisches Therapieangebot bei weiblichen Patienten mit Depressionen

Susanne Herzog

## Einleitung und Problemstellung:

Zu den professionellen Berührungsangeboten in der Pflege zählen die Rhythmischen Einreibungen nach Wegman/Hauschka. Bis auf wenige Ausnahmen wurde das Konzept der Rhythmischen Einreibungen bisher nicht wissenschaftlich untersucht. Aus Forschungsergebnissen und zahlreichen Erfahrungsberichten von Pflegenden geht hervor, dass bei oder nach Rhythmischen Einreibungen viele positive Auswirkungen am Patienten beobachtet wurden, die zusammenfassend als Steigerung des Wohlbefindens gedeutet werden.

Folgende Effekte nach einer Rhythmischen Rückeneinreibung wurden bisher beschrieben: Sie unterstützt langsames und tieferes Atmen (z. B. bei Angst bedingter Tachypnoe); sie wirkt beruhigend, entspannend und Angst lösend; sie fördert das Wohlbefinden; sie bietet eine andere Form der Kommunikation, sie vermittelt Geborgenheit und Wärme; sie lässt eigene Körpergrenzen und Körperregionen bewusst werden; sie lenkt ab (z. B. von immer wiederkehrenden Gedanken und Ängsten); sie macht Wärme- und Kälteregeionen spürbar; sie erhöht u. U. die Konzentrationsfähigkeit für Aussenreize und sie wirkt schmerzlindernd.

Nach Sichtung der Literatur kann derzeit noch davon ausgegangen werden, dass pflegerische Angebote in der Psychiatrie überwiegend »körperfern« ausgerichtet sind und körperliche Berührung gemieden wird. Hintergrund ist das Nähe-Distanz-Problem, dem in der Betreuung von psychisch erkrankten Menschen besondere Beachtung geschenkt wird. Jedoch wird diese langjährige Haltung zunehmend von Pflegenden und Wissenschaftlern in Frage gestellt (Schoppmann/Schnepp 2001, Bienstein/Fröhlich 2003, Sauter et al 2004). Diese Experten gehen davon aus, dass psychisch erkrankte Menschen z.B. mit Depressionen u. U. von gezielten professionellen Berührungen sehr profitieren könnten.

## Forschungsziel und Forschungsfragen

Angesichts der bekannten Symptome bei depressiven Menschen (z.B. Unruhe, Anspannung, Schmerzen, eingeschränktes Wohlbefinden) einerseits und den bislang bekannten oder vermuteten Effekten nach einer rhythmischen Rückeneinreibung wurde ein Forschungsentwurf mit folgenden Fragestellungen entwickelt:

- Führt das Pflegeangebot »Rhythmische Rückeneinreibung« zu einer Zunahme der Entspannung?
- Stimmen weitere in der Literatur beschriebene Effekte mit den Aussagen der Patientinnen überein?
- Welche Phänomene benennen Patientinnen außerdem in Bezug auf die »Rhythmischen Rückeneinreibungen«?

Die Ergebnisse des Forschungsprojektes sollen Aufschluss darüber geben, ob Patientinnen mit Depressionen bei einem stationären Aufenthalt durch die Rhythmische Rückeneinreibung in ihrem Heilungsprozess unterstützt werden können.

## Forschungsmethode

Bei der Untersuchung handelt es sich um eine klinische Interventionsstudie mit einem Pretest-Posttest-Design ohne Kontrollgruppe.

Es wird ein Fragebogen mit offenen und geschlossenen Fragen sowie einer Numerischen-Rang-Skala zur Messung des subjektiven Entspannungszustandes verwendet.

Die Stichprobe setzt sich aus weiblichen Patienten zusammen, die im Rahmen einer depressiven Episode auf einer psychotherapeutischen Station betreut werden. Insgesamt sollen ca. 100 Anwendungen von den Patientinnen evaluiert werden. Die Datenerhebung hat im April 2007 begonnen. Die Analyse der quantitativen Daten erfolgt mittels deskriptiver Auswertung. Die offenen Fragen werden nach einem inhaltsanalytischen Verfahren kategorisiert und interpretiert.

## Vortrag

Im Vortrag soll der Forschungsentwurf, die Umsetzung der pflegerischen Intervention, das Erhebungsinstrument, die Datenerhebung und erste Ergebnisse vorgestellt und diskutiert werden.

## Literatur

**Bienstein Ch, Fröhlich A** (2003): Basale Stimulation in der Pflege. Die Grundlagen. Seelze-Velber, Kallmeyer

**Sauter D, Abderhalden C., Needham I., Wolff S.** (Hrsg.) (2004): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern, Huber

**Schoppmann S, Schnepf W** (2001): Körper, Leib und Pflege. Psych. Pflege 7: 252-257

## Entwicklung eines Leitfadens, Nachbesprechung mit PatientInnen nach Zwangsmassnahmen: Eine Delphi-Studie

Diana Grywa

**Einleitung:** Zwangsmassnahmen im Sinne von Isolationen, mechanische Fixationen oder Zwangsmedikationen, sind in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung ein sensibles Thema, da sie einen massiven Eingriff in die persönliche Freiheit der betroffenen PatientInnen bedeuten. Zwangsmassnahmen sind für die PatientInnen sehr belastend und können bei PatientInnen unter anderem Traumen und Beziehungs-Störungen zwischen PatientInnen und Betreuungspersonen (Pflegerpersonen und ÄrztInnen) hervorrufen. Aufgrund von verschiedenen internen Untersuchungen und Patientenbefragungen werden Nachbesprechungen nur in etwa 20% durchgeführt. Ziel war es, mittels einer Delphistudie einen Leitfaden zur Durchführung einer Nachbesprechung mit PatientInnen nach Zwangsmassnahmen zu entwickeln.

**Methode:** In dieser Delphi-Studie wurden 28 ExpertInnen (Rücklaufquote 93%) in die Teilnahme aus der deutschsprachigen Schweiz einbezogen (Pflegerpersonen, PsychologInnen, PsychiaterInnen). Es fanden insgesamt drei Befragungsrunden statt. Fragen zur Person, zu Standards im eigenen Betrieb und zur Bezeichnung von Gesprächen mit Patienten nach Zwangsmassnahmen, über den Zweck dieser Gespräche, den Inhalt solcher Gespräche, Kontraindikationen und Rahmenbedingungen solcher Gespräche. Bei den folgenden Runden wurden aufgrund der Resultate und den Beiträgen der Experten Fragen weiterentwickelt, bis auf alle Fragen möglichst ein Konsens gefunden werden konnte. Ein Konsens auf Zustimmung oder Ablehnung wurde auf 70% oder grösser festgelegt.

**Resultate:** 63% der teilnehmenden Institutionen haben keinen Leitfaden oder Standard. Nach drei Runden der Delphi-Befragungen konnte ein positiver Konsens in folgenden Themen gefunden werden: Die teilnehmenden ExpertInnen sehen eine Nachbesprechung mit PatientInnen generell als sinnvoll und hilfreich an (96%), hilfreich für Traumabewältigung (78%), unterstützend in der Beziehung zwischen PatientInnen und Betreuungs-

personal (74%), präventiv für zukünftige ähnliche Situationen (87%). In der Terminologie wird der Begriff Nachbesprechung mit Patienten nach Zwangsmassnahmen (ZM) bevorzugt (78%). Bei den Fragen zum Inhalt eines solchen Gesprächs ergaben folgende Fragen einen hohen Konsens: PatientIn hat Gelegenheit sein subjektives Erleben zum Geschehen zu schildern (95%). Pflegerperson/Arzt hat Gelegenheit seine subjektiven Eindrücke zum Geschehen zu schildern (86%). ZM soll zum Thema gemacht werden (95%). Das Verhalten des Patienten soll angesprochen werden (87%). Pflegerperson/Arzt soll Gelegenheit haben mögliche Alternativen anzusprechen (86%). Patient soll Gelegenheit haben mögliche Alternativen anzusprechen (87%). Deeskalationsmöglichkeiten sollen besprochen werden (95%). Bei der Frage, wer ein solches Gespräch durchrühren soll, ergab es folgende Zustimmungen: zuständige pflegerische Bezugsperson (78%) und zuständige Pflegerperson und Arzt (87%). Bezüglich Kontraindikationen gab es folgende Zustimmung: wenn der Patient psychisch nicht in der Lage ist für ein solches Gespräch (91%). Wichtig für die Atmosphäre sind: ungestörte Räumlichkeiten und genügend Zeit einplanen (je 100% Zustimmung) und die Information an den Patienten, dass er jederzeit das Gespräch abbrechen und den Raum verlassen kann (je 91% Zustimmung). Weiter hat das Expertenpanel zugestimmt, dass das Gespräch dokumentiert werden soll.

### Schlussfolgerungen

Es ist sinnvoll und hilfreich, eine solche Nachbesprechung mit Patienten nach Zwangsmassnahmen durchzuführen.

Ziel ist nicht den Patienten davon zu überzeugen, dass die Zwangsmassnahme nötig gewesen sei, sondern die verschiedenen Erfahrungen, Wahrnehmungen und Meinungen auszutauschen ohne sie zu bewerten.

Weitere Ziele können sein: die Beziehung zwischen Bezugspersonen (Arzt/Pflege) und Patient neu zu klären und das Vorgehen bei zukünftigen ähnlichen Krisensituationen gemeinsam zu besprechen.

Für eine solche Gesprächsführung braucht es eine besondere Haltung, die nicht darauf ausgerichtet ist nach der Schuldfrage zu suchen, sondern die für Empathie der Patienten bereit ist und die mithilfe professionell geschulter Kommunikationsfähigkeiten nach therapeutischen Prinzipien arbeitet. Ein minimaler Standard unterstützt das Behandlungsteam, dass eher eine Nachbesprechung mit den PatientInnen durchgeführt wird.

Der Effekt muss noch in einer weiteren Studie getestet werden.

## Pflegerische Aspekte einer multiprofessionellen, ambulanten und teilstationären Behandlung cannabisabhängiger Menschen

Ute Hansen, Brigitta Middel, Kerstin Wiethölter

### Hintergrund: Zwischen Problem und Problematisierung

Der Gebrauch von Cannabis in unserer Gesellschaft ist in den vergangenen Jahren wieder angestiegen. Gaßmann (2004:7) spricht von der Alltagsdroge Cannabis. Umfragen belegen, dass Cannabis für einen Großteil der Bevölkerung kurzfristig ohne großen Aufwand zu beschaffen ist und häufig öffentlich konsumiert wird.

Cannabis kann als einzige Droge als ‚Jugenddroge‘ gelten. Laut Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA: 2004) haben ca. 1/3 aller Befragten zwischen 12 und 25 Jahren schon einmal Cannabis konsumiert.

Nach Krausz/Lambert (2000:77) bleibt der Cannabiskonsum für 90 – 95 Prozent der Konsumenten temporär; Cannabis wird gelegentlich konsumiert oder nur ausprobiert (vgl. auch Kleiber/Soellner 2004:21). Bei den verbleibenden regelmäßigen Konsumenten kommt es selten zu schwerwiegenden oder gar behandlungsbedürftigen Problemen. Cannabiskonsum bleibt für die allermeisten Konsumenten unproblematisch. Es handelt sich häufig um ein vorübergehendes Verhalten, welches oftmals im dritten Lebensjahrzehnt eingestellt wird.

Die Studie der BZgA zeigt folgende Trends:

- Provierbereitschaft und Lifetime-Prävalenz (ob jemand jemals im Leben Cannabis konsumiert hat) steigen
- Zahl derjenigen, die in den letzten zwölf Monaten Drogen genommen haben (überwiegend Cannabis) bleibt seit 1997 insgesamt stabil [1997:12% 2004:13%]
- in einigen Altersgruppen (16-19) ist ein Anstieg zu verzeichnen [um 17 bzw. 20%]
- Alter beim erstmaligen Konsum sinkt unwesentlich [1997:16,7 Jahre, 2004:16,4 Jahre]

Werden die Ergebnisse bundesdeutscher Untersuchungen zu Cannabisgebrauch zusammen betrachtet, lässt sich einzig der empirisch gesicherte Schluss ziehen, dass es in den letzten 10 Jahren zu keinem Rückgang des Cannabiskonsums in Deutschland gekommen ist.

Cannabiskonsum kann natürlich für einige Menschen unter bestimmten Bedingungen auch problematisch werden. Diesen Menschen widmen wir uns mit unseren insbesondere ambulanten und teilstationären, aber auch stationären Behandlungsangeboten. Es sind i. d. R. Menschen, denen die Kontrolle über ihren Cannabiskonsum entglitten ist oder die ihr Konsumverhalten aus unterschiedlichen Gründen verändern wollen.

Probleme mit Cannabis entstehen nicht nur aus ihren pharmakologischen Wirkungen und Nebenwirkungen, sondern auch aus dem gesellschaftlichen Umgang mit Cannabis:

- Verbot durch das Betäubungsmittelgesetz kriminalisiert die Konsumenten (drohender Schulverweis, möglicher Führerscheinentzug, massive familiäre Probleme)  
→ verhindert offene, selbstreflexive Diskussion über den Gebrauch, über positive und negative Seiten von Cannabis
- rechtliche Ungleichbehandlung von Cannabiskonsumern durch die unterschiedliche Rechtspraxis in den einzelnen Bundesländern
- mit zunehmender Problemzuschreibung werden Tabuisierungsprozesse in Gang gesetzt, die Hilfe- und Unterstützungsbemühungen zuwider laufen  
→ junge Cannabiskonsumern vertrauen sich aus Angst vor einer Störungs- oder Defizitzuschreibung den Eltern und Erziehern nicht mehr an

Es ist anzunehmen, dass diese gesellschaftlichen Nebenwirkungen des Konsums von Cannabis für die meisten Konsumenten weitaus dramatischer und einschneidender sind als ihr Konsumverhalten bzw. die eigentlichen Wirkungen der Droge. Zu den politikinduzierten Problemen existieren wenig Forschungsarbeiten.

Bei den verschiedenen Beratungs- und Behandlungsangeboten für Menschen, die ihren Cannabiskonsum verändern wollen, ist das alleinige Ziel

nicht die Cannabisabstinenz, sondern der reflektierte und selbstbestimmte Gebrauch. Es geht um alltagsnahe Strategien, die Konsumenten bei ihrem Bemühen zu befähigen und zu unterstützen, mehr Kontrolle über ihren Konsum zu gewinnen, um nicht beabsichtigte Wirkungen zu vermeiden bzw. entsprechende Risiken zu minimieren.

Wissenschaftliche Untersuchungen zur Wirksamkeit der verschiedenen Angebote gibt es i. d. R. nicht. Es wäre ohnehin schwer zu sagen, welcher Anteil am Erfolg dem jeweiligen Angebot zukommt und welchen Anteil andere Variablen haben (Familie, Peergroup, Schule etc.) So ist die Wirksamkeit der Beratungs- und Behandlungsangebote eher erfahrungsgelenkt, denn wissenschaftlich fundiert.

Kriterien für eine Abhängigkeit nach DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der US-amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie:

- Entwicklung einer Toleranz
- Auftreten von Entzugssymptomen
- Substanzgebrauch, der länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt erfolgt
- Ein anhaltender Wunsch bzw. erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu kontrollieren
- Ein hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Konsum und Erholung vom Rausch
- Beendigung bzw. Einschränkung von sozialen, beruflichen und Freizeitaktivitäten
- Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen

### Informative Internetseiten zum Thema Cannabis

[www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)

[www.drugscouts.de](http://www.drugscouts.de)

[www.drobs-hannover.de](http://www.drobs-hannover.de)

[www.koss.lernnetz.de](http://www.koss.lernnetz.de)

[www.therapieladen.de](http://www.therapieladen.de) → INCANT = International Cannabis Need of Treatment (internationales Therapieforschungsprojekt, dass in 5 Ländern Europas

durchgeführt wird. Ziel ist es, Jugendliche mit problematischem Cannabiskonsum zwischen 13 und 18 Jahren eine wirksame Therapie anzubieten).

Die Besonderheit von Cannabis im Vergleich zu den anderen illegalen Drogen besteht nicht nur in der Verbreitung und Häufigkeit des Konsums, sondern auch im sozialen und situativen Kontext des Konsums. »Gekifft wird überall!« - Cannabis hat sich für viele Jugendliche über den Partykonsum hinaus einen festen Platz im Alltag erobert. Dabei spielt eine gewandelte Wahrnehmung von Cannabis in der Öffentlichkeit eine wichtige Rolle. Durch die Wiederentdeckung von Cannabis als Nutzpflanze/Heilpflanze hat sich das Image zum Positiven hin gewandelt. Auch durch das Bestreben, Cannabiskonsumern zu entkriminalisieren (geringe Mengen werden als Eigenbedarf gewertet und strafrechtlich nicht verfolgt), hat zu einer veränderten Bewertung in unserer Gesellschaft geführt.

### Risikoeinschätzung des Cannabiskonsums

Die Gefahren des Cannabiskonsums werden von Seiten der Konsumenten und zum Teil auch von Seiten der Experten eher gering eingeschätzt. Jugendliche konsumieren mit dem Bewusstsein, gesundheitlich kein großes Risiko einzugehen.

**Einstiegsalter:** Kinder und Jugendliche, die in der Frühpubertät einen regelmäßigen Cannabiskonsum aufweisen, zählen deshalb zu einer Hochrisikogruppe für eine Abhängigkeitserkrankung, weil der biologische Reifungs- und psychosoziale Entwicklungsprozess durch frühen und regelmäßigen Cannabiskonsum gestört bzw. unterbrochen wurde. Jugendliche Früheinsteiger haben enorme psychosoziale Defizite und mangelnde Bewältigungsstrategien. Die Jugendlichen leiden häufig unter Symptomen wie amotivationalem Syndrom, Antriebsarmut, Entwicklungsverzögerung mit mangelnder Schulleistung, Psychosen, Ängsten und Persönlichkeitsstörungen.

### Voraussetzung für die Behandlung

Grundsätzlich gilt, dass der Jugendliche bereit ist, sich mit seiner Suchterkrankung oder mit seinem missbräuchlichen Konsummuster auseinander zu setzen.

Spezielle Aspekte der Behandlung:

1. Ambulant / vollstationär !!

Nur nach strenger Indikation sollte eine vollstationäre qualifizierte Entzugsbehandlung angestrebt werden. In der Regel ist keine stationäre Entgiftungsbehandlung notwendig. Ausnahmen richten sich nach der Schwere des Entzugssyndroms im Zusammenspiel mit vorliegenden komorbiden Störungen. Vollstationäre Entgiftung kann bei psychosenahen Erlebnissen im Zusammenhang mit Cannabiskonsum indiziert sein. Nur wenige Krankenhäuser bieten stationäre Entgiftungen an und wenn doch, fehlen häufig notwendige Anschlussbehandlungen.

### **Angebot der Station B 5**

Seit Anfang 2007 ist die Anfrage von jungen Cannabispatienten nach vollstationärer Entgiftungsbehandlung gestiegen. Die geschlossene Drogenentgiftungsstation B 5 hat seit dem 22.03.2007 für ein halbes Jahr begrenzt den Auftrag übernommen, junge Cannabispatienten zu entgiften. Seitdem wurden auf der Station im Durchschnitt 1 – 3 Patienten behandelt, wobei nicht mehr als drei Patienten gleichzeitig aufgenommen werden. Als problematisch erweist sich weniger die Entgiftungsbehandlung an sich, sondern eher das Einhergehen der Cannabisabhängigkeit und entsprechendem Abhängigkeitssyndrom bestehenden Verhaltensauffälligkeiten. Hier haben wir es häufig mit Entwicklungsverzögerungen bis hin zu Persönlichkeitsstörungen zu tun. Begleitdiagnosen wie Depression, soziale Phobien und ADHS sind häufig. Behandlungsbedürftig werden Patienten, die extrem viel THC (bis zu 5 g täglich) zu sich nehmen und/oder eine zusätzliche psychiatrische Begleiterkrankung haben.

Auf der B 5 werden überwiegend politoxikomane Opiatabhängige behandelt. Die Unterschiede von Cannabisabhängigen zu politoxikomanen Opiatabhängigen sind auch in der Dynamik der Suchtfolgeprobleme begründet. Körperliche Folgeerkrankungen wie z.B. Hepatitis, Aids, soziale Desintegration, Beschaffungskriminalität, sind Probleme, mit denen Cannabiskonsumern in der Regel nicht konfrontiert sind.

**Altersspanne:**

Aufgenommen werden Patienten ab dem 18. Lebensjahr, in Ausnahmefällen auch 17jährige nach Einzelprüfung und Reifegrad.

**Verzahnung mit der TKS:**

Es existieren in Modulen angelegte, bereichsübergreifende Gruppenangebote gemeinsam mit der Tagesklinik für Abhängigkeitserkrankte (TKS).

**Räumliche Trennung:**

Eine räumliche Trennung der Behandlungsgruppen wäre sicherlich sinnvoll, ist aber aufgrund der räumlichen Begebenheiten leider nicht möglich.

**Therapeutisches Angebot auf der B 5:**

Bevor eine Behandlung auf der Station B 5 stattfindet, sollten den Patienten stets eine ambulante bzw. eine teilstationäre Behandlung durchlaufen haben. Außer den bereits erwähnten speziellen Behandlungsmodulen nehmen die Patienten am regulären Therapieprogramm teil, das auf der Station angeboten wird wie Ergotherapie, Arbeitstherapie, Physiotherapie, Gesprächsgruppen, Einzelgespräche und Ähnliches mehr.

**Angehörigenarbeit:**

Die Angehörigenarbeit soll in Form von Beratungsgesprächen in der Drogensprechstunde stattfinden. Auf der B 5 werden Donnerstag nachmittags Angehörigenvisiten angeboten.

Ein komplett eigenständiges Behandlungsangebot, das verbindlich angeordnet und strukturiert wurde, ist bisher noch nicht zustande gekommen, da sich zurzeit nur eine sehr geringe Anzahl von Cannabisabhängigen in der vollstationären Behandlung befindet.

**Wie kann für Patienten mit Cannabis-Konsum im Rahmen einer akutpsychiatrischen stationären Behandlung ein adäquates Versorgungsetting geschaffen werden?**

Die gestiegene Anfrage nach der Behandlung junger, von Cannabis abhängiger Patienten macht auf der Ebene der Praxiseinrichtungen die Entwicklung entsprechender Konzepte notwendig. Vor diesem Hintergrund soll im

Folgenden auf konkrete Leistungsangebote der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen der psychiatrischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie eingegangen werden.

### **Behandlung auf der Station B5**

Seitdem die Station B5, welche konzeptuell mit der Behandlung Abhängigkeitserkrankter von illegalen Drogen betraut ist, im März 2007 den Behandlungsauftrag, junge Cannabispatienten zu entgiften, übernommen hat, wird für diese neue Patientengruppe an der Entwicklung eines eigenständigen und spezifischen therapeutischen Angebots gearbeitet. In enger Zusammenarbeit mit Kollegen der Tagesklinik und der Drogensprechstunde wurde diskutiert, von welchen Angeboten die jungen Patienten profitieren könnten.

Für die Pflege kamen weitere Tätigkeitsfelder hinzu:

- Im hohen Maße pädagogische Begleitung
- Die Notwendigkeit einer engmaschigen Bezugarbeit im Rahmen des Primary Nursing Prozesses
- Intensivere Angehörigenarbeit
- Vermittlung von Tagesstruktur, Entwicklung eines individuellen Therapieprogramms und Kontrolle über die Einhaltung
- Vermittlung (teilw. »kindgerecht«) von sachlichen Informationen über psychoaktive Substanzen.
- Unterstützung bei der Entwicklung von Unterscheidungskriterien zwischen Genuss / Missbrauch / Abhängigkeit
- Sensibilisierung für riskante Konsummuster
- Verbesserung der Selbsteinschätzung und Selbstreflexion bezüglich eigenen Konsumgewohnheiten

### **Ambulante Cannabisbehandlung in der Drogensprechstunde der Klinik**

Die Drogensprechstunde ist zuständig für Menschen, die Probleme mit illegalen Drogen haben. Ursprünglich war sie entstanden zur Behandlung der Abhängigkeit von Heroin und Kokain. Zurzeit werden 170 substituierte Patienten mit Methadon, Subutex oder L-Polamidon versorgt.

Als zweites Standbein ist die offene Sprechstunde für Entgiftungs- oder Behandlungsanfragen zuständig. Hierher kommen Menschen, die sich zu einer Entgiftung anmelden wollen oder eine wie auch immer geartete Beratung wünschen, weil der Konsum illegaler Substanzen zu Missbrauch oder Abhängigkeit geführt hat.

Die Aufnahmesteuerung für die stationäre oder teilstationäre Behandlung sowie Beratung ist pflegerische Tätigkeit, in Zusammenarbeit mit den Ärzten.

Seit ca. 5 – 6 Jahren suchen uns zunehmend Menschen auf, die ausschließlich Cannabis, Amphetamine und/ oder Designerdrogen konsumieren. Diese Klientel kommt in der Regel mit Eltern, Betreuern aus Wohngruppen, Lehrern oder anderen Bezugspersonen, ist durchschnittlich jünger als der klassische Drogenkonsument und lebt in der Regel noch in festen sozialen Bezügen. Somit ist die Bedeutung, Angehörige mit in die Behandlung einzubeziehen, bei dieser Klientel höher als bei Heroin- oder Kokainkonsumenten.

Die Klienten kommen entweder aus eigenem Antrieb, weil z. B. der Cannabiskonsum den Tagesablauf beherrscht, sodass Schule, Ausbildung, soziale Kontakte und alte Hobbys vernachlässigt werden. Grund für das Hilfesuchen kann aber auch sein, dass seitens des Lebensumfeldes Druck auf die Betroffenen entsteht, z.B. dadurch, dass der Schulabschluss oder der Ausbildungsplatz gefährdet ist; Eltern oder Betreuer die Situation nicht mehr mit ansehen wollen und Ultimaten stellen oder Gericht und Jugendamt »saubere Urinscreenings« fordern.

Im Erstkontakt, der wahlweise mit oder ohne Bezugsperson stattfindet, erfragen wir die Konsumgewohnheiten und Häufigkeiten, die allgemeine Lebenssituation, die Veränderungswünsche, die Lebensperspektiven, die Ressourcen.

Wir versuchen gemeinsam Ziele des jungen Menschen zu finden, die es ihm ermöglichen und ihn motivieren das Konsumverhalten zu verändern. Dann stellen wir unser Behandlungsspektrum vor. Dieses beinhaltet stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung.

Folgende Fragen und Faktoren spielen hierbei eine große Rolle:

- Kann ich mir vorstellen »draußen« in meinem Umfeld mit dem Konsum aufzuhören?

- Welche Unterstützung habe ich? Zum Beispiel: »cleanes« Umfeld, unterstützende Freunde, unterstützende Bezugspersonen
- Für wie lange kann ich auf Konsum verzichten?
- Habe ich es schon einmal geschafft?
- Was brauche ich dafür?

Die stationäre Behandlung sollte nur im Rahmen einer engen Indikationsstellung erfolgen. Die teilstationäre Behandlung findet in unserer Tagesklinik statt, in der alle substanzbezogenen Suchtformen gemeinsam behandelt werden.

Die ambulante Behandlung setzt voraus, dass sich der Klient zutraut auf den Konsum zu verzichten.

Wir sprechen über mögliche Bewältigungsstrategien.

- Was mache ich wenn ich Suchtdruck bekomme?
- Was mache ich wenn ich in einer Situation bin, in der ich gewöhnlich konsumiert habe?
- Wie kann ich mich ablenken?
- Wie kann ich Szenekontakte vermeiden?
- Was mache ich bei Schlafstörungen?
- Habe ich noch Dealertelefonnummern gespeichert?

Diese und andere Fragen werden anhand der zuvor erhobenen Informationen sehr detailliert und konkret durchgesprochen. Zusätzlich werden dreimal wöchentlich Drogenscreenings durchgeführt, verbunden mit einem Gespräch mit den Fragestellungen:

- Was hat geklappt?
- Was kann / muss verändert werden?
- Wo brauche ich Hilfe?

Ist der Urinbefund negativ, verringert sich der Gesprächskontakt auf ein wöchentliches oder 14-tägiges Gespräch.

Seit Anfang 2007 gibt es ein ambulantes Gruppenangebot für Cannabis und amphetaminabhängige Menschen.

Die Gruppe wird betreut von einer Ärztin, Soziologen und einer Krankenschwester. Unsere Treffen finden einmal wöchentlich für 2 Stunden statt.

Inhalte der Treffen sind

- Reflexion der Woche
- persönliche konsumbezogene Veränderungsziele finden und festlegen
- Informationen über die verschiedenen Substanzen, deren gewünschten und unerwünschten Wirkungen
- Drogenablehnungstraining
- Informationen über Suchtdruck
- Erstellen von Verhaltensanalysen
- Rückfall / Krisenmanagement
- andere persönliche Ziele formulieren und Schritte dahin festlegen

Der Reflektionsanteil der Gruppe liegt sehr hoch. Dabei ist es den Teilnehmern wichtig sich auszutauschen, voneinander zu hören und sich gegenseitig zu unterstützen. Die Gruppe war als geschlossene Gruppe mit 8 Sitzungen konzipiert. Wir sammeln zurzeit aber Erfahrungen mit einer offenen Gruppe.

### Diskussion der bisherigen Erfahrungen

Im stationären Setting wurde eine Anzahl von 3 Patienten nur in Ausnahmefällen erreicht, sodass die speziellen Gruppenangebote nicht vorgehalten werden konnten. Es hat sich gezeigt, dass die Patientengruppe ein intensives psychotherapeutisches Angebot benötigt, welches speziell auf junge Menschen mit Entwicklungsverzögerung abgestimmt werden muss. Besonderer Bedarf besteht auch an Interventionen, die einen Nachreifungsprozess unterstützen. Hier greift die alleinige Fokussierung auf den Patienten vor allem dann zu kurz, wenn Erziehungsprobleme im Vordergrund stehen. In jedem Fall kommt der Angehörigenarbeit bei diesem Klientel eine besondere Rolle zu, wobei die komplexen Anforderungen an Angehörigenarbeit eine hohe Professionalität sowie die Bereitschaft zur Weiterentwicklung psychiatrisch Pflegenden erfordert.

Als problematisch stellt sich der Kontakt der Patienten zu Patientengruppen mit anderen illegalen Abhängigkeitserkrankungen (z.B. Heroin oder

Kokain). Junge Cannabisentgifter haben während ihres Aufenthaltes auf der Station oftmals ihren ersten Kontakt zu »echten Junkies« und somit zu der »Szene«. Sie bekommen hier detaillierte Informationen über harte Drogen, die teilweise in verherrlichender Form von Seiten der Mitpatienten beschrieben werden.

Patienten können im Rahmen der Behandlung nur Ausgang erhalten, wenn im Blut kein THC mehr nachweisbar ist. Dies kann allerdings zwei bis drei Wochen dauern. Die geschlossene Behandlung ohne freien Ausgang war für die Patienten oft schwer auszuhalten und führte gelegentlich zu Behandlungsabbrüchen.

Positiv hervorzuheben ist die große Bereitschaft innerhalb des Teams, mit der Gruppe der jungen Cannabisentgifter zu arbeiten. Es gab sofort interessierte Pflegemitarbeiter, die bereit waren, das Behandlungssetting mit zu erarbeiten und konzeptuelle Gedanken zu entwickeln. Die Bildung eines interdisziplinären Cannabisbehandlungsteams hat sich bewährt. Eine Zuweisung der pflegerischen Bezugsperson ab dem zweiten Behandlungstag konnte sichergestellt werden. Die Patienten geben über die verlässliche Organisation der Bezugsarbeit sowie deren Inhalte ausschließlich gute Rückmeldungen. Die stationäre und tagesklinische Versorgung läuft gut, sodass in vielen Fällen eine Überleitung an ein ambulantes Angebot erfolgen konnte.

### Schlussfolgerung

Bei der beschriebenen Patientengruppe handelt es sich um junge Menschen, die eine Anpassung bisheriger Behandlungskonzepte benötigen. Aufgrund der bisherigen Erfahrung und der noch nicht wirklich ausgereiften Konzeption sollte eine vollstationäre Behandlung nur nach strenger Indikation erfolgen.

Inwieweit die bisherigen Behandlungen dauerhaft erfolgreich waren, kann zu diesem Zeitpunkt nicht gesagt werden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass bislang nur wenige Patienten im Rahmen dieses Konzeptes behandelt wurden und weitere konzeptuelle Umsetzungsschritte erfolgen müssen. Eine Evaluation bzw. katamnestische Erhebungen stehen noch aus. Gleichwohl wird bereits zu diesem frühen Zeitpunkt der Konzeptentwicklung

deutlich, dass psychiatrische Pflege hier in besonderem Maße gefordert ist. In hohem Maße stehen hier präventive sowie pädagogische Inhalte im Mittelpunkt und eröffnen so die Möglichkeit, für diese Patientengruppe eine hohe fachliche Expertise zu entwickeln und entsprechend Verantwortung im Behandlungs- und Versorgungsprozess zu übernehmen.

### Literatur

- Brigitta Kolte, Henning Schmidt-Semisch, Heino Stöver** (Hrsg.): Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird? Frankfurt: Fachhochschulverlag, 2006
- Dieter Kleiber, Karl-Artur Kovar:** Auswirkungen des Cannabiskonsums – Eine Expertise zur pharmakologischen und psychosozialen Konsequenzen. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 1997
- Dieter Kleiber, Renate Soellner, Peter Tossmann:** Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. Weinheim: Verlag Juventa, 1998

## Spiritualität und psychiatrische Pflege: Fundamentaler Wahnsinn oder wahnsinnig gutes Fundament? – Aktuelles Fachwissen und Implikationen für die psychiatrische Pflege

Stephan Wolff

### Hintergrund

Die Beschäftigung mit dem Thema Spiritualität teilt häufig in die zwei Lager der uneingeschränkten Befürworter oder der Radikalkritiker. Die uneingeschränkten Befürworter behaupten, jede Psychose habe eine spirituelle Dimension, die den Weg zur Heilung weist. Die Radikalkritiker sagen, dass Spiritualität Wahnvorstellungen begünstigt. Bei genauerer Betrachtung entsteht jedoch der Eindruck, dass beide Lager häufig nicht genau wissen, wovon sie reden. Wenig hilfreich scheint in diesem Zusammenhang auch die Polarisierung zwischen einem entweder naturwissenschaftlichen oder einem spirituellen Weltbild.

Es gibt deutliche Anzeichen dafür, dass Spiritualität ein Thema ist, welches eine steigende Zahl von Menschen beschäftigt, insbesondere dann, wenn sie in gesundheitliche Krisen geraten. Damit wird Spiritualität zunehmend zu einem Thema für die Pflege. Zahlreiche Autoren empfehlen mittlerweile, dass sich Pflegende in der Psychiatrie mit den spirituellen Bedürfnissen ihrer PatientInnen beschäftigen (Lawrence & Duggal 2001; Risch 2005; Mohr 2006; Koslander & Arvidsson 2007; Mohr, Gillieron et al. 2007).

### Fragestellung

Im Folgenden wird soweit möglich geklärt, was man eigentlich unter Spiritualität versteht. Können diese Auffassungen von Spiritualität, die psychiatrische Pflege bereichern und wie kann geplante Pflege zum Thema Spiritualität aussehen?

### Methode

Deutsch- und englischsprachige relevante Literatur zum Thema *Spiritualität und psychiatrische Pflege* wurde gesichtet und ausgewertet.

## Ergebnisse

### Definition von Spiritualität

Es gibt keine einheitliche Definition von Spiritualität. In Befragungen wurden die folgenden Aspekte häufig genannt (Bucher 2007):

- Die Verbindung des Selbst mit einer höheren Ordnung oder Macht, die Suche nach dem existenziellen Sinn des Lebens, etwas Bedeutendes, das hinter unserer Wirklichkeit liegt (Ritzert 2004)
- Selbsttranszendenz als die Fähigkeit, von sich selbst abzusehen und durch Meditation ganz im Hier und Jetzt sein, die Dinge nicht wertend betrachten, sie so sehen wie sie sind
- Verbundenheit mit sich selbst, anderen Menschen, der Natur und dem Kosmos, Einssein (Hill 2006)
- Gotteserfahrung
- Glaube an eine geistige, nichtmaterielle Welt
- Leben nach dem Tod
- Paranormale Fähigkeiten wie Visionen, Hellsehen oder Nah-Toderfahrungen
- Spiritualität als genetisch bedingtes Ergebnis der Evolution, als Versuch, sich Dinge zu erklären, die sich wissenschaftlicher Analyse entziehen

Die genannte Verbundenheit sowohl vertikal zu Gott oder einer höheren Macht und horizontal zur sozialen Mitwelt wird in Befragungen stets am häufigsten genannt. Deshalb kann sie als kleinster gemeinsamer Nenner betrachtet werden.

Spirituell sein, heißt nicht zwangsläufig auch religiös zu sein. Es gibt diesbezüglich die folgenden Kombinationsmöglichkeiten (Bucher 2007):

Menschen, die sich als spirituell und religiös bezeichnen (26 %).

Menschen, die sich als spirituell, aber nicht religiös bezeichnen (36 %).

Menschen, die sich als religiös, aber nicht spirituell bezeichnen (16 %).

Menschen, die weder spirituell noch religiös sind (22 %).

Die Gruppe derjenigen, die sich als spirituell, aber nicht religiös bezeichnet, hat sich in den letzten Jahren stark vergrößert, wohingegen die Religiösen weniger geworden sind.

Eine naturwissenschaftliche Erklärung von Spiritualität versucht die so genannte »Neue Physik«. Sie geht davon aus, dass es im Universum Materie und Nicht-Materie gibt (Eine Darstellung dieser komplizierten Überlegungen unter pflegerischen Gesichtspunkten findet sich bei (Olbrich 2006)). Die Materie bildet das Raum-Zeit-Muster. Die Nicht-Materie wird oft als Vakuum, Leere, Skalarfeld, PSI Feld, Potenzialität aller Informationen oder Meer aller Möglichkeiten bezeichnet. In der Vorstellung existiert in der Nicht-Materie kein Raum und keine Zeit. Alle Möglichkeiten und alles Wissen sind deshalb überall im Universum vorhanden, ähnlich wie in einem Hologramm in jeder Einheit alle Informationen vorhanden sind. Die Vertreter dieser Ideen bezeichnen daher die Nicht-Materie als Ewigkeit, Geist oder auch als Spiritualität. Materie und Nicht-Materie sind in permanenter Wechselwirkung. Dieses Modell bestätigt die Definition von Spiritualität als Verbundenheit mit sich selbst, anderen Menschen, der Natur und dem Kosmos, eben allem.

Allerdings ist diese Erklärung nicht unumstritten. Spirituelle Naturwissenschaftler kritisieren an der »Neuen Physik«, dass es aus ihrer Sicht nicht erforderlich sei, Spiritualität naturwissenschaftlich zu begründen. Der Glaube sei für sie die komplementäre Ergänzung zu naturwissenschaftlichen Erkenntnissen. Es gibt halt Dinge, die man sich erklären kann und andere, an die man nur glauben könne. Noch heißer wird die Frage diskutiert, ob Menschen, die räumlich weit voneinander getrennt sind, vor dem Hintergrund der »Neuen Physik« messbar spirituell in Verbindung treten können.

Befürworter dieser Aussage glauben, dass die Menschheit ein neues Zeitalter (New Age) betreten hat oder dass jetzt alles unter einem neuen »Weltparadigma« betrachtet werden müsse. Demnach kann der Kosmos als lebendiges Ganzes verstanden werden (Stevens Barnum 2002). Dieser Standpunkt geht über die wissenschaftlichen Belege weit hinaus.

Gegenpol zu Individualisierung, Pluralisierung und Globalisierung, sich wieder vereint fühlen. Krisen fördern spirituelle Entwicklungen, weil sie den Betroffenen das Gefühl geben, nicht alles mit eigener Kraft zu schaffen. Verbundenheit gibt Kraft.

Spiritualität liegt voll im Trend. Man kann durchaus sagen, dass sie ein bedeutsames Element unseres Zeitgeistes ist. Die aktuelle Welle kommt

aus den USA und scheint um den ganzen Globus zu schwappen. 82 % der Amerikaner sagen, dass sie spirituell wachsen möchten (Bucher 2007). Spiritualität kann auch als Gegenbewegung zu Religionsgemeinschaften gesehen werden, die einen Mitgliederschwund beschreiben. Viele gläubige Menschen scheinen es nicht mehr zu akzeptieren, ihre eigenen religiösen Vorstellungen denen einer Religionsgemeinschaft unterordnen zu müssen (Keupp 1997).

### **Spiritualität und Krankheitsbewältigung**

Eine Studie mit 115 PatientInnen, die eine Schizophrenie haben, ergab, dass ein religiöser Glaube 60 % dieser PatientInnen dabei half, mit ihrer Erkrankung zurecht zu kommen. Sie erlebten spirituelle Unterstützung, wenn andere Unterstützungsformen lückenhaft waren. Religiöse Gemeinschaften stellen eine wichtige Form sozialer Unterstützung dar (Mohr, Gillieron et al. 2007). Religiöse Überzeugungen beeinflussen bei schwerer erkrankten PatientInnen Medikamenteneinnahme und Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten positiv (Harris, Edlund et al. 2006).

Andrerseits gibt es Risiken. Spirituelle Heilungsversuche können die Rückfallgefahr bei Schizophrenien erhöhen (Salib & Youakim 2001), insbesondere wenn kein gemeinsames Verständnis vorhanden ist und wenn Heilungsversuche nicht Orientierung und Selbst-Integration geben, sondern nehmen (Wienberg 2003). Menschen mit Psychosen werden von der Flut der inneren spirituellen Erfahrungen oft überwältigt und verlieren sich darin. Gesunde Spiritualität stärkt persönliche Freiheit, erhöht das Selbstwertgefühl, erweitert die soziale Verantwortung, verlängert die Lebensdauer, reduziert Krankheitsrisiken, mindert Stress, erleichtert Coping und erzeugt Wohlbefinden, Optimismus und Hoffnung.

Es gibt eine überwältigende Menge an Ergebnissen, die belegen, dass sich Spiritualität positiv auf die Gesundheit auswirkt (gute Zusammenfassung bei (Bucher 2007)). Der primäre Grund dafür ist jedoch, dass spirituelle Menschen gesünder leben. Sie konsumieren weniger Alkohol und Drogen, rauchen seltener, haben seltener ausschweifenden und ungeschützten Sex, verzichten häufiger auf Fleisch und Kaffee, fasten, meditieren und beten, was die Gelassenheit fördert. Sie befinden sich oft in tragenden Gemeinschaften, was Vereinsamung verhindert und Unterstützung erleichtert. Spirituelle Techniken wie Beten (auch für andere), Handauflegen, Pilger-

fahrten und Meditation zeigen teilweise erstaunlich positive Ergebnisse. Heftig werden die Erklärungsansätze diskutiert. In Frage kommen dabei Placebo- und Selbstheilungseffekte, die Wirkung subtiler, bisher physikalisch noch nicht nachgewiesener Energie, holografisch-transpersonale Erklärungen (die heilende Energie ist überall gegenwärtig) oder eine supranaturale Erklärung (Gott). Eine besondere Bedeutung kommt der Meditation zu. In der Psychiatrie finden immer häufiger Achtsamkeitsübungen bei Borderline-Störungen, Depressionen, und Angst Anwendung. Sie haben zum Ziel, die eigene Umgebung wacher, klarer, bewusster, fokussierter und nicht wertend wahrzunehmen. Wer auf diese Weise von sich selbst absehen kann, fühlt sich stärker und selbstbewusster. Meditierende haben bis zu 50 % weniger Krankenhausaufenthalte (Bucher 2007). Allerdings können viele Studiendesigns kritisiert werden, da sie meistens retrospektiv oder querschnittig und nur sehr selten längsschnittig und prospektiv angelegt sind. Daher lassen sie in der Regel keine Aussagen über Kausalität zu.

Spiritueller Missbrauch durch spirituelle Führer oder totalitäre Gruppen sowie vollkommen überzogene Errettungsfantasien erfüllen nicht die genannten Kriterien gesunder Spiritualität.

### Implikationen für die Pflege

Pflegende in der Psychiatrie verbinden mit Spiritualität die vier Themen – hoffnungsvoll sein, glauben können und einer Glaubensgemeinschaft angehören, Verbundenheit zeigen und erleben und Spiritualität ausdrücken (Ray & McGee 2006). Aus Spiritualität Hoffnung zu gewinnen gilt als zentraler Aspekt (Craig, Weinert et al. 2006). Häufig nehmen Pflegende drei Rollen ein, wenn sie sich den spirituellen Bedürfnissen ihrer PatientInnen zuwenden: 1. Als Profi schätzen sie Spiritualität ein. 2. Sie treten liberal und nicht wertend gegenüber unterschiedlichen Überzeugungen auf. 3. Sie sind selbst Individuen mit eigenen Glaubensüberzeugungen und spirituellen Werten (Pesut & Thorne 2007). Aus diesen unterschiedlichen Rollen können sich Konflikte ergeben.

Um Risiken zu minimieren, ist es wichtig, die spirituellen Bedürfnisse von PatientInnen sorgfältig und einfühlsam zu untersuchen (D'Souza & Kuruville 2006). PatientInnen fühlen sich dann als ganze Person wahrgenommen, was die Beziehung verbessert und Behandlungserfolge fördern kann.

In einem Gespräch über religiösen Glauben und spirituelle Bedürfnisse ist es wichtig, nicht über das Ziel hinaus zu schießen. Im Eifer wird verkannt, dass spirituelle Bedürfnisse etwas Intimes sein können und Vertrauensarbeit voraussetzen.

Einfache und nahe liegende Fragen sind:

- Welche spirituellen Ressourcen sind vorhanden?
- Befindet sich der Patient in einer spirituellen Krise, wie sie häufig in der Lebensmitte auftreten?
- Welches Gottesbild hat der Patient und was sagt das über ihn aus?
- Wirkt sich die Spiritualität positiv oder negativ aus?

Pflegeplan Spiritualität
<i>Pflegediagnose</i> »Existenzielle Verzweiflung«/»Gefahr einer existenziellen Verzweiflung« (Doenges, Moorhouse et al. 2002).
<p><i>Pflegeergebnis</i> »Seelisches Wohlbefinden« (Johnson &amp; Maas 2005)</p> <p>Mögliche Indikatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausdruck von Vertrauen, Hoffnung, Bedeutung und Sinn im Leben, spiritueller Weltsicht, Gemütsruhe, Liebe, Versöhnlichkeit</li> <li>▪ Mystische Erfahrungen</li> <li>▪ Gebet</li> <li>▪ Anbetung/Verehrung</li> <li>▪ Teilnahme an spirituellen Riten und Austausch</li> <li>▪ Interaktion mit spirituellen Führern</li> <li>▪ Meditation</li> <li>▪ Ausdruck durch Gesang</li> <li>▪ Spirituelles Lesen</li> <li>▪ Verbundenheit mit dem eigenen Inneren</li> <li>▪ Verbundenheit mit anderen, um Gedanken, Gefühle und Glauben zu teilen</li> </ul>

*Pflegeintervention* »Unterstützung spirituell« (McCloskey & Bulechek 2000)

Mögliche Aktivitäten:

- Offen sein für Äußerungen der Patienten über Einsamkeit und Ohnmacht
- Unterstützen der Betreuung durch eine kirchliche Instanz nach Wunsch
- Fördern des Einsatzes von spirituellen Ressourcen, nach Wunsch
- Bereithalten der erwünschten spirituellen Gegenstände gemäß den Vorlieben des Patienten
- Benachrichtigen einer spirituellen Bezugsperson entsprechend des Wunsches von Patienten
- Nutzen der Methoden der Werteklassifikation, um den Patienten zu helfen, mit ihren Überzeugungen und Wertvorstellungen ins Reine zu kommen, falls angemessen
- Bereitschaft signalisieren, den Gefühlsäußerungen der Patienten zuzuhören
- Bekunden von Anteilnahme für die Gefühle der Patienten
- Unterstützen des Einsatzes von Meditation, Gebet und anderen religiösen Traditionen und Ritualen der Patienten
- Den Ausführungen der Patienten aufmerksam zuhören und ein Gespür für den richtigen Zeitpunkt für Gebete oder spirituelle Rituale entwickeln
- Den Patienten versichern, dass in Zeiten des Leidens jederzeit ein Pfleger zu ihrer Unterstützung bereitsteht
- Offen sein für Gefühle der Patienten über Krankheit und Tod
- Den Patienten helfen, Wut auf angemessene Weise zu artikulieren und abzubauen

*Pflegeintervention* »Entwicklungserleichterung: spirituell« (McCloskey & Bulechek 2000)

Mögliche Aktivitäten:

- Demonstrieren von fürsorglicher Präsenz und Trost, indem man Zeit mit dem Patienten, seinen Familienangehörigen und wichtigen Bezugspersonen verbringt
- Fördern einer Unterhaltung, die dem Patienten bei der Artikulierung seiner spirituellen Fragen hilft
- Beispielhaftes Aufzeigen von Fähigkeiten gesunder Verhaltensweisen und Denkleistungen
- Unterstützen des Patienten bei der Bestimmung von Hürden und Einstellungen, die sein Wachstum oder seine Selbstfindung behindern
- Veranlassen der Unterstützung eines Seelsorgers für Einzelpersonen und Gruppen, falls angemessen
- Ermutigen zur Teilnahme an Gottesdiensten oder speziellen Bet-/Studienprogrammen sowie zum Rückzug an bestimmte Zufluchtsorte
- Fördern der Beziehungen zu anderen in Bezug auf Partnerschaft und Dienstleistungen
- Ermutigen, an spirituellen Feiern und Ritualen teilzunehmen
- Ermutigen des Patienten, seine spirituelle Verpflichtung unter Berücksichtigung seiner Überzeugungen und Wertvorstellungen zu überprüfen
- Gewährleisten einer Umgebung, die eine meditative/kontemplative Einstellung zur Selbstreflexion fördert
- Unterstützen des Patienten, seine Überzeugungen in Verbindung mit der Heilung von Körper, Seele und Geist zu erforschen
- Verweisen an Unterstützungsgruppen, Selbsthilfegruppen oder andere spirituell fundierte Programme, falls angemessen
- Verweisen an einen Seelsorger/eine spirituelle Betreuungsperson, wenn es die Themen erfordern
- Veranlassen einer zusätzlichen Betreuung und Unterstützung in Verbindung mit Körper, Seele und Geist, bei Bedarf

## Diskussion und Schlussfolgerungen

Abschließende Aussagen über die theoretischen Hintergründe von Spiritualität sind zur Zeit nicht möglich. Dennoch sollten Pflegende in der Psychiatrie die spirituellen Bedürfnisse ihrer PatientInnen obligatorisch erfassen und einschätzen und die dafür erforderlichen Kompetenzen erwerben, weil Spiritualität ein bedeutsamer Gesundheitsfaktor ist.

## Literatur

- Bucher A** (2007) Psychologie der Spiritualität. Weinheim, Beltz
- Craig C, Weinert C, Walton J, Derwinski-Robinson B** (2006) Spirituality, chronic illness, and rural life. *Journal of holistic nursing* 24(1):27-35
- D'Souza R, Kuruvilla G** (2006) Spirituality, religion and psychiatry: its application to clinical practice. *Australasian psychiatry* 14(4):408
- Doenges ME, Moorhouse MF, Geissler-Murr AC** (2002) *Pflegediagnosen und Massnahmen*. (3 Aufl) Bern, Huber
- Fallot R** (2001) Spirituality and religion in psychiatric rehabilitation and recovery from mental illness. *International review of psychiatry* 13(2):110-116
- Harris K, Edlund M, Larson S** (2006) Religious involvement and the use of mental health care. *Health services research* 41(2):395-410
- Hill D** (2006) Sense of belonging as connectedness, american indian worldview, and mental health. *Archives on psychiatric nursing* 20(5):210-216
- Johnson M, Maas M** (2005) *Pflegeergebnisklassifikation (NOC)*. Bern, Huber
- Keupp H** (1997) *Ermütigung zum aufrechten Gang*. Tübingen, dgvt
- Koslender T, Arvidsson B** (2007) Patients' conceptions of how the spiritual dimension is adressed in mental health care: a qualitative study. *Journal of advanced nursing* 57(6):597-604
- Lawrence R, Duggal A** (2001) Spirituality in psychiatric education and training. *Journal of the royal society of medicine* 94:303-305
- McCloskey JC, Bulechek GM** (Hrsg) (2000) *Nursing Interventions Classification (NIC)*. (3 Aufl). St. Louis, Mosby-Year Book
- Mohr S, Gillieron C, Borrás L, Brandt P, Huguelet P** (2007) The assessment of spirituality and religiousness in schizophrenia. *The journal of nervous and mental disease* 195(3):247-253
- Mohr W** (2006) Spiritual issues in psychiatric care. *Perspectives in psychiatric care* 42(3):174
- Olbrich C** (2006) Spiritualität in der Bedeutung für die Pflege. *Pflege & Gesellschaft* 11(1):31-41
- Pesut B, Thorne S** (2007) From private to public: negotiating professional and personal identities in spiritual care. *Journal of advanced nursing* 58(3):1-8
- Ray S, McGee D** (2006) Psychiatric nurses' perspectives of spirituality needs during an amalgamation. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 13(3):330-336
- Risch J** (2005) Recognizing spirituality. *Journal of psychosocial and mental health services* 43(6):12
- Ritzert B** (2004) Spiritualität. *NOVA, Das Magazin der deutschen Schmerzliga*(4):6-11
- Salib E, Youakim S** (2001) Spiritual healing in elderly psychiatric patients: a case-control study in an egyptian psychiatric hospital. *Aging & mental health* 5(4):366-370
- Stevens Barnum B** (2002) *Spiritualität in der Pflege*. Bern, Huber
- Wienberg G** (2003) *Schizophrenie zum Thema machen*. Bonn, Psychiatrie-Verlag

# Projektbericht: Pflegekompetenz und Interdisziplinarität – Ein gemeinsamer Weg der Qualitätsentwicklung

Ursula Quiblier-Gantner, Elisabeth Reutimann

## Einleitung

Durch das Krankenversicherungsgesetz (KVG, 1996) in der Schweiz und den damit verbundenen Verordnungen sind ab Mitte der Neunzigerjahre in psychiatrischen Einrichtungen Massnahmen zur interdisziplinären Qualitätssicherung und –förderung lanciert worden [1]. Dies hatte unter anderem zur Folge, dass in vielen Einrichtungen Projekte zur Verbesserung der Patientenprozesse (Struktur- und Prozessqualität) initiiert wurden. Viele Kliniken generierten daraufhin aus den Bereichen der Pflegedienste personelle Ressourcen (Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten) für die Projektleitung und –organisation.

Im Psychiatrie-Zentrum Hard (PZH) werden seit 1999 Qualitätsprojekte durchgeführt, wobei die Projektorganisationen immer interdisziplinär ausgerichtet sind.

Das Psychiatrie-Zentrum Hard in Embrach betreibt 209 Betten. Die Klinik mit ihren stationären und ambulanten Diensten gewährleistet die psychiatrische Versorgung für 180'000 Einwohner und Einwohnerinnen des Zürcher Unterlandes. Zudem führt das PZH im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherungen Wohnheime und geschützte Arbeitsplätze für psychisch kranke Menschen, die eine Invalidenrente (IV) beziehen.

## Projekt Erarbeitung des interdisziplinären Patientenprozesses »Eintritt bis Austritt«

2004 erarbeitete im PZH ein interdisziplinäres Team im Auftrag der Geschäftsleitung ein neues Grobkonzept für den Bereich der stationären und ambulanten Alterspsychiatrie. Zum traditionellen Angebot der alterspsychiatrischen Akutstation konzipierte die Projektgruppe eine Demenzassessment-Station und eine Memory-Klinik.

Das Grobkonzept formulierte unter anderem für den interdisziplinären Behandlungsprozess der Altersakutstationen die erforderlichen Schritte von Eintritt bis Austritt nach Abderhalten [2]. Eine der zentralen Vorgaben

dieses Grobkonzeptes ist, dass der Patient oder die Patientin und die Angehörigen durch die Orientierung am Primärprozess in den Mittelpunkt aller Bemühungen gestellt werden [2]. Dies bedeutet, in der interdisziplinären Zusammenarbeit vom traditionellen Denken in Funktionen der Bereiche Medizin, Pflege, Psychologie, Sozialarbeit und Paramedizin Abschied zu nehmen und sich dem Denken in Prozessen zuzuwenden. Die patientenorientierte und interdisziplinäre Betrachtung des Patientenprozesses führte von der horizontalen zu einer funktionsübergreifenden Prozessorganisation [3]. Im Weiteren orientierte sich die Projektgruppe am interdisziplinären Qualitätsstandard »Drei kritische Elemente des Behandlungsprozesses: Aufnahme, Behandlungsvereinbarung und Austritt« [4].

Bestehende Organisationsgefässe und -abläufe, welche sich in der Praxis bis dahin bewährt haben, sind teilweise übernommen und im Kontext der neuen Anforderungen bezüglich Prozessoptimierung nach dem Ansatz »Good Practice« überarbeitet worden. »Good Practice« orientiert sich an erfolgreichen und anerkannten Richtlinien und berücksichtigt betriebliche Begebenheiten [5,6].

Da das Gerüst des Flowcharts aus dem bereits zertifizierten IV-Betrieb (Wohnheim für Psychisch Behinderte, ISO 9001:2000 und BSV/IV 2000) überzeugte, wurde es im Jahr 2005 als Raster zur Beschreibung der Teilprozesse übernommen.

Der Primärprozess »Eintritt bis Austritt« wurde in neun Teilprozesse gegliedert, in

- Triage (Zuweisung, Anmeldung auf Station, etc.)
- Eintritt / Eintrittsgespräch
- »Kleine Gemeinsame« (erster Kurzstandort mit Oberarzt, Assistenzarzt und pflegerischer Bezugsperson innerhalb von 24 Stunden)
- Interdisziplinärer Rapport (Information und Koordination des laufenden Behandlungs- und Pflegeprozesses)
- »Grosse Gemeinsame«
- Angehörigenkonferenz
- Standortbestimmung
- Interne Verlegung
- Austritt

Diese neun Teilprozesse sind mit den interdisziplinären Mitarbeitenden der Basis in Gruppenarbeiten von 12 x 2 Stunden (Bottom-up-Ansatz) ent-

wickelt worden, wobei die Anforderungs- und Ausführungskriterien immer wieder in Anlehnung an die Rahmenkonzepte von Abderhalden und Wengle [2,4] diskutiert und optimiert wurden. Zum Beispiel ist bei allen Teilprozessen bezüglich Patienten und Angehörigeninformation festgelegt worden, zu welchen Zeitpunkten Informationen über den Behandlungs- und Pflegeprozess erfolgen müssen und wer dafür zuständig ist. Die systematische Erarbeitung und Dokumentation der Teilprozesse in einer interdisziplinären Projektgruppe war für das PZH erstmalig.

### **Projekt Qualitätsmessung des Teilprozesses »Grosse Gemeinsame«**

Im Alterspsychiatrie-Grobkonzept ist festgehalten, dass ein Evaluationskonzept zu entwickeln und umzusetzen sei, um Effektivität und Effizienz der Teilprozesse zu überprüfen. Da eine Überprüfung aller Teilprozesse die zeitlichen und personellen Ressourcen bei weitem übertroffen hätten, beschränkte sich die Projektgruppe auf eine Qualitätsmessung des Teilprozesses »Grosse Gemeinsame«, wozu eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe unter der Leitung der Pflegeexpertin der Alterspsychiatrie gebildet wurde.

Die »Grosse Gemeinsame« ist eine in der Schweiz gebräuchliche Bezeichnung für eine interdisziplinäre Sitzung, in der die Assessments der verschiedenen Disziplinen zusammengeführt, die Diagnosen (ärztliche Diagnosen, Pflege diagnosen, psychosoziale Diagnosen) diskutiert und festgehalten werden und das Behandlungs- und Austrittsprozedere der Patientin oder des Patienten festgelegt wird. Sie sollte etwa 14 Tage nach Eintritt erfolgen. Hier wird auch die Kommunikationsstrategie für die Angehörigenkonferenz vorbesprochen, welche anschliessend stattfindet, wenn immer möglich im Beisein der Patientin oder des Patienten (ausgenommen z. B. schwerst demente Patientinnen und Patienten).

### **Ziel**

Die Kriterien des Teilarbeitsprozesses »Grosse Gemeinsame« werden auf der Mitarbeiterebene überprüft, um Stärken und Schwächen zu identifizieren für eine gezielte Qualitätsentwicklung.

### **Methodik**

Eine qualitativ hochstehende »Grosse Gemeinsame« bedingt neben der Gesprächsgestaltung in der Sitzung auch eine aktualisierte und gut geführte

ärztliche und pflegerische Dokumentation. Diese drei Faktoren wurden je einzeln mittels Fragebogen untersucht.

Für die Konstruktion der Fragebogen wurden die Anforderungs- und Ausführungskriterien in Anlehnung an das BAGE-Modell [7] operationalisiert. Strukturdimensionen wie Zeitpunkt und Dauer der »Grossen Gemeinsamen« wurden anhand der Anforderungskriterien der Teilprozessbeschreibung formuliert.

Der Fragebogen zur Beobachtung der »Grossgemeinsamen« wurde »Live«-Fragebogen genannt, da es sich um ein direktes Monitoring handelte. Von Februar bis Mai 2006 wurde der »Live«-Beobachtungsbogen jeweils nach einem Testlauf revidiert, bis Parallelbeobachtungen zu denselben Einschätzungen führten. Nach neunmaliger Anpassung wurde der Bogen praxistauglich. Für die Erhebung wurden neben einer Beobachterin aus der Arbeitsgruppe drei weitere Beobachter aus verschiedenen Fachbereichen der Klinik beigezogen. Die Beobachtenden wurden sorgfältig eingeführt, ihre ersten Ratings wurden durch eine erfahrene Beisitzerin kontrolliert.

Den Fragebogen der ärztlichen KIS-Dokumentationen erarbeitete das Arbeitsgruppenmitglied aus dem ärztlichen Bereich (Leitender Arzt Alterspsychiatrie) nach psychiatrisch-medizinischen Fachkriterien. Der Fragebogen für die KIS-Dokumentationen der Pflege wurde anhand des Messinstrumentes nach Müller-Staub [8] und dem internen Leitfadens Pflegeprozess PZH [9] von der Pflegeexpertin (Leiterin der Arbeitsgruppe Qualitätsmessung »Grosse Gemeinsame«) erstellt. Zudem mussten beide Dokumentationsfragebogen die Anforderungs- und Ausführungskriterien des Teilprozesses »Grosse Gemeinsame« abbilden. Es wurde ein Messerfüllungsgrad pro Item gemäss BAGE-Modell [7] von 80% festgelegt.

Auch diese beiden Fragebogen wurden in einem mehrstufigen Vorgehen auf ihre Praxistauglichkeit überprüft, der pflegerische durch die Pflegeexpertin Alterspsychiatrie, der ärztliche durch den Leitenden Arzt der Alterspsychiatrie.

Für die Beantwortung der Fragen sind 2-4 Antwortkategorien auf Ordinalniveau vorgegeben.

## Durchführung

Die Datenerhebung dauerte von Ende Juni bis Ende September 2006, also ca. drei Monate. Insgesamt beurteilten die Beobachter von den insgesamt 63 Eintritten in diesem Zeitfenster 30 Sitzungen des Teilprozesses »Grosse Gemeinsame« auf den beiden Stationen der Akut-Alterspsychiatrie (pro Station 15). Die entsprechende Überprüfung der pflegerischen KIS-Dokumentationen übernahm eine externe Pflegeexpertin, die der ärztlichen KIS-Dokumentationen der leitende Arzt der Alterspsychiatrie.

Die insgesamt 90 ausgefüllten Fragebogen wurden in ein Datenerfassungsprogramm eingegeben, in ein Statistikprogramm exportiert, deskriptiv aufbereitet und Grafiken erstellt.

## Ergebnisse

Die Auswertung der »Live«-Beobachtungen zeigten als Kernaussage Mängel im Zeitmanagement und im interprofessionellen fachlichen Austausch.

## Zeitmanagement

Nur gerade 6 von 30 »Grossen Gemeinsamen« fanden in den ersten 14 Behandlungstagen statt. Die Verspätungen lagen zwischen 2 bis 28 Tagen, im Durchschnitt (Median) 14 Tage.

Die »Grossen Gemeinsamen« dauerten im Durchschnitt (Median) 20 Minuten (Soll-Angabe im Teilprozess 30 Minuten). Die beiden Abteilungen unterschieden sich deutlich. Eine Station nutzte für den interdisziplinären Austausch meistens die ganzen 30 Minuten. Bei der anderen Station variierte er von 4 bis 20 Minuten.

Interprofessioneller fachlicher Austausch:

Die Vorbereitungsarbeit der anwesenden Disziplinen wurde als zufriedenstellend beurteilt.

Unbefriedigend wurde die Ausführung der Pflegeplanung wahrgenommen. In den meisten Fällen war anhand der Beiträge der Pflegenden unklar, ob die Pflegeplanung vorhanden war (13 mal keine, 11 mal grobe und 6 mal eindeutige Hinweise zur Pflegeplanung).

Das weitere Behandlungsprozedere wurde vom interdisziplinären Team meistens, zumindest grob, zusammengefasst (21 Fälle grob und 9 Fälle eindeutig).

Bei den Kriterien »Miteinbezug der Angehörigen« und »Entlassungsbedingungen« erreichte eine Station das Qualitätsziel von 80 %, die andere Station kam lediglich auf 66% (10 Fälle).

Eine Station beurteilte die Sitzungsqualität (Kriterien Leitung, Stimmung und Beteiligung der Teilnehmenden) als genügend, die andere als gut.

## Patientendokumentation

Die Patientendokumentationen wies vorwiegend Lücken im schriftlichen Pflegeprozess (pflegerische KIS-Dokumentationen) auf. Alle erfassten Pflegeprozessschritte erreichen den Qualitätserfüllungsgrad von 80% nicht. Einzig das Qualitätsziel »vollständig formulierte Pflegemassnahmen« wurde erreicht.

Die ärztlichen KIS-Dokumentationen wurden in praktisch allen untersuchten Aspekten für gut befunden. In den Bereichen »Beurteilung der Fremdgefährdung«, »bildgebende Verfahren«, »Familien- und persönliche Anamneseerfassung« zeigten sich noch Verbesserungsmöglichkeiten.

Die Arbeitsgruppe präsentierte im Dezember 2006 die Ergebnisse den beiden Behandlungsteams mit dem Auftrag, diese zu interpretieren und zu kommentieren. Ende Februar 2007 lagen die Rückmeldungen aus allen Disziplinen vor.

## Schlussfolgerungen

Diese Arbeit belegt, dass es möglich ist, einen kleinen Teil des komplexen Behandlungsablaufes gleichsam mit einer Lupe zu vergrössern und in Messdaten abzubilden. Der personelle und zeitliche Aufwand ist allerdings beachtlich.

Deutlich wurden Mängel im Zeitmanagement. So ist künftig darauf zu achten, dass die »Grosse Gemeinsame« innerhalb der vereinbarten Zeitspanne durchgeführt wird, da sich sonst die Aufenthaltsdauer unnötig verlängern kann.

In den interdisziplinären Austausch der »Grossen Gemeinsamen« gehören mündliche Zusammenfassungen aller Disziplinen. Diese sollten schriftlich in der Patientendokumentation festgehalten sein.

Bei der pflegerischen Dokumentation besteht Schulungsbedarf.

Die Projektgruppe entschied sich, die erfassten Schwachstellen mittels Qualitätszirkeln anzugehen. Sie sind mittlerweile installiert.

## Literatur

- [1] **Reubi, I.** (1998) Lernchance statt Kontrolle – Qualitätssicherung in einer Privatklinik für Akutpsychiatrie In: Hell D., Bengel J., Kirsten-Krüger M., (HSG) Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung – Modelle und Projekte in der Schweiz und in Deutschland. Basel Verlag Karger: S. 136-147.
- [2] **Abderhalden, Ch.** (1998) Strukturelle Rahmenbedingungen für einen interdisziplinären integrierten Pflegeprozess – Vortrag am 3. Europäischen Krankenpflegesymposium »Veränderte Krankenhausstrukturen – Chancen und Herausforderung für die psychiatrische Pflege«, 22. – 23. April 1998, Wiesloch, Deutschland.
- [3] **Etienne, M.** (2003) Einführung in das Management im Gesundheitswesen – »Change Management aus Sicht der Praxis am Beispiel ausgewählter Spitäler«. Gastvortrag an der Universität Bern [www.innopool.ch](http://www.innopool.ch).
- [4] **Wengle, Hp.** (2000) Qualitäts-Standards für die Stationäre Psychiatrie. Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte (SVPC).
- [5] **online Verwaltungslexikon** – Definitionen und Materialien. [www.olev.de](http://www.olev.de).
- [6] **Bartsch, G.** (2006) Neue Wege zu Good Practice – Partizipative Entwicklung von Kriterien für Good Practice. [www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=1939&type=infotext](http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=1939&type=infotext) 24.08.2007.
- [7] **Baartmans, P. und Geng, V.** (2006) Qualität nach Mass – Entwicklung und Implementierung von Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen. Bern Verlag Hans Huber
- [8] **Müller-Staub, M.** (5/2003). Entwicklung eines Instrumentes zur Messung pflegediagnostischer Qualität. PR-Internet.
- [9] **Muslimovic, H.; Reutimann, E. und Hüwel, R.** (2005). Leitfaden Pflegeprozess. [http://intranet-pzh/arbeitsgrundlagen/pflege-standards/leitfaden\\_pflegeprozess.pdf](http://intranet-pzh/arbeitsgrundlagen/pflege-standards/leitfaden_pflegeprozess.pdf).

## Die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit von Menschen mit psychischen Störungen im Rahmen der Pflegeversicherung

Bernhard Fleer

Seit Einführung der Pflegeversicherung wird kritisiert, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI pflegfachlich nicht state-of-the-art ist, weil er zu somatisch ausgerichtet ist und wesentliche Bereiche jenseits eines verrichtungsbezogenen Hilfe- und Pflegebedarfs nicht berücksichtigt werden.

Nach dem SGB XI sind Personen pflegebedürftig, »die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.« Dieser Pflegebedürftigkeitsbegriff misst Pflegebedürftigkeit an einem gesetzlich vorgegebenen Katalog von Verrichtungen aus den Bereichen der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Anhand dieses Katalogs werden Art, Häufigkeit und Umfang des Hilfebedarfs von Pflegebedürftigen seit 1995 auf der Basis von Zeitorientierungswerten festgestellt.

Tabelle Verrichtungen gesetzlich SGB XI

Körperpflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Waschen,</li> <li>▪ Duschen</li> <li>▪ Baden</li> <li>▪ Zahnpflege</li> <li>▪ Kämmen</li> <li>▪ Rasieren</li> <li>▪ Darm- und Blasenentleerung</li> </ul>
Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mundgerechte Zubereitung</li> <li>▪ Aufnahme der Nahrung</li> </ul>

Mobilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Selbständiges Aufstehen und Zu-Bett-Gehen</li> <li>▪ An- und Auskleiden</li> <li>▪ Gehen</li> <li>▪ Stehen</li> <li>▪ Treppensteigen</li> <li>▪ Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung</li> </ul>
Hauswirtschaftliche Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einkaufen</li> <li>▪ Kochen</li> <li>▪ Reinigen der Wohnung</li> <li>▪ Spülen</li> <li>▪ Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung</li> <li>▪ Beheizen</li> </ul>

Die erforderlichen Hilfeformen sind in §14, Abs 3 SGB XI wie folgt definiert: Anleitung und Beaufsichtigung, Unterstützung, teilweise und vollständige Übernahme von Verrichtungen des täglichen Lebens.

Psychische Erkrankungen und Behinderungen werden zwar als begründend für Pflegebedürftigkeit genannt; durch die Fokussierung der Ermittlung des Hilfebedarfs auf die Verrichtungen erfolgt aber eine Schwerpunktsetzung auf die somatischen Bereiche. Dies hat zur Folge, dass »psychiatrische Pflegebedürftigkeit« ohne verrichtungsbezogenen Hilfebedarf durch diesen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht abgebildet wird und damit der typische Hilfe- und Pflegebedarf dieser Klientel nicht adäquat erfasst werden kann. Pflegebedürftigkeit im psychiatrischen Sinn kann erst dann leistungsrelevant berücksichtigt werden, wenn die Beeinträchtigungen im psychischen und kognitiven Bereich sich auf die gesetzlich abschließend definierten Verrichtungen auswirken.

Bevor jetzt allerdings der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI als komplett ungeeignet verworfen wird, ist die unterschiedliche Ausrichtung und Zielsetzung der Pflegebedürftigkeitsbegriffe aus zwei möglichen Perspektiven zu diskutieren. Einerseits wird Pflegebedürftigkeit aus pflegfachlich-wissenschaftlicher Sicht und andererseits aus sozialrechtlicher Sicht definiert, wobei es sich bei der sozialrechtlichen Definition im SGB XI streng

genommen um die Festlegung des Pflegebedarfs handelt. Beide Konzepte von Pflegebedürftigkeit haben jeweils unterschiedliche Grundlagen und Zielsetzungen.

In der Pflegefachliteratur wird Pflegebedürftigkeit beschrieben als »... eine deskriptive Größe, in die die Einschränkungen eines Menschen, seine Potenziale und Ressourcen des sozialen Umfeldes mit einfließen. Sie ist Teil einer möglichst umfassenden Hilfebedürftigkeit eines Menschen und beschreibt »nur« die pflegerischen Probleme.« (3, 7). Pflegebedürftigkeit ist demnach umfassend zu erfassen und dient als Grundlage für die Erstellung einer umfassenden Ziel- und Maßnahmenplanung unter Einbeziehung des Klienten und seiner Angehörigen u.a. auf der Grundlage des Pflegeprozesses.

Ausgehend von einem umfassenden Begriff der Pflegebedürftigkeit lässt sich auch beschreiben, welche Aufgaben professionelle Pflege zu erfüllen hat und wie diese zu definieren ist. Nancy Roper beschreibt Pflege als »Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei grundlegenden Lebensaktivitäten«. Die ANA (American Nurses Association) definiert Pflege als »Diagnose und Behandlung menschlicher Reaktionen auf vorhandene oder potenzielle Gesundheitsprobleme« (5). Diese Definition wird weiter differenziert, indem vorhandene und potenzielle Gesundheitsprobleme beschrieben werden. So gehören zu den vorhandenen Gesundheitsproblemen: Krankheitsfolgen, Krankheitserleben, Funktionsstörungen, Einbußen im Alltagsleben, Beeinträchtigungen, Coping und Umgang mit Therapien. Als Reaktionen auf potenzielle Gesundheitsprobleme wird die Reaktion auf Gefährdungen und präventives Verhalten benannt.

Vor dem Hintergrund dieser Definition aus pflegefachlich-wissenschaftlicher Sicht wird der Unterschied zum SGB XI deutlich: Der sozialrechtliche Pflegebedürftigkeitsbegriff regelt den Zugang zu Sozialleistungen und soll eine gerichtsfeste Verteilung knapper Mittel sichern. »Der Begriff der Pflegebedürftigkeit im SGB XI ist so eng gefasst, weil aus Sicht der Gesetzgeber dieses Solidarsystems keine weiteren Mittel zur Finanzierung von Pflegebedürftigkeit aufzubringen seien.« (4). Somit wurde die Pflegeversicherung und der ihren Leistungen zugrundeliegende Pflegebedürftigkeitsbegriff von vornherein als eine Versicherung mit »Teilleistungscharakter« konzipiert, für die nur begrenzte finanzielle Mittel zur Verfügung stehen und woran sich der Leistungskatalog zu orientieren hat.

Pflegebedürftigkeit aus fachlich-wissenschaftlicher Perspektive orientiert sich an einem problem- und bedürfnisorientierten Ansatz, der sich in der Praxis häufig auf das Modell der Lebensaktivitäten (z.B. Roper, Krohwinkel u.a.) bezieht. Dieser fachlich begründete Pflegebedürftigkeitsbegriff ist sozialrechtlich schwer operationalisierbar. Der Gesetzgeber hat unter anderem auch deshalb den verrichtungsbezogenen Hilfebedarf als Auslöser von Leistungen nach dem SGB XI festgelegt (4).

Die Diskrepanz zwischen pflegefachlicher und sozialrechtlicher Definition von Pflegebedürftigkeit ist evident und nicht zu übersehen. Die sozialrechtliche Definition nach SGB XI hat erhebliche Auswirkungen im Sinne einer »Normsetzung« auf die Praxis der Pflege und hier insbesondere der Altenpflege, was nicht zuletzt der Verknüpfung mit ökonomischen Faktoren geschuldet ist.

Die Pflegestufenverteilung der Bewohner ist eine wesentliche ökonomische Größe für Pflegeeinrichtungen. Diese Pflegestufenverteilung spiegelt aber nicht 1:1 den tatsächlichen Pflegeaufwand, der für einen Pflegebedürftigen zu leisten ist wider, sondern nur deren »verrichtungsbezogenen« Anteil. So ist es durchaus möglich, dass z.B. in einer gerontopsychiatrischen Pflegeeinrichtung ein Bewohner mit Pflegestufe 0 einen deutlich höheren Aufwand z.B. an psychiatrischer Pflege im Sinne von allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung aufweist, als ein Bewohner mit der Pflegestufe II, der zwar eine höhere körperliche Pflegebedürftigkeit aufweist, im psychischen Bereich aber weniger stark eingeschränkt ist.

Eine Berliner Studie zu stationär versorgten Pflegebedürftigen kommt zu dem Schluss, dass: »Eine erhebliche Unterversorgung von Personen mit psychischen Störungen (...) nach Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes nicht unterstellt werden kann, denn der überwiegende Teil der in die Untersuchung einbezogenen Senioren mit schweren psychischen Störungen ist infolge der Multimorbidität auch körperbezogen pflegebedürftig und benötigt demzufolge körperbezogene Pflege, für die eine entsprechende Pflegestufe gewährt wird.« (2)

Der sozialrechtliche Pflegebedürftigkeitsbegriff hat – wie oben bereits dargestellt – unter anderem erhebliche Auswirkungen auf die Rahmenbedingungen, unter denen Pflege in den Einrichtungen, aber auch zuhause durch Angehörige stattfindet. Letztlich wird dadurch auch die Qualität der pfe-

gerischen Versorgung beeinflusst. Insbesondere erhält der hohe Anteil von Menschen mit Demenz, die von ihren Angehörigen zuhause betreut werden erst in einer fortgeschrittenen Krankheitsphase Leistungen der Pflegeversicherung.

Beispielhaft seien an dieser Stelle einige Verhaltensweisen und Symptome genannt, die typisch für Demenzerkrankungen aber auch für andere psychische Störungen sind: Apathie/sozialer Rückzug, Unruhe/Agitiertheit, Angst, Veränderungen des Tag-/Nachtrhythmus, Reizbarkeit, Weglauftendenzen, depressives Verhalten, Wahn/Halluzinationen, Veränderung des sozialen Verhaltens, Enthemmung, abnehmende verbale Kommunikationsfähigkeit. Die notwendigen Pflegeinterventionen unterscheiden sich deutlich von einer schwerpunktmäßig somatisch ausgerichteten Pflege.

In der Begutachtung durch den MDK können diese Einschränkungen nur dann berücksichtigt werden, wenn sie Auswirkungen auf die gesetzlich definierten Verrichtungen haben. Die gesetzlich verankerte Definition von Pflegebedürftigkeit ist die Basis für die Begutachtungs-Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen, nach denen der Versicherte von dem MDK-Gutachter zuhause begutachtet wird. Zentrale Elemente dieses Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind die gesetzlich abschließend definierten Verrichtungen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Zusätzlich muss der Versicherte einen Hilfebedarf im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung aufweisen. Durch diesen Verrichtungsbezug wird deutlich, dass zentrale Elemente psychiatrischer Pflege wie Beziehungsaufbau, Kommunikation oder auch eine so genannte »allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung« zur Gewährleistung von Sicherheit innerhalb des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach SGB XI, der sich streng auf die Verrichtungen bezieht, keine Rolle spielen. Diese Elemente werden bei der Begutachtung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) im ambulanten Bereich zwar berücksichtigt, Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen ist aber hier, dass mindestens erhebliche Pflegebedürftigkeit (also Pflegestufe I) und damit ein Mindestanteil an verrichtungsbezogenem Pflegebedarf nötig sein muss. Hinzu kommt, dass es sich bei der Leistung um einen vergleichsweise geringen, zweckgebundenen Betrag von bis zu 460,00 Euro jährlich für so genannte niederschwellige Betreuungsleistungen handelt, mit dem Ziel der Entlastung pflegender Angehöriger. In einer früheren Studie des MDS aus dem Jahr 1998 (6) wird nachgewiesen, dass für Personen

mit eingeschränkter Alltagskompetenz für die Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität ein erhöhter Bedarf an grundpflegerischen Hilfen und Unterstützung durch die Gutachter der MDK Berücksichtigung findet und vor allem die Hilfeformen Anleitung, Beaufsichtigung und Unterstützung charakteristisch höhere Pflegezeiten aufweisen. Bezogen auf die vom Gesetzgeber abschließend aufgezählten Verrichtungen bildet sich die erhöhte Pflegebedürftigkeit von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und damit auch der Demenz bereits heute beim somatisch ausgerichteten Pflegebedürftigkeitsbegriff pflegestufenrelevant ab. »Hierzu muss die Person aber, bedingt durch das Fortschreiten der Erkrankung, diesen körperbezogenen Hilfebedarf auch haben.« (1)

Die vorangegangenen Ausführungen sollen abschließend am Beispiel eines Patienten mit einer frontotemporalen Demenz illustriert werden. Bei dieser Form der Demenz liegen zunächst nur mäßige kognitive Einschränkungen mit einem geringen verrichtungsbezogenen Pflegebedarf vor.

Herr N. überschätzt seine eigene körperliche Leistungsfähigkeit und zeigt folgende Symptome, die Interventionen von Seiten der Pflegepersonen/Angehörigen erfordern: Er zeigt eine ausgeprägte nächtliche Unruhe zu unterschiedlichen Zeiten und schläft tagsüber und nachts nur stundenweise. Er stapelt nachts (aber auch manchmal tagsüber) Möbel von einem Zimmer in das andere. Oft zieht er sich an und möchte mit dem Auto nachts um zwei Uhr zur Arbeit fahren, wobei er bei allen körperlichen Aktivitäten seine Belastungsgrenzen nicht erkennt und rasch kurzatmig und erschöpft ist. Die nächtliche Unruhe mit dem beschriebenen Verhalten tritt fast jede Nacht auf. Zusätzlich zeigt Herr N. abwehrendes Verhalten gegenüber der Ehefrau, wenn diese ihn beruhigen will; wobei die Beruhigung aufwändig und belastend für die Ehefrau ist. Teilweise sind umfangreiche Einschlafrituale notwendig, um ihn zu beruhigen.

An diesem Beispiel zeigt sich, dass die Pflegebedürftigkeit von Herrn N. durch den Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI nicht abgebildet wird. Auch die Zeitbemessung für die Pflege und Betreuung ist in diesem Fall ein wenig geeignetes Maß zur Abbildung des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit.

Festzuhalten bleibt, dass Menschen mit psychischen Störungen, hier v.a. mit Demenzerkrankungen, durch die Pflegeversicherung benachteiligt werden,

weil deren spezieller Pflege- und Unterstützungsbedarf sich in der Definition des SGB XI nicht abbildet und damit nicht leistungsrelevant ist. Gelöst werden kann dieses Problem nur durch die Schaffung eines umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs, in dem auch die bisher nicht berücksichtigten Aspekte der Pflegebedürftigkeit von Menschen mit psychischen Störungen berücksichtigt werden. Die zahlenmäßig aktuell größte und in Zukunft weiter ansteigende Gruppe ist hierbei die der Menschen mit einer Demenzerkrankung. Ein erweiterter Pflegebedürftigkeitsbegriff erfordert dann auch die Abkehr vom bisherigen Begutachtungsverfahren und von den Zeitorientierungswerten als Bemessungsgrundlage für das Ausmaß von Pflegebedürftigkeit.

Hierzu hat das Bundesministerium für Gesundheit ein Modellvorhaben der Spitzenverbände der Pflegekassen initiiert, indem ein neues Begutachtungsverfahren entwickelt und konsentiert werden soll.

## Literatur:

1. **Brucker, U**, Pflegebedürftig mit Demenz . In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) Ethik und Recht. Bern: Huber, 2007, S. 41-57.
2. **Gutzmann, H., Metzler, P. Schmidt, K.H.** Werden psychische Erkrankungen in der Vergabe von Pflegestufen nach dem Pflegeversicherungsgesetz hinreichend berücksichtigt? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2000, S. 33 (494): 488
3. **Halek M, Bartholomeyczik, S.** et al. Wie misst man die Pflegebedürftigkeit? Hannover: Schlütersche, 2003
4. **Landtag Nordrhein-Westfalen:** Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-kommission des Landtags NRW. Düsseldorf: 2005, S. 29ff
5. **Sauter, D. Abderhalden, C.** et al. Lehrbuch psychiatrische Pflege. Bern: Huber, 2004
6. **Wagner A & Lürken, L.** Pflegebericht 1998. Essen: MDS, 1998
7. **Wingenfeld, K.** Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Handbuch Pflegewissenschaft. D. Schaeffer, Weinheim, München: Juventa: 2000, S. 339-361

# Qualifikationen und Kompetenzen in der psychiatrischen Pflege bei Pflegenden mit unterschiedlichem Ausbildungshintergrund

Manuela Grieser, Christoph Abderhalden

## Hintergrund

In vielen westeuropäischen Ländern implementierte man in den letzten Jahren neue Ausbildungsgänge im Pflegebereich. Diese Reformausbildungsgänge verfolgten zum einem das Ziel, die Pflegeausbildung mit einem höheren Bildungsniveau zu verlinken und damit die Bologna-Systematik zu integrieren, aber auch den immer steigenden Qualitätsansprüchen zu genügen. Die Schweiz war eines der letzten Länder, welches 2005 die Pflegeausbildung in einem höheren Bildungsbereich integrierte [11].

Seit dieser Bildungsreform gibt es eine dauerhafte Diskussion um die Berufsausbildung für psychiatrisch Pflegenden: spezifische Psychiatrie - Ausbildung versus generalistischer Ausbildung.

Ähnliche Diskussionspunkte sind auch aus Irland und Australien bekannt [14, 4, 2]

Auch in Deutschland stehen die wachsenden Anforderungen im Berufsfeld der psychiatrischen Pflege und der daraus resultierende hohe Kompetenzbedarf ausgebildeter Pflegefachpersonen im Zentrum der Diskussionen [10].

Wachsende Qualitätsanforderungen im Berufsfeld der psychiatrischen Pflege bedingen

(1) ausreichende Qualifikationen der Fachpersonen. Es ist jedoch bisher kein Instrument bekannt, welches die Qualifikationen von in der psychiatrischen Pflege tätigen Personen misst. Dies könnte auf die heterogenen Ausbildungsstrukturen [11] sowie heterogenen Berufsstrukturen in der Gesamtschweiz zurückzuführen sein.

(2) verbesserte Ausbildungsgänge. In der Schweiz hat man innerhalb zweier Bildungsreformen die traditionelle (psychiatrie-)spezifische Grundausbildung zugunsten einer generalistischen Ausbildung aufgegeben [12]. Der Entscheid für eine generalistische Ausbildung beruht auf der Annahme, dass gezielt vermittelte Schlüsselqualifikationen ein schnelles Einarbeiten in verschiedenen Praxisfeldern und ein Setting spezifischen Kompetenzerwerb ermöglichen. Dabei drehen sich die Diskussionen um die Frage, ob

generalistisch ausgebildete Pflegende über die für die psychiatrische Arbeit notwendige Voraussetzungen verfügen.

Der folgende Artikel stellt den Projektablauf vor:

## Fragestellung

Aus oben genannten Argumenten ergibt sich folgende Fragestellung

1. Welchen Ausbildungshintergrund und welche Qualifikationen haben die derzeit in psychiatrischen Einrichtungen der Schweiz tätigen Pflegenden?
2. Was sind psychiatriespezifische Pflege - Kompetenzen?
3. Über welche psychiatriespezifischen Kompetenzen verfügen Pflegefachpersonen mit unterschiedlichem Ausbildungshintergrund, die im psychiatrischen Berufsfeld tätig sind?

## Ziele

1. Es liegt ein Erhebungsinstrument vor, das für ein kontinuierliches Monitoring des Ausbildungshintergrunds und der Qualifikationen der in der psychiatrischen Versorgung tätigen Pflegenden eingesetzt werden kann.
2. Es liegt eine Liste von typischen psychiatriespezifischen Situationen vor, aus welchen sich Fachwissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten für in der Psychiatrischen Pflege tätigen Fachpersonen ableiten lassen.
3. Es liegt ein breit abgestütztes Instrumentarium vor, mit dem spezifisch psychiatriepflegerische Kompetenzen verlässlich und gültig gemessen werden können.

## Methodik

Das Projekt läuft in mehreren Phasen ab:

### Phase 1

Fragestellung: *Welchen Ausbildungshintergrund und welche Qualifikationen haben die derzeit in psychiatrischen Einrichtungen der Schweiz tätigen Pflegenden?*

Um diese Frage zu erarbeiten, werden Basisdaten über den Ausbildungshintergrund der aktuell in psychiatrischen Einrichtungen der deutschsprachigen Schweiz tätigen Pflegenden erhoben.

Diese Erhebung erfolgt mittels (elektronischem) Fragebogen in Zusammenarbeit mit der »Vereinigung der PflegedienstleiterInnen Psychiatrie« und dem »Netzwerk Pflegeforschung in der Psychiatrie«.

### Phase 2

Fragestellung: *Was sind psychiatriespezifische Kompetenzen?*

Um diese Frage beantworten zu können, muss vorerst das Problem bewältigt werden, dass es keinen gemeinsamen Ansatz oder eine übereinstimmende Definition für den Kompetenzbegriff gibt [13].

Wir haben uns für die Definition von Le Boterf entschieden: »Jemand verfügt über eine bestimmte, konkrete Ausprägung von Kompetenz, wenn er/sie in der Lage ist, eine bestimmte Situation befriedigend zu bewältigen« [7,8].

In teilstrukturierten Interviews mit N=50 aktiven Berufsleuten aus der psychiatrischen Pflege und deren Nachbarprofessionen sowie ehemaligen Patienten und Angehörigen werden 60-80 Praxis - Situationsbeschreibungen erhoben. Bei den Interviews kommt die Critical incident Technik zur Anwendung [3]. Diese Technik erscheint aus verschiedenen Gründen passend für die Situationserhebung:

*»By an incident is ment any observable human activity that is sufficiently complete in itself to permit inferences and predictions to be made about the person performing the act« [3].*

- Man kann mittels dieser Technik Handlungen entdecken, die so prägnant und bedeutsam sind, dass sie dadurch auch Aussagen über späteres Verhalten ermöglichen.

*»To be critical, an incident must occur in a situation where the purpose or intent of the act seems fairly clear to the observer and where ist consequences are suffeciently definite to leave little doubt concerning ist effects« [3].*

- die Technik forciert, dass klare Situationen und klare Reaktionen beschrieben werden.

Die geschilderten Praxissituationen werden transkribiert, inhaltlich ausgewertet und zur Validierung mit den Interviewpartnern besprochen.

Es folgt ein Experten – Workshop, welcher nach dem Grund- Konzept von DACUM »developing a curriculum« [1] ablaufen wird und für unsere Zwecke leicht abgewandelt wird:

- der Workshop wird mit aktiven praxiserfahren Berufsleuten durchgeführt; die professionellen Interviewpartner werden hierzu eingeladen
- die Resultate der Diskussion werden graphisch festgehalten, sodass sie immer wieder angepasst werden können
- der Workshop wird von einem neutralen Moderator geleitet und durch Beobachter begleitet
- gearbeitet wird mit der Nominal Group Technik (Gruppenkonsensverfahren)
- die beschriebenen Praxis-Situationen werden in ein Rangrating gebracht
- Ziel ist es, aus den beschriebenen Situationen Kompetenzbereiche zu definieren – »duties«; beobachtete Aktivitäten mit einem definierten Anfang und einem definierten Ende zu beschreiben – »tasks« (Aufgaben); das für die Situation nötige Fachwissen zu beschreiben – »knowledge« und die notwendigen Fertigkeiten zu beschreiben – »skills«

### Phase 3

Fragestellung: *Über welche psychiatriespezifischen Kompetenzen verfügen Pflegefachpersonen mit unterschiedlichem Ausbildungshintergrund, die im psychiatrischen Berufsfeld tätig sind?*

Um diese Frage zu beantworten, wird ein Instrument konstruiert, welches psychiatrische Kompetenzen messen kann. Hierfür eignet sich das OSCE »Objektiv strukturiertes klinisches Examen« [9,5]. Basis für die Konstruktion des OSCE liefern die Praxis – Fallbeschreibungen, welche im Rangranking auf 20 wichtige reduziert wurden. Im OSCE werden die 20 Fälle mittels SimulationspatientInnen (Schauspielern) nachgestellt und müssen von Fachpersonen durchlaufen werden. Die »Prüflinge« werden mittels standardisierter Checklisten bewertet. In einer ersten Testphase wird das OSCE auf seine Qualitätskriterien (Reliabilität, Validität etc.) überprüft. Anschließend wird diese Prüftechnik bei Psychatriepflegepersonen mit unterschiedlicher Berufserfahrung angewendet.

## Ergebnisse

Erste Ergebnisse zu der Forschungsfrage »Was sind psychiatriespezifische Kompetenzen?« werden im Kongress- Vortrag vorgestellt und diskutiert.

## Literatur:

1. **DACUM Org.** (2001). DACUM, [www.dacum.org](http://www.dacum.org)
2. **Farell, G., & JM, C.** (1996). Who cares for the mentalla ill? Theory and Practice hours with a mental illness focus in nursing curricula in Australia universities. *Aust NZJ Mental Health Nursing*, 5.
3. **Flanagan, J. C.** (1954). The Critical Incident Technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327-358.
4. **Grant, A.** (2006). Undergraduate psychiatric nursing education at the crossroads in Ireland. The generalist vs. specialist approach: towards a common foundation. *J Psychiatr Ment Health Nurs.*, 13, 722-729.
5. **Hodges, B., Glenn, R., McNaughton, N., Tiberius, R., & Mark, H.** (1999). OSCE Checklists do not capture increasing levels of expertise. *Academic Medicine*, 74(10), 1129-1133.
6. **Kaiser, H.** (2005). *Wirksame Ausbildungen entwerfen* (Vol. 1. Auflage). Bern: h.e.p. Verlag AG.
7. **Le Boterf, G.** (1994). *De la competence. Essai sur un attracteur etrance.* Paris: Les editions d Organisation.
8. **Le Boterf, G.** (1998). *De la competence a la navigation professionnelle.* Paris: Editions d Organisation.
9. **Newble, D.** (2004). Techniques for measuring objective structured clinical examinations. *Medical Aducaation*, 38, 199-203.
10. **Schulz, M.** (2003). Rekonzeptionalisierung als wesentliches Element einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Pflege. *Pflege und Gesellschaft*, 4.
11. **Spitzer, A., & Perrenoud, B.** (2006). Reforming the Swiss nurse education system: a policy review. *Int J Nurs Stu*, 44, 624-634.
12. **Steffen, A., & Bürki, C.** (2005). Projekt NBS: Neue Bildungssystematik in den Gesundheitsberufen. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Erziehungsdirektion des Kantons Bern.
13. **Storey, L., Howard, J., & Gillies, A.** (2002). *Competency in Healthcare: A Practical Guide to Competency Frameworks.* Oxford: Radcliffe Publishing.
14. **Stuhmiller, C.** (2005). Rethinking mental health nursing education in Australia: A case for direct entry. *Int J Ment Health Nurs*, 14, 156-160.

# Die Implementierung von Pflegeprozessinstrumenten – Auswirkungen auf die Abbildung des Pflegeprozesses in der Pflegedokumentation – eine quantitative Studie

Peter Müller-Schuh

## Einleitung

Kompetentes pflegerisches Handeln scheint heute ohne prozesshafte Darstellung nicht mehr vorstellbar: »Geplante Pflege (ist)...unabdingbarer Bestandteil fachkompetenten beruflichen Handelns.«<sup>1</sup>

In der Disziplin Pflege ist der Pflegeprozess heute formell ein Sinnbild für berufliche Kompetenz, ein »essentielles Kennzeichen professionellen Pflegehandelns.«<sup>2</sup>

Aus einem Forschungsbericht des MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) geht jedoch hervor, dass die Mehrzahl der MDK's (Medizinische Dienste der Krankenkassen) »einen zum Teil erheblichen Handlungsbedarf hinsichtlich der Anwendung und Umsetzung des Pflegeprozesses«<sup>3</sup> sehen. Die gelungene Umsetzung des Pflegeprozesses bleibe, trotz aller Bemühungen, hinter den Erwartungen zurück.

Der Pflegeprozess »wird nicht ....als analyse- und handlungsleitendes Instrument des pflegerischen Handelns begriffen. In einer vorwiegend auf mündlicher Kommunikation fixierten Kultur ist die Notwendigkeit, schriftliche Notizen anzulegen, nichts als ein Ärgernis. Als wirkungslos empfundene Kommunikationssysteme werden mit der Zeit, wenn überhaupt, nur noch pro forma weitergeführt.«<sup>4</sup>

Betont wird darüber hinaus, dass Einrichtungen, die bereits mit dem Instrument Pflegeprozess arbeiten, höhere Qualität der Pflegeleistungen sowie gesteigerte Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter belegen können.

Die Pflegedirektion der KPPM (Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie Merxhausen) sah aufgrund oben beschriebener Problematik die Notwendigkeit der Veränderung des Umgangs mit der Pflegedokumentation der Klinik. In einem ersten Veränderungsschritt wurden deshalb verschiedene, auf dem Pflegeprozessmodell nach Fiechter/Meier basierende Pflegeprozessinstrumente eingeführt (1. Assessmentinstrument, aufgebaut auf den 13 Domänen der NANDA Taxonomie 2; 2. Pflegeplanungsinstrument, mit Problem/Ressourcenteil (bzw. Pflegediagnosen), Pflegezielen, pflegerischen

Maßnahmen, Evaluationsteil). Diese Veränderung sollte gleichzeitig die Vorbereitung für die Einführung von Pflegediagnosen nach NANDA sein. Dabei sollte die Einführung der Instrumente wissenschaftlich begleitet werden. Ziel der Forschungsbegleitung war es, die Auswirkungen der Einführung dieser Pflegeprozessinstrumente auf die Pflegedokumentation in der KPPM zu verschiedenen Zeitpunkten zu beschreiben und zu bewerten, um durch einen Vergleich zu verschiedenen Zeitpunkten (vor, während und nach der Einführung der Instrumente) eine eventuelle Veränderung der Nutzung dieser Instrumente messen zu können.

Mit der Forschungsbegleitung wurde eine Studiengruppe des Studiengangs Pflege der FH Jena beauftragt.

## Problemdarstellung

Der MDK Berlin-Brandenburg kam in einer Studie<sup>5</sup> zu folgenden Ergebnissen bezgl. der wesentlichen Probleme des dokumentierten Pflegeprozesses:

- Keine konkrete Darstellung geplanter Ziele und Maßnahmen
- Unnötige Mehrfachdokumentationen finden statt
- Keine konkreten Angaben zu Gewohnheiten und Interessen der Patienten
- Planung und Nachweise der sozialen Betreuung fehlen
- Kooperation und Kommunikation innerhalb des Therapeutischen Teams wird nicht dokumentiert

Verbesserungspotential sieht die Studie des MDK in folgenden Bereichen:

- Zielgerichtete Nutzung von Pflegeanamnesen
- Aktualisierung der Pflegeplanungen einschließlich konkreter Zielangaben
- Nachweisführung
- Evaluierung der Wirksamkeit der geplanten und durchgeführten Maßnahmen und der Einschätzung des Zielerreichungsgrades
- Übertragung und Wahrnehmung von Verantwortung durch Implementierung eines Bezugspflegesystems
- Kontinuierliche Schulung und Anleitung aller Mitarbeiter hinsichtlich:
  - Pflegeprozess
  - Risikoerkennung
  - Umgang mit erkannten Risiken

<sup>1</sup>Schewior-Popp, S.: a.a.O. S. 168, <sup>2</sup>Weidner F.: a.a.O. S 85, <sup>3</sup> Brucker, U.et. al.: a.a.O. S 3, <sup>4</sup>Johns, C.: a.a.O. S. 264

<sup>5</sup> MDK Berlin-Brandenburg e. V.: a.a.O.

## Literaturanalyse

Vor dem Hintergrund der Studien des MDS und des MDK war es das Ziel der zu Beginn des Forschungsauftrages vollzogenen Literaturrecherche und -analyse, wesentliche Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit dem Pflegeprozess zu bestimmen und eine fundierte Ausgangsbasis für die Konstruktion der wissenschaftlichen Fragestellungen zu erlangen. Damit liegt der Literaturanalyse die Vermutung zugrunde, dass aus der Fachliteratur die theoretischen Grundlagen der Forschung abzuleiten sind, die den aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstand wiedergeben und in ihrer Summe die Komplexität der Abbildung des Pflegeprozesses in der Pflegedokumentation beschreiben.

### Auszug aus der Literaturanalyse Zum Begriff des Pflegeprozesses

Die Autorinnen Fiechter und Meier definieren in ihrem Standardwerk den Pflegeprozess folgendermaßen:<sup>6</sup>

»Der Krankenpflegeprozess hat zum Ziel, auf systematische Art und Weise dem Bedürfnis des Patienten nach pflegerischer Betreuung zu entsprechen. Der Krankenpflegeprozess besteht aus einer Reihe von logischen, voneinander abhängigen Überlegungs-, Entscheidungs- und Handlungsschritten, die auf eine Problemlösung, also auf ein Ziel hin, ausgerichtet sind und im Sinne eines Regelkreises einen Rückkopplungseffekt (Feedback) in Form von Beurteilung und Neuanpassung enthalten. Der Krankenpflegeprozess kann als Regelkreis mit sechs Schritten dargestellt werden.«<sup>7</sup>

»Das Resultat der Pflege wird am Pflegeziel gemessen. Wenn das Ziel erreicht wird, ist der Vorgang beendet. Wenn aber Abweichungen vom gesetzten Ziel vorkommen oder neue Probleme auftreten, beginnt der ganze Prozess von Neuem. Es müssen zusätzliche Informationen gesammelt werden, Probleme und Ziele neu formuliert und die Maßnahmen entsprechend angepasst werden.«<sup>8</sup>

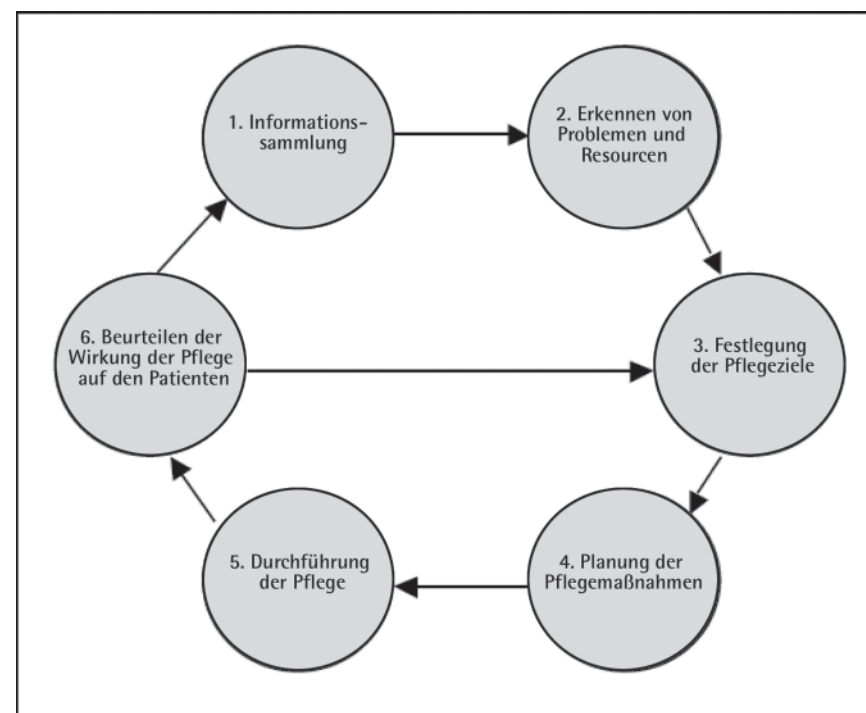


Abbildung 1: Der Pflegeprozess nach Fiechter/ Meier<sup>9</sup>

## Darstellung des Forschungsprozesses

Die Studie sollte im Sinne einer Längsschnittuntersuchung die Abbildung des Pflegeprozesses in der Pflegedokumentation der KPPM zu verschiedenen Zeitpunkten untersuchen.

Diese auch Paneldesign genannte Strategie «bezeichnet eine Untersuchungsanordnung, die an denselben Untersuchungsobjekten dieselben Variablen (mit denselben Operationalisierungen) zu verschiedenen Zeitpunkten erhebt.»<sup>10</sup>

Durch den Vergleich der Messungen lassen sich Veränderungen in der Gesamtheit der Versuchsobjekte (Pflegedokumentationen) beschreiben.

Eine solche Veränderung wird als »Nettoveränderung« bzw. »net change« bezeichnet. Bei diesem Verfahren handelt es sich um ein nicht-reaktives Messverfahren, da »eine Rückwirkung der Erhebung auf die Reaktion der

<sup>6</sup>Fiechter, V.; Meier, M.: a.a.O. S. 27, <sup>7</sup>Fiechter, V.; Meier M.: a. a. O., 1993, S. 3,

<sup>8</sup>Fiechter, V.; Meier M.: a. a. O., 1993, S. 4

<sup>9</sup> Fiechter, V.; Meier M.: a. a. O., 1993, <sup>10</sup> Schnell, S. et. al: a. a.O. S. 238,

[dokumentierenden] Personen weitgehend ausgeschlossen werden kann.«  
<sup>11</sup>Forschungsschwerpunkt ist die rein quantitative Beschreibung und Beurteilung der Auswirkungen der Einführung von Pflegeprozessinstrumenten auf die Pflegedokumentation der KPPM.

Zur Untersuchung der Abbildung des Pflegeprozesses wurden Dokumentenanalysen der Pflegedokumentation durchgeführt, die zu verschiedenen Zeitpunkten erfolgten.

### **Forschungsziel**

Das Ziel der Studie bestand darin, die Auswirkungen der Einführung von Pflegeprozessinstrumenten auf die Pflegedokumentation in der KPPM zu verschiedenen Zeitpunkten zu beschreiben und zu bewerten.

### **Forschungsfragen**

1. Wie ist der Pflegeprozess vor der Einführung der Pflegeprozessinstrumente in der Pflegedokumentation der KPPM abgebildet?
2. Wie wirkt sich die Implementierung von Pflegeprozessinstrumenten auf die Darstellung des Pflegeprozesses in der Pflegedokumentation der KPPM aus?

### **Forschungsverlauf**

Beruhend auf Forschungsziel und Forschungsfragen entwickelte die Forschungsgruppe ein Forschungsinstrument, das dazu dienen soll die Forschung zielgerichtet durchzuführen und die Fragestellung der Studie zu beantworten.

Geplant waren folgende Zeitpunkte zur Ermittlung des Zustandes der Pflegedokumentation der KPPM:

Ermittlung des Zustands der Pflegedokumentation vor Einführung der Pflegeprozessinstrumente:

Januar 2006– März 2006: Analyse des Ist-Zustandes zum Stichtag 15.03.2005

Ermittlung des Zustands der Pflegedokumentation während der Einführung der Pflegeprozessinstrumente

Juni/ Juli 2006

<sup>11</sup>Schnell, S. et. al: a. a. O. , 2005, S. 414

### **Untersuchungsstrategie**

Um zu einer Beantwortung der Forschungsfragen zu gelangen, wurde folgendermaßen vorgegangen:

Die Projektgruppe entwickelte ein Dokumentationsanalyseinstrument, das anhand der Phasen des sechsschrittigen Pflegeprozessesmodells nach Fiechter und Meier systematisch dessen Abbildung in der Pflegedokumentation der KPPM untersucht.

Als Forschungsinstrument wurde ein Dokumentationsanalyseinstrument entwickelt, das die Abbildung des Pflegeprozesses nach Fiechter und Meier in der Pflegedokumentation der KPPM analysieren soll. Die von vielen Autoren geforderte Prozesshaftigkeit der Pflege soll mit diesem Analyseinstrument untersucht und auf Vollständigkeit überprüft werden. Der Aufbau des Instruments folgt konsequenterweise den Phasen des Pflegeprozesses nach Fiechter und Meier.

Forschungsfrage 1:

Wie ist der Pflegeprozess vor der Einführung von neuen Pflegeprozessinstrumenten in der Pflegedokumentation der KPPM abgebildet?

Um die Abbildung des Pflegeprozesses in der Pflegedokumentation zu einem Zeitpunkt vor der Einführung von neuen Pflegeprozessinstrumenten zu analysieren, wurden Pflegedokumentationen im Archiv der KPPM vor Einführung dieser Instrumente anhand des Analyseinstruments (46 Items) untersucht.

Forschungsfrage 2:

Wie wirkt sich die Implementierung von Pflegeprozessinstrumenten auf die Darstellung des Pflegeprozesses in der Pflegedokumentation der KPPM aus?

In einem zweiten Untersuchungsschritt (während der Einführungsphase der neuen Instrumente) wurden eine gleiche Anzahl Pflegedokumentationen anhand des Analyseinstruments (46 Items) untersucht und zwar zu einem Zeitpunkt, als bereits das Assessmentinstrument (nach den Domänen der NANDA Taxonomie 2) und die Pflegeplanung eingeführt war.

## Zusammenfassung der Ergebnisse

Bei der Auswertung der Ergebnisse wurde der Focus auf die prozesshafte Darstellung der Pflegedokumentation gelegt. Deshalb wurden bei der Darstellung der Ergebnisse besonders Items aus dem Analyseinstrument ausgewählt, die das Vorhandensein von bzw. die Abhängigkeit der sechs Phasen nach Fiechter und Meier voneinander deutlich machen, d.h. solche Items, die die Vollständigkeit und die Folgerichtigkeit des Ablaufs des Pflegeprozesses darstellen.

Die erste Untersuchung, vor der Einführung der Pflegeprozessinstrumente, bestätigte die Kritik der Krankenkassenverbände. Assessments, wenn überhaupt vorhanden, wurden nur wenig genutzt; Pflegeprobleme, die Pflege überhaupt erst notwendig machen, wurden nur in der Hälfte der untersuchten Dokumentationen ermittelt; Patientenressourcen schienen nicht im Focus der Pflegepraxis zu stehen. Ziele waren zwar in der Mehrzahl der Fälle formuliert, diese Ziele waren aber nur in einem geringen Teil der Fälle Pflegeziele. In der überwiegenden Anzahl der untersuchten Dokumentationen wurden zwar Maßnahmen geplant, diese waren jedoch meist nicht zielbezogen, häufig nicht einmal pflegerische Maßnahmen. Bei der Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen wurde in der ersten Untersuchung ein sehr hoher Anteil der Dokumentation durchgeführter Maßnahmen gefunden. Hier sind jedoch auch die nichtpflegerischen Maßnahmen enthalten. Eine Evaluation geplanter Pflege erfolgte nur in der Hälfte der untersuchten Dokumentationen.

Die zweite Untersuchung erfolgte nach der Einführung des Assessment- und Pflegeplanungsinstrumente. Hier konnten in den ersten vier Schritten des Pflegeprozesses erhebliche Verbesserungen festgestellt werden. Der erhebliche Anteil der untersuchten Prozessdokumentationen beruhte nun auf dem Assessmentinstrument, der Anteil erhobener pflegerischer Probleme hatte sich sogar verdoppelt, Patientenressourcen wurden aber weiter sehr vernachlässigt. Der Anteil der benannten Pflegeziele hatte sich sogar verdreifacht, eine Maßnahmeplanung erfolgte in über 80% der untersuchten Dokumentationen. Ein deutlicher Bruch in der prozesshaften Darstellung der Pflegedokumentation wurde in der Maßnahmendurchführungsdokumentation gefunden. Hier wurden in nur noch einem Viertel aller Dokumentationen Pflegemaßnahmen dokumentiert. Die Evaluation geplanter Pflege wurde auch hier nur in der Hälfte der untersuchten Dokumentationen gefunden.

## Gesamtbeurteilung

Insgesamt war der Pflegprozess in der Pflegedokumentation der KPPM zum Stichtag 15.03.2005 nicht durchgängig dargestellt. Die fehlende Prozesshaftigkeit wird in fast allen Phasen deutlich, Im Rahmen des Prozessschrittes 5 (Durchführung der Pflege) scheint dies nicht der Fall zu sein. Hier wurde weitaus häufiger die Maßnahmedurchführung dokumentiert, als bei Untersuchung zwei festgestellt wurde. Dieses unerwartete Ergebnis ist aber darauf zurückzuführen, dass standardisierte, auch nichtpflegerische Behandlungsmodule mit in der Dokumentation der pflegerischen Maßnahmedurchführung Berücksichtigung fanden.

Insgesamt scheint sich die Einführung des Assessmentinstrumente nach den Bereichen der NANDA Taxonomie 2 und des Instruments zur Pflegeplanung, im Sinne einer prozesshaften Abbildung der Pflege in der Pflegedokumentation, positiv auf die Phasen 1 (Informationssammlung), 2 (Erkennen von Problemen und Ressourcen) ,3 (Festlegen der Pflegeziele) und 4 (Planen der Pflegemaßnahmen) des Pflegeprozesses nach Fiechter und Meier ausgewirkt zu haben.

Die Darstellung der Phasen 5 (Durchführung der Pflege) und 6 (Beurteilung der Pflegewirkung) zeigen keine positive Veränderung.

Die scheint darauf zurückzuführen zu sein, dass Instrumente zur Dokumentation dieser Phasen lückenhaft genutzt werden, wie im Falle der Verlaufskontrolle, oder aber gänzlich fehlen, wie im Falle der Durchführungsdokumentation.

## Ausblick

Die gesamte Untersuchung zeigt, dass die eingeführten Pflegeprozessinstrumente dazu dienen können, den Pflegeprozess in der Dokumentation deutlicher abzubilden. Zu einer umfassenden Darstellung reichen aber die bisher eingeführten Instrumente nicht aus. Die Ergebnisse der Untersuchung weisen darauf hin, dass die Einführung weiterer Instrumente des Pflegeprozesses notwendig ist, um den gesamten Prozess durchgängig abzubilden. Hier wären besonders Maßnahmedurchführungsinstrumente zu nennen. Darüber hinaus scheint es notwendig, die Ressourcenorientiertheit der pflegerischen Dokumentation (und damit des pflegerischen Handelns?) zu fördern.

Insgesamt scheint eine Schulung zum Sinn des Pflegeprozesses und dessen dokumentarischer Darstellung notwendig, um fehlende Dokumentationen trotz vorhandener Erfassungsinstrumente zu beseitigen.

Die Forschungsarbeit entstand im Rahmen einer Projektarbeit der FH Jena, Fernstudiengang Pflege durch die Projektgruppe; Peter Müller-Schuh, Ralf Quade, Matthias Schubert

## Literaturverzeichnis

- Brucker, U.** et. al. (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege. Essen
- Fiechter, V.; Meier, M.** (1993): Pflegeplanung, 9. Auflage Basel, Reclam
- Johns, C.** (2004): Selbstreflexion in der Pflegepraxis. Bern, Verlag Hans MDK Berlin-Brandenburg e. V.  
(2006): Erfahrungen aus Qualitätsprüfungen zum Pflegeprozess und dessen Dokumentation, MDK 44-2
- Schewior-Popp, S.** (1998): Handlungsorientiertes Lehren und Lernen in Pflege und Rehabilitationsberufen. Stuttgart, New York, Georg Thieme Verlag
- Schnell, S.** et. Al (2005): Methoden der empirischen Sozialforschung, 7. Auflage, München, Oldenbourg Verlag
- Weidner F.** (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Frankfurt/Main, Mabuse-Verlag Huber

## Posterpräsentation

### **Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen oder**

### **Das Gras wächst nicht schneller wenn man daran zieht**

Marie Boden, Doris Rolke

Im März 2008 wird im Psychiatrie-Verlag ein unter dem gleichnamigen Titel ein Manual für Gruppenmoderation erscheinen, welches aus der Praxis entstanden ist. Das Buch richtet sich an das multiprofessionelle Behandlungsteam allgemeinpsychiatrischer Kliniken. Es eignet sich zur Vermittlung von Stabilisierungstechniken und Krisenbewältigung für Gruppen im Rahmen der stationären / teilstationären und ambulanten Behandlung. Es ist eine Arbeitsgrundlage aus der Praxis für die Praxis.

Es kann auch in Heimen, Wohngruppen und in ambulant betreutem Wohnen eingesetzt werden.

Bei fortgeschrittenen Teilnehmern wäre durchaus eigenständiges Erarbeiten und Anwenden einzelner Arbeitsblätter und Übungen denkbar.

Es empfiehlt sich für Einzeltherapeuten, die für relevante Themenkomplexe entsprechendes Material einsetzen können.

Allgemein kann es für Menschen in Krisen (vielleicht auch Mitarbeiter, die sich ausgebrannt fühlen), eine Anregung und Anleitung zur Krisenbewältigung sein.

Für den mittelfristigen Bereich Epilepsie und geistige Behinderung kann das Buch Anregung sein, die Arbeitsblätter bedürften dann einer entsprechenden Modifikation.

Die Gruppe ist im klinischen Kontext entstanden und wird als Stabilisierungsgruppe angeboten. Sie füllt eine Lücke im Therapieangebot der allgemeinpsychiatrischen Behandlung, die sich schwerpunktmäßig mit Diagnosen, Krankheit, Frühwarnzeichen und dem Abklingen der psychotischen Symptome befasst. Wahrscheinlich wird zu selten ausführlich über die innere Not, Sinn- und Hoffnungslosigkeit und die Instabilität im gesamten Lebensgefüge gesprochen.

Die theoretischen Grundlagen der Stabilisierungsgruppe basieren auf einem ressourcenorientierten Ansatz der Dialektisch-Behavioralen-Therapie (DBT) nach Marsha Linehan mit Integration von Imaginationstechniken nach Luise Reddemann, euthymer Therapie nach Rainer Lutz und Eva Koppenhöfer, Spiritualität, verschiedenen Entspannungs- und Atemübungen und poetischer Begegnung mit Literatur.

Das Manual enthält die Vermittlung der theoretischen Grundlagen, führt die Themenblöcke ein und enthält Anleitung für die einzelnen Gruppenstunden, entsprechende Arbeitsblätter und Übungen.

Das Arbeiten mit dem Buch ermöglicht eine besondere Auseinandersetzung mit schwierigen Lebensthemen und führt kleinschrittig und behutsam an sie heran.

Das Hauptanliegen ist, dass die Teilnehmer zu ihren persönlichen Bedürfnissen zurückfinden. Krisen können als Reifungsprozess genutzt werden, Selbstvertrauen lässt sich stärken und Selbstheilungskräfte können mobilisiert werden.

In der Stabilisierungsgruppe ist speziell zu beachten, dass bei psychosekranken Menschen nach Abklingen der Akutphase oft die schmerzhaft freie Sicht auf eine unerträgliche Leere im normalen Leben entsteht. Dafür enthält das Manual ein hilf- und facettenreiches Angebot, sodass stationäre Patienten ihre persönlichen Hilfsstrategien bereits während des Klinikaufenthaltes anwenden, ambulante Teilnehmer sind, wie die sechsjährige Praxis gezeigt hat, durch die Teilnahme weniger, kürzer oder gar nicht in stationärer Behandlung.

Und manchmal taucht in der Gruppe ein Gefühl auf, dass es eine sehr feine, fast nicht sichtbare Wirkung gibt – vielleicht weil ein Hauch von Lebensfreude spürbar

# Individuelle Lebensqualität von drogenabhängigen Patienten in einem Entzugsprogramm: Selbstbeurteilung in einer Drogenentzugs- und Übergangsstation für Erwachsene

Geneviève Frei-Rhein

Mit dieser Untersuchung wurden zwei Ziele verfolgt: Erkenntnisse über die individuelle Lebensqualität (LQ) von drogenabhängigen Patienten während eines freiwilligen Aufenthalts in einer Drogenentzugs- und Übergangsstation in einem psychiatrischen Setting zu gewinnen sowie die Veränderungen der individuellen LQ im zeitlichen Verlauf zu erfahren. Mittels dem halbstrukturierten Instrument SEIQoL-DW (The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life: a Direct Weighting procedure for Quality of Life Domains) wurden 30 Drogenabhängige (23 Männer und 7 Frauen) kurz nach Klinikeintritt und 16 von ihnen (»Durchhalter«, 12 Männer und 4 Frauen) nach drei Wochen Klinikaufenthalt befragt. Die Inhalte der insgesamt 46 Interviews wurden nach Morse und Field (1998) analysiert. Aus den 30 Interviews kurz nach Klinikeintritt wurden insgesamt 269 individuelle Lebensqualitätsbereiche (LQB) genannt. Daraus konnten 37 LQB abgeleitet und diese wiederum neun übergeordneten Themenbereichen zugeordnet werden. Die zehn LQB mit den grössten Häufigkeiten waren: »Sozialpsychologische Dimension der Drogensucht«, »Bewältigungsstrategien«, »Krankheitstypische Verhaltensweise«, »Eltern/Geschwister«, »Partnerschaft/Kinder«, »Therapiemotivation«, »Therapie/Ziele«, »Familie/Belastungsfaktor«, »Arbeiten/Beschäftigt sein/Lernen« und »Ruhe/Bewegung«. In den Interviews nach drei Wochen Klinikaufenthalt blieben die genannten übergeordneten Themenbereiche und LQB grundsätzlich gleich, es wurde aber ein LQB - »strukturelle Bedingungen«, welcher sich dem übergeordneten Themenbereich »Belastungsfaktor« zuordnen lässt - zusätzlich generiert. Gleichzeitig wurden die LQB »Negatives Selbstbild« und »Weltpolitik« innerhalb des übergeordneten Themenbereiches »Belastungsfaktoren« nicht mehr erwähnt. Die Rangfolge einzelner übergeordneter Themenbereiche änderte sich. Der Median des globalen Lebensqualitätswerts (GLQ) aller 30 Teilnehmer kurz nach Klinikeintritt betrug 48.5. Dabei lag der Median für die 16 »Durchhalter« mit 57.7 wesentlich höher als für die 14 »drop outs« (39.9). Nach drei Wochen Klinikaufenthalt stieg der Median der »Durchhalter« auf

63.1. Es zeigte sich, dass Drogenabhängige im Vergleich zur Normalbevölkerung eine tiefere körperliche oder psychische LQ, im Vergleich zu anderen psychiatrischen Patientengruppen jedoch eine ähnliche LQ aufweisen. Die Methode genoss bei den Teilnehmern eine hohe Akzeptanz und wurde als wenig belastend erlebt. Die Studie zeigt, dass LQ von drogenabhängigen Patienten individuell, multidimensional, dynamisch und komplex ist.

## Posterpräsentation

# Team-Technik im Zeichen der Bildkommunikation

Peter Ullmann

Herr Thein beschäftigt sich in seiner Ausbildung zum Trainer für Aggression mit der Umsetzung der Team-Technik im stationären Bereich. Hierzu wurde von ihm die Kurzschulung »Team-Technik im Zeichen der Bildkommunikation« entwickelt. Aktuell läuft die Evaluation der Schulung, die voraussichtlich Ende Oktober abgeschlossen wird.

Ziel der Abschlussarbeit war die Steigerung der Sicherheit im Umgang mit der Team-Technik. Die Kurzschulung basiert auf dem (Testphase) wöchentlichen ca. 15- minütigen Training der Team-Technik. Voraussetzung für die Teilnahme ist der absolvierte Basiskurs für den Umgang mit Aggression. Wesentlicher Bestandteil der Schulung sind die in Bildserie festgehaltenen Abläufe und Techniken. In der Testphase wurde die Zugriffstechnik 1 bis 3 abgebildet und trainiert. Die Darstellungen unterstützen den Teilnehmer nach Schierl (2001) durch ihre

- hohe Kommunikationsgeschwindigkeit
- fast automatische Aufnahme ohne größere gedankliche Anstrengungen
- besonders effiziente Informationsverarbeitung durch ein Bild
- subtile Übermittlung von Einstellungen und Gefühlen
- hohe Glaubwürdigkeit
- hohe Anschaulichkeit und dadurch allgemeine Verständlichkeit

Weiter werden innerhalb von Bruchteilen einer Sekunde wichtigste Informationen eines Bildes wahrgenommen und rezipiert. Behrens und Hinrichs (1986) stellen fest, dass nach 2 Sekunden Bilder wiedererkannt werden. Im Vergleich zu Texten ist die Aufnahmekapazität nach Carpenter und Just (1983) auf 4–6 Wörter pro Sekunde begrenzt.

Die zeitlichen Vorteile, die aus der Bildkommunikation der Team-Technik entstehen, wurde für die Kurzschulung genutzt.

Die bildliche Darstellung der Team-Technik folgt zwei Grundsätzen.

Je konkreter bzw. realistischer ein Bild ist, desto besser und langfristiger wird es behalten.

Daraus folgt, dass man ein reales Objekt besser behalten kann als ein Farbfoto davon, ein Farbfoto davon besser als einen Schwarz-weiß-Abzug und ein Schwarz-weiß-Foto besser als eine stilisierte Illustration.

Je "lebendiger" (Vividness) die erzeugten inneren Bilder sind, umso leichter und dauerhafter werden sie behalten.

Der Lernvorteil besteht, dass einerseits die Teamtechnik am konkreten bzw. realistischen Bild bzw. Objekt trainiert werden konnte (gegenseitiges Üben der Teilnehmer) und andererseits durch Bildserien der Umgang und Ablauf konkretisiert wurde. Hierbei entsteht eine Verknüpfung von real am Objekt geübten und bildlich festgehaltenen Abläufen und Techniken. Die Bildserien wurde auf Station ausgelegt, so dass die Teilnehmer jederzeit Einsicht nehmen konnten.

Auf dem Poster wurde ein Teil der Team-Technik abgebildet. Die unterschiedlichen Darstellungen in Form, Farbe und Ablauf sollen den Betrachter neugierig auf das Schulungsprogramm machen.

»Bilder sind Schüsse ins Gehirn«  
Ströer/Müller

## Literatur

- Schierl, Thomas** (2001): Text und Bild in der Werbung. Bedingungen, Wirkungen und Anwendungen bei Anzeigen und Plakaten, Köln: Halem 2001, S. 286
- Behrens, G. und A. Hinrichs** (1986): Werben mit Bildern. Zum Stand der Bildwahrnehmungsforschung, in: Werbeforschung Et Praxis, Nr. 3, 1986, S. 85-88
- Carpenter, P. A. and M. A. Just** (1983): Waht your eyes do while your mind is reading, in: Rayner, K. (Hg.): Eye movements in reading-perceptual and language processes, New York 1983, S. 275-308

# Hält die Pflege, was sie verspricht? – Bezugspflege in der Psychiatrie

Gerda Elmerhaus

## Zusammenfassung:

Bezugspflege auf dem Prüfstand. Mit einem Forschungsprojekt »Bezugspflege in der Psychiatrie am Beispiel der Jugendstation« führte das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf eine Grundlagenforschung zu einem wesentlichen Merkmal pflegerischer Interventionen, der Beziehung zu den Patienten und Patientinnen durch. Sowohl qualitative als auch quantitative Erhebungsmethoden kamen zum Einsatz. Ziel ist es, aus den gewonnenen Erkenntnissen eine Best Practice für Bezugspflege zu entwickeln, die sowohl den Erwartungen der Jugendlichen als auch der Beschäftigten standhält und gleichzeitig wirtschaftlichen Anforderungen genügt.

## Einleitung / Hintergrund

Die *Beziehung* zu den Patienten und Patientinnen ist das wirksamste Interventionsmittel in der psychiatrischen Pflege. Ihre Gestaltung sowohl in der Einzel- als auch Gruppenbetreuung bestimmt die Pflegequalität und stellt hohe Anforderungen an das Pflegesystem.

Bezugspflege als Konzept personenbezogener Versorgung gibt es in der Psychiatrie schon lange. Doch die Untersuchung ihrer professionellen Güte steht noch aus.

Welchen Stellenwert hat Bezugspflege im therapeutischen Kontext und wie drückt sich die Qualität der Beziehung aus Sicht der Patienten und Patientinnen aus?

Diese Fragen leiteten uns bei der Untersuchung der Bezugspflege im Rahmen des Pflegeforschungsprojektes auf der psychiatrischen Jugendstation am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Die Arbeiten von Needham und Abderhalden zur Bezugspflege bildeten dabei unseren theoretischen Bezugsrahmen.

In Hinblick auf die gravierenden Veränderungen im Gesundheitssystem mit einer zunehmenden Ökonomisierung und gleichzeitig steigenden Qualitätsanforderungen wird es zunehmend wichtig, pflegerische Interventi-

onen durch wissenschaftliche Befunde zu stützen und ihre professionelle Wirksamkeit zu untermauern.

## Vorgehen / Methoden

Mit zehn Pflegenden und sechs TherapeutInnen der Jugendstation wurden eineinhalbstündige Interviews geführt, ausgewertet nach der qualitativ-heuristischen Methode von Prof. Dr. Gerhard Kleining.

Für die Befragung der Patienten und PatientInnen wählten wir den validen Heidelberger *Fragebogen zur therapeutischen Beziehung für Kinder und Jugendliche (FTB-KJ)*. Zur Evaluation des Bezugspflegestandards erweiterten wir den Fragebogen um Struktur-, Prozess- und Ergebnismerkmale aus dem vorhandenen Bezugspflegekonzept der Station. Über ein Jahr lang wurde dieser Bogen an insgesamt ca. 120 Jugendliche ausgeteilt. Die Analyse erfolgte mit einem quantitativen EDV-gestützten Verfahren (SPSS 14).

## Ergebnisse

Die Interviews offenbaren einen bemerkenswerten Konsens zwischen den Berufsgruppen sowie den hohen Stellenwert der Bezugspflege im therapeutischen Setting. Parallel dazu gibt die Mehrheit der Jugendlichen ihren Bezugspersonen eine positive Rückmeldung. Sie bewerten die Beziehung zu ihnen als wichtige Unterstützung im stationären Aufenthalt.

Die Bezugspflege und die Therapie werden als sich ergänzende Module betrachtet, die zusammen den Erfolg der Behandlung ausmachen.

## Schlussfolgerungen

Die gewonnenen Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt sind ein Beitrag zu Evidence-Based Nursing und bieten eine gute Grundlage zur Entwicklung einer Best Practice im Sinne unserer **Zielsetzung**,

- der Förderung der Patienten- und Patientinnenorientierung,
- der Verbesserung der Beziehung als pflegerische Intervention,
- der Optimierung der Bezugspflege als Organisationsform,
- der Schnittstellenentwicklung in der inner- und interdisziplinären Kooperation und
- nicht zuletzt in der Wahrnehmung der Interessen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.

# Zusammenhänge zwischen Bezugspflege und Mitarbeiterzufriedenheit- eine Korrelationsstudie

Galgon Stefan

In einer deutschen Versorgungsklinik sollte die Einführung der Bezugspflege wissenschaftlich evaluiert werden. In einem Diskurs wurden Praxisbedürfnisse und wissenschaftliche Voraussetzungen abgewogen. Die Fragestellung der Studie ist: Gibt es Zusammenhänge zwischen Bezugspflege und Mitarbeiterzufriedenheit sowohl auf der globalen Einschätzungsebene wie auch auf den multidimensionalen Ebenen.

Nach einer umfangreichen Literatursichtung unter Verwendung verschiedener wissenschaftlicher Datenbanken wurde ersichtlich, dass die einzelnen Konzepte Bezugspflege und Mitarbeiterzufriedenheit häufig beforscht wurden, es jedoch wenige Untersuchungen gibt, die beide Konzepte beinhalten. Im Bereich der deutschen Pflegelandschaft konnte auf keine Voruntersuchung zurückgegriffen werden.

Beide Konzepte haben eine vergleichbare Grundstruktur, die es wahrscheinlich macht, dass Korrelationen festzustellen sind. Beide Konzepte können als multi-attributiv verstanden werden. Das bedeutet, jedes dieser Konzepte setzt sich aus Subkonzepten zusammen, welche auch untereinander in Beziehung stehen können. Weiterhin können beide Konzepte als eine Haltung oder auch Einstellung verstanden werden. Als Drittes kann davon ausgegangen werden, dass der Einschätzung beider Konzepte in einer Mitarbeiterbefragung die Überprüfung einer Soll-Ist-Situation zugrunde liegt.

Aus der Literaturrecherche wurde darüberhinaus ersichtlich, dass das Konzept Mitarbeiterzufriedenheit unabhängig vom Untersuchungssetting betrachtet werden kann, während das Konzept Bezugspflege auf die jeweilige Klinik angepasst untersucht werden muss.

Das Konzept Bezugspflege wurde unter Verwendung einer Delphi-Studie in drei Untersuchungsrunden über einen Expertenkonsens für die Klinik definiert. Aus dieser Definition wurden Items für einen Fragebogen entwickelt. Der Gesamtfragebogen, bestehend aus einem Teil Bezugspflege und einem Teil Mitarbeiterzufriedenheit, wurde in drei Pilotstudien überprüft und entsprechend modifiziert.

Zur Gewährleistung stabiler Untersuchungsergebnisse und zur Ermittlung von möglichen Trends, wurden zwei Befragungen innerhalb von acht Monaten durchgeführt. Es wurde eine Kohortenbefragung unter Verwendung eines Langzeitdesign verwendet.

Das Datenmaterial wurde unter Verwendung von SPSS statistisch ausgewertet und auf Validität und Reliabilität geprüft. Beides wurde bestätigt. Die statistische Auswertung zeigte hochsignifikante Korrelationen auf der globalen Konstruktebene und eine Vielzahl von Korrelationen auf der dimensional Ebene. Die erwarteten Zusammenhänge zwischen Bezugspflege und Mitarbeiterzufriedenheit wurden bestätigt.

Einschränkungen der Untersuchung waren:

- die Beteiligung (response rate) von jeweils ca 50%
- die Verzögerung des Studienbeginnes führte dazu, dass kein pre-post-test möglich war und somit keine Aussage über Ursächlichkeit gemacht werden kann.
- Es fand kein Vergleich mit anderen Pflegesystemn statt, der die Überlegenheit von Bezugspflege als Pflegesystem geprüft hat.

Das Ergebnis der Untersuchung zeigt, dass die Konzepte Bezugspflege und Mitarbeiterzufriedenheit in einem statistisch beweisbaren Zusammenhang zueinander stehen. Dieser Zusammenhang lässt sich durch verschiedene Eigenschaften dieser Konzepte schlüssig erklären.

Mitarbeiterzufriedenheit ist in Zeiten knapper werdender finanzieller Ressourcen für die Kliniken ein hohes Gut. Zufriedene Mitarbeiter sind weniger krank und haben eine hohe Bindung an das Unternehmen. Zufriedenheit der Mitarbeiter ist verbunden mit der Bereitschaft sich weiterzuentwickeln und fortzubilden.

Bezugspflege ist ein häufig evaluiertes Pflegesystem, das für Mitarbeiter und Patienten gleichermaßen Vorteile bietet. Sofern dieses System jedoch nicht gelebt wird, führt das zu einer Verunsicherung und Frustration der Mitarbeiter und somit zu einer sehr geringen Mitarbeiterzufriedenheit.

3. Mitarbeiterbefragung ist nicht nur ein Untersuchungsinstrument, sondern auch ein Prozess, der Einfluss auf das zu beforschende System hat, dieses verändert, aber auch analysiert und Schwächen und Stärken des Systems aufdecken kann.

# **PAIR – Das Training zur Aggressionshandhabung: Präsentation eines Trainingsprogramms zur Prävention von Aggression und Gewalt in psychiatrischen Settings**

Michael Mayer

## **1 Psychiatrie, ein gewaltgefährdeter Arbeitsplatz**

In vielen psychiatrischen Kliniken werden derzeit, mit relativ großem Aufwand Deeskalationstrainings eingeführt. Mittlerweile gibt es eine schier unübersehbare Anzahl von verschiedenen Angeboten, mit denen psychiatrische Einrichtungen ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Deeskalationsmanagement schulen können. In diesem Beitrag wird die Notwendigkeit solcher Trainings nicht in Frage gestellt, deren Inhalte und Gestaltungen sollen jedoch anhand der Erfahrungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Aggression und Gewalt auf psychiatrischen Stationen diskutiert werden. Daneben wird auch auf problematische Aspekte von Deeskalationstrainings eingegangen, die bisher in der Literatur zu diesem Thema noch wenig beachtet wurden [11, 15, 3, 13]. Mit PAIR wird ein Training zur Aggressionshandhabung vorgestellt, das Mitarbeitern frühe Handlungsmöglichkeiten anbietet.

### **1.1 Mitarbeitererfahrungen mit aggressivem Patientenverhalten**

Aggression und Gewalt ist ein Thema, das alle, die in psychiatrischen Arbeitsfeldern arbeiten, betrifft. In Publikationen wird darauf hingewiesen, dass überwiegend Pflegende und in zweiter Linie Ärzte Ziel von Patientenübergriffen werden [u.a. 12]. Nijman et al. [9] berichten, dass etwa 16% der Mitarbeiter auf psychiatrischen Stationen innerhalb eines Jahres Erfahrungen mit schwerer körperlicher Gewalt gemacht hatten. Nicht-körperliche Formen von Aggression (z.B. verbale Bedrohungen) wurden von nahezu 90% der Mitarbeiter innerhalb eines Jahres erlebt. Vor allem weibliche und jüngere Mitarbeiter wurden häufig auch Opfer von sexuellen Belästigungen. Interessanterweise gab es dabei keine signifikanten Unterschiede zwischen deeskalationsgeschulten und nicht-geschulten Mitarbeitern!

### **1.2 Reaktionen der Mitarbeiter auf aggressive Patienten**

In ihrer Arbeit erleben psychiatrisch Tätige folglich nahezu notwendig Formen von Aggression und Gewalt. Diese Erfahrungen beeinflussen die ko-

gnitiven Einstellungen bei den Betroffenen. Jansen et al. [7] ermittelten mittels der Attitude Towards Aggression Scale (ATAS) drei grundsätzliche Einstellungen von Pflegenden gegenüber aggressivem Verhalten von Patienten. Von einem Teil der Pflegenden wurde Aggression als eine »schädigende Reaktion« betrachtet. Für sie ist Aggression etwas, das »andere verletzt« oder »die Atmosphäre einer Station vergiftet«. Ein zweite Gruppe von Pflegenden beurteilten Aggression von Patienten als »normale Reaktion«, mit der Patienten ihren Ärger zum Ausdruck bringen, während eine dritte Gruppe Aggression als »funktionelle Reaktion« betrachteten, die aus Gefühlen der Machtlosigkeit entsteht. Da die individuellen Einstellungen gegenüber einem Verhalten die Reaktion einer Person und damit deren Handhabung von Aggression beeinflussen [4], sind diese Einstellungen in einem Deeskalationstraining zu thematisieren. Denn falls Aggression als »schädigendes Verhalten« beurteilt wird, so ist nach Broers und De Lange [zit. nach 7] eher mit einschränkenden Reaktionen der Pflegenden zu rechnen, während sie auf »normale« oder »funktionelle« Aggressionen toleranter reagieren.

Die Reaktion der Mitarbeiter wird aber auch von den emotionalen Reaktionen beeinflusst, welche diese Aggression bei ihnen auslöst. Das aggressive Verhalten von Patienten auf einer Station beeinträchtigt das Sicherheits-erleben und das emotionale Befinden von Mitarbeitern und Patienten. Insbesondere auf geschlossenen Akutstationen kann es zu Situationen kommen, in denen Patienten auch fixiert werden müssen. Die Folge sind starke emotionale Reaktionen bei den Mitarbeitern. Grube [6] untersuchte mit der »Eigenschaftswörterliste WEL 60 S« die emotionalen Reaktionen von Mitarbeitern unmittelbar nach einer Fixierung und analysierte dabei drei Faktorengruppen. Die Mitarbeiter beschrieben

- Stresserleben, das sich vor allem in Gereiztheit und Angst zeigte, aber auch
- Souveränität (!), die mit Aktivierung, Wohlbefinden und Extraversion verbunden war sowie
- Gelassenheit (!) verbunden mit der Dimension »nicht aktiv«.

Durch eine hierarchische Clusteranalyse über die Stressedimensionen »Angst« und »Gereiztheit« ließen sich die Mitarbeiter zwei Reaktionsgruppen zuordnen. In der Gruppe der »Non-Stresscluster« fanden sich Mitarbei-

ter, die überwiegend älter, berufserfahren (>6 Jahre Berufserfahrung) und männlich waren sowie häufiger auf einer geschlossenen Station arbeiteten. Während die Gruppe des »Stressclusters« überwiegend jünger, weiblich, weniger berufserfahren waren und seltener auf einer geschlossenen Station arbeiteten. Außerdem konnte Grube zeigen, dass im »Souveränitätscluster« die Kommunikationsfähigkeit und der Austausch eine hohe Bedeutung haben. Offenbar hat die Erfahrung mit aggressivem Verhalten von Patienten auf geschlossenen Stationen einen verminderten Einfluss auf die emotionale Stressreaktion. Der Erfahrungsaustausch scheint die Souveränität zu fördern.

### 1.3 Reaktion der Einrichtung: Deeskalationstraining

Als Reaktion auf die unausweichliche Konfrontation ihrer Mitarbeiter mit aggressivem und gewalttätigem Verhalten der Patienten bieten viele psychiatrische Kliniken inzwischen Deeskalationstrainings an. Hier hat sich mittlerweile ein nahezu unüberschaubarer Markt unterschiedlicher Anbieter entwickelt. Die meisten Trainingsprogramme scheinen sowohl körperliche Abwehr- und Interventionstechniken als auch präventiv wirksame Deeskalationstechniken zu beinhalten. In einer Übersichtsarbeit von Richter und Needham [13] wurden die bisherigen Studien zur Wirksamkeit solcher Trainingsprogramme in einem Überblick über 48 Studien untersucht. Die Daten belegen, dass mithilfe von Trainingsprogrammen das Wissen und die subjektive Sicherheit der Mitarbeiter in aggressiven Situationen kompetent und deeskalierend zu agieren, recht gut verbessert wird. Allerdings konnten im Hinblick auf die Ziele einer Reduzierung von Gewaltsituationen oder Verletzungen von Mitarbeitern keine einheitlich positiven Effekte nachgewiesen werden.

## 2. Ein Training hilft!?

### 2.1 Kein »Goldstandard« für Deeskalationstraining

Bisher ist es nicht gelungen einen »Goldstandard« für Deeskalationstrainings zu etablieren. Die Trainings der verschiedenen Anbieter weisen zwar durchaus Ähnlichkeiten auf, doch gibt es auch bemerkenswerte Unterschiede. In einigen Trainings scheinen die körperlichen Techniken gegenüber den verbalen Techniken mehr betont zu werden und den Möglichkeiten der Prävention zu wenig Gewicht beigemessen zu werden [3]. Zur Stärkung der Prävention

müssten die Teilnehmer sich aber auch mit ihrem eigenen Selbstverständnis, ihrer Haltung als psychiatrisch Tätige und ihren Einstellungen gegenüber Aggression und Gewalt von Patienten auseinandersetzen.

Für das National Institute for Clinical Excellence (NICE) [8] hat ein Training in Deeskalation folgende Inhalte zu schulen:

- Die Identifikation von Patienten mit einer Gefahr der Gewalttätigkeit
- Die Anwendung von deeskalierenden oder anderen kurzfristigen psychosozialen Interventionen zur Verhinderung von Gewalt
- Die Anwendung von Isolierungen
- Die Anwendung von Fixierungen
- Die Anwendung von schnell wirkenden Beruhigungsmitteln.

Viele Hinweise zur Clinical Excellence in der Guideline beruhen jedoch auf einer relativ schwachen Evidenz. Oft kann nur auf die Meinung von Experten zurückgegriffen werden. Lediglich medikamentöse Interventionen weisen eine recht gute wissenschaftliche Evidenz auf. Folglich kann die Guideline zwar Anregungen für die Gestaltung von Trainings geben, streng evidente Trainingsbestandteile können aus ihr jedoch nicht abgeleitet werden. Die Frage, wie ein wirksames Training gestaltet sein muss, kann damit nicht sicher beantwortet werden.

## 2.2 Erlebte Selbstwirksamkeit durch Training

Zur Wirksamkeit von Deeskalationstrainings lassen sich bisher nur »zwei Tendaussagen« [13] machen. Ein Training zu Aggressionsmanagement führt zu mehr Wissen und zu einer verbesserten Zuversicht mit den eigenen Kompetenzen aggressive Situationen bewältigen zu können.

In seiner Theorie der Selbstwirksamkeit geht Bandura [1] davon aus, dass die persönliche Einschätzung, mit Schwierigkeiten einer Situation zurecht zu kommen, eine Person handlungsfähiger macht. Die wahrgenommene Selbstwirksamkeit einer Person gründet sich in der Selbstwahrnehmung körperlicher Reaktionen auf die jeweilige Situation. Ein hohes körperliches Stresserleben in einer Situation reduziert das Selbstwirksamkeitserleben, während körperliches Entspannungserleben dieses erhöht. Außerdem wird die erlebte Selbstwirksamkeit von der Beobachtung erfolgreicher Modelle, der erfahrenen sozialen Unterstützung und der eigenen Erfahrung mit

schwierigen Situationen zurechtzukommen gefördert. Damit kann ein Mitarbeiter, der in einem Deeskalationstraining die Zuversicht entwickelt hat aggressive Situationen meistern zu können, sein Selbstwirksamkeitserleben und damit seine Handlungsfähigkeit in diesen Situationen erhöhen. Eine Schulung in Aggressionshandhabung muss dem Mitarbeiter aber auch Möglichkeiten der Stresskontrolle anbieten. Allerdings speist sich das Selbstwirksamkeitserleben auch aus Quellen, die ein Training nur schwer beeinflussen kann. So kann ein Training nicht die Erfahrung von Mitarbeitern mit solchen Situationen ersetzen. Es können lediglich bisher gemachte Erfahrung durch Reflexionseinheiten hilfreich verarbeitet werden. Ähnliches gilt für die erfahrene soziale Unterstützung. Die Teilnehmer können sich während des Trainings zwar gegenseitig unterstützen, aber noch wichtiger für Mitarbeiter ist die erlebte soziale Unterstützung durch die Organisation (Team und Leitungen). Ob das Training allein als soziale Unterstützung von Seiten der Organisation ausreicht, ist zumindest fraglich.

## 2.3 Mögliche Interventionsaspekte von Deeskalationstrainings

Die Evaluation von Trainingsmaßnahmen zum Aggressionsmanagement beinhaltet erhebliche methodische Probleme. Das Phänomen der Aggression entsteht aus multifaktoriellen Bedingungen [vgl. 6, 10] und auch die Interventionen sind nicht einfach standardisierbar [8, 13]. Betrachtet man das Aggressivitätssequenzmodell [6], so kann man unterschiedliche Ansätze zur Verminderung aggressiven Verhaltens herausarbeiten. Zunächst kann man auf die aggressive Verhaltensdisposition des Patienten, die unter bestimmten Bedingungen in aggressives Verhalten mündet, dämpfend einwirken. Dies ist mit therapeutischen Interventionen, wie z.B. einem Training der emotionalen Kontrolle [2] möglich, aber auch die Gelassenheit der Mitarbeiter und ein unterstützendes soziales Milieu auf der Station wirken sich hier hilfreich aus [6, 16]. Bei den Mitarbeitern führt ein aggressives Verhalten des Patienten, je nach individueller Vulnerabilität, zu Stressreaktionen. Diese sind verbunden mit Angst und Reizbarkeit. In deren Folge kann ein Mitarbeiter seinen eigenen Dominanz-/Unterwerfungskonflikt im Kontakt mit dem Patienten ausleben und provoziert damit erneut aggressives Verhalten beim Patienten. Ein Training zur Aggressionshandhabung muss daher sowohl Aspekte der frühen Prävention (z.B. »therapeutisches Milieu« und »Organisationskultur«) als auch Methoden der individuellen Stresskontrolle für Mitarbeiter beinhalten.

### 3. PAIR – Das Training zur Aggressionshandhabung

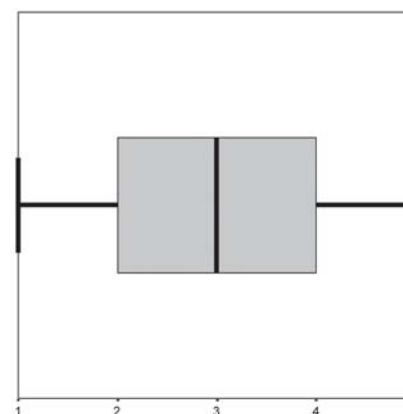
#### 3.1 Entwicklung von PAIR

Seit einigen Jahren haben sich verschiedene psychiatrische Kliniken aus Baden-Württemberg und Bayern zum »Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt in der Psychiatrie« zusammengeschlossen. Anliegen der Beteiligten ist die Reduktion von Zwangsmaßnahmen und die Minimierung von Aggression und Gewalt in der Psychiatrie. Im Rahmen dieses Arbeitskreises wurde »PAIR – Das Training zur Aggressionshandhabung« entwickelt [14]. Das Akronym PAIR steht dabei für:

- Prävention von Aggression und Gewalt
- Assessment einer Gefahr der Gewalttätigkeit
- Interventionsstrategien zur Deeskalation
- Reflexion von Aggression und Gewalt

Die Autoren haben sich vorgenommen, den Mitarbeitern in psychiatrischen Feldern möglichst frühzeitige Interventionsmöglichkeiten aufzuzeigen. Daneben soll das Training für Trainer und Teilnehmer einfach zu erlernen sein und den aktuellen wissenschaftlichen Diskussionsstand berücksichtigen. Ein wesentlicher Aspekt im PAIR-Training ist das Interaktionsgeschehen zwischen Patient und Mitarbeiter. Um hier auch in Stresssituationen handlungsfähig zu bleiben, werden mit den Teilnehmern individuelle Möglichkeiten der Selbstkontrolle in angespannten Situationen entwickelt. Das Training wird mittels eines eigens entwickelten Evaluationsinstruments kontinuierlich überprüft. Mittlerweile wurden Rückmeldungen von 300 Teilnehmerinnen und Teilnehmern ausgewertet. Die Teilnehmer berichteten über einen subjektiv empfundenen Zuwachs an theoretischen Kenntnissen zur Handhabung von Aggression (Abb. 1). 97,3% der Teilnehmer beurteilten ihre theoretischen Kenntnisse nach dem Seminar als zumindest ausreichend, wobei 60,0% ihre Kenntnisse als »hoch« und 26,0% sogar als »sehr hoch« beurteilten.

Theoretische Kenntnisse vor dem Seminar



Theoretische Kenntnisse nach dem Seminar

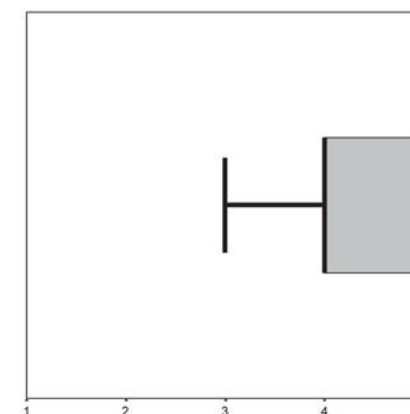
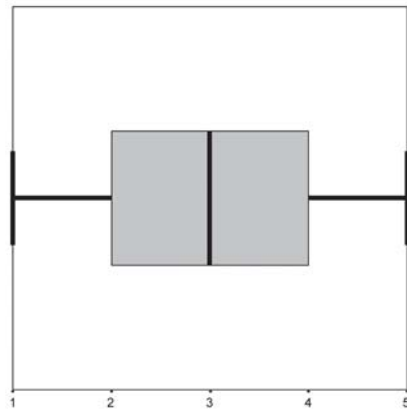


Abb. 1 Selbstbeurteilung am Seminarende: Wie schätzen die Teilnehmer Ihre theoretischen Kenntnisse zur Aggressionshandhabung vor und nach dem PAIR-Training ein? (1 = sehr gering bis 5 = sehr hoch)

Die Teilnehmer beurteilten nach dem Training außerdem ihren Zuwachs an praktischer Kompetenz (Abb. 2). 58,1% der Teilnehmer schätzen ihre praktische Kompetenz am Ende des Seminars als hoch ein, 20,1% sogar als »sehr hoch« und 16,8% als ausreichend. Dies bedeutet, dass 95% der Teilnehmer ihre praktische Kompetenz zum Umgang mit Aggression und Gewalt als zumindest ausreichend beurteilten, während sie rückblickend zu 34,8% der Meinung waren, vor dem Seminar lediglich über »geringe« oder sogar »sehr geringe« praktische Kompetenzen verfügt zu haben. Auffallend ist die geringe Streuung der Antworten in der Einschätzung der praktischen Kompetenz nach dem Seminar.

Praktische Kompetenz vor dem Seminar



Praktische Kompetenz nach dem Seminar

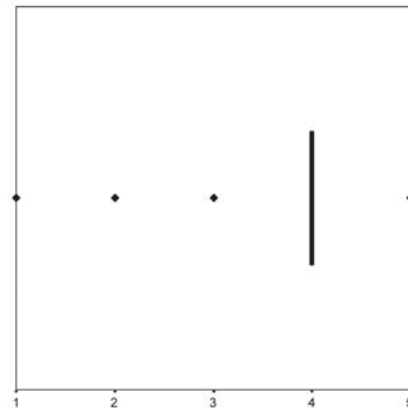


Abb. 2 Selbstbeurteilung am Seminarende: Wie schätzen die Teilnehmer Ihre praktische Kompetenz zur Aggressionshandhabung vor und nach dem PAIR-Training ein? (1= sehr gering bis 5 = sehr hoch)

### 3.2 Ein manualisiertes Trainingskonzept zur wissenschaftlichen Diskussion

Wie dies auch für psychotherapeutische Verfahren zunehmend gefordert wird, wurden die Lehrinhalte in einem Trainerhandbuch manualisiert. In einem weiteren Schritt soll das Trainingsmanual der Fachöffentlichkeit und damit der wissenschaftlichen Diskussion zugänglich gemacht werden. Ein Training zu Aggressionshandhabung darf keine Geheimwissenschaft sein, die Möglichkeiten des Aggressionsmanagements müssen vielmehr eine breite Streuung erfahren. Zur Entwicklung einer »best practice« ist es notwendig, dass sich ein Aggressionshandhabungstraining der wissenschaftlichen Diskussion stellt. Dazu muss dessen didaktische Gestaltung einer wissenschaftlichen Diskussion zugänglich sein, ähnlich wie dies bei psychotherapeutischen Interventionen bereits üblich ist [5].

Das Trainingsmanual bietet den Trainern eine fundierte didaktische Orientierung, indem es die jeweiligen Ziele für die Unterrichtseinheit formuliert und einen methodischen Aufbau anbietet. Die ersten Trainerinnen und Trainer wurden mit Hilfe dieses Trainingsmanuals bereits ausgebildet. Die Teilnehmer an den Trainings schätzen deren Kompetenz als Trainer zu 89,6% als »hoch« bis »sehr hoch« ein. Die Darstellung der Inhalte empfanden 89,0%

als »anschaulich« bis »sehr anschaulich« und 93,4% empfanden das »Arbeitsklima« in der Seminargruppe als »angenehm« oder »sehr angenehm«.

### 3.3 Trainings haben auch unerwünschte Wirkungen

In der Literatur zu Deeskalationstrainings finden sich bisher kaum Berichte zu möglichen unerwünschten Wirkungen von Deeskalationstrainings [vgl. 3, 13]. Es ist jedoch davon auszugehen, dass auch Deeskalationstrainings, wie jede Intervention, sowohl erwünschte als auch unerwünschte Wirkungen haben. Hier besteht noch weiterer Forschungsbedarf. Aus den persönlichen Gesprächen mit Kollegen sind dem Autor Situationen bekannt, in denen deeskalationsgeschulte Mitarbeiter Handgriffe besonders aggressiv angewandt haben, was als ein Zeichen mangelnder Stresskontrolle gedeutet werden kann. Es wurde aber auch von Situationen berichtet, in denen Mitarbeiter ihre körperlichen Techniken überschätzten und sich damit in Gefahr begeben hatten. Ein verantwortungsvolles Training sollte daher immer auch auf mögliche Grenzen seiner Techniken aufmerksam machen. Oberstes Ziel ist immer die Sicherheit aller Beteiligten und daher sollte in einem Training auch die Möglichkeit der Unterstützung durch die Polizei diskutiert werden.

### 3.4 Ein Puzzleteil im Aggressionsmanagement einer Klinik

Ein Training muss in den weiteren Kontext der Organisation eingepasst werden [8]. Das Aggressionsmanagement einer psychiatrischen Klinik darf sich nicht im Training individueller Fähigkeiten ihrer Mitarbeiter erschöpfen. Die meisten Trainings fokussieren sich jedoch auf die Entwicklung individueller Kompetenzen der Mitarbeiter und in vielen Fällen auf körperliche Techniken [15]. Eine erweiterte Perspektive müsste jedoch Aspekte der Organisationsentwicklung mit beinhalten, um die psychiatrische Klinik als Ganzes zu einer lernenden Organisation in Sachen Aggressionshandhabung zu bewegen. Die Frage ist allerdings, ob ein Training dies leisten kann.

## Literaturverzeichnis

1. **Bandura, A.** (1977): Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. In: Psychological Review, Jg. 84, H. 2, S. 191–215.
2. **Cierpka, M.; Lück, M.; Strüber, D.; Roth, G.** (2007): Zur Ontogenese aggressiven Verhaltens. In: Psychotherapeut, Jg. V52, H. 2, S. 87–101.
3. **de Wildt, B.T.; Hauser, U.; Kropp, S.** (2006): Deeskalations- und Selbstverteidigungstraining für die Mitarbeiter einer psychiatrischen Klinik. In: Krankenhauspsychiatrie, Jg. 17, H. 1, S. 9–14.
4. **Fishbein, M.; Ajzen, I.** (1975): Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading: Addison-Wesley.
5. **Grawe, K.; Donati, R.; Bernauer, F.** (2001): Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
6. **Grube, M.** (2003): Emotionale Reaktionen von Mitarbeitern im Umgang mit aggressiven psychiatrisch Erkrankten. In: Psychiatrische Praxis, Jg. 30, S. 187–191.
7. **Jansen, G.J.; Dassen, T.W.N.; Burgerhof, J.G.M.; Middel, B.** (2006): Psychiatric Nurses' Attitudes Towards Inpatient Aggression: Preliminary Report of the Development of Attitude Towards Aggression Scale (ATAS). In: Aggressive Behavior, Jg. 32, H. 1, S. 44–53.
8. **National Institut for Clinical Excellence (NICE) (Hg.)** (2005): Clinical Guideline 25: Violence: the short-term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric inpatient settings and emergency departments. London. Online verfügbar unter [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk), zuletzt geprüft am 30.07.2007.
9. **Nijman, H.; Bowers, L.; Oud, N.; Jansen, G.** (2005): Psychiatric Nurses' Experiences With Inpatient Aggression. In: Aggressive Behavior, H. 00, S. 1–11.
10. **Nolting, H.-P.** (2002): Lernfall Aggression. Reinbeck: Rowohlt Taschenbuch.
11. **Richter, D.** (2005): Effekte von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Gesundheitswesen und Behindertenhilfe: Systematische Literaturübersicht. Im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg. Münster.
12. **Richter, D.; Berger, K.** (2001): Patientenübergriebe auf Mitarbeiter. Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situationen und Folgen. In: Der Nervenarzt, Jg. 72, H. 9, S. 693–699.
13. **Richter, D.; Needham, I.** (2007): Effekte von mitarbeiterbezogenen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe – Systematische Literaturübersicht. In: Psychiatrische Praxis, Jg. 34, H. 1, S. 7–14.
14. **Schirmer, U.; Mayer, M.; Martin, V.; Vaclav, J.; Gaschler, F.; Özköylü, S.** (2006): Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege. Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements. Hannover: Schlütersche.
15. **Zarola, A.; Leather, P.** (2006): Violence and aggression management training for trainers and managers. A national evaluation of the training provision in healthcare Settings. Part I: Research Report. Herausgegeben von Health and Safety Executive. University of Nottingham.
16. **Zeiler, J.** (1993): Der aggressive Patient – Anmerkungen zur Sozialpsychologie der Gewalt. In: Psychiatrische Praxis, Jg. 20, S. 130–135.

## Psychiatrie in der DDR- Ein Pflegeforschungsprojekt aus der Sicht von Patienten und Pflegekräften

Beate Mitzscherlich

In einem einjährigen, von der Stiftung Aufarbeitung finanzierten Projekt wurden Interviews mit Zeitzeugen geführt, die als Patienten oder/und Professionelle mit der Psychiatrie in der DDR konfrontiert waren. Schwerpunkt der Interviews waren einerseits Lebens- und Arbeitsbedingungen in der Psychiatrie, Behandlungsansätze und Abläufe, andererseits Erfahrungen mit den Beziehungen zwischen Patienten, Pflegekräften und Ärzten. Ein interessanter Aspekt des Projektes war, dass ein Großteil der Interviews von (heute) chronisch psychisch kranken Menschen geführt wurde. In der Auswertung der Interviews ging es einerseits um die Bewertung der Psychiatrischen Versorgung in der DDR, andererseits um die Frage, inwieweit psychisch kranke Menschen in solche Bewertungs- und Forschungsprozesse einbezogen werden können.

## Die Bielefelder Behandlungsvereinbarung

Marite Pleininger-Hoffmann

»Verhandeln statt Behandeln« war das Motto, unter dem 1994 die Bielefelder Behandlungsvereinbarung entwickelt wurde. Der Leitgedanke partnerschaftlichen Handelns von Patienten und Therapeuten in der Psychiatrie, wie er vom Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen vor etwa 15 Jahren gefordert wurde, wurde von den Bielefelder Psychiatrie-Erfahrenen (VPE) konkretisiert. Sie übernahmen die Initiative zu einer Arbeitsgruppe von Betroffenen und Klinikmitarbeitern, in der ein Instrument entwickelt werden sollte, das in »guten« Zeiten Absprachen formuliert, die auch in Krisenzeiten ihre Gültigkeit haben sollten.

Was in anderen Bereichen der Medizin bereits Alltag war, die Möglichkeit an diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen mitzuwirken, war zu dieser Zeit in der psychiatrischen Behandlung noch wenig vorstellbar. Psychisch kranken Menschen wurde eine aktive Mitwirkung im Behandlungsprozess über lange Zeit nicht zugetraut, zumeist in der irrigen Annahme, sie wären zu wenig einsichtig in die Behandlungserfordernisse und wenig in der Lage, für sich vorzusorgen.

Die zunehmende Selbstorganisation von Patienten und Angehörigen hat in allen Bereichen der psychiatrischen Versorgung zu mehr Beteiligung an Entscheidungsprozessen geführt. Die durchweg positiven Erfahrungen mit dialogischen Veranstaltungen mit verschiedenen Kooperationen, die Teilnahme Psychiatrie-Erfahrener in allen wesentlichen Gremien der psychiatrischen Versorgung zeigen, dass die Einbeziehung der Betroffenen ein großer Gewinn in der Weiterentwicklung psychiatrischer Angebote sind.

### Einige Aspekte zu der Bielefelder Behandlungsvereinbarung

Mit der Behandlungsvereinbarung (BV) geht es um den Versuch eines partnerschaftlichen Umgangs miteinander auf der Grundlage gegenseitigen Respekts – es handelt sich um eine zweiseitige Verpflichtung im Rahmen der Möglichkeiten der Verhandlungspartner, nicht um eine einseitige Willenserklärung, wie es beispielsweise das Psychiatrische Testament vorsieht.

Einen Konsens zu finden, die Absprachen möglicher zukünftiger Behandlungen betreffend, ist Ziel und Inhalt der Vereinbarungsgespräche.

- Das Instrument der Behandlungsvereinbarung wurde partnerschaftlich entwickelt, in den letzten Jahren immer wieder verändert und angepasst.
- Die Vereinbarungen werden nicht während des stationären Aufenthaltes abgeschlossen. Den Psychiatrie-Erfahrenen war es wichtig, aus dem Abhängigkeitsverhältnis einer stationären Behandlung austreten zu können, um mit einem gewissen Abstand ihre Wünsche und Forderungen partnerschaftlich vertreten zu können.
- Psychiatrie-Erfahrene können sich Freunde oder andere Vertrauenspersonen zur »Verstärkung« beim Vereinbarungsgespräch mitbringen.
- Behandlungsvereinbarungen bewegen sich nicht im rechtsfreien Raum. In der Präambel wird festgelegt, dass bei Nichtbeachtung oder unbegründeter Abweichung ggf. von einem Behandlungsfehler ausgegangen werden kann.
- In der Präambel der Behandlungsvereinbarung wird auch auf andere Möglichkeiten der Willensäußerung wie auf das Psychiatrische Testament hingewiesen.
- Die Klinik verpflichtet sich für die Einhaltung der Absprachen Sorge zu tragen, auch bei einer Unterbringung im Rahmen des PsychKGs oder des Betreuungsgesetzes.
- Durch die Teilnahme der zuständigen OberärztInnen wird dieser Absprache Sorge getragen. Sie tragen im Behandlungsalltag Sorge für die Einhaltung der Behandlungsvereinbarungen, da erfahrungsgemäß die Stationsärzte durch Rotation dies nicht gewährleisten könnten.
- Die Klinik hat sich verpflichtet auf der Grundlage der Dokumentation über alle Vorgehen Rechenschaft abzulegen, insbesondere für den Fall, dass sich nicht an die Absprachen gehalten werden konnte.
- Die Behandlungsvereinbarungen beinhalten einen Lernprozess für beide Seiten. Psychiatrie-Erfahrene setzen sich erneut mit der eigenen Erkrankung auseinander mit der Möglichkeit, evtl. wiedererkranken zu können, mit der Erinnerung an frühere Klinikaufenthalte und möglicherweise schmerzhafter Erfahrungen.

- Professionelle setzen sich mit dem eigenen Verhalten auseinander, mit der Rückmeldung der Psychiatrie-Erfahrenen, mit dem Erleben von Zwangsmaßnahmen, möglicherweise auch mit eigenen Ängsten und Verhaltensweisen.
- Das Selbstverständnis, als Professioneller genau zu wissen, was für eine Behandlung wichtig ist, was effektiv und notwendig erscheint, wird durch die Rückmeldung der Betroffenen häufig in Frage gestellt.
- Die Behandlungsvereinbarungen beinhalten Respekt voreinander, Neugier die Perspektive des anderen einzunehmen und laden zu kreativen Lösungen und Absprachen ein.
- Beide Seiten profitieren: Reduzierung von Gewalt im Klinikalltag, die Möglichkeit Alternativen zu entwickeln, die Ängste vor einem weiteren Klinikaufenthalt können reduziert werden, sinnvolle Absprachen bzgl. Entlassung und notwendigen Kooperationen können getroffen werden, Zwangsbehandlungen bei Patienten mit Behandlungsvereinbarungen konnten reduziert werden, PsychKG-Einweisungen sind rückläufig bei Patienten mit Behandlungsvereinbarung und die Verweildauer reduziert sich.
- Durch die Reduktion von Ängsten vor der psychiatrischen Behandlung kann bei einzelnen Patienten der Schaden im Vorfeld der Klinikeinweisung erheblich reduziert werden.

### **Beweggründe für die Einführung der Behandlungsvereinbarung**

Die Beweggründe, die Psychiatrie-Erfahrene und Professionelle dazu führen, sich für die Einführung von Behandlungsvereinbarungen zu engagieren, sind vielfältig.

- Psychiatrie-Erfahrene wollen bei zukünftigen Behandlungen ihre individuellen Erfahrungen, Wünsche und Möglichkeiten berücksichtigt wissen. Viele Erfahrungen von Zwang und Gewalt, Behandlung gegen ihren Willen sind für einige Betroffenen ausschlaggebend für den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung.
- Psychiatrie-Erfahrene möchten Einfluss nehmen auf die Behandlung und die Bedingungen bei möglichen zukünftigen Klinikaufenthalten. Sie möchten mitentscheiden über Therapieziele und Behandlungsmethoden und sich absichern, um möglicherweise sich eher entscheiden zu können, in die Klinik zu gehen.

- Professionelle wollen Zwangsmaßnahmen und Gewalt im Klinikalltag so weit wie möglich reduzieren. Gewalttätigkeiten auf psychiatrischen Stationen treten vor allem in der Aufnahmesituation und in den ersten Tagen der Behandlung auf. Erfahrungsgemäß sind es bei vielen Patienten ganz spezifische Situationen, die gewalttätiges Verhalten mit auslösen. Das kann eine verzerrte Realitätswahrnehmung und Erlebnisverarbeitung sein, es kann ein Missverständnis in der Deutung von Mimik und Verhaltensweisen der Professionellen sein. Angst und Verunsicherung kann eine große Rolle spielen.
- In dem Vereinbarungsgespräch werden schwierige Situationen vorangegangener Behandlungen besprochen und alternative Möglichkeiten diskutiert. Dabei zeigt sich immer wieder, dass die meisten Psychiatrie-Erfahrenen am besten wissen, was sie in krisenhaften Situationen brauchen und was hilfreich ist, um sich beruhigen zu können.
- Dabei ist es besonders wichtig, Absprachen schriftlich festzuhalten um gewährleisten zu können, dass sie bei einer möglichen erneuten Behandlung auch befolgt werden.
- Psychiatrie-Erfahrene und Professionelle wollen den partnerschaftlichen Umgang konkretisieren und lernen, über die Behandlungsvereinbarung einen respektvolleren und wertschätzenderen Umgang miteinander zu erhalten.
- Die Behandlungsvereinbarung bietet die Chance aus Erfahrungen früherer Klinikaufenthalte zu lernen, Fehler zu vermeiden und die Compliance zu erhöhen.
- Untersuchungen im Bereich der somatischen Medizin belegen, dass die Möglichkeit Einfluss zu nehmen auf den Behandlungsverlauf und Behandlungsmethoden sich positiv auf den Behandlungserfolg auswirkt.
- Nicht zuletzt therapeutische Implikationen sind für Psychiatrie-Erfahrene und Professionelle wichtig. Oft führt bereits das Vereinbarungsgespräch zu einer erneuten Auseinandersetzung mit der Erkrankung und der eigenen Lebenssituation. Als Partner ernst genommen zu werden verhilft Psychiatrie-Erfahrenen häufig mehr Sicherheit und Selbstbewusstsein im Umgang mit möglichen Krisen zu gewinnen. Als Experten ihrer Erkrankung bzw. Gesundung ernst genommen zu werden, ist ein wesentlicher Faktor im partnerschaftlichen Miteinander.

- Mit der Behandlungsvereinbarung wird dem Anspruch personenzentriert zu handeln, die individuellen Wünsche und Möglichkeiten Betroffener in den Mittelpunkt der Behandlung zu stellen, Genüge getan.
- Die Grundannahme, dass die besten Tipps für den Umgang mit sich selbst der Betroffene geben kann, führt dazu, dass kreative Möglichkeiten gesehen und Absprachen getroffen werden können.
- Die Qualität der therapeutischen Beziehung kann durch partnerschaftliches Verhandeln verbessert werden und sich somit positiv auf das Behandlungsergebnis auswirken.

### **Abschließende Bemerkungen**

Abschließend bleibt festzuhalten, dass Behandlungsvereinbarungen vor allem in der Akutpsychiatrie der Vertrauensbildung zwischen Patienten und Professionellen dienen und als eindrucksvolle Beispiele für Partnerschaften in medizinischen Entscheidungsprozessen bewertet werden können. Dies gilt für jede einzelne Behandlungsvereinbarung wie auch für den Prozess der Auseinandersetzung und der Umsetzung bei der Einführung von Behandlungsvereinbarungen in den Klinikalltag.

Auch wenn Behandlungsvereinbarungen mittlerweile in mehr als 40 Kliniken eingeführt wurden und das Interesse bei Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen unvermindert anhält, zeigt jedoch die Praxis, dass die Behandlungsvereinbarung noch längst nicht in allen Psychiatrischen Kliniken in der täglichen Praxis verankert ist. Wichtig erscheint uns, dass sich Professionelle in der Klinik wie auch Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige fortlaufend für die Entwicklung der Behandlungsvereinbarung einsetzen und die Idee weiter tragen.

Auch wenn es sich gelegentlich um mühsame Prozesse handelt, lohnt es sich die Idee der Behandlungsvereinbarung kontinuierlich wach zu halten. Die eindrucksvollen positiven Erfahrungen sollten ermutigen, sich für die weitere Verbreitung von Behandlungsvereinbarungen in allen psychiatrischen Kliniken einzusetzen.

## Die Beteiligung Psychiatrieerfahrener in der Fachweiterbildung psychiatrische Pflege

Sibylle Prins, Hermann Wand

Was in einigen Ländern (GB, Niederlande) schon stärker etabliert und institutionalisiert ist, beruht in Deutschland noch vielfach auf Zufallskoperationen und dem Goodwill einzelner Lehrender bzw. Ausbildungsinstitutionen: die Einbeziehung von ehemaligen Psychiatrie-Patient/innen (Psychiatrie-Erfarene) und Angehörigen in die Aus- und Fortbildung psychiatrischen Fachpersonals. Dabei geht es selbstverständlich nicht darum, dass diese, wie es in der akademischen Welt üblich war und auch noch ist, als »Demonstrationsobjekte« für ein Krankheitsbild auftreten. Auch soll es nicht einfach dabei bleiben, die eigene Lebensgeschichte als plastisches Anschauungsmaterial für die Lernenden vorzutragen. Vielmehr geht es darum, dass die Betroffenen Referentenfunktion wahrnehmen. Bei vielen psychischen Erkrankungen ist die subjektive Innensicht eine ganz andere als die theoretische Lehrmeinung. Ferner wird psychiatrische Behandlung von den Ausübenden ganz anders erlebt und häufig auch anders intendiert als von den Patienten/Klienten wahrgenommen. Diese unterschiedliche Wahrnehmung wird während der aktuellen Behandlung oft nicht kommuniziert. In der neuen, besonderen Konstellation, Psychiatrie-Erfarene und Angehörige als Referenten in den Unterricht einzubeziehen, soll diese Wahrnehmungs- und Kommunikationslücke bearbeitet werden. Ehemalige Patienten/Klienten berichten in gesunden Zeiten vom Erleben ihrer Krisen aus ihrer Sicht, von ihren Bedürfnissen in diesen Krisen und darüber, wie sie das Handeln des Fachpersonals wahrgenommen haben, bzw. welches Handeln und welche Haltung sie sich wünschen bzw. für hilfreich halten. Insbesondere während der Grundausbildung für psychiatrische Berufe ist es für die Lernenden wichtig, Psychiatrie-Patient/innen nicht nur aus Büchern und Fallbeispielen kennen zu lernen, sondern sie in eigener Sache als Erfahrungsexperten sprechen zu hören und mit ihnen ins Gespräch zu kommen. Aber auch und gerade für jene Mitarbeiter, die schon in der praktischen Arbeit sind, ist es von großer Bedeutung, Patient/innen, die sie in der aktuellen Behandlungssituation oft als hilflos und eher weniger kompetent erleben, einmal in dieser anderen Rolle, in einem anderen Verhältnis zueinander

und mit Kompetenzen im Bezug auf den Umgang mit ihrer Erkrankung und den Erwartungen an eine hilfreiche Behandlung zu erfahren sowie auch die psychiatrische Arbeit noch einmal aus reflektierter Patientenperspektive gespiegelt zu bekommen. Ferner favorisieren Betroffene oft alternative oder zumindest weniger bekannte Krankheits- und Krisenmodelle bzw. Behandlungssettings; auch diese sind es wert, vorgestellt zu werden. Sowie nicht zuletzt die Möglichkeiten und Grenzen, die vielfältigen, häufig gezielt ressourcenfördernden Aktivitäten der Selbsthilfe.

Damit diese Kooperation gelingen kann, sind natürlich bestimmte Voraussetzungen nötig: die Psychiatrie-Erfahrenen, die zum Unterricht beitragen, benötigen ein gewisses Maß an Distanz und reflektierter Verarbeitung ihrer Krise sowie auch zumindest Verständnis für die Fremdwahrnehmung dieser Erkrankung. Sie müssen in der Lage sein, Exemplarisches, Verallgemeinerbares ihrer Geschichte von individuellen Besonderheiten zu trennen bzw. diese als solche kenntlich zu machen. Von Vorteil ist die Kenntnis der Erlebnisweisen und Bedürfnisse möglichst vieler Betroffener, um nicht die jeweils eigene Geschichte zum allgemeingültigen Maßstab zu machen. Ferner ist es günstig, wenn sie wenigstens ansatzweise einige didaktische und methodische Überlegungen zur Gestaltung ihres Beitrages anstellen können. Es gibt aber schon eine Reihe von Psychiatrie-Erfahrenen, die sich diese Fähigkeiten autodidaktisch angeeignet haben bzw. sie aus früherer Berufstätigkeit (Lehrer) mitbringen. Einige sind darin bereits durchaus professionell. In jüngster Zeit werden in Bremen und Hamburg auch Fortbildungen für Psychiatrie-Erfahrene durchgeführt, um sie zur Durchführung solcher und ähnlicher Veranstaltungen zu befähigen sowie auch als »Peer-Mitarbeiter« in psychiatrischen Einrichtungen tätig zu sein. Keinesfalls soll es in den Unterrichtsveranstaltungen darum gehen, nun »persönliche Abrechnungen« mit einer etwa negativ erlebten Psychiatrie abzuhalten. Dennoch ist ersichtlich, dass es zu unterschiedlichen Meinungen zwischen den psychiatrieefahrenen Referent/innen und den (prä-)professionellen Lernenden kommen kann. Diese sollten aber als produktive Chance, als konstruktive »kognitive (oder emotionale) Differenz« gewertet werden, da sie das Spannungsfeld, in dem der Psychiatrie-Mitarbeiter sich befindet oder befinden wird, verdeutlicht und verhandelbar macht.

# Teilhabeplätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen – Arbeitswelt als Arbeitsfeld psychiatrischer Pflege

Uwe Rethage

## Hintergrund

Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen stehen häufig vor der Situation, dass sie den Anforderungen üblicher arbeits- und beschäftigungsfördernder Maßnahmen wie z.B. denen in Werkstätten für behinderte Menschen, Integrations- oder Zuverdienstfirmen nicht standhalten können. Diese Unterstützungsleistungen sind in der Regel an Bedingungen geknüpft, die von einem Teil der Betroffenen nicht eingehalten werden können. So sind die Klienten krankheitsbedingt nicht in der Lage, ein Mindestmaß an Arbeitsstunden zu leisten oder einem regelmäßigen Arbeitsbeginn um 7.00 Uhr morgens nachzukommen. Vielfach ist dieser Klientel somit der Weg auf den Arbeitsmarkt versperrt, wodurch häufig ausreichend Möglichkeiten fehlen, um am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können.

Mit den tradierten Strukturen von Arbeits- und Beschäftigungsangeboten erreichen wir in Bielefeld etwa die Hälfte aller (chronisch) psychisch erkrankten Menschen wie Lempert-Horstkotte in seiner Erhebung zur Arbeits- und Beschäftigungssituation im Bielefelder Gemeindepsychiatrischen Verbund gezeigt hat[1].

Seit einigen Jahren werden in Deutschland sowie in vielen anderen europäischen Ländern, »*Persönliche Budgets*« für Menschen mit ganz unterschiedlichen Hilfebedarfen und Leistungsansprüchen erprobt. Grundlage für die Durchführung und Weiterentwicklung dieser Modellprojekte bietet nicht zuletzt der Gesetzgeber, der im neunten Sozialgesetzbuch für Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen vorsieht, »um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegen zu wirken«[2]. Ziel eines »*Persönlichen Budgets*« ist es vor allem, den Betroffenen mehr Möglichkeiten zur selbstbestimmten Mitgestaltung individueller Unterstützungsleistungen zur Förderung von Teilhabe am gesellschaftlichen Leben einzuräumen. Insgesamt deuten die Modellprojekte

darauf hin, dass Menschen mit psychischer Erkrankung in erheblichem Maße an Autonomie und Souveränität gewinnen und davon profitieren[3]. Sie nutzen das ›*Persönliche Budget*‹ vor allem zur Erweiterung ihrer individuellen Teilhabechancen. Dabei wird auch deutlich, dass Betroffene sowohl die Leistungsanbieter (stationäre Einrichtungen, ambulant betreutes Wohnen, Bereiche von Arbeit, Beschäftigung und Tagesstrukturierung etc.) als auch die unterschiedlichen Kostenträger mit größeren Flexibilisierungsanforderungen konfrontieren. Eine individuell bedarfsgerechte Leistungserbringung orientiert sich weniger an den tradierten Strukturen, sondern vielmehr an den tatsächlichen individuellen Bedürfnissen und Wünschen der betroffenen Menschen. Der ›*Einkauf*‹ von Teil-Leistungen bei – möglicherweise – unterschiedlichen Anbietern sowie die Realisierung ganz neuer Teilhabeperspektiven (z. B. Volkshochschulkurs oder Tierhaltung) sind nur so möglich.

### Fragestellung

Der genannte Personenkreis ist im Besonderen auf die vorhandene differenzierte Angebotsstruktur spezieller psychiatrischer Dienstleistungen angewiesen. Gesellschaftliche Teilhabe realisiert sich häufig – in Kontakt, Freizeit und Arbeit – für viele Betroffene ausschließlich in den integrierten psychiatrischen Angeboten und Einrichtungen. In Bielefeld, einer Stadt mit einem dichten psychiatrischen Versorgungsnetz, entstehen immer wieder so genannte ›*Subwelten*‹. Hier findet institutionsgestützt Teilhabe am somit nicht immer ›normalen Leben‹ statt. Nicht wenige Betroffene strukturieren ihren Tag, indem sie innerhalb der vielfältigen psychiatrischen Einrichtungen pendeln, wie z.B. den Tagesstätten, Kontaktstellen und tagesstrukturierenden Einrichtungen. Wie gelingt es nun, Teilhabeangebote zu entwickeln, die keine neue ›Subwelt‹ entstehen lassen, sondern sich an den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen orientieren und Normalität vermitteln?

### Das Projekt

Das Ziel der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben steht als Überschrift über allen sozialen Unterstützungsleistungen, die psychisch kranke Menschen erhalten. Gesellschaftliche Teilhabe beschränkt sich allerdings nicht nur auf die Bereiche Arbeit und Beschäftigung, sondern umfasst selbstverständlich

auch die Teilnahme an kulturellen, sportlichen, freizeitspezifischen oder anderen öffentlichen Veranstaltungen.

Der Stiftungsbereich Integrationshilfen sowie das Kompetenzteam ›*Persönliches Budget*‹ der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel entwickelten auf diesem Hintergrund die Idee der Schaffung von ›*Teilhabeplätzen*‹ für Menschen mit psychischen Erkrankungen. In einem laufenden Projekt, in welchem eben solche ›*Teilhabeplätze*‹ gesucht werden, soll der Klientel in den unterschiedlichsten Bereichen normalisierendes und integrierendes gesellschaftliches Leben möglich werden.

Grundgedanke ist dabei folgender: Menschen mit psychischer Behinderung und einem Leistungsanspruch auf tagesstrukturierende Hilfen können damit ihren Anspruch auf gesellschaftliches Leben mittels eines über die Eingliederungshilfe geförderten ›*Teilhabeplatzes*‹ in einem Betrieb oder einer Firma des ersten Arbeitsmarktes realisieren. Denkbar sind aber ebenso ›*Plätze*‹ in Behörden, Vereinen, Kirchengemeinden, Initiativen, Künstlerateliers etc. Nach eigenen Interessen und Ressourcen werden entsprechende Kooperationspartner (Teilhabeplatzgeber) gesucht und angemessene Kontrakte über diese Form der Teilhabe geschlossen. Die Kooperationspartner erhalten für die Bereitstellung einer solchen Möglichkeit eine Aufwandsentschädigung.

Spezifisches Merkmal des ›*Teilhabeplatzes*‹ ist seine Niedrigschwelligkeit. Diese wird dadurch gewährleistet, dass mit diesem Angebot keine Erwartungen an verwertbare Leistungen und keine rehabilitativen Zielsetzungen im Rahmen von Berufsorientierungs- bzw. vorbereitung verbunden sind. Andererseits haben die Menschen, die sich für einen Teilhabeplatz entscheiden, keinen Anspruch auf Leistungsentgelte. Sie können außerhalb von betreuerischen Netzwerken und Institutionen und ohne Leistungsdruck Alltagsabläufe erleben und mitleben. Eine solche Möglichkeit birgt die Chance, in einem ganz neuen Kontext neue Erfahrungen im Bezug auf eigene Ressourcen zu machen. Ferner kann sie motivieren mutiger zu werden, mit eigenen Kompetenzen umzugehen, Bedürfnisse wieder zu entdecken und diese zu formulieren sowie auch zu einer adäquaten Selbsteinschätzung verhelfen.

Im vorgestellten Projekt sind Mitarbeiter einer Einrichtung, welche die Tagesstruktur im Stiftungsbereich Integrationshilfe der vBAB anbietet, mit der Vorbereitung (Beratung und Platzsuche), Implementierung (Anbahnung, Kontraktierung) und der Begleitung beauftragt.

Sollten sich im Rahmen eines Teilhabeplatzes über Tagesstrukturierung hinausgehende Beschäftigungsperspektiven zwischen Klient und Firma ergeben, so ist dies ausdrücklich nicht das Ziel des Projektes, aber dennoch ein sehr schöner Erfolg. Das professionelle Handeln bezieht sich hierbei auf die Anbahnung und Umsetzung der Kontrakte und verfolgt das Ziel, die Begleitung und Unterstützung nach einer gewissen Zeit in das autonome Handeln des jeweiligen Klienten abzugeben. Diese Idee kann nur dann greifen und zum Erfolg führen, wenn sie individuell für den jeweils Betroffenen und ohne die Entstehung einer neuen Institution umgesetzt werden kann.

### Beispiele und Erfahrungen

- Frau F. besucht einmal in der Woche die Werkstattgalerie eines Bielefelder Künstlers und findet dort den Raum und die Materialien, um selber Bilder zu malen. Sie erlebt den Künstler bei seiner Arbeit und kann mit ihm über ihre Bilder sprechen. Frau F. erhält über diesen Austausch wichtige anregende Impulse und entwickelt neue Motivation wieder zu malen, was sie seit vielen Jahren nicht mehr getan hatte.
- Herr K. besucht zweimal die Woche einen Verein, der sich mit dem Verkauf von Gegenständen bei »ebay« beschäftigt. Dort kann er seinem Interesse für Computertechnik nachgehen und das Tätigkeitsfeld der dort beschäftigten Mitarbeiter kennen lernen.
- Frau H. besucht zweimal in der Woche die Bürgerberatung der Stadt Bielefeld. Sie hat dort einen eigenen Schreibplatz, bekommt Einblick in die unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche und kann während der Öffnungszeiten den Kundenservice verfolgen. Hin und wieder wird sie mit kleineren Büroarbeiten betraut und so in das Serviceteam mit einbezogen.
- Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass ein bis zwei Besuche pro Woche mit einer durchschnittlichen Anwesenheitsdauer von je zwei bis drei Stunden, den Bedürfnissen und Möglichkeiten beider Kontraktpartner am »Teilhabeplatz« entsprechen. In der Anfangsphase ist eine gute Information und Begleitung durch den »Teilhabeplatzgeber« und gleichzeitig den begleitenden Dienst unerlässlich. Dabei sollte es einen festen Ansprechpartner seitens des begleitenden Dienstes geben, welcher zumindest in der Anfangsphase die Kontinuität der Begleitung sicherstellt, Gespräche vor Ort führt und im Bedarfsfall auch für Vertretung sorgt.

### Fazit

Um am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können, benötigt niemand ein fertiges »Behandlungspaket«, sondern normale Lebensbezüge. Hier die Verantwortung zu übernehmen, Menschen mit einer psychischen Erkrankung Unterstützungsangebote auch außerhalb von Institutionen und vorgefertigten Konzepten zu ermöglichen, lässt neue Kompetenzen beim professionell Handelnden als auch beim betroffenen Klienten entstehen. Die Fachkompetenz im professionellen Handeln richtet sich weniger an dem aus, was sowieso schon immer angeboten wurde, sondern liegt vielmehr in der Unterstützung zur Durchsetzung und Realisierung individueller Lösungen. Damit gewinnen das »Assistenzprinzip« und Elemente des »Casemanagements« zu Recht an Bedeutung.

### Literatur

1. **Lempert-Horstkotte, Jürgen (2002)** »GPV Bielefeld - Arbeits- und Beschäftigungssituation der Klientel im Betreuten Wohnen im Mai 2002«, Bethel, unveröffentlicht
2. **Sozialgesetzbuch (SGB)**. Neuntes Buch (IX) § 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft
3. **Universität Dortmund/Tübingen** Zwischenbericht der Wissenschaftlichen Begleitforschung Bundesmodellprojekt Trägerübergreifendes Persönliches Budget. [www.projekt-persoennes-budget.de](http://www.projekt-persoennes-budget.de)

## Billardtraining auf der Station FP

Stefan Vetter

**Nicolas L, 23 Jahre** : Billard ist entspannend, ich habe gerne Geschicklichkeitsspiele, man kann das Spiel selbst gestalten und gewinnen. Es ist interessant und abwechslungsreich. Über längere Zeit macht es Spass.

**Andreas N, 27 Jahre** : Ich finde Billard eine sinnvolle Freizeitbeschäftigung, weil man schon mit wenig Übung das Spiel recht schnell beherrscht. Und weil man denkt, dass es nicht so schwer ist. Wenn man jedoch richtig spielen will, mit Vorlagen auf die nächsten 2 Kugeln, merkt man, dass Billard richtig Potential hat. Man muss mehr berücksichtigen als man als Hobbyspieler denkt. Jedes Spiel ist anders !

**Christian M, 23 Jahre** : Billard ist für mich ein Chance mich zu motivieren und je nach Erfolg im Training und Spiel auch Freude zu bekommen. Billard ist ein schöner und ruhiger Sport.

**Sandra L, 17 Jahre** : Billard bedeutet für mich eine Konzentrationsübung, die sehr viel Spass macht. Billard ist für mich ein Sport, durch den ich ruhig und geduldig werde und ausserdem meine Konzentration stärken. Das Besondere ist, dass man durchs Zuschauen auch schnell lernt. Ich finde es ist eine sehr gute Sportart.

**Simon P, 20 Jahre** : Billard bedeutet mir sehr viel. Es ist für mich eine Ersatzdroge geworden für meine Alkohol - und THC Exzesse. Billard ist für mich ein Sport, der meine Planungsfähigkeit sehr stark fördert und mir dadurch auch sonst sehr viel bringt in meinem Leben.

### Frühe Psychosen und Billard

**2001** : Eröffnung der Station FP. FP ist eine Station, die mit jungen Menschen arbeitet, die von einer beginnenden oder auch schon akut vorhandenen Psychose betroffen sind.

Durchschnittlich befinden sich 13 vollstationäre und 4 Tagespatienten, vorwiegend im Alter von 16 – 25 Jahren, auf der Station.

Die Mehrheit der Patienten sind bei Eintritt sozial isoliert, wobei die Frage erlaubt ist, ob zuerst die Psychose und die Isolierung sozusagen als Folgeerscheinung auftrat oder ob die soziale Isolierung vor Beginn der akuten Psychose bereits bestand.

**1460** : In diesem Jahr fängt der in London lebende Pfandleiher Bill Kue an, mit drei Elfenbeinkugeln auf seinem Schreibtisch zu spielen. Sein Nachbar, der von Beruf Schreiner ist, montiert Banden an die Tischkanten und tauft diesen Schreibtisch dann »Bills Yard«, also Bills Spieltisch.

**2003** : Die Station FP stellt ihren ersten Billardtisch im Freizeitraum auf. Der Tisch und die Banden werden in einem gemeinsamen Projekt mit den Patienten aufgebaut und neu bezogen. Das Interesse am Billardspiel und Training ist so gross, dass zwei Jahre später der zweite Profitisch aufgebaut wird. Heute spielen und trainieren die jungen Erwachsenen der Station FP täglich Stunden auf den beiden Tischen, ausserhalb der Therapiezeiten versteht sich. Sie sind fasziniert von dem Sport Billard. Mittlerweile wurde ein Billardkonzept entwickelt, welches in schriftlicher Form vorliegt.

Hauptziel dieses Konzeptes ist, die Patienten spielerisch auf ein Vereinsniveau zu bringen, um so eine Integration in einen seriösen Billardverein zu erleichtern.

### Billard – 10 Vorteile

1. Entspannung/ Stressausgleich
2. Sinnvolle Freizeitbeschäftigung
3. Steigerung der Planung – und Konzentrationsfähigkeit
4. Wettkampf auf einer erwachsenen Ebene
5. Billard als alternativer Kick zum THC und Alkohol
6. Steigerung der mentalen Ausdauer und Geduld
7. Selbstwertsteigerung
8. Billard schafft Kontakte
9. Hobby fürs Leben
10. Billard als diagnostisches Mittel

## **6 Elemente des Billardkonzeptes**

Das FP - Billardkonzept enthält 6 Elemente, die aufeinander aufbauen und zusammen gehören. Die Inhalte können individuell gestaltet werden, doch das Grundprinzip der 6 Elemente bleibt bestehen.

Durch diese Elemente lernt der Spieler einen grossen Teil der unterschiedlichen Facetten kennen, die Billard zu bieten hat. Ausserdem bekommt der Spieler ein Bild davon, welche Atmosphäre und Ideen einen Billardverein ausmachen.

### **1. Grundkurs**

Jeder neue Patient, der sich für Billard interessiert, muss erst einmal einen 30 – 60 min. Grundkurs besuchen. Inhalt : Richtige Grund – und Queuehaltung, Nachläufer, Druckball, Rückzieher, korrektes Aufbauen der Kugeln, richtiger Anstoss, sinnvolles Kreiden und Regeln.

### **2. Billardtraining**

Dauer pro Einheit : 30 min.

Inhalt : Benutzung der Brücke, Gerader Schwung / Stoss, Effetspiel. Dazu dienen 20 Übungen, die an Schwierigkeitsgrad zunehmen. Wer diese meistert, erhält einen Pokal. Nun hat der Spieler ein Niveau erreicht, welches Vereinsspielern entspricht.

### **3. FP – Turniere**

Einmal monatlich findet ein FP – Billardturnier statt. Durchschnittlich 8 – 12 Patienten nehmen daran teil. Auch wenn sich die Patienten sehr darauf freuen, bedeutet solch ein Turnier oft eine gewisse Drucksituation. Eine grosse Chance um Copingstrategien zu entwickeln.

### **4. Mannschaftsspiele**

Alle 6 – 8 Wochen spielt FP gegen eine andere Station. 4 Spieler pro Mannschaft kommen zum Einsatz. Aufgrund des Billardtrainings und der Turniere wird deutlich, welche Spieler zum Einsatz kommen. Hier gewinnt oder verliert man als Team.

### **5. Vereinsbesuche**

Das Hauptziel des FP – Konzeptes besteht darin, möglichst interessierte Patienten in Billardvereine zu integrieren. Deshalb besucht die Station FP regelmässig Billardvereine, um einen ersten Kontakt herzustellen und etwas von der Atmosphäre mitzubekommen.

# Stigmatisierung von Alkoholkranken; Eine Untersuchung bei Schülerinnen allgemein bildender höherer Schulen

Gisela Walter

Die vorliegende Arbeit untersucht die soziale Einstellung von Jugendlichen zu Alkoholkonsum und Alkoholkranken. Sie versucht dabei zu klären, ob Jugendliche dazu neigen, Alkoholkonsum und alkoholranke Personen zu stigmatisieren oder ob sich eher Bestrebungen zeigen, Alkoholkonsum zu bagatellisieren; weiter, ob sich derartige Tendenzen zu persönlichen Daten wie etwa der Geschlechtszugehörigkeit oder den Konsumgewohnheiten der Jugendlichen in Beziehung setzen lassen.

SchülerInnen an allgemein bildenden höheren Schulen in Tirol wurde nach dem Zufallsprinzip Fragebogen vorgelegt, in denen Texte erschienen über eine hypothetische Mitschülerin, die die Symptomatik einer Alkoholkrankung aufwies. Im daran anschließenden Fragebogen mussten die teilnehmenden SchülerInnen folgende Fragen beantworten: In welchem Ausmaß sie bestimmte vorgegebene Gefühle teilen würden, wie stark bestimmte vorgegebene Eigenschaften auf die/den beschriebenen MitschülerIn zutreffen würden und inwieweit sie bereit wären, mit der dargestellten Person in verschiedene soziale Beziehungen zu treten. Außerdem wurden die RespondentInnen nach ihrer Einschätzung der Gefährlichkeit und des Abhängigkeitspotenzials verschiedener gebräuchlicher psychotroper Substanzen sowie nach ihrem eigenen Substanzkonsum befragt.

Insgesamt beteiligten sich an der vorliegenden Studie 542 SchülerInnen der siebenten und achten Klasse (elfte und zwölfte Schulstufe) in 31 Klassen Tiroler allgemein bildender höherer Schulen. Von drei der 542 SchülerInnen waren die Fragebogen unvollständig ausgefüllt und wurden deshalb nicht ausgewertet, sodass sich ein endgültiges Sample von 539 Fragebogen ergab. 51,2% der Befragten waren weiblich, 48,2% männlich, der Altersschnitt lag bei 17,3 Jahren.

Eine Frage, welche die vorliegende Arbeit zu beantworten versucht, war jene, ob Jugendliche angesichts der Ubiquität von Alkohol in unserer Gesellschaft dazu tendierten, Alkoholkonsum und Alkoholfolgen zu bagatel-

lisieren. Es zeigte sich: Die RespondentInnen schätzten Alkohol zwar als weniger gefährlich als Heroin, Ecstasy und Kokain, aber immerhin gefährlicher als Nikotin, Cannabis und Koffein ein. Mehr als 95% der SchülerInnen glaubten, dass Alkohol abhängig machen könne. Die Einschätzung des Abhängigkeitspotenzials von Alkohol lag also nur geringfügig unter der von Heroin und Nikotin, über der von Kokain, Ecstasy, Cannabis und Koffein. Dem entspricht, dass mehr als 70% der befragten SchülerInnen der Meinung waren, dass es sich bei der im vorgelegten Text beschriebenen Symptomatik bei der/dem fiktiven MitschülerIn um eine Krankheit handle. Immerhin gut die Hälfte der RespondentInnen gaben den Namen der dargestellten Erkrankung korrekt mit »Sucht«, »Abhängigkeit«, »Alkoholismus«, »AlkoholikerIn«, »alkoholkrank«, »alkoholsüchtig« an. Dass der/dem fiktiven alkoholkranken MitschülerIn vorrangig Gefühle des Mitleids und der Anteilnahme entgegengebracht wurden, entspricht wohl dieser Einschätzung.

Die Hypothese, wonach alkoholbedingte Störungen häufig bagatellisiert werden, konnte für das vorliegende Sample somit nicht bestätigt werden: Alkohol wurde von den meisten SchülerInnen durchaus als gefährliche Substanz mit hohem Abhängigkeitspotenzial eingeschätzt, eine alkoholranke Person als krank identifiziert. Eine zweite Frage der vorliegenden Untersuchung wollte klären, ob die soziale Einstellung Jugendlicher gegenüber alkoholkranken Personen geschlechtsspezifische Tendenzen zeigt. Die Geschlechter reagierten unterschiedlich: Die Mädchen bekundeten mehr Anteilnahme und stärkere Angstgefühle gegenüber der in der Vignette dargestellten Person. Sie empfanden den hypothetischen Mitschüler in höherem Ausmaß als krank als ihre männlichen Mitschüler. Die Bereitschaft zur sozialen Interaktion unterschied sich zwischen beiden Geschlechtern allerdings nicht. Schülerinnen schätzten Alkohol als gefährlicher ein als ihre männlichen Kollegen und vertraten in höherem Ausmaß die Ansicht, dass Alkohol zur Abhängigkeit führen könne. Geschlechtsspezifische Unterschiede ergaben sich nicht nur in Hinsicht auf das Geschlecht der RespondentInnen, sondern auch in Hinsicht auf das Geschlecht der in der Fallvignette dargestellten Person: Dem männlichen Mitschüler wurde eine höhere Gewaltbereitschaft unterstellt und er wurde als weniger sympathisch und als weniger krank angesehen, als dies bei einer fiktiven Mitschülerin der Fall war.

Die Hypothese, dass die soziale Einstellung Jugendlicher gegenüber alkoholkranken Personen geschlechtsspezifische Tendenzen zeigt, kann somit als bestätigt angesehen werden. Weiter will die vorliegende Arbeit zeigen, dass bei Jugendlichen ein Zusammenhang zwischen (verbaler) Stigmatisierungsbereitschaft und ihrer sozialen Distanz gegenüber Alkoholkranken besteht. Jene Eigenschaftsitems, welche der/dem hypothetischen MitschülerIn moralische Defizite unterstellten (»verantwortungslos«, »willensschwach«, »unmäßig«, »charakterlos«, »gewalttätig«, »egoistisch«, »ein hoffnungsloser Fall«), ebenso jene Gefühlsitems, welche einer Reaktion auf moralische Defizite entsprechen (»Unverständnis«, »Abscheu«, »Verachtung«, »Ärger«), verminderten die Bereitschaft zur sozialen Interaktion massiv, unabhängig vom Geschlecht der Befragten und dem Geschlecht der in der Vignette dargestellten Person.

Die Hypothese, dass bei Jugendlichen ein Zusammenhang zwischen (verbaler) Stigmatisierungsbereitschaft und ihrer sozialen Distanz zu Alkoholkrankheit besteht, kann somit als bestätigt angesehen werden. Schließlich wollte diese Untersuchung klären, ob es bei Jugendlichen einen Zusammenhang zwischen der Einstellung zu alkoholkranken Menschen und den eigenen Konsumgewohnheiten gibt. Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden folgende Fragen vorgelegt: Wie viel Bier/Wein trinken Sie in einer durchschnittlichen Woche? Und: Welche der folgenden Substanzen konsumieren Sie wie regelmäßig: Alkohol, Cannabis, Heroin, Nikotin, Koffein, Ecstasy und Kokain. Es zeigte sich, dass jene SchülerInnen, die selbst einen häufigeren Substanzkonsum von Alkohol, Nikotin und Cannabis sowie einen höheren Alkoholkonsum pro Woche angaben, eher bereit waren, mit der fiktiven Person in Kontakt zu treten. Sie brachten dieser Person mehr Sympathie, weniger Angstgefühle, auch weniger aggressive Regungen entgegen und schätzten sie weniger als haltlos und krank ein. Die Hypothese ist für diese Stichprobe als bestätigt anzusehen.

## **»Warum nehmen Sie Ihre Abendarznei nicht später?« Perspektivenwechsel: vom Patienten/ von der Patientin mit Kind hin zum Elternteil mit einer psychiatrischen Erkrankung**

Katrin Herder

### **Workshop**

Eltern mit einer psychischen Erkrankung werden in klinischen wie ambulanten psychiatrischen Settings zumeist nur in ihrer Rolle als PatientInnen wahrgenommen, behandelt und angesprochen. Ihre medikamentöse Behandlung, die Tagesgestaltung und die Möglichkeiten wie Grenzen ihrer Belastbarkeit werden singulär unter dem Aspekt der Wiederherstellung oder Erhaltung ihrer Gesundheit betrachtet.

Aber wie lassen sich die medizinisch- psychiatrischen Anforderungen an einen schizophrenen »Patienten« mit der Rolle eines Vaters vereinbaren, welcher 30 Minuten nach Einnahme seiner abendlichen Medikation nicht mehr in der Lage ist, seinen drei Jahre alten Sohn zu Bett zu bringen?

Wie kann eine Familie sich wieder organisieren, in der die allein erziehende Mutter von den Kindern und deren Vater als »krank« erlebt wird, während sie sich vor allem falsch verstanden fühlt und daher eine medizinisch-psychiatrische Behandlung ablehnt?

Das Kinder- und Familienprojekt KIPS in Solingen wird gemeinsam von einem Träger gemeindeorientierter ambulant- psychiatrischer Hilfen (Psychosozialer Trägerverein Solingen e.V.) und einem Träger der Jugendhilfe (Arbeiterwohlfahrt) getragen. In der Kooperation werden die Kompetenzen beider Anbieter zusammengeführt, um sowohl die Kinder wie auch ihre psychisch erkrankten Eltern individuell zu stärken und sie gemeinsam als Familien zu unterstützen.

Die Kinder erhalten einzeln und in Gruppen die Möglichkeit, mit Dritten über ihre familiäre Situation zu sprechen, ihre teils widersprüchlichen Gefühle auszudrücken und ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen. Sie werden unterstützt, neben ihrem erkrankten Elternteil eine »sichere Bezugsperson« zu identifizieren, welche in Absprache mit der Familie dem Kind zur Seite steht. Die Kinder werden über die psychische Erkrankung ihres Elternteils informiert, während mit den Eltern erarbeitet wird, in welcher

Weise sie mit ihren Kindern über ihre eigene Befindlichkeit sprechen können. Die Eltern werden als Eltern angesprochen, die unter den besonderen Belastungen ihrer Erkrankung erziehen, aber dennoch den Fürsorgeaufgaben gegenüber ihren Kindern gerecht werden (sollen). Das Ziel der präventiven Arbeit mit allen Beteiligten ist die gesunde Entwicklung der Kinder psychisch erkrankter Eltern.

## Autorinnen und Autoren

Christoph **Abderhalden**, Leiter Forschungsstelle Pflege und Pädagogik, Psychiatriepfleger, Pflegewissenschaftler MNSc, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD).

Kontakt: [abdheralden@puk.unibe.ch](mailto:abdheralden@puk.unibe.ch), [christoph.abderhalden@unibe.ch](mailto:christoph.abderhalden@unibe.ch)

Ruth **Ahrens**, Jahrgang 1968, Referentin für psychiatrisch-psychosomatische Pflege, Studium der Pflegewissenschaften, Arbeitsschwerpunkte: Beziehungsgestaltung in der Pflege, Supervision, Praxisberatung, Leiterin des Fortbildungsinstitutes der Gesellschaft für Humanistische Pflege.

Homepage: <http://www.RuthAhrens.de> Kontakt: [RuthAhrens@web.de](mailto:RuthAhrens@web.de)

Phil **Barker**, Psychotherapeut und Ehrenprofessor der Universität von Dundee in Schottland, 1993 erster Professor für psychiatrische Pflege an der Universität von Newcastle; Veröffentlichung von über 20 Büchern, mehr als 50 Buchbeiträgen und über 250 wissenschaftlichen Artikeln; Referent bei über 300 Konferenzen weltweit. 1995 Berufung in das *Royal College of Nursing*, 2002 *Auszeichnung der Universität in Tokio mit dem Red Gate Award for Distinguished Professors*. 2001 Ehrendoktorwürde der Oxford Brooks Universität; Lehrbeauftragter Professor an verschiedenen internationalen Hochschulen, so z.B. in Barcelona, Tokio, Auckland, Adelaide und Sydney.

Rüdiger **Bauer**, Jahrgang 1957, Magister social work, Krankenpfleger für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Ausbilder in klientenzentrierter Gesprächsführung, Doktorand PhDr. zum Thema „Identifikation und Motivation von Mitarbeitern in Dienstleistungs- und Produktionsunternehmen, Leiter des Instituts für Beziehungskompetenz und Arbeitszufriedenheit.

Kontakt: [info@ibi-institut.com](mailto:info@ibi-institut.com), Tel. 08344/991597

Andrew **Bay**, Pflegefachmann Psychiatrie mit Höherer Fachausbildung in Pflege (Höfa I), arbeitet auf einer Akutaufnahmestation als Stationsleitung in der Luzerner Psychiatrie St. Urban CH. Kontakt: [andrew.bay@lups.ch](mailto:andrew.bay@lups.ch)

Almuth **Berg**, Jahrgang 1971, Dipl. Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin, Krankenschwester; wiss. Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der MLU Halle-Wittenberg.

Kontakt: [almuth.berg@medizin.uni-halle.de](mailto:almuth.berg@medizin.uni-halle.de)

Ulrich von dem **Berge**, Jahrgang 1957, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Diplom-Pflegewirt (FH); Abteilung für Suchterkrankungen am Zentrum für Psychiatrie Bad Schussenried, Pflegeexperte für die Weiterentwicklung der Pflege, Bildungsreferent an der „akademie südwest“;

Kontakt: [ulrich.vdberge@zfp-bad-schussenried.de](mailto:ulrich.vdberge@zfp-bad-schussenried.de) Telefon: 07583/33-1722  
Telefax: 07583/33-1646, E-Mail: [ulrich.vdberge@zfp-bad-schussenried.de](mailto:ulrich.vdberge@zfp-bad-schussenried.de)

Markus **Berner**, Jahrgang 1967, Dipl. Pflegefachmann Psychiatrie, Pflegeexperte HöFa II, als Pflegeexperte in der Privatklinik Wyss AG in Münchenbuchsee CH tätig. Er beschäftigt sich mit dem Thema «Stigmatisierung von psychisch kranken Menschen» und hat ein Konzept zur Sensibilisierung von Pflegefachpersonen erarbeitet. Arbeitsschwerpunkte sind die Pflegediagnosen, Umsetzung des Pflegeprozesses, Bezugspflege und Kongruente Beziehungspflege.

Kontakt: [m.berner@privatklinik-wyss.ch](mailto:m.berner@privatklinik-wyss.ch), [markus.berner@ggs.ch](mailto:markus.berner@ggs.ch)

Internetseite: [www.privatklinik-wyss.ch](http://www.privatklinik-wyss.ch)

Melanie **Beyrodt**, Jahrgang 1972, Krankenschwester und diplomierte Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der MLU Halle-Wittenberg, Arbeitsschwerpunkte: im Bereich Altenpflege und Demenz.

Kontakt: [melanie.beyrodt@medizin.uni-halle.de](mailto:melanie.beyrodt@medizin.uni-halle.de)

Lena **Bischoff**, Kinderkrankenschwester, Jahrgang 1981, seit 2003 in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Rotenburg (Wümme), Stationsleitung einer Jugendlichenstation.

Kontakt: [www.kjp/diako-online.de](http://www.kjp/diako-online.de); [st62a1@diako-online.de](mailto:st62a1@diako-online.de).

Manuela **Brandt**, Jahrgang 1970, Krankenschwester; Leitung für Gesundheits- und Sozialberufe und Co-Therapeutin. Aufbau der Abteilung für Persönlichkeitsstörungen an der Charite Berlin als Stationsleitung, Mitarbeiterin im Bereich Medizincontrolling der Charite; derzeit Studium an der

Fachhochschule Osnabrück im Fach Pflege- und Gesundheitsmanagement, seit 2003 Privatdozentin.

Kontakt: [manuela.brandt-gehrke@charite.de](mailto:manuela.brandt-gehrke@charite.de)

Urs **Braun**, Jahrgang 1960, Dr. phil., Leiter Qualitätsmanagement an der PK Zugersee, Arbeitsschwerpunkt im Moment ist die Implementierung, wissenschaftliche Aufsicht und Evaluation des SIB.

Kontakt: [urs.braun@pkzs.ch](mailto:urs.braun@pkzs.ch)

Poppy **Buchanan-Barker**, Therapeutin für psychische Erkrankung, Leitung der *Clan Unity International* – Seminare zur Gesundung bei psychischer Krankheit, 25 Jahre lang Tätigkeit als Sozialarbeiterin. Arbeitsschwerpunkte: Suizidalität, Alkoholabhängigkeit und Krisenintervention, Durchführung internationaler Workshops. Bücher: „*Breakthrough: Spirituality and Mental Health*“ – 2005 für den Mind Book of the Year Award nominiert; „*The Tidal Model: A Guide for Mental Health Professionals*“.

Heike **Dech**, Prof. Dr. med. Dipl. Psych. ger., Professorin für das Lehrgebiet Sozialmedizin und Sozialpsychiatrie an der Alice Salomon Fachhochschule Berlin; Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie und Klinische Geriatrie; Diplompsychogerontologin; wissenschaftliche Auslandsaufenthalte in Kenia, Kanada und Großbritannien.

Internet: <http://www.asfh-berlin.de/hsl/index.phtml?id=556>

Kontakt: [dech@asfh-berlin.de](mailto:dech@asfh-berlin.de)

Sebastian **Dorgerloh**, Diplom Pfl egewirt (FH), Stabsstelle im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld im Netzwerk Pflegeforschung- und entwicklung.

Kontakt: [sebastian.dorgerloh@evkb.de](mailto:sebastian.dorgerloh@evkb.de)

Alexander **Duhm**, Urban-Klinikum, eine Einrichtung der Vivantes GmbH in Berlin, Krankenschwester in der Allgemeinpsychiatrie

Bärbel **Durman**, Jahrgang 1972, Heilpädagogin, seit 2000 in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Rotenburg (Wümme), Stationsleitung einer Tagesklinik für Kinder.

Kontakt: [www.kjp/diako-online.de](http://www.kjp/diako-online.de); [st63a1@diako-online.de](mailto:st63a1@diako-online.de).

Gerda **Elmerhaus**, Krankenschwester, Lehrerin für Krankenpflege, Soziologiestudentin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Kontakt: [elmerhaus@uke.uni-hamburg.de](mailto:elmerhaus@uke.uni-hamburg.de)

Bernhard **Fleer**, Jahrgang 1962, Fachkrankenschwester für psychiatrische Pflege und Diplom-Pfl egewirt (FH), Mitarbeiter beim MDS im Fachgebiet Pfl egerische Versorgung. Arbeitsschwerpunkte: Begutachtung von Pfl egebedürftigkeit nach SGB XI, insbesondere die Begutachtung von Menschen mit psychischen Störungen und die Weiterentwicklung von Konzepten zur stationären Versorgung von Menschen mit Demenz.

Kontakt: [b.fleer@mds-ev.de](mailto:b.fleer@mds-ev.de)

Geneviève **Frei-Rhein**, Pflegeexpertin Höfa II, Cd Master of Sc. of Nursing, Faculty of Health Sciences (Maastricht), Psychiatrie-Zentrum Hard

Kontakt: [genevieve.frei-rhein@pzh.zh.ch](mailto:genevieve.frei-rhein@pzh.zh.ch), [g.rhein@bluewin.ch](mailto:g.rhein@bluewin.ch),

Tel. 044 866 1496

Cornelia **Gianni**, Jahrgang 1957, Fachkrankenschwester für Psychiatrie und Master of Science for Nursing; Stabsstelle für Pflegeentwicklung und Pfl egewissenschaft im Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München Ost; Arbeitsschwerpunkte sind die Implementierung von Pfl egediagnosen, die Entwicklung von Pfl egestandards und Pfl egeleitlinien sowie die Durchführung einer Studie zur Deeskalation von Gewalt nach Schulungen des Personals;

Kontakt: [cornelia.gianni@iak-kmo.de](mailto:cornelia.gianni@iak-kmo.de)

Frank **Godejohann**, geb. 1960, Krankenschwester, Diplom Sozialarbeiter, seit 1994 im Psychosozialen Dienst in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel Bielefeld, nebenberuflich im Krisendienst Bielefeld.

Kontakt: [Frank.Godejohann@evkb.de](mailto:Frank.Godejohann@evkb.de)

Manuela **Grieser**, Pflegeexpertin, exam. Krankenschwester, Diplom-Pfl egewirtin (FH), Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD).

Kontakt: [manuela.grieser@gef.be.ch](mailto:manuela.grieser@gef.be.ch)

Diana **Grywa**, Jahrgang 1959, Pfl egefachfrau in Psychiatrie, Pflegeexpertin (höhere Fachausbildung Stufe II), Pfl egewissenschaftlerin MNSc; Psychiatrische Universitätsklinik Zürich im Bereich Pflegeforschung und Entwicklung, Arbeitsschwerpunkte: Aggressions- und Deeskalationsma-

nagement, Zwangsmassnahmen und Nachbetreuung, Pflegediagnostik.  
Kontakt: [diana.grywa@puk.zh.ch](mailto:diana.grywa@puk.zh.ch)

Caroline Gurtner, dipl. Pflegefachfrau, BNSc, Forschungsassistentin an der Forschungsstelle Pflege und Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste UPD Bern / Schweiz.

Ursula Hamann, Jahrgang 1957, Ergotherapeutin, seit 2001 in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Rotenburg (Wümme), Stationsleitung einer Tagesklinik für Kinder.  
Kontakt: [www.kjp/diako-online.de](http://www.kjp/diako-online.de); [st60a1@diako-online.de](mailto:st60a1@diako-online.de).

Thomas Hax-Schoppenhorst, Mitarbeiter der Rheinischen Kliniken Düren, Referent für Öffentlichkeitsarbeit, Dozent an den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege, Integrationsbeauftragter, Autor mehrerer Fachbücher

Katrin Herder, MScN, Krankenschwester, Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Kinder- und Familienprojekt KIPS, Solingen und Witten  
Kontakt: Tel 049 – 212 – 231 2680, E-Mail [awo-kips@telebel.de](mailto:awo-kips@telebel.de)

Susanne Herzog, Pflegewissenschaftlerin (MScN), Fachkrankenschwester für Intensivpflege, Lehrbeauftragte am Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke; wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „Schmerzfrees Krankenhaus“ (2004-2007), Abteilung für Schmerztherapie, Bergmannsheil Bochum. Seit Juli 2007 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Vodafone Stiftungsinstitut für Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativmedizin, Datteln.

Das dargestellte Forschungsprojekt wurde im Mai 2006 mit dem Nightingale-Nachwuchsförderpreis für Pflegeforschung und Pflegewissenschaft (Weleda AG und Vincentz-Verlag) ausgezeichnet.  
Kontakt: [susanneherzog@aol.com](mailto:susanneherzog@aol.com)

Heike Heß, Jahrgang 1967, Krankenschwester mit einer sozial- und gemeindepsychiatrischen Zusatzausbildung, leitende Pflegekraft an der Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des St. Georg Klinikums Eisenach; Schwerpunkt: kreative Methoden - Improvisationstheater.  
Kontakt: [heike-hess@web.de](mailto:heike-hess@web.de)

Thomas Hibbe Jahrgang 1961, Fachkrankenpfleger für Intensiv/Anästhesie, Lehrer für Pflegeberufe, Case Manager (DGCC); Student im Studiengang Pflegemanagement; Leiter der Weiterbildungsstätte Stationsleitungskurs der „akademie südwest“, der Bildungseinrichtung der südwestdeutschen Zentren für Psychiatrie (ZfP); Pflegeexperte mit Schwerpunkt Pflegeprozess/Pflegediagnostik für die ZfP Bad Schussenried und Weissenau;  
Kontakt: [thomas.hibbe@zfp-zentrum.de](mailto:thomas.hibbe@zfp-zentrum.de) Telefon: 07583/ 33-1371  
Telefax: 07583/33-1045

Matthias Hürlimann, Jahrgang 1972, Fachkrankenpfleger für Intensivpflege und Innere Medizin, Qualifizierung Sucht, Student der Wirtschaftswissenschaften und Business-Moderator<sup>MBM</sup>; Arbeitsschwerpunkt ist die Projektleitung für die Reorganisation der forensischen Arbeitstherapie am Klinikum München Ost; Führung von Mitarbeiterentwicklungsmaßnahmen;  
Kontakt: [matthias.hürlimann@iak-kmo.de](mailto:matthias.hürlimann@iak-kmo.de)

Stefan Jünger, Fachkrankenpfleger, Assistent der Pflegedirektion der Rheinischen Kliniken Düren; Integrationsbeauftragter.

Ute Jurtzig, Jahrgang 1964, Dipl.-Sozialpädagogin mit einer suchttherapeutischen Zusatzausbildung (Psychodrama) und einer Ausbildung als kommunikative Bewegungstherapeutin in der Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des St. Georg Klinikums Schwerpunkt der Gruppenarbeit: Einsatz von Elementen des Improvisationstheaters.  
Kontakt: [heike-hess@web.de](mailto:heike-hess@web.de)

Regina Ketelsen, Dr. med., Jahrgang 1957, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, DBT-Therapeutin, Familientherapeutin, seit 1995 Oberärztin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Abteilung Allgemeine Psychiatrie I.  
Kontakt: [regina.ketelsen@evkb.de](mailto:regina.ketelsen@evkb.de)

Marianne Kirchhoff, Jahrgang 1963, Stationsleitung und Fachkrankenschwester für Psychiatrie, tätig in der Klinik Lippstadt mit den Schwerpunkten Psychosebehandlung sowie die Behandlung von jungen Menschen mit Reifung und Identitätsstörungen; Teilnahme am Adherence Projekt mit dem Evangelischen Krankenhaus Bielefeld.

Waltraud **Koller**, Jahrgang 1964, diplomierte allgemeine und psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester, akadem. Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege; Leitung der innerbetrieblichen Fortbildung der Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz  
Kontakt: [waltraud.koller@lsf-graz.at](mailto:waltraud.koller@lsf-graz.at)

Tim **Konhäuser**, Krankenpfleger für Psychiatrie und Fachwirt für Organisation und Führung, Schwerpunkt Sozialwesen, freiberufliche Dozententätigkeit – auch an der Krankenpflegeschule des Universitätsklinikums in Tübingen, tätig als Krankenpfleger für Psychiatrie auf einer allgemeinen Psychotherapiestation mit Schwerpunkt Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Tübingen, Projektleiter für Aufbau einer ambulanten psychiatrischen Pflegeorganisation.  
Kontakt: Weizsäckerstrasse 7, 72074 Tübingen,  
E-Mail: [konhaeuser.tim@arcor.de](mailto:konhaeuser.tim@arcor.de)

Bernd **Kozel**, Pflegeexperte, exam. Krankenpfleger, Diplom-Pflegewirt (FH), Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD).  
Kontakt: [bernd.kozel@gef.be.ch](mailto:bernd.kozel@gef.be.ch)

Kathleen **Kurz**, Urban-Klinikum, eine Einrichtung der Vivantes GmbH in Berlin, Krankenschwester in der Allgemeinpsychiatrie

Thomas **Lange**, Jahrgang 1971, Erzieher, seit 2001 in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Rotenburg (Wümme), Stationsleitung einer Jugendlichenstation.  
Kontakt: [www.kjp/diako-online.de](http://www.kjp/diako-online.de); [st61a1@diako-online.de](mailto:st61a1@diako-online.de).

Franz **Lehnhardt**, Jahrgang 1950, diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger, von 1987–1999 tätig als Stationsleitung auf verschiedenen psychiatrischen Stationen der LSF-Graz, seit 2000 Pflegedienstleitung der Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz  
Kontakt: [franz.lenhardt@lsf-graz.at](mailto:franz.lenhardt@lsf-graz.at)

Eberhard **Lempelius**, geboren 1943 (seit 1976 trockener Alkoholiker), Autor und Krankenpfleger, arbeitet soziotherapeutisch im (Alkohol-) Entwöhnungsbereich des Klinikums Bremen Ost, Arbeitsschwerpunkte: Rückfälligkeit,

„Trockenrausch und Suchtverlagerung“, bundesweite Referententätigkeit, Vorstandsmitglied in der „Gesellschaft für humanistische Pflege“. Autobiographie: „Dreizehn Meter Flur“ (2006), Verlag ibicura-  
Kontakt: [www.eberhard-lempelius.de](http://www.eberhard-lempelius.de), [www.ibicura.de](http://www.ibicura.de)

Helmut **Lerzer**, Jahrgang 1965, Stv. Pflegedienstleiter der PK Zugersee, HöFa Stufe 1 Pflege und Berufspädagogik, Arbeitsschwerpunkte in der PK Zugersee sind Qualitätssicherung im Bereich Pflege, Projektarbeit und Bettendisposition.  
Kontakt: [helmut.lerzer@pkzs.ch](mailto:helmut.lerzer@pkzs.ch)

Christien **Loth**, Jahrgang 1959, Psychiatriepfleglerin und Pflegewissenschaftlerin; Ende 2007 wird sie mit einer Forschung zum Thema „Pflege in der ambulanten Betreuung und Medikation bei drogenabhängigen Patienten“ promovieren. Ihre Arbeit ist auf Suchtkrankheiten (Drogen) ausgerichtet und im Zuge dessen ebenfalls auf Pflegewissenschaften und Pflegeunterricht. Sie arbeitet unter anderem als Wissenschaftlerin für die Suchthilfeeinrichtung TACTUS und ist Schriftleiterin einiger Bücher über Suchtkrankheiten.  
Kontakt: Chris Loth: [chris@lothverpleegkunde.nl](mailto:chris@lothverpleegkunde.nl).  
Telefon: 0031 (0) 344 572375 / 0031 (0) 653 333 726.

Regula **Lüthi**, MPH, Psychiatriepflegfachfrau, Pflegeexpertin, Pflegedirektorin der Psychiatrischen Dienste Thurgau, Schweiz

Suparjit **Manessakorn**, MSc; Kevin Gournay, CPsychol; Deborah Robson, MSc; Richard Gray, PhD; Section of Mental Health and Psychiatric Nursing, Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London, UK, SE5 8AF

Joergen **Mattenklotz**, Jahrgang 1971, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, in der Tagesklinik LWL Klinik Lippstadt, Soest, tätig; Schwerpunkte seiner Tätigkeit sind die pflegerische Gruppenarbeit, insbesondere die Psychoedukation – Veröffentlichungen zum Thema; Zurzeit Arbeit an einem Praxisbuch zum Thema mit Fr. Hilde Schädle-Deiningner; seit 1999 begleitet er das Psychoedukationsprojekt des Kreises Soest.  
2006 veröffentlichte er im Karin Fischer Verlag Aachen einen Titel zur Psychiatrie im Nationalsozialismus.

Michael Mayer, Krankenpfleger für Psychiatrie, Supervisor, Student der Psychologie, Erziehungswissenschaften und Philosophie an der Fernuniversität Hagen, Bildungsreferent am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, Arbeitsschwerpunkte: Aggressionshandhabung, Pflegediagnostik, Team- und Gruppenprozesse sowie Pflegepädagogik, Mitautor des Buches „Prävention von Aggression und Gewalt“.

Kontakt: [mm@allgaeu-akademie.de](mailto:mm@allgaeu-akademie.de)

Werner Mayr, Jahrgang 1963, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie am Klinikum in Heidenheim/Brenz. Stationsleiter auf einer offen geführten allgemeinpsychiatrischen Akutstation in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik; Arbeitsschwerpunkte: „Offene Tür“, Vernetzung der stationären und nachstationären Behandlung sowie die stationäre psychiatrische Mutter-Kind-Behandlung.

Kontakt: [Werner.Mayr@Kliniken-Heidenheim.de](mailto:Werner.Mayr@Kliniken-Heidenheim.de)

Brigitta Middel, 46 Jahre; Fachkrankenschwester für Psychiatrie; 12 Jahre Allgemeinpsychiatrie; 17 Jahre Abt. für Abhängigkeitserkrankungen, seit 3 Jahren in der Drogensprechstunde.

Kontakt: [Drogenamb@evkb.de](mailto:Drogenamb@evkb.de)

Beate Mitscherlich, Prof. Dr., Westsächsische Hochschule Zwickau, FB Gesundheits- und Pflegewissenschaften;

Dr. Friedrichs-Ring 2 A, 08056 Zwickau

Andreas Möller, Pflegedirektor, Diakoniekrankenhaus Rotenburg Wümme gGmbH, Geschäftsführer, Akademie für Erfolg in der Pflege GbR, Oldenhöfener Weg 2a, 27356 Rotenburg

Katharina Mühlhauser, Jahrgang 1962; Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, in leitender Position als Stationschwester auf einer Akutpsychiatrischen Station an der Univ. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie im AKH Wien.

Peter Müller-Schuh, Krankenpfleger, Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie Merxhausen

Kontakt: [Peter.Mueller-Schuh@zsp-kurhessen.de](mailto:Peter.Mueller-Schuh@zsp-kurhessen.de), Tel. 05624 6010562

Ian Needham, Jahrgang 1953, Psychiatriepfleger und promovierter Pflegewissenschaftler; Leiter des Forschungszentrums an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften St. Gallen. Schwerpunkte: Aggression in der Pflege, Pflegediagnostik und soziologische Fragestellungen der Psychiatriepflege; Erstautor mehrerer Artikel über Aggression in der Psychiatrie und Mitautor vom „Lehrbuch Psychiatrische Pflege“.

Kontakt: [needham@bluewin.ch](mailto:needham@bluewin.ch)

Rüdiger Noelle, Diakon, Jahrgang 1962, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie und Industriekaufmann, studiert Pflegemanagement an der Hamburger Fernhochschule, pflegerische Leitung der gerontopsychiatrischen Abteilung des Evangelischen Krankenhauses in Bielefeld. Arbeitsschwerpunkt: Darstellung pflegerischer Leistungen sowie pflegerischer Versorgung von Demenzerkrankten in den unterschiedlichen Versorgungssettings.

Kontakt: [Ruediger.Noelle@evkb.de](mailto:Ruediger.Noelle@evkb.de)

Nico Oud, Jahrgang 1950, Psychiatriepfleger und allgemeiner Krankenpfleger, diplomierter Pflegemanager, Pflegewissenschaftler und Doktorand in der Pflegewissenschaft; selbständiger Unternehmer :(1) zusammen mit einem Partner „CONNECTING“ (Aggressions- und Sicherheitsmanagement) und (2) „Oud Consultancy“ (Organisation von nationalen und internationalen Kongressen). Schwerpunkte: Ausbildung, Training und Forschung von Aggression und Gewalt in Gesundheitswesen, Pflegediagnostik.

Kontakt: [nico.oud@freeler.nl](mailto:nico.oud@freeler.nl)

Patrizia Perlini, Jahrgang 1974, Dipl. Pflegefachfrau auf der Akutstation A7 der PK Zugersee, Mentorin für Pflegediagnostik, in Ausbildung zur HöFa Stufe 1 Pflege.

Kontakt: [patrizia.perlini@pkzs.ch](mailto:patrizia.perlini@pkzs.ch)

Romed Plattner, Jahrgang 1967, diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger seit 1992, leitender Stationspfleger am Therapie- und Gesundheitszentrum Mutters, Nockhofweg 23, 6162 Mutters, Österreich

Kontakt: [romed.plattner@uki.at](mailto:romed.plattner@uki.at)

Bernhard Prankel, Dr. med. Dipl.-Psych., Jahrgang 1959, Kinder- und Jugendpsychiater und Pädiater, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Rotenburg (Wümme). Arbeits- und Inter-

essenschwerpunkte: Prinzipien und Strukturen menschlicher Entwicklung („Rotenburger Entwicklungsmodell“), Kooperative Versorgung im Sozialpsychiatrischen Verbund.

Kontakt: [www.kjp/diako-online.de](http://www.kjp/diako-online.de); [prankel@diako-online.de](mailto:prankel@diako-online.de).

Sibylle Prins, geb. 1959, Vorstandsmitglied Verein Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld e.V. (Betroffenenorganisation); Buchautorin, seit 1991 aktiv in der Psychiatrie-Selbsthilfe und im so genannten „Triolog“ - u.a. mit Tagungsbeiträgen und Artikeln in Fachzeitschriften; Redaktionsmitglied der „Sozialpsychiatrischen Informationen“.

Kontakt: [sprins@t-online.de](mailto:sprins@t-online.de); [www.vpe-bielefeld.de](http://www.vpe-bielefeld.de); [www.psychiatrie-bielefeld.de](http://www.psychiatrie-bielefeld.de)

Ursula Quiblier-Gantner, Jahrgang 1958, ist dipl. Pflegefachfrau (HF), dipl. Pflegeexpertin HöFa II, dipl. Ausbildungsleiterin IAP, Leiterin Qualitätsmanagements im Psychiatrie-Zentrum Hard in Embrach (CH) und Leitung Höhere Fachausbildung Psychiatrische Pflege Stufe I (Nachdiplomkurs). Arbeitsschwerpunkte: im Bereich Qualitätsmanagement - Koordination, Beratung und Durchführung von Qualitätsmanagementprojekten im stationären Bereich, Critical Incident Management, etc.

Internetseite: <http://www.pzh.zh.ch>

Kontakt: [ursula.quiblier@pzh.zh.ch](mailto:ursula.quiblier@pzh.zh.ch)

Susanne Ratzka, promoviert derzeit im Bereich Gesundheitswissenschaften, Mitarbeiterin der Abteilung Forschung und Dokumentation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel.

Kontakt: [Susanne.Ratzka@evkb.de](mailto:Susanne.Ratzka@evkb.de)

Martin Reker, Dr. med. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und leitender Abteilungsarzt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

Kontakt: [Martin.Reker@evkb.de](mailto:Martin.Reker@evkb.de)

Elisabeth Reutimann Jahrgang 1965, ist dipl. Pflegefachfrau (HF), Gesundheitsschwester und Pflegeexpertin HöFa II. Im Psychiatrie - Zentrum Hard in Embrach; Bereich Alterspsychiatrie, Arbeitsschwerpunkte: Beratung für Pflegenden z.B. beim Pflegeprozess, disziplinäre oder interdisziplinäre Arbeitsprozesse zu evaluieren und anzupassen sowie Programm für herausforderndes Verhalten; Internetseite: <http://www.pzh.zh.ch>

Kontakt: [elisabeth.reutimann@pzh.zh.ch](mailto:elisabeth.reutimann@pzh.zh.ch)

Dirk Richter, Jg. 1962, Ausbildung und Berufstätigkeit in der psychiatrischen Pflege; Studium, Promotion und Habilitation in Soziologie (alles Uni Münster); seit 1994 Qualitätsbeauftragter und wissenschaftlicher Mitarbeiter in der LWL-Klinik Münster; seit 2003 Privatdozent am Institut für Soziologie der Universität Münster.

Kontakt: [dirk.richter@uni-muenster.de](mailto:dirk.richter@uni-muenster.de)

Peter Rieder, Pflegeexperte, Psychiatriepfleger, Pflegewissenschaftler MNSc, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD).

Kontakt: [peter.rieder@gef.be.ch](mailto:peter.rieder@gef.be.ch)

Katharina Sadowski, Jahrgang 1974, Hebamme und Dipl. Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der MLU Halle-Wittenberg, Arbeitsschwerpunkte: im Bereich Altenpflege und Demenz sowie Familiengesundheitspflege.

Kontakt: [katharina.sadowski@medizin.uni-halle.de](mailto:katharina.sadowski@medizin.uni-halle.de)

Cornelia Schindler, Dipl. Pflegewirtin / Pflege- und Gesundheitswissenschaften; Pflegeexpertin in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik Freiburg, D-Freiburg.

Kontakt: [cornelia.schindler@uniklinik-freiburg.de](mailto:cornelia.schindler@uniklinik-freiburg.de)

Rainer Schirnhofner, Jahrgang 1981, Dipl. Psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger an der Univ. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie im AKH Wien.

Martin Schmid, Jahrgang 1959, ist dipl. Pflegefachmann HF, Berufsschullehrer, Pflegeexperte HöFa II; Pflegeexperte in der Alterspsychiatrie der Klinik Schlössli, Arbeitsschwerpunkte sind Aggressionsmanagement, Bewegungslehre, gerontologische und psychiatriebezogene Themen sowie der Pflegeprozess.

Kontakt: [Martin.Schmid@schloessli.ch](mailto:Martin.Schmid@schloessli.ch)

Susanne Schoppmann, Dr. rer. medic., Fachkrankenschwester für psychiatrische Pflege und Dipl. Pflegewirtin (FH), Pflegewissenschaftlerin und Pflegeexpertin bei den Psychiatrischen Diensten Thurgau, Schweiz, Schwerpunkt Pflegeentwicklung

Kontakt: [s.schoppmann@web.de](mailto:s.schoppmann@web.de)

Michael **Schulz**, Jahrgang 1969, Psychiatriepfleger und promovierter Pflegewissenschaftler, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel – Bereich psychiatrische Pflegeforschung; Arbeitsschwerpunkte: Rekonzeptionalisierung psychiatrischer Pflege, Adherenceforschung. Internetseite: <http://www.psychiatrie-forschung-bethel.de/mitarbeiter/schulzdt.html>.  
Kontakt: [Michael.Schulz@evkb.de](mailto:Michael.Schulz@evkb.de)

Erich **Seifritz**, Prof. Dr. med., Ärztlicher Leiter Psychiatrische Privatklinik Sanatorium Kilchberg Zürich,  
Kontakt: [seifritz@puk.unibe.ch](mailto:seifritz@puk.unibe.ch)

Yvonne **Slee**, Jahrgang 1954, ist Psychiatriepflegerin und Ausbildungsexpertin, spezialisiert auf die Unternehmensausbildung, entwickelt Kurse und Lehrgänge im Bereich Psychiatrie und Suchtkrankheiten; Geschäftsführerin im Ausbildungszentrum GGZ DITOG in der Region Rotterdam im niederländischen Poortugaal;  
Kontakt: Yvonne Slee: [info@ditog.nl](mailto:info@ditog.nl).  
Telefon: 0031 (0) 10 5018667/ 0031 (0) 653709969

Brigitte **Sommerauer**, Jahrgang 1962, Diplomierete Psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester, Pflegefachkraft für Jugendpsychiatrie; tätig an der Landes-Nervenlinik Wagner – Jauregg, Abteilung Jugendpsychiatrie; Koordinatorin an der Tagesklinik für Kinder und Jugendliche.  
Kontakt: [brigitte.sommerauer@gespag.at](mailto:brigitte.sommerauer@gespag.at)

Andrea **Staude**, Jahrgang 1973, Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Bereich Abhängigkeitserkrankungen - Entgiftungsstation für illegale Drogen.  
Kontakt: [Koord-BT@evkb.de](mailto:Koord-BT@evkb.de)

Harald **Stefan**, MSc., Jahrgang 1962, diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger, Trainer für Aggression-, Gewalt- und Deeskalationsmanagement, allgemein psychiatrischen Abteilung im Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe, Wien. Erstautor mehrerer Artikel über Pflegeprozess und Pflegediagnostik und Erstautor der Lehrbücher „Praxishandbuch Pflegeprozess“ und „Praxis der Pflegediagnosen“  
Kontakt: [harald.stefan@wienkav.at](mailto:harald.stefan@wienkav.at); Tel. 0043/1/91060/11406

Olaf **Stulich**, Jahrgang 1968; Fachkrankenschwester Psychiatrie; tätig in den Bereichen der geschützten Regelversorgung und im therapeutischen Bereich; Schwerpunkt Persönlichkeitsstörungen; seit 2005 Dozententätigkeit (vor allem in Fachweiterbildungen für Psychiatrie).  
Kontakt: [anne\\_und\\_olaf@yahoo.de](mailto:anne_und_olaf@yahoo.de)

Rita **Thill**, Jahrgang 1952; Krankenschwester, Stationsleitung für das Modul Persönlichkeitsstörungen an der Charite Berlin; Co-therapeutische Weiterbildung beim AWP Berlin. Dozententätigkeit in Fachweiterbildungen, ambulanten und stationären Einrichtungen; Studentin der Fachhochschule Magdeburg-Stendal im Fach Angewandte Gesundheitswissenschaften.  
Kontakt: [rita.thill@charite.de](mailto:rita.thill@charite.de)

Katrin **Thissen**, Jahrgang 1965, Fachkrankenschwester für psychiatrische Pflege und Diplom Pflegewirtin (FH); arbeitet in der psychiatrischen Familienpflege der Rheinischen Kliniken Bedburg-Hau. Weiterer Arbeitsschwerpunkt: Entlassungsmanagement.  
Kontakt: [katrin.thissen@lvr.de](mailto:katrin.thissen@lvr.de)

Ingo **Tschinke**, Jahrgang 1962, Psychiatriepfleger, Dipl. Pflegewirt (FH), Master of Nursing (MN); tätig in der ambulanten psychiatrischen Pflege bei AMEOS ProCare, Bremen. Derzeitige Forschungsschwerpunkte: Pflegediagnostik und Wirksamkeitsforschung in der ambulanten psychiatrischen Pflege.  
Kontakt: [ingo.tschinke@nppw.de](mailto:ingo.tschinke@nppw.de)

**Franz Wagner**, MSc,RbP, Bundesgeschäftsführer DBFK (Charli, das hier ist ein wichtiger Mann, ich versuch noch am Montag was von ihm zu erfahren)

Gisela **Walter**, Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der TILAK GmbH, Eduard-Wallnöfer-Zentrum 1, A-6060 Hall in Tirol  
Kontakt: [gisela.walter@azw.ac.at](mailto:gisela.walter@azw.ac.at)

Hermann **Wand**, Lehrer für Pflegeberufe, Leiter der Weiterbildungsstätte Fachkrankenschwester für Psychiatrie am Evangelischen Krankenhaus Bielefeld.  
Kontakt: [Hermann.Wand@evkb.de](mailto:Hermann.Wand@evkb.de)

Martin F. **Ward**, Vorsitzender der Expertenkommission von HORATIO und Vorstandsmitglied von HORATIO – der Vereinigung für psychiatrisch Pflegenden in Europa; Veröffentlichung zahlreicher Bücher und wissenschaftlicher Beiträge in Fachzeitschriften. Inhaber einer Beratungsfirma; verantwortlich für die Entwicklung eines Studienganges zur psychiatrischen Pflege in Malta.

Internetseite: [http://www.mwprof-development.com/html/the\\_director.html](http://www.mwprof-development.com/html/the_director.html)

Kontakt: [MWOxford@aol.com](mailto:MWOxford@aol.com)

Andreas **Wille**, Krankenpfleger im Asklepios Fachklinikum Brandenburg an der Havel, Forensische Psychiatrie

Klaus **Wingenfeld**, Jahrgang 1960, Soziologe und promovierter Gesundheitswissenschaftler, Geschäftsführer des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Arbeitsschwerpunkte: die stationäre pflegerische Versorgung Demenzkranker, pflegerisches Entlassungsmanagement in Krankenhäusern und methodische Fragen der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit. Internetseite:

<http://www.uni-bielefeld/IPW>.

Kontakt: [Klaus.Wingenfeld@uni-bielefeld.de](mailto:Klaus.Wingenfeld@uni-bielefeld.de)

Stephan **Wolff**, Diplom Pflegewirt (FH), Fachkrankenschwester Psychiatrie, Klinikum Stadt Hanau, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

Kontakt: [stephan\\_wolff@klinikum-hanau.de](mailto:stephan_wolff@klinikum-hanau.de)

Petra **Wüest**, Pflegefachfrau Psychiatrie mit Höherer Fachausbildung in Psychiatriepflege (Höfa I), arbeitet auf einer Akutaufnahmestation als Stationsleitung, Stellvertretung in der Luzerner Psychiatrie, St. Urban CH.

Kontakt: [petra.wuest@lups.ch](mailto:petra.wuest@lups.ch)

## Wissenschaftlicher Beirat

- Dr. Ian Needham, MNSc (Vorsteher des wissenschaftlichen Beirats), Schweiz
- Harald Stefan, MSc, Österreich
- Frederike Kral, akademische Pflegedienstleiterin, Österreich
- Mag. Otto Schrenk, Diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger, Österreich
- Günter Furlinger, akademischer Pflegedienstleiter, Diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger, Österreich
- Dr. Michael Schulz, Deutschland
- Dr. Susanne Schoppmann, Deutschland
- Prof. Dr. Habil Johannes Behrens, Deutschland
- Mag. Rüdiger Bauer, Magister in Management, Deutschland
- Stephan Wolff, Deutschland
- Gernot Walter, Deutschland
- Christoph Abderhalden, MNSc, Schweiz
- Sabine Hahn, MNSc, Schweiz
- Ruth Meer, MNSc, Schweiz

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

Donnerstag/Freitag 16./17. Oktober 2008  
in Bern / Schweiz

### **Kongressthema:**

»Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery«

### **Internet:**

[5. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie](#)

\*\*

### **Kontakt:**

Christoph Abderhalden, Universitäre Psychiatrische Dienste UPD Bern,  
Forschungsstelle Pflege & Pädagogik, Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern 60,  
Schweiz, Tel +41 (0)31 930 98 00, Mail: [abderhalden@puk.unibe.ch](mailto:abderhalden@puk.unibe.ch)